

**DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE**  
**n. 0000601 del 06/07/2022**

**OGGETTO:**

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE (PIAO). APPROVAZIONE.

**VISTA**

Proposta n. 0000633 del 29/06/2022 a cura di S.C. Affari Generali e Legali  
Hash.pdf (SHA256):73f37ebb2d7e7b8e84fec8b49aa874029ea396b381e5d9c95db28266ff22821b

firmata digitalmente da:

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

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
Parere: FAVOREVOLE  
Anna Rita Ianni

IL DIRETTORE SANITARIO  
Parere: FAVOREVOLE  
Alessandra Ascani

**DELIBERA**

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

IL DIRETTORE GENERALE  
Pasquale Chiarelli

VISTO il Decreto Legislativo 30 Dicembre 1992 n° 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 Ottobre 1992, n. 421" e s.m.i.;

VISTO il Decreto legge 9 giugno 2021 n° 80, convertito con modificazioni dalla Legge 6 agosto 2021 n° 113 "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" (Decreto Reclutamento) che, all'art. 6 prevede che "per 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 anche in materia di diritto di accesso, le pubbliche amministrazioni, con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative, di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, con più di cinquanta dipendenti, entro il 31 gennaio di ogni anno adottano il Piano integrato di attività e organizzazione, di seguito denominato Piano, nel rispetto delle vigenti discipline di settore e, in particolare, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 e della legge 6 novembre 2012 n° 190 (comma 1).

*Il Piano ha durata triennale, viene aggiornato annualmente e definisce:*

- a) gli obiettivi programmatici e strategici della performance secondo i principi e criteri direttivi di cui all'articolo 10 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 , stabilendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati della performance organizzativa;*
- b) la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile, e 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 del personale;*
- c) compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni di personale, di cui all'articolo 6 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, 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 anche attraverso le attività poste in essere ai sensi della lettera b) , assicurando adeguata informazione alle organizzazioni sindacali;*
- d) gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia e in conformità agli indirizzi adottati dall'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC) con il Piano nazionale anticorruzione;*
- e) l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare ogni anno, anche mediante il ricorso alla tecnologia e sulla base della consultazione degli utenti, nonché la pianificazione delle attività inclusa la graduale misurazione dei tempi effettivi di completamento delle procedure effettuata attraverso strumenti automatizzati;*
- f) le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;*
- g) le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere, anche con riguardo alla composizione delle commissioni esaminatrici dei concorsi (comma 2);*

*Il Piano definisce le modalità di monitoraggio degli esiti, con cadenza periodica, inclusi gli impatti sugli utenti, anche attraverso rilevazioni della soddisfazione degli utenti stessi mediante gli strumenti di cui al decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, nonché le modalità di monitoraggio dei procedimenti attivati ai sensi del decreto legislativo 20 dicembre 2009 n° 198 (comma 3);*

PRESO ATTO degli esiti della Conferenza Unificata del 2 dicembre 2021 in cui è stata raggiunta l'intesa sullo schema di decreto del Ministro per la pubblica amministrazione concernente la definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione, di cui all'articolo 6, comma 6, del Decreto Legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla Legge 6 agosto 2021, n°113;

VISTO il comma 6 bis dell'art. 6 del medesimo Decreto, introdotto dall'art. 1, comma 12 lett. a) num. 3) del Decreto Legge 30 dicembre 2021 n° 228, convertito con modificazioni dalla Legge 25 febbraio 2022 n° 15 che prevede che, in sede di prima applicazione, il Piano è adottato entro il 30 aprile 2022 e fino al predetto termine non si applicano le sanzioni previste;

PRESO ATTO della deliberazione ANAC n° 1 del 12 gennaio 2022 in cui è differito al 30 aprile 2022 il termine relativo all'adozione da parte dell'organo di indirizzo del Piano triennale per la prevenzione della corruzione su proposta del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza;

PRESO ATTO degli esiti della Conferenza Unificata del 9 febbraio 2022 in cui è stata raggiunta l'intesa in merito allo schema di Decreto del Presidente della Repubblica recante "Individuazione e abrogazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato delle attività e organizzazione, ai sensi dell'art. 6, comma 5 del Decreto legge 9 giugno 2021 n° 80, convertito con modificazioni dalla Legge 6 agosto 2021 n° 113";

VISTO l'art. 7 comma 1 lettera a) del decreto legge 30 aprile 2022, n. 36 "Ulteriori misure urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) che prevede che il Piano è adottato entro il 30 giugno 2022;

VISTO il Decreto del Presidente della Repubblica 24 giugno 2022, n.81 "Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione" pubblicato in Gazzetta Ufficiale n.151 del 30/06/2022 e la firma del decreto ministeriale che definisce i contenuti e lo schema tipo del PIAO;

DATO ATTO che la proposta è coerente con il Piano Triennale Aziendale della Prevenzione della Corruzione e del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità;

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

SI PROPONE DI DELIBERARE

Le premesse che formano parte integrante e sostanziale della presente deliberazione e si intendono integralmente riportate nel dispositivo;

DI APPROVARE il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) redatto dal Gruppo di Lavoro appositamente istituito che costituisce allegato parte integrante e sostanziale del presente atto;

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

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

DI TRASMETTERE il presente atto a tutte le strutture coinvolte nel gruppo di Lavoro sopra citato;

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

*Il Responsabile P.O.*

*Dott. Andrea Lorenzoni*

*Il Dirigente Amministrativo*

*Dott.ssa Maria Rita Bruscolotti*

# PIANO INTEGRATO di ATTIVITA' e ORGANIZZAZIONE

## **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.*

### **3.2 Performance:**

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

### **3.3 Rischi costruttivi:**

- > *Gli attori del sistema aziendale di prevenzione della corruzione e trasparenza;*
- > *Obiettivi strategici del PTPCT 2022-24;*
- > *Analisi del contesto esterno e interno;*
- > *Mappatura dei processi;*
- > *Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi potenziali e concreti;*
- > *Progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio;*
- > *Antiriciclaggio.*

### **3.4 Trasparenza:**

- > *Attività e principali novità nel 2022.*

## **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;*
- > *Programma di sviluppo del lavoro agile.*

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

## **6 Organizzazione e capitale umano.**

## **7 Formazione del personale.**

- > *Il contesto di riferimento e l'analisi dei bisogni informativi;*
- > *Gli obiettivi strategici aziendali;*
- > *Principi e aree prioritarie;*
- > *Formazione a distanza;*
- > *Elementi di coerenza della formazione;*
- > *Il coinvolgimento del personale nella formazione;*
- > *Le risorse finanziarie;*
- > *Le misure volte a incentivare e favorire l'accesso a percorsi di istruzione e qualificazione del personale laureato e non laureato.*

## **8 Piano azioni positive del Comitato Unico di Garanzia per le Pari Opportunità.**

## **9 Monitoraggi.**

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

## **Chi siamo**

L'Azienda Ospedaliera di Terni è stata istituita con D.P.C.M. del 3 Marzo 1994 che ne sancisce il Rilievo Nazionale e la Missione di Alta Specialità, recentemente è stata nuovamente confermata la Convenzione con l'Università degli Studi di Perugia, per via della presenza, presso l'Azienda Ospedaliera di Terni (da ora in poi A.O.), 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 Universale rivolto al soddisfacimento dei bisogni della Comunità Locale;
2. La funzione di Alta Specialità connaturata al ruolo di A.O. e sostenuta validamente dalla presenza Accademica;
3. Il ruolo di Nosocomio 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'A.O. 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 Gennaio 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 della A.O. 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 Università e Ricerca;

- Ospedale di collettività.

## La visione dell'Azienda

Di seguito si descrive la Visione Aziendale, così come approvata dal Tavolo Strategico del 29 Gennaio 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.”*

## Cosa facciamo

In questo paragrafo vengono Evidenziati una serie di Dati e Indicatori riferiti alle attività erogate dalla A.O.

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 biennio 2020-2021 effetti importanti su praticamente quasi tutti gli Indicatori.

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

## Ricoveri

Il numero dei Ricoveri nel 2021 è stato pari a 23.979 unità, di cui 21.064 in Regime Ordinario e 2.915 in Regime Diurno.

Le giornate di Degenza sono state 154.799 per quanto riguarda i Ricoveri Ordinari e 8.347 in Regime Diurno (*day hospital/day surgery*).

Altri Indicatori degni di nota evidenziano che la Complessità della Casistica, cioè il Peso Medio dei DRG, è pari a 1,25% mentre l’Indice di Performance, che misura la “inappropriatezza” delle giornate di Degenza è uguale a un valore di 100% e l’Incidenza Percentuale dei Ricoveri di Pazienti provenienti da altre Regioni è del 14,3 %.

	2021	2020	2019	DIFF.% 21-20	DIFF.% 21-19
<b>NUMERO RICOVERI</b>					
Ordinari	21.064	18.792	23.129	12,1	-8,9
Day Hospital / Day Surgery	2.915	2.563	4.650	13,7	-37,3

Media Bassa Spec. Regionale	19.078	16.467	21.068	15,9	-9,4
Alta Spec. Regionale	1.471	1.350	1.342	9,0	9,6
Altre Regioni	3.430	3.538	5.369	-3,1	-36,1
<b>TOTALE</b>	<b>23.979</b>	<b>21.355</b>	<b>27.779</b>	<b>12,3</b>	<b>-13,7</b>
<b>GG. DEGENZA</b>					
Ordinari	154.799	142.803	166.656	8,4	-7,1
Day Hospital / Day Surgery	8.347	7.734	12.291	7,9	-32,1
<b>TOTALE</b>	<b>163.146</b>	<b>150.537</b>	<b>178.947</b>	<b>8,4</b>	<b>-8,8</b>
<b>ALTRI INDICATORI</b>					
Peso medio DRG (ricoveri ordinari)	1,25	1,25	1,18		
Indice di performance	100,0	102,0	103,7		
Incidenza % ricoveri extraregionali	14,3	16,6	19,3		

### Specialistica ambulatoriale

Nella A.O. nel 2021 sono state erogate 2,13 mln. di Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali, delle quali 1,59 mln. di Diagnostica di Laboratorio.

### Pronto Soccorso

Il numero di accessi in Pronto Soccorso nel 2021 è stato di 34.881 unità, dei quali 12.641 sono stati seguiti da Ricovero; il numero dei Pazienti residenti in altre Regioni è stato di 3.886.

Riguardo alla gravità del Codice Triage, i più numerosi sono stati i Codici Verdi, 19.245 il 55,2% del totale, seguiti dai Codici Gialli.

	2021	2020	DIFF.% 21-20
<b>N. Accessi</b>	34.881	31.282	11,5
<b>di cui in OBI</b>	506	740	-31,6
<b>di cui ricoverati</b>	12.641	11.209	12,8
<b>di cui extraregionali</b>	3.886	3.692	5,3

Codice TRIAGE	2021	% su TOT	2020	% su TOT
<b>Bianco</b>	3.467	9,9	2.895	9,3
<b>Verde</b>	19.245	55,3	16.603	53,0
<b>Giallo</b>	10.549	30,2	10.350	33,1
<b>Rosso</b>	1.620	4,6	1.434	4,6

## Sala Operatoria

Gli Interventi Chirurgici in Sala Operatoria nel 2021 sono stati 17.691. Nella Tabella seguente viene riportato il Numero delle Procedure Chirurgiche effettuate nell'anno 2021 da ciascun reparto.

REPARTO	2021	2020	2019	DIFF.% 21-20	DIFF.% 21-19
clin.dermatologica	183	135	205	35,6	-10,7
nefrologia	49	25	0	96,0	
chir.gen.deg.breve	277	288	819	-3,8	-66,2
chir.gen.spec.chir	1236	938	1.561	31,8	-20,8
urologia	172	190	259	-9,5	-33,6
chir.urol.miniinv.	361	280	455	28,9	-20,7
chir.urol.aug	231	184	277	25,5	-16,6
div.ortopedica	1.110	1.011	1.241	9,8	-10,6
chir.mano	701	444	998	57,9	-29,8
chir.plastica	98	89	247	10,1	-60,3
oculistica	3.369	2.704	3.636	24,6	-7,3
clinica otorino	565	501	913	12,8	-38,1
chir.max.facc.	185	140	271	32,1	-31,7
neurochirurgia	537	540	683	-0,6	-21,4
cardiochirurgia	220	182	279	20,9	-21,1
aritmologia card.	515	462	520	11,5	-1,0
emodinamica	1358	1.317	1.592	3,1	-14,7
chir.toracica	196	196	215	0,0	-8,8
chir.vascolare	357	280	447	27,5	-20,1
div.ost.ginecol.	944	816	1.184	18,1	-14,6
end.operativa	301	220	279	36,8	7,9
epatogastroent.	7	20	20	-65,0	-65,0
chir.digestiva	788	736	943	7,1	-16,4
an.rianimaz.	140	11	23	1.172,7	508,7
oncoematologia	255	211	356	20,9	-28,4
radiologia	3.536	2.835	2.957	24,7	19,6
<b>Totale</b>	<b>17.691</b>	<b>14.755</b>	<b>20.380</b>	<b>7,2</b>	<b>-22,4</b>

## Andamento volume finanziario attività

Nella Tabella che segue è indicato il “trend” dei Volumi Finanziari di Attività in Euro prodotti dalla A.O. dal 2016 al 2021, misurati mediante gli attuali Tariffari vigenti dell'Attività di Ricovero e di quella Specialistica Ambulatoriale.

Come si può notare, mentre nell'anno 2019 si è raggiunto il volume più elevato del periodo considerato, il 2020 risente pesantemente dell'influenza della Pandemia da Covid-19 con una inevitabile diminuzione dei volumi di Attività, che poi sono ritornati a crescere pur non ritornando ancora ai livelli pre-COVID.

<b>Indicatore</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>
Volume attività di ricovero medio-bassa specialità regionale	55.108.384	55.087.990	54.672.002	54.859.429	45.747.226	53.477.542
Volume attività di ricovero alta specialità regionale	21.549.905	23.075.179	22.130.666	20.254.779	21.580.531	23.824.999
Volume attività di ricovero extraregionale	21.148.798	20.808.661	19.330.099	18.857.365	13.164.391	12.525.219
<b>Totale Volume Attività di Ricovero</b>	<b>97.807.087</b>	<b>98.971.830</b>	<b>96.132.767</b>	<b>93.971.573</b>	<b>80.492.148</b>	<b>89.827.760</b>
Volume attività specialistica ambulatoriale medio-bassa specialità regionale	25.508.765	27.380.058	29.827.823	31.723.547	26.022.379	28.478.239
Volume attività specialistica ambulatoriale extraregionale	3.442.715	3.905.049	4.013.097	4.400.861	3.655.790	3.700.150
<b>Totale Volume Attività Specialistica Ambulatoriale</b>	<b>28.951.480</b>	<b>31.285.107</b>	<b>33.840.920</b>	<b>36.124.408</b>	<b>29.678.169</b>	<b>32.178.389</b>
<b>Totale Volume Attività</b>	<b>126.758.567</b>	<b>130.256.937</b>	<b>129.973.687</b>	<b>130.095.981</b>	<b>110.170.317</b>	<b>122.006.149</b>

## Organizzazione

Per la descrizione dell'organizzazione aziendale si riportano di seguito i piani dei Centri di attività utilizzati per il processo di budget 2022.

### CENTRI DI ATTIVITA' DIRIGENZA SANITARIA

<b>COD.</b>	<b>DESCRIZIONE</b>
<b>01</b>	<b>DIPARTIMENTO DI MEDICINA E SPECIALITA' MEDICHE</b>
0101	Clinica medica generale e terapia medica
0102	Medicina generale geriatria
0103	Endocrinologia
0106	Pneumologia / MAR (Malattie apparato respiratorio)
0107	Clinica di malattie infettive
0108	Nefrologia e dialisi
0109	Clinica dermatologica
0110	Diabetologia, dietologia e nutrizione clinica
0113	Medicina interna
0115	Gastroenterologia epatologia ed endoscopia digestiva
<b>02</b>	<b>DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA E SPECIALITA' CHIRURGICHE</b>
0201	Chirurgia generale e specialità chirurgiche
0204	Chirurgia breve e ambulatoriale
0207	Urologia
0208	Chirurgia urologica ad indirizzo oncologico
0209	Ortopedia e traumatologia
0210	Chirurgia della mano e microchirurgia collegata
0212	Clinica urologica ad indirizzo andrologico ed uroginecologico

0213	Chirurgia della mammella
0214	Chirurgia colonproctologica
0215	Endoscopia urologica e coordinamento urgenze
<b>03</b>	<b>DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA TESTA COLLO E DEI TESSUTI MOLLI</b>
0301	Oculistica
0302	Otorinolaringoiatria (ORL)
0303	Chirurgia maxillo-facciale
<b>04</b>	<b>DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE</b>
0401	Neurochirurgia
0402	Neurologia
0403	Riabilitazione intensiva neurologica / UGC
0404	Neurofisiopatologia
<b>05</b>	<b>DIPARTIMENTO CARDIO TORACO VASCOLARE</b>
0501	Cardiochirurgia
0502	Cardiologia
0503	Emodinamica
0506	Cardioanestesia
0507	Chirurgia toracica
0508	Chirurgia vascolare
<b>06</b>	<b>DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE</b>
0601	Ostetricia e ginecologia
0603	Pediatria neonatologia TIN (Terapia Intensiva Neonatale)
<b>07</b>	<b>DIPARTIMENTO DI EMERGENZA - ACCETTAZIONE</b>
0701	Anestesia e rianimazione
0702	Pronto soccorso accettazione
0704	Medicina d'urgenza
0705	Chirurgia digestiva e d'urgenza
<b>08</b>	<b>DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA DI LABORATORIO ED IMMUNOTRASFUSIONALE</b>
0801	Immunoematologia e trasfusionale
0802	Laboratorio analisi
<b>09</b>	<b>DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E RADIOLOGIA TERAPEUTICA E INTERVENTISTICA</b>
0901	Radiologia
0902	Neuroradiologia
0903	Medicina nucleare
<b>11</b>	<b>DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA</b>
1101	Oncologia medica e traslazionale
1102	Radioterapia oncologica
1103	Anatomia patologica
1104	Oncoematologia

### *CENTRI DI ATTIVITA' COMPARTO SANITARIO*

<b>COD.</b>	<b>DESCRIZIONE</b>
<b>01</b>	<b>DIPARTIMENTO DI MEDICINA E SPECIALITA' MEDICHE</b>
	Clinica Medica Generale e Terapia Medica
	Geriatrics
	Endocrinologia e Day Hospital Medico
	Malattie Apparato Respiratorio
	Clinica delle Malattie Infettive - Nefrologia - Day Hospital malattie infettive

	Dialisi e Nefrologia ambulatoriale
	Clinica Dermatologica
	Diabetologia, dietologia e nutrizione clinica
	Medicina Interna
	Area Medica
<b>02</b>	<b>DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA E SPECIALITA' CHIRURGICHE</b>
	Polo Urologico Day Week
	Polo Urologico Degenza – Litotrissia – Clinica Urologica e Uroginecologica
	Chirurgia della Mano, Divisione Ortopedica
	Chirurgia Generale e Specialità Chirurgiche
	A.I. Chirurgia Generale –Breve _ Ambulatoriale
	DH Ortopedico e Pronto Soccorso Ortopedico
	Poliambulatori
<b>03</b>	<b>DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA TESTA COLLO E DEI TESSUTI MOLLI</b>
	DH Oculistico
	A.I. TC E TV
	Ambulatorio Vascolare
	Ambulatorio Endoscopia Toracica
<b>04</b>	<b>DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE</b>
	Neurochirurgia
	Neurologia e Stroke Unit
	Neuroriabilitazione e Medicina Fisica
	Neurofisiopatologia
	UGCA
<b>05</b>	<b>DIPARTIMENTO CARDIO TORACO VASCOLARE</b>
	Cardiochirurgia e Cardiologia
	Emodinamica, Cardiologia interventistica e Servizio ambulatoriale di cardiologi
	Terapia Intensiva Cardiologica e T.I.P.O.
	Area Cardiologica Week Hospital
<b>06</b>	<b>DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE</b>
	Ostetricia e Ginecologia
	Ostetricia Rooming-in
	Sala Parto/ operatoria
	Clinica Pediatrica
	Neonatologia e Patologia Neonatale - T.I.N.
<b>07</b>	<b>DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE</b>
	Anestesia e Rianimazione
	Pronto Soccorso Accettazione Astanteria
	Medicina d'Urgenza
	Chirurgia Digestiva e D'urgenza
	Endoscopia Digestiva
<b>08</b>	<b>DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA DI LABORATORIO E IMMUNOTRASFUSIONALE</b>
	Immunoematologia e Trasmfusionale (tecnici)
	Immunoematologia e Trasmfusionale (infermieri)
	Laboratorio Analisi

<b>09</b>	<b>DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E RADIOLOGIA TERAPEUTICA ED INTERVENTISTICA</b>
	Radiologia
	R.M.N.
	Angiografia e Neuroangiografia
	AC/RMN (Infermieri) Medicina Nucleare
<b>10</b>	<b>DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA</b>
	Oncologia Medica
	Radioterapia Oncologica Infermieri
	Radioterapia Oncologica Tecnici
	Radioprotezione
	Istituto di Anatomia Patologica
	Oncoematologia
<b>11</b>	<b>SALE OPERATORIE</b>
	Piastra Operatoria
	Sala Operatoria 2° Piano e S.O. Oculistico
<b>12</b>	<b>ALTRO</b>
	INNOVAZIONE E SVILUPPO ORGANIZZATIVO
	SICUREZZA E FORMAZIONE
	GESTIONE FLUSSI RICOVERI
	PROGRAMMAZIONE MONITORAGGIO RISORSE UMANE
	SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE

#### CENTRI SANITARI DI SUPPORTO

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

#### CENTRI AMMINISTRATIVI

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

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

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

### **Valore Pubblico**

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

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

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

Qualità dell’attività assistenziale, mediante la promozione di percorsi assistenziali in grado di avvalersi delle diverse e specifiche competenze professionali allo scopo di realizzare un’assistenza appropriata, fondata sulle migliori evidenze scientifiche e sul principio della sicurezza per i

pazienti, in questo contesto è stato Istituito a febbraio 2018, il CAD – Centro di Ascolto Disabilità che è un servizio interamente dedicato alle esigenze e alla presa in carico delle persone con disabilità motoria e complessa. Garantisce diversi livelli di assistenza sia nel percorso programmato sia in quello dell'emergenza-urgenza;

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

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

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

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

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

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

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

## **L'accessibilità digitale**

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

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

## **L'accessibilità fisica**

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

Prevede un apposito percorso assistenziale per soggetti con bisogni speciali, in particolare per le persone con disabilità, al fine di favorire un equo accesso ai servizi sanitari in regime ambulatoriale, di ricovero e di emergenza/urgenza. Il percorso si rivolge alle persone con disabilità di vario tipo, che presentano bisogni speciali e devono accedere alle prestazioni del sistema sanitario. Vengono quindi individuati i particolari bisogni di ciascun soggetto, affinché siano adottate idonee soluzioni e venga facilitato l'accesso alle prestazioni. È presente

una equipe 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.

### **Performance - Obiettivi triennali**

In questa sezione si evidenziano gli obiettivi strategici che la A.O. intende perseguire nel triennio 2022-2024.

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 per il Governo delle Liste di Attesa;
- Rispetto dei Tempi di Attesa delle Prestazioni Ambulatoriali, in particolare di quelle riferite ai RAO;
- Miglioramento dei Valori degli Indicatori elaborati dall'Istituto *Sant'Anna* di Pisa per il MeS;
- Miglioramento dei Valori degli Indicatori elaborati dall'Age.n.a.s. nell'ambito del Piano Nazionale Esiti.

#### *OBIETTIVI E LINEE PROGRAMMATICHE DEL LIVELLO REGIONALE*

- Strutturazione della Centrale Operativa Territoriale;

- Stesura del Piano della Prevenzione
- Gestione dell’Emergenza Covid-19 e Attuazione dei Piani Vaccinali
- Mantenimento dello Standard di Estensione degli Screening e dei tempi per le Prestazioni di I e II livello;
- Implementazione del programma Regionale per il *Procurement* e il Trapianto di Organi e Tessuti;
- Rispetto della Programmazione Regionale sui Costi dei Beni Sanitari;
- Sviluppo della Sanità Digitale;
- Sviluppo del Piano Sanitario Regionale;
- Miglioramento della Programmazione delle Gare di Acquisto Regionali;
- Sviluppo del Piano Aziendale per l’Accreditamento Istituzionale;
- Potenziamento del Personale del Sistema Sanitario Regionale;
- Efficace utilizzo delle Risorse assegnate;
- Sviluppo delle Azioni per il Risk Management;
- Sviluppo delle Azioni per la Logistica sanitaria.

#### *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.

#### **Performance - Obiettivi annuali**

In questa sezione, si evidenziano gli obiettivi operativi che l’Azienda intende perseguire nell’anno 2022.

Come si può evincere dalla tabella degli obiettivi riportata in fondo al capitolo, il sistema è strutturato in 5 + 1 aree e articolato in Sub Aree, Obiettivi e Azioni / Indicatori.

Le aree prescelte in base alle quali sono raggruppati gli obiettivi sono le seguenti:

- **Area 0:** Obiettivi di Base.
- **Area 1:** Governo Clinico e Appropriatelyzza.
- **Area 2:** Innovazione e Ricerca.
- **Area 3:** Formazione e Rispetto Adempimenti.
- **Area 4:** Efficienza e Outcome.
- **Area 5:** Obiettivi di Sistema.

#### *AREA 0: OBIETTIVI DI BASE*

Tale Area si differenzia dalle altre in quanto il mancato conseguimento degli Obiettivi determina una riduzione del Valore di Budget complessivo della Struttura maturato in base ai risultati Ottenuti nelle rimanenti 5 Aree.

Gli Obiettivi e le Azioni/Indicatori individuati sono stati prescelti in quanto il loro conseguimento è ritenuto un Dovero/Obbligo per le Strutture cui sono assegnati.

In sintesi si tratta della Produzione dell'Inventario del Magazzino Farmaceutico, del Valore Finanziario dei Beni Sanitari scaduti, dei Tempi di chiusura delle Schede di Dimissione Ospedaliera e del Registro Operatorio.

#### *AREA 1: GOVERNO CLINICO E APPROPRIATEZZA*

La Direzione Aziendale intende porre l'Appropriatezza come Obiettivo centrale mediante il quale riuscire a curare ogni Paziente garantendo il corretto "mix" di Risorse adatto proprio per quel singolo caso, evitando quindi il rischio di un eventuale spreco di Risorse ma anche di un possibile "undertreatment" del Paziente rispetto ai Reali Bisogni di Salute.

L'Area è divisa in due Sub Aree: quella delle Azioni per l'Appropriatezza e quella degli Indicatori di Appropriatelyzza.

Tale bipartizione è da considerare rilevante in quanto spesso nei processi di Budget si assegnano alle Strutture che erogano prestazioni di Ricovero e/o Ambulatoriali come Obiettivi degli Indicatori sui quali il margine di intervento è limitato da assetti Organizzativi Aziendali o dipendente da rapporti con altre Aziende Sanitarie.

Per il 2022 la Direzione Aziendale ha anteposto una serie di Azioni, di cui si fa carico presupponendo anche accordi con altri Soggetti Istituzionali quali in particolare la A.S.L. Umbria

2, il cui fine è quello di risolvere quelle problematiche che fungono da ostacoli al possibile miglioramento degli Indicatori Aziendali e di Struttura.

I Macro Obiettivi sono stati individuati ciascuno in quanto diretti ad un particolare “target” di Pazienti.

Tali Macro Obiettivi sono i seguenti:

- Ridurre gli accessi “impropri” al Pronto Soccorso, il cui Target di Riferimento risulta essere la Popolazione esterna all’Ospedale che necessita di essere informata riguardo al corretto utilizzo del Pronto Soccorso.

- Ridurre la durata della permanenza dei pazienti in Pronto Soccorso, il cui Target di Riferimento sono i Pazienti che si sono rivolti al Pronto Soccorso per i quali si intende ridurre i tempi di stazionamento in P.S.

- Ridurre il numero di Ricoveri “impropri” da Pronto Soccorso e programmati da Reparto; in tal caso il Target Individuato è composto da due gruppi distinti: da una parte i Pazienti acceduti al Pronto Soccorso per i quali si aspira a regolare il loro Ricovero in termini di Corretta Appropriatezza, dall’altra i Pazienti per i quali viene Programmato il Ricovero in Elezione che, anche in questo caso, deve essere giustificato in termini di Appropriatezza.

- Migliorare la Performance in termini di durata della Degenza, il cui Target risulta essere composto dai Pazienti ricoverati la cui permanenza in Ospedale e la conseguente occupazione di un Posto Letto devono essere appropriate al fine di evitare occupazioni “incongrue” dei Posti Letto che portano ad un “sovraffollamento” Ospedaliero con gravi disagi per gli Operatori e per i Pazienti.

- Ridurre i Ricoveri “ripetuti”, il cui Target è costituito dai Pazienti recentemente dimessi dalla A.O.; questa situazione riguarda l’Appropriatezza nella Dimissione dei Pazienti che auspicabilmente al momento della Dimissione devono aver correttamente terminato il loro percorso di Cura nell’ambito del relativo Ricovero. L’Appropriata Gestione dei Pazienti dimessi, con riduzione del numero di Ricoveri “ripetuti”, in un’ottica di Efficace Continuità Assistenziale, viene garantita dalla Definizione e Condivisione di Percorsi di cura con il Territorio e dalla Definizione e Adozione di Protocolli di *follow-up*.

- Migliorare l’Appropriatezza dell’uso delle Risorse, il cui Target in questo caso risultano essere i Professionisti della A.O. che, nel pieno rispetto dell’Autonomia Professionale, devono

evidentemente garantire un utilizzo Appropriato delle Risorse loro assegnate (Farmaci, Dispositivi, sedute di Sala Operatoria, ecc.).

#### *AREA 2: INNOVAZIONE E RICERCA*

Nell'Area dell'Innovazione sono compresi Obiettivi relativi alla Collaborazione e al Supporto rispetto ai Progetti Aziendali riguardanti sia l'Informatica sia l'HTA (*Health Technology Assessment*) per cui è prevista, tra l'altro, l'attivazione di una Commissione Aziendale per un'analisi strutturata Interdisciplinare e Multidimensionale delle Tecnologie già presenti in A.O. e di quelle da introdurre ovvero dismettere in un'ottica di “*lean management*” finalizzato alla creazione di Valore (*value*).

La Direzione Amministrativa intende inoltre Favorire l'utilizzo massivo del Protocollo Aziendale attraverso l'Implementazione del Sistema delle Assegnazioni e della Fascicolazione Digitale, grazie ad un uso maggiore delle Tecnologie Informatiche e della Dematerializzazione.

Per quanto riguarda la Ricerca gli Obiettivi interessano le Sperimentazioni Cliniche attivate e le Pubblicazioni di Articoli effettuate.

#### *AREA 3: FORMAZIONE E RISPETTO ADEMPIMENTI*

Per l'anno 2022 la Direzione Aziendale intende confermare gli Obiettivi già assegnati lo scorso anno relativi alla Formazione, tendenti al rispetto del Piano di Formazione Aziendale elaborato secondo le richieste dei Responsabili delle Varie Strutture, attraverso la piena partecipazione dei Dipendenti, e al Rispetto degli Adempimenti Inerenti in particolare il Risk Management, la Privacy, la Trasparenza e l'Anticorruzione.

Rispetto a quest'ultimo punto, saranno i Responsabili Aziendali delle singole Aree a stabilire prima degli incontri di Budget uno o più Obiettivi attinenti alle proprie Competenze.

#### *AREA 4: EFFICIENZA E OUTCOME*

Per quanto riguarda gli Obiettivi e gli Indicatori di Efficienza e di *Outcome*, la scelta è ricaduta su quelli per cui la A.O. è Valutata dall'esterno da parte di Enti all'uopo Accreditati quali il Consorzio MeS e l'Age.na.s.

Il primo Gruppo di Indicatori (*efficienza*) è ripreso da quelli che il Gruppo di Ricerca del Laboratorio Management e Sanità dell'Istituto di Management della Scuola Superiore *Sant'Anna* di Pisa, su mandato di un Network costituito dalla maggior parte delle Regioni Italiane, utilizza per la Valutazione delle Attività Sanitarie, tra cui quella Ospedaliera.

Il secondo Gruppo (*outcome*) rispecchia gli Indicatori elaborati dall'Agenda Nazionale per i Servizi sanitari Regionali per il proprio Piano Nazionale Esiti in base ai quali la Qualità degli Ospedali e delle Aziende Ospedaliere viene Valutata a livello Ministeriale attraverso dei Parametri che impongono eventualmente un Piano di Rientro Triennale per la Qualità delle Cure qualora i risultati non siano soddisfacenti (Decreto Ministeriale del 21/6/2016 nel quale si elabora una “*Metodologia per l'individuazione degli ambiti assistenziali e la definizione dei parametri di riferimento relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure*”).

#### *AREA 5: OBIETTIVI DI SISTEMA*

Gli Obiettivi e le Azioni/Indicatori relativi a tale Area saranno definiti secondo le Indicazioni dell'Assessorato che li sta sviluppando anche in relazione all'evolversi della situazione Pandemica.

Per dovizia di informazioni si ritiene utile ricordare che i Macro Obiettivi che per il 2021 impattavano maggiormente sulle attività dei Dipartimenti riguardavano la gestione delle Liste di Attesa sia Chirurgiche che Ambulatoriali, la Sorveglianza della Pandemia da COVID-19, il rispetto della programmazione Regionale sui Costi dei Beni Sanitari e l'Implementazione del programma Regionale per il Trapianto di Organi e Tessuti.

Ulteriori Obiettivi, influenti maggiormente sulle Strutture Gestionali sia Sanitarie che Tecnico-Amministrative, erano riferiti alla copertura Vaccinale sia contro il COVID-19 che Antinfluenzale, lo sviluppo della Sanità Digitale, il miglioramento della Programmazione delle Gare di Acquisto Regionali e il Piano Aziendale per l'Accreditamento Istituzionale oltre che lo sviluppo della Refertazione Digitale e della Telemedicina.



Sub	Obiettivo	Azioni / Indicatori	MEDICINA	CHIRURGIA	TESTA-COLLO	NEUROSC	CTV	MAT.INF	EMERGENZA	LABORATORIO	IMMAGINI	ONCO	Dirigenza	Comparto	Area di supporto gestionale	Altri soggetti istituzionali	
			<p><b>AZIONI PER L'APPROPRIATEZZA</b></p>														
	Ridurre gli accessi impropri al Pronto Soccorso	<p>Campagna informativa rivolta all'utenza sul corretto utilizzo del P.S e delle altre Strutture</p> <p>Messa a regime della Discharge room</p> <p>Procedura di programmazione delle dimissioni da parte delle UU.OO. con messa a regime del software aziendale Visual hospital</p> <p>Attivazione agende di specialistica ambulatoriale dedicate per il P.S. (area cardiologica)</p> <p>Messa a regime della funzione dell'hospitalist</p> <p>Definizione, condivisione e applicazione di protocolli per la gestione dei pazienti in P.S. per le principali diagnosi di ingresso</p> <p>Adeguamento tecnologico OBI</p>															
	Ridurre la durata della permanenza dei pazienti in Pronto Soccorso	<p>Definizione di un percorso interaziendale per eventuali ricoveri in altri Ospedali della USL 2 dal PS dell'A.O. Terni</p> <p>Definizione di PDTA condivisi con le Strutture territoriali e i MMG</p> <p>"Qualificazione" della funzione della Medicina d'urgenza, con definizione di specifici percorsi verso e dalla MURJ</p> <p>Definizione appropriato volume e modalità di esecuzione di esami radiologici/esami di endoscopia digestiva per pazienti ricoverati</p> <p>Predisposizione di PDTA di integrazione ospedale territorio con coinvolgimento dell'Ufficio Dimissioni Protette, dei MMG, dei medici Ospedalieri, del personale infermieristico Az. Ospedaliera/ Centri di salute</p> <p>Predisposizione procedure di follow-up per le prime dieci diagnosi di dimissione</p> <p>Implementazione ambulatori per scompenso cardiaco e BPCO</p> <p>Implementazione Percorsi Ambulatoriali Complessi e Coordinati (PACC)</p> <p>Telemedicina (in una prima fase attivazione teleassistenza oncologica, neurologica e di neuroriabilitazione, ai pazienti dializzati)</p>															
	Ridurre i ricoveri ripetuti																

Sub Obiettivo	Azioni / Indicatori	MEDICINA	CHIRURGIA	TESTA-COLLO	NEUROSC	CTV	MAT.INF	EMERGENZA	LABORATORIO	IMMAGINI	ONCO	Dirigenza	Comparto	Area di supporto gestionale	Altri soggetti istituzionali	
		Ridurre gli accessi impropri al Pronto Soccorso	N. accessi al PS per codici bianchi e verdi													DS
Ridurre la durata della permanenza dei pazienti in Pronto Soccorso	Tempi di attesa per il ricovero da PS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	XXX	X			
Ridurre il numero di ricoveri impropri da Pronto Soccorso e programmati da Reparto	% ricoveri da PS							X				XXX				
		Peso medio DRG	X	X	X	X	X	X					XXX			
	N. ricoveri ordinari potenzialmente inappropriati (lista Ministero)	X	X	X	X	X	X	X				XXX				
	Degenza media	X	X	X	X	X	X	X				XXX	X			
	Indice Comparativo di Performance	X	X	X	X	X	X	X				XXX	X			
	Tempi attesa per esami diagnostici per pazienti ricoverati	X	X	X	X	X			X			XXX	XX			
	Tempi esecuzione e referazione esami Diagn. Imm. / Anat. Pat.									X		X	XXX	XX		
	Tempi referazione esami di laboratorio									X			XXX	XXX		
	% dimessi domenica	X	X	X	X	X	X	X					XXX			
	% ricoveri ripetuti 0-3 gg. dalla dimissione	X	X	X	X	X	X	X					XXX			
Ridurre i ricoveri ripetuti	% ricoveri ripetuti stesso DRG 4-30 gg. dalla dimissione	X	X	X	X	X	X	X				XXX				
	Utilizzo farmaci, dispositivi e protesi	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	XXX	XXX			
Migliorare l'appropriatezza dell'uso delle risorse	Utilizzo SS.OO. (sia tempistica utilizzo sia turnover)		X	X	X	X	X	X		X		XXX	XXX			
			X	X	X	X	X	X		X		XXX	XXX			

AZIONI PER SVILUPPO RICERCA		AZIONI PER INNOVAZIONE		Sub Obiettivo		Azioni / Indicatori		MEDICINA	CHIRURGIA	TESTA-COLLO	NEUROSC	CTV	MAT.INF	EMERGENZA	LABORATORIO	IMMAGINI	ONCO	Dirigenza	Comparto	Area di supporto gestionale	Altri soggetti istituzionali
Incrementare il numero delle attività sperimentali		Predisposizione procedura per HTA (Health Technology Assessment)		Transizione al Digitale		(uno o più azioni/indicatori proposti dal Responsabile della Transizione al Digitale)		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	xxx	xxx	inf	
Migliorare il valore dell'Impact Factor		Creazione di una Commissione HTA (Health Technology Assessment) aziendale per un'analisi strutturata interdisciplinare e multidimensionale delle tecnologie già presenti in Ospedale e di quelle da introdurre ovvero dismettere in un'ottica di lean management finalizzato alla creazione di valore ("value")		Evoluzione dell'uso del Protocollo Aziendale		Utilizzo generalizzato del protocollo aziendale attraverso l'implementazione del sistema delle assegnazioni e della fascicolazione digitale, grazie ad un uso maggiore delle tecnologie informatiche e della dematerializzazione.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	xxx	xxx	inf + aff gen	
N. sperimentazioni cliniche attivate (suddivise tra finanziate e non finanziate)		N. articoli pubblicati						X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	xxx	xxx	DS + sito + aff gen	

AZIONI PER RISPETTO ADEMPIMENTI		AZIONI PER RISPETTO PIANO		Sub Obiettivo		Azioni / Indicatori																											
Rispetto Piano Formazione Aziendale		% corsi/convegni inclusi nel Piano di Formazione frequentati				MEDICINA		CHIRURGIA		TESTA-COLLO		NEUROSC		CTV		MAT-INF		EMERGENZA		LABORATORIO		IMMAGINI		ONCO		Dirigenza		Comparto		Area di supporto gestionale		Altri soggetti istituzionali	
Rispetto Piano Formazione Aziendale				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		xxx		xxx		all			
Rispetto adempimenti Risk Management		(uno o più azioni/indicatori proposti dal Responsabile del Risk Management)		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		xxx		xxx		all			
Rispetto adempimenti Privacy		(uno o più azioni/indicatori proposti dal Responsabile della Privacy)		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		xxx		xxx		all			
Rispetto adempimenti Trasparenza		(uno o più azioni/indicatori proposti dal Responsabile della Trasparenza)		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		xxx		xxx		all			
Rispetto adempimenti Anticorruzione		(uno o più azioni/indicatori proposti dal Responsabile dell'Anticorruzione)		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		xxx		xxx		all			
Rispetto adempimenti vs. Medico Competente e Medico Autorizzato		Ossequenza degli appuntamenti da parte del personale sanitario e non in merito alle visite di idoneità effettuate dal Medico Competente dei laboratori esposti al rischio di esposizione a radiazioni ionizzanti in merito alle visite di idoneità del Medico Autorizzato		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		xxx		xxx		all			

Sub Obiettivo	Azioni / Indicatori	MEDICINA	CHIRURGIA	TESTA-COLLO	NEUROSC	CTV	MAT.INF	EMERGENZA	LABORATORIO	IMMAGINI	ONCO	Dirigenza	Comparto	Area di supporto gestionale	Altri soggetti istituzionali	
INDICATORI MES	degenza pre-operatoria interventi chirurgici programmati	X	X	X	X	X	X	X				xxx				
	% colecistomie e laparoscopiche effettuate in DS e ricovero ordinario 0-1 giorno	X	X	X	X	X	X	X	X			xxx				
	% ricoveri in Day-Surgery	X	X	X	X	X	X	X	X			xxx				
	% fratture del femore operate entro 2 giorni dall'ammissione	X	X						X				xxx			
	% Prostatectomia transuretrale	X	X										xxx			
	% parti cesarei deputati						X	X					xxx			
	% episiotomia depurata						X	X					xxx			
	% parti operativi (uso di forcipe o ventosa)						X	X					xxx			
	% interv. conservativi e nipple-skin sparing-ricostruttivi mammella per tum. maligno	X	X										xxx			
	tempi di attesa per la chirurgia oncologica		X	X	X	X	X	X					xxx			
	% ricoveri medici oltre soglia per pazienti >=65 anni	X	X	X	X	X	X	X	X		X		xxx	xx		
	PS - % pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti								X				xxx	xx		
	PS - % pazienti con codice verde visitati entro 1 ora								X				xxx	xx		
	PS - % pazienti con codice verde non inviati al ric. con tempi di perm. entro le 4 ore								X				xxx	xx		
	PS - % ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione								X				xxx			
	% ricoveri sopra soglia 150 anni per tumore maligno alla mammella	X	X										xxx			
% ricoveri sopra soglia 50 anni per tumore maligno alla prostata	X	X										xxx				
% attrazione extra regione - DRG alta complessità		X			X	X	X					xxx				
PS - % di abbandoni dal Pronto Soccorso								X				xxx	xx			
% dimissioni volontarie	X	X	X	X	X	X	X	X			X	xxx	xx			

Sub Obiettivo	Azioni / Indicatori	MEDICINA	CHIRURGIA	TESTA-COLLO	NEUROSC	CTV	MAT-INF	EMERGENZA	LABORATORIO	IMMAGINI	ONCO	Dirigenza	Comparto	Area di supporto gestionale	Altri soggetti istituzionali
INDICARORI AGENAS PNE  Migliorare l'Outome Aziendale	Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni					X						xxx	xx		
	Infarto Miocardico Acuto: % trattati con PRTCA entro 2 giorni					X						xxx			
	Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni					X						xxx	xx		
	By-pass Aortocoronarico: mortalità a 30 giorni					X						xxx	xx		
	Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni					X						xxx	xx		
	Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni				X							xxx	xx		
	Ictus is chemico: mortalità a 30 giorni				X							xxx	xx		
	Interv. chirurgico per T cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'interv. di craniotomia					X						xxx	xx		
	BPCO riacuitizzata: mortalità a 30 giorni	X						X				xxx	xx		
	Colectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 giorni		X									xxx			
	Colectomia laparoscopica: % interventi in reparti con vol. di attività > 90 casi		X									xxx			
	Interv. chirurgico per TM mammella: % interv. in reparti con vol. di attività > 135 casi		X									xxx			
	% di nuovi interv. di resezione entro 120 giorni da un interv. Chirur. Conserv. per TM		X				X					xxx	xx		
	Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a 30 giorni			X					X			xxx	xx		
	Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalità a 30 giorni			X					X			xxx	xx		
	Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni			X					X			xxx	xx		
	Proporzione di parti con taglio cesareo primario							X				xxx			
Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio							X				xxx		xx		
Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio							X				xxx		xx		
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni			X								xxx				
Frattura della Tibia e Perone: tempi di attesa per intervento chirurgico			X								xxx				

Sub	Obiettivo	Azioni / Indicatori
Gli obiettivi e le Azioni / Indicatori relativi a tale area saranno definiti secondo le indicazioni dell'Assessorato che li sta sviluppando anche in relazione all'evolversi della situazione pandemica		
		MEDICINA
		CHIRURGIA
		TESTA-COLLO
		NEUROSC
		CTV
		MAT.INF
		EMERGENZA
		LABORATORIO
		IMMAGINI
		ONCO
		Dirigenza
		Comparto
		Area di supporto gestionale
		Altri soggetti istituzionali

Con la Delibera del Direttore Generale n.1083 del 22/12/2016 sono state approvate le Note Operative per la realizzazione del Progetto di Pianificazione e Controllo (Pi.Co.), il quale prevede la Strutturazione di un Sistema Aziendale di Raccordo tra gli Strumenti di Pianificazione e i Processi di Valutazione della Performance di Struttura e Individuale, in relazione ai Risultati da conseguire, alle Attività da svolgere e alle Risorse assegnate.

Il suddetto Processo prevedeva l'introduzione di tre Tavoli Operativi, il Tavolo Strategico, il Tavolo Gestionale e il Tavolo delle Risorse, chiamati ad operare al fine di Assicurare l'Esecuzione di tutti i Processi di assegnazione degli Obiettivi Annuali, il loro Monitoraggio Continuo, con l'eventuale attivazione di Gruppi di Lavoro aventi lo scopo di Individuare le Cause e proporre Soluzioni in merito agli Obiettivi non in linea con quanto Programmato e la Formazione e il Controllo del Bilancio Gestionale.

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

Successivamente, prima dell'inizio del processo di budget 2021, la Direzione Aziendale ha inteso apportare delle modifiche più profonde all'assetto di Pianificazione e Controllo descritto; come primo atto è stata redatta la Delibera n. 307 del 17/3/2021 con la quale si è ufficializzata la costituzione del Comitato di Budget per l'Anno 2021.

Mediante tale Delibera al costituendo Comitato di Budget vengono in pratica assegnati i compiti che secondo l'Assetto precedente erano in carico ai tre Tavoli Operativi.

Il Percorso Annuale di Valutazione della Performance ha inizio con la stesura del Piano della Performance Triennale e la costituzione del Comitato di Budget; dopodiché il suddetto Comitato, anche in considerazione degli Obiettivi indicati e/o assegnati alla A.O. a livello Nazionale e Regionale, stabilisce gli Obiettivi, gli Indicatori e i loro pesi.

I passaggi successivi prevedono la Presentazione degli Obiettivi all'O.I.V., alle Rappresentanze Sindacali e al Collegio di Direzione, i quali hanno la possibilità di proporre i loro suggerimenti.

A conclusione di questi incontri inizia la Programmazione e l'effettuazione delle sedute per la Negoziazione degli Obiettivi ai Centri di Attività (Dirigenza Sanitaria e Comparto Sanitario), ai Centri Sanitari di Supporto e ai Centri Amministrativi; contestualmente viene effettuata la Negoziazione dei Budget dei Centri di Risorsa.

Una volta avvenute 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 di seconda istanza.

Infine la Direzione Risorse Umane recepisce i risultati della Performance di Struttura, li integra con i risultati della Performance Individuale e procede alla remunerazione della Retribuzione di Risultato ai Dipendenti della A.O.

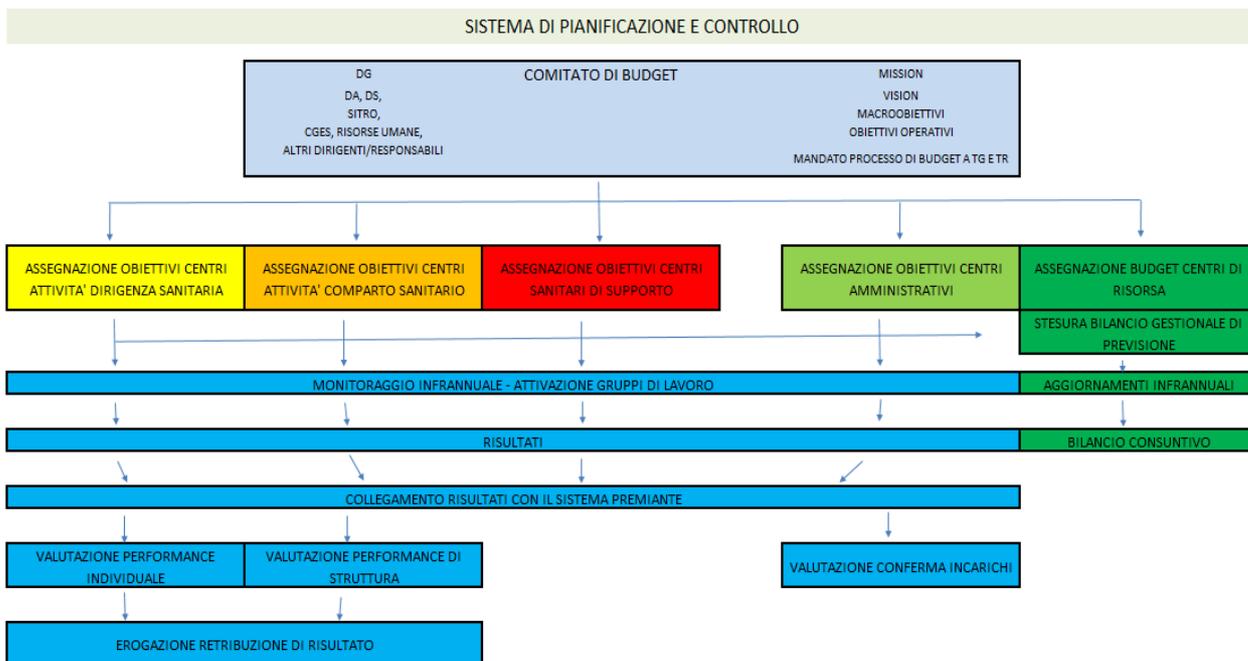
L’intero Processo appena descritto nell’Anno 2021 ha subito un rallentamento dovuto in particolare a due ordini di cause: innanzitutto la Pandemia da Covid-19 che ha completamente variato le Caratteristiche delle Attività erogate, andando in tal modo a stravolgere sia la Natura che i Valori degli Obiettivi e degli Indicatori, in secondo luogo la particolare situazione della A.O. che ha visto avvicinarsi negli ultimi due anni ben sedici tra Direttori Generali/Commissari Straordinari, Direttori Sanitari e Direttori Amministrativi.

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

CRONOPROGRAMMA Pi. Co.	
Dicembre anno precedente	Costituzione del Comitato di Budget e stesura del Piano della Performance
	Presentazione degli obiettivi all’O.I.V., alle Rappresentanze Sindacali e al Collegio di Direzione

Gennaio anno in corso	Negoziazione e assegnazione obiettivi ai centri di attività della Dirigenza Sanitaria e ai centri di attività del Comparto Sanitario
Febbraio anno in corso	Negoziazione e assegnazione dei budget dei centri di risorsa, degli obiettivi dei centri sanitari di supporto e dei centri amministrativi e formazione del bilancio gestionale di previsione
Aprile-Dicembre anno in corso	Monitoraggio obiettivi e budget, incontri almeno trimestrali con i responsabili dei centri, attivazione gruppi di lavoro
Febbraio-Giugno anno successivo	Elaborazione dei risultati dei budget, comunicazione ai responsabili dei centri, eventuali considerazioni e/o contestazioni, verifica delle considerazioni e/o contestazioni, esame e validazione di prima istanza dei risultati, trasmissione all'O.I.V., validazione di seconda istanza dei risultati, trasmissione alla Direzione Risorse Umane.  Elaborazione bilancio gestionale consuntivo

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



Il Sistema di Monitoraggio degli Obiettivi è stato costruito mediante la realizzazione di un Sistema Informativo Centralizzato che, a partire dalle diverse basi di dati presenti nella A.O., consente la Produzione di una “reportistica differenziata” per Livello di utilizzatore e tipologia di report.

La diffusione delle Informazioni avviene tramite il Sistema Intranet Aziendale, con periodicità per lo più mensile.

### **Performance di Struttura**

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

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

Per Centro di Attività della Dirigenza Sanitaria si intendono tutte le Strutture Complesse e Semplici Dipartimentali previste dal vigente Organigramma Aziendale che soddisfano i seguenti requisiti:

- Sono dotate di un Dirigente Sanitario Responsabile;
- Producono Attività di Ricovero e/o Specialistica Ambulatoriale;
- È possibile determinare con chiarezza le Attività espletate e le Risorse disponibili.

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

Per Centro di Attività del Comparto Sanitario si intendono tutte le Unità Operative/Aree previste dal vigente Organigramma Aziendale che soddisfano i seguenti requisiti:

- Sono dotate di un Coordinatore delle Professioni Sanitarie;
- Concorrono alle attività di Ricovero e/o Specialistica Ambulatoriale e/o di Sala Operatoria.
- È possibile determinare con chiarezza le Attività espletate e le Risorse disponibili.

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

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

- Sono dotati di un Dirigente Sanitario o di un Titolare di Incarico di Funzione Organizzativa, in assenza di un Dirigente di Struttura Sovraordinato, in qualità di Responsabile;
- Sono Titolari di Attività di natura Organizzativa;
- È possibile determinare con chiarezza le Attività Espletate e le Risorse Disponibili.

## *ASSEGNAZIONE DEGLI OBIETTIVI AI CENTRI AMMINISTRATIVI*

Per Centri Amministrativi si intendono le Strutture Complesse e Semplici e gli Incarichi di Funzione Organizzativa dell'Area Tecnico-Amministrativa previsti dal vigente Organigramma Aziendale che soddisfano i seguenti requisiti:

- Sono dotati di un Dirigente Amministrativo/Tecnico/Professionale o di un Titolare di Incarico di Funzione Organizzativa, in assenza di un Dirigente di Struttura Sovraordinato, in qualità di Responsabile;
- Sono Titolari di Attività di natura Organizzativa;
- È possibile determinare con chiarezza le Attività Espletate e le Risorse Disponibili.

La Valutazione della Performance di Struttura fornisce come risultato un Valore Percentuale, che determina il Risultato di ciascun Centro di Budget Aziendale da integrare per ciascun Dipendente con il risultato della Propria Performance Individuale.

### **Performance individuale**

Il Sistema di Valutazione Aziendale, in via sperimentale, è stato introdotto a regime nel 2010 con il collegamento al Sistema Premiante attraverso l'applicazione immediata delle nuove Disposizioni della Riforma Brunetta.

Pertanto, sia nell'anno 2010 sia nel 2011, il Sistema di Premialità, in linea con la riforma Brunetta, ha di fatto avviato l'Istituzionalizzazione del Riconoscimento Selettivo e Differenziato finalizzato alla Corresponsione degli Incentivi nella Performance Individuale ed Organizzativa.

Nell'ottica della strategia Aziendale di taratura e miglioramento della Performance complessiva si sono poste le nuove Schede di Valutazione della Performance Individuale adottate per il Comparto a partire dall' Anno 2014.

I report Valutativi adottati nel 2014, ad integrazione e modifica del Sistema di Valutazione vigente, sono distinti tra Categorie e Profili Professionali con tarature diversificate dei singoli item Valutativi al fine di rendere più pertinente e oggettiva la Valutazione Individuale degli Operatori del Comparto.

Inoltre, la valutazione complessiva si fonda sulla Pesatura Diversificata per Categorie e Profili Professionali delle componenti di Performance Individuale e Organizzativa al fine di valorizzare in maniera significativa Responsabilità e Ruoli. Dopo alcune implementazioni e modifiche migliorative introdotte nel 2015 e 2016, dall'Anno 2017 le Schede di Valutazione sono state integrate sperimentalmente, e solo per il Personale di Area Sanitaria afferente al Servizio delle Professioni Sanitarie, con un Feedback periodico tra Valutato e Valutatore utile a rilevare con periodicità semestrale i Miglioramenti e/o le Segnalazioni di errore di Valutazione.

Nel corso dell'ultimo biennio, l'OIV, a seguito del Monitoraggio e della costante verifica sull'attuazione delle Procedure previste e sui conseguenti andamenti, ha promosso una serie di Interventi Migliorativi sui Piani Collegati di Valutazione e Premialità sia del Comparto sia dell'Area Dirigenziale.

Le leve fondamentali che tale processo deve azionare in modo più incisivo attraverso il collegato Sistema di *Budgeting*, così come negli ultimi tre anni indicato insistentemente dal NVA prima e dall'OIV poi, sono la diffusione in Azienda della nuova cultura di Pianificazione e Programmazione del raggiungimento di Obiettivi Condivisi, Trasparenti e Raggiungibili, la misurazione delle Performance conseguite e la conseguente taratura di Soluzioni Migliorative di Performance sia Individuali sia Organizzative.

Il Processo già avviato si sta sviluppando progressivamente, così come testimoniano il presente aggiornamento del Piano della Performance e l'Implementazione di adeguamenti migliorativi in recepimento delle direttive dell'OIV in tema di Valutazione e Performance e/o maturati dall'Esperienza e Revisione critica degli stessi Gestori/Fruitori dei Sistemi stessi.

L'obiettivo che la A.O. sta perseguendo è quello di Promuovere il Merito e il Miglioramento della Performance Individuale, utilizzando Sistemi Premianti Selettivi che valorizzino i Dipendenti che conseguono le migliori Performance, attraverso l'attribuzione selettiva di Incentivi Economici e di Carriera.

Il monitoraggio "infrannuale", previsto con *feedback* periodico tra Valutato e Valutatore, per il Personale Sanitario del Comparto si è dimostrato essere un valido strumento nei processi di formazione della Valutazione e di orientamento dell'Azione e dei comportamenti dei Valutati. Infatti, lo strumento predisposto ha lo scopo di arricchire la cultura della Valutazione rendendo

sempre più Trasparente, Condiviso e Partecipativo il confronto tra Valutato e Valutatore nella reciproca collaborazione e nel rispetto dei Ruoli, superando le criticità e le incomprensioni determinate da una mera e sterile compilazione del report di Valutazione da parte del Valutatore a consuntivo.

La Valutazione Individuale Permanente, pertanto, gradualmente costituirà l'esito finale del confronto continuo tra Valutatore e Valutato, tappa fondamentale per la misurazione, oltre che delle Competenze e delle Conoscenze dei Professionisti/Operatori, del grado di raggiungimento del percorso di crescita Professionale, di collaborazione nell'Equipe e di condivisione della Mission di Struttura e Aziendale.

In considerazione del fatto che la Valorizzazione dell'apposito Report di Valutazione complessiva del Personale Dipendente e Dirigente deve tenere conto quindi dei diversi elementi, quali la Professionalità dimostrata e i Comportamenti attuati, anche rispetto alla Categoria e/o Profilo di appartenenza, all'Area Assistenziale di Assegnazione e/o Incarico ricoperto per il Comparto e della tipologia di Incarico assegnato e dell'Area di Intervento Assistenziale di direzione strategica per l'Area Dirigenziale; così come proposto dall'OIV nel corso del 2022 sarà avviata la revisione delle Schede di Valutazione .

Inoltre, è in corso di approfondimento e di revisione la Procedura di Valutazione di Seconda Istanza al fine di accogliere le proposte in merito avanzate dall'OIV, al fine di garantire le temperate aspettative connesse al riesame.

## **Il sistema premiante**

L' Affinamento e l'Ottimizzazione degli strumenti fondamentali di Pianificazione, di Misurazione e di Miglioramento della Performance stessa sia nell'ambito della Qualità Prestazionale Individuale del lavoratore sia di quella Organizzativa contribuiscono in maniera concreta a promuovere il Merito e il miglioramento della Performance Individuale, utilizzando Sistemi Premiati Selettivi che valorizzino i Dipendenti che conseguono le migliori Performance, attraverso l'attribuzione selettiva di Incentivi Economici e di Carriera.

Pertanto, sulla base delle previsioni Normative dettate dal D.Lg.vo 150/2009 e ancor più sostenute e ribadite del D.Lg.vo 74/2017 in tema di Valorizzazione del Merito ed Incentivazione della Performance, attraverso la Valorizzazione della Performance Individuale il Dipendente/Dirigente accede al sistema di premialità individuale nelle sue due componenti fondamentali:

- 1) Incentivazione Economica di Produttività Individuale e di Risultato Individuale;
- 2) Sviluppo Professionale:

*A. Per il Comparto*

- Progressioni Economiche;
- Progressioni di Carriera;
- Attribuzione di Incarichi di Coordinamento/Posizioni Organizzative

*B. Per la Dirigenza*

- Attribuzione/Conferma di Incarichi Professionali anche di alta Specialità, di SS, di SSD

### **Incentivazione da produttività Area Comparto**

Con il Punteggio riportato nella prima parte della Scheda di Valutazione Individuale il Dipendente accede alla Incentivazione Economica di Produttività Individuale nella percentuale di raggiungimento della Performance.

Così come previsto dalla Riforma Madia, a partire dal 2018 all’Incentivazione della Produttività Individuale è destinato annualmente il 30% delle Risorse Economiche disponibili annualmente nel “*Fondo di Produttività Collettiva per il miglioramento dei Servizi e per il Premio della Qualità delle Prestazioni Individuali*” del Comparto.

Con il Punteggio riportato nella prima parte della Scheda di Valutazione Individuale il Dipendente è valorizzato anche nella partecipazione alla Performance Organizzativa accedendo all’Incentivazione della Produttività Collettiva da Performance Organizzativa.

All’Incentivazione della Produttività Collettiva è destinato, il restante 70% delle Risorse Economiche disponibili annualmente nel “*Fondo di Produttività Collettiva per il miglioramento dei Servizi e per il Premio della Qualità delle Prestazioni Individuali*”.

Le quote Incentivanti di Performance Individuale e di Performance Organizzativa sono determinate dalla rispettiva Valorizzazione raggiunta tramite la Scheda di Valutazione, rapportata per la Performance Organizzativa al Rapporto di Proporzionalità rispetto al grado di raggiungimento degli Obiettivi, e sulla base della Parametrazione della Retribuzione Tabellare

prevista dai CCNLL vigenti e attribuibile in base alla Categoria di appartenenza secondo il seguente schema:

<b>Ctg</b>	<b>Quota Parametrica</b>
A	0,69
B	0,74
Bs	0,77
C	0,85
D	0,93
Ds	1,00

con abbattimento Percentuale di tutte le Assenze complessive anche non continuative dal Servizio secondo lo Schema sotto riportato:

<b>Abbattimento percentuale, sul compenso, di tutte le assenze dal servizio, anche non continuative, a qualsiasi titolo tranne il congedo ordinario.</b>			
Assenze effettive		Percentuale di abbattimento delle quota incentivante	%Somma spettante
Fino a 15 gg di assenza dal servizio	365-350	0	100%
Dal 16° al 30° giorno di assenza dal servizio	349-335	-15%	85%
Dal 31° al 45° giorno di assenza dal servizio	334-320	-25%	75%
Dal 46° al 60° giorno di assenza dal servizio	319-305	-35%	65%
Dal 61° al 75° giorno di assenza dal servizio	304-290	-45%	55%
Dal 76° al 90° giorno di assenza dal servizio	289-275	-55%	45%
Dal 91° al 105° giorno di assenza dal servizio	274-260	-65%	35%
Dal 106° al 120° giorno di assenza dal servizio	259-245	-75%	25%
Dal 121° a 6 mesi	244-182	-85%	15%
Oltre 6 mesi	>=181	-100%	0
Personale cessato o di nuova assunzione con una presenza superiore almeno ai tre mesi ma inferiore ai 4 mesi		-75%	25%
Personale cessato o di nuova assunzione con una presenza superiore almeno ai quattro mesi ma inferiore ai 5 mesi		-65%	35%
Personale cessato o di nuova assunzione con una presenza superiore almeno ai cinque mesi ma inferiore ai 6 mesi		-55%	45%

Così come previsto dalla Normativa Legislativa Nazionale vigente sono equiparati a giorni di presenza i giorni di congedo obbligatorio di maternità. Al Personale acquisito per mobilità in corso d'anno sarà riconosciuta la quota parte prevista dalla sopra indicata griglia.

I risparmi ricavati dall'abbattimento percentuale per il mancato raggiungimento del 100% della Performance Organizzativa è di quella individuare unitamente a quelli

ricavati dagli abbattimenti per le assenze che risultano essere redistribuiti nella misura del 50% ai dipendenti non titolari di Incarico di Funzione con performance individuale al 100% proporzionalmente alla presenza resa nell'anno e nella misura del restante 50%, ai Dipendenti cui è assegnato un Incarico di Funzione con Performance Individuale al 100% proporzionalmente all'impegno orario aggiuntivo annuale accertato e autorizzato ma non retribuito.

Per quanto riguarda gli Obiettivi Specifici di particolare rilevanza strategica o assegnati al fine di adempiere a particolari normative, la cui metodologia di assegnazione è spiegata nel dettaglio nella terza parte, seconda sezione, del presente regolamento; si prefissa che la quota economica complessiva massima spettante a tutti i Responsabili dei Centri o Titolari di Posizione Organizzativa/Incarichi di Funzione interessati non sia superiore al 7% delle Risorse economiche disponibili annualmente a consuntivo nel relativo *“Fondo di Produttività Collettiva per il miglioramento dei servizi e per il Premio della qualità delle prestazioni individuali”*.

### **Incentivazione da retribuzione di risultato Area Dirigenza**

Con il Punteggio Complessivo riportato nella scheda di Valutazione Individuale annuale, nella valorizzazione complessiva dei Dieci Parametri, il Dirigente accede al Premio della Qualità della Prestazione Individuale nella percentuale di raggiungimento della relativa Performance.

Così come previsto dalla Riforma Madia, a partire dal 2018 all'incentivazione della Produttività Individuale è destinato annualmente il 30% delle risorse economiche disponibili annualmente a consuntivo nel *“Fondo per la Retribuzione di risultato e per il premio della qualità della prestazione individuale”*.

Con il Punteggio riportato nella seconda parte della Scheda di Valutazione Individuale, nella Valorizzazione degli ultimi sei parametri, il Dirigente è valorizzato anche nella partecipazione alla Performance Organizzativa accedendo all'Incentivazione del Risultato da Performance Organizzativa.

All'Incentivazione della Retribuzione di risultato da Performance Organizzativa è destinato almeno il restante 70% delle risorse economiche disponibili annualmente nel *“Fondo per la Retribuzione di risultato e per il premio della qualità della prestazione individuale”*.

Tale misura Incentiva è legata al raggiungimento degli Obiettivi concordati con i Direttori delle Strutture Organizzative Aziendali in sede di negoziazione di Budget.

Il Grado di raggiungimento degli Obiettivi assegnati a ciascuna Struttura rappresenta la base per Commisurare il Trattamento Accessorio da attribuire a tutto il Personale Dirigente afferente alla medesima struttura.

La determinazione della quota individuale della retribuzione di risultato da erogare a consuntivo a ciascun dirigente, è connessa:

- Per i Responsabili di Centro di Attività/Costo agli Indicatori di Performance relativi all'ambito Organizzativo di eventuale diretta responsabilità;

- Per tutti coloro che non sono Responsabili del Centro di Attività/Costo di afferenza;

- Al grado di raggiungimento dei risultati di ogni Centro di Responsabilità/Attività di afferenza e al conseguente ammontare della quota di retribuzione di risultato assegnata;

- Al proporzionale grado di partecipazione del Dirigente al raggiungimento degli Obiettivi dell'eventuale Centro di Responsabilità/Attività afferente valorizzato nelle modalità indicate nelle allegare schede.

### **Le quote incentivanti di performance individuale e di performance organizzativa**

Queste sono determinate dalla rispettiva valorizzazione raggiunta tramite la Scheda di Valutazione, rapportata per la Performance Organizzativa in un rapporto di Proporzionalità rispetto al grado di raggiungimento degli Obiettivi, con abbattimento percentuale di tutte le assenze complessive anche non continuative dal servizio secondo lo schema sotto riportato:

<b>Abbattimento percentuale, sul compenso, di tutte le assenze dal servizio, anche non continuative, a qualsiasi titolo tranne il congedo ordinario.</b>			
Assenze effettive		Percentuale di abbattimento delle quota incentivante	%Somma spettante
Fino a 15 gg di assenza dal servizio	365-350	0	100%
Dal 16° al 30° giorno di assenza dal servizio	349-335	-15%	85%
Dal 31° al 45° giorno di assenza dal servizio	334-320	-25%	75%
Dal 46° al 60° giorno di assenza dal servizio	319-305	-35%	65%
Dal 61° al 75° giorno di assenza dal servizio	304-290	-45%	55%
Dal 76° al 90° giorno di assenza dal servizio	289-275	-55%	45%
Dal 91° al 105° giorno di assenza dal servizio	274-260	-65%	35%
Dal 106° al 120° giorno di assenza dal servizio	259-245	-75%	25%
Dal 121° a 6 mesi	244-182	-85%	15%
Oltre 6 mesi	>=181	-100%	0
Personale cessato o di nuova assunzione con una presenza superiore almeno ai tre mesi ma inferiore ai 4 mesi		-75%	25%
Personale cessato o di nuova assunzione con una presenza superiore almeno ai quattro mesi ma inferiore ai 5 mesi		-65%	35%
Personale cessato o di nuova assunzione con una presenza superiore almeno ai cinque mesi ma inferiore ai 6 mesi		-55%	45%

Così come previsto dalla Normativa Legislativa Nazionale vigente sono equiparati a giorni “di presenza” ed i giorni “di congedo obbligatorio di maternità”. Al personale acquisito per mobilità in corso d’anno sarà riconosciuta la quota parte prevista dalla sopra indicata griglia.

I risparmi ricavati dall’Abbattimento Percentuale per il mancato raggiungimento del 100% della Performance Organizzativa e di quella Individuale unitamente a quelli ricavati dagli Abbattimenti per le assenze sono redistribuiti ai Dipendenti con Performance Individuale al 100% proporzionalmente all’impegno di “orario aggiuntivo annuale” accertato e autorizzato, ma non retribuito.

Per quanto riguarda gli obiettivi specifici di particolare rilevanza strategica o assegnati al fine di adempiere a particolari normative, la cui metodologia di assegnazione è spiegata nel dettaglio nella terza parte al secondo paragrafo del presente regolamento, e si prefissa che la Quota Economica Complessiva massima spettante a tutti i Responsabili dei centri interessati non sia superiore al 14% delle Risorse economiche disponibili annualmente nel relativo “*Fondo per la Retribuzione di risultato e per il premio della qualità della prestazione individuale*”.

## **Sviluppo Professionale**

Le previsioni normative dettate dal D.Lg.vo 150/2009 e ancor più sostenute e ribadite dal D.Leg.vo 74/2017, di riformulazione del D.Leg.vo 150/2009 in tema di

Valorizzazione del Merito ed Incentivazione della Performance, attraverso soprattutto gli artt. 20, 21, 23, 24 e 25 e nella modifica degli artt.17, 19, 21 del D.Lg.vo 165/2001, nel promuovere il Merito e il miglioramento della Performance Individuale, prevedono Sistemi Premianti selettivi che valorizzino i Dipendenti che conseguono le migliori Performance, attraverso l'Attribuzione Selettiva di Incentivi di Carriera.

In quest'ottica per promuovere il Merito e lo sviluppo Professionale è fondamentale nell'ambito del Sistema Permanente di Valutazione Individuale, la costante Connessione e Interrelazione tra la Valutazione Individuale Annuale e la Valutazione Periodica/Annuale/Triennale/Quinquennale dello svolgimento di Incarichi sia nel Comparto sia nelle Dirigenze.

Pertanto, la Valorizzazione della Performance Individuale Annuale del Dipendente/Dirigente deve essere tenuta in debito conto e considerata a livello comparativo in sede di Conferimento/Conferma di Incarichi conferiti sia su proposta dei Dirigenti/Responsabili sia sulla base di apposita selezione interna, fermo restando quanto specificamente previsto dalla Normativa Legislativa, Contrattuale Nazionale e dalla Regolamentazione Aziendale in materia a cui si rimanda.

### **Area Comparto**

Nello sviluppo Professionale dei Dipendenti del Comparto ai fini delle:

- Progressioni Economiche;
- Progressioni di carriera;
- Attribuzione/Conferma di Incarichi di Coordinamento/Posizioni Organizzative.

Resta fermo quanto specificamente previsto dalla Normativa Legislativa Contrattuale Nazionale e dalla Regolamentazione Aziendale in materia a cui si rimanda; sono considerate anche a livello Comparativo le Valorizzazioni della Performance Individuale Annuale del Dipendente dell'ultimo triennio. Il peso assegnato al parametro della Valutazione dell'ultimo triennio è stabilito specificamente nei Bandi di ciascuna Selezione e deve costituire almeno il 25% del giudizio rispetto ai restanti Indicatori considerati quali Titoli, Curriculum Formativo e Professionale.

Nella Valutazione Finale e nella conferma di Incarico concorrono le Valutazioni di Performance Individuale Annuali dell'intero periodo considerato.

## **Area Dirigenze**

Nello sviluppo professionale dei dirigenti ai fini delle:

- Attribuzione/Conferma di Incarichi Professionali anche di alta Specialità, di SS, di SSD.

Resta valido quanto specificamente previsto dalla Normativa Legislativa Contrattuale Nazionale e dalla Regolamentazione Aziendale in materia a cui si rimanda, sono considerate anche a livello Comparativo le Valorizzazioni della Performance Individuale Annuale del Dirigente dell'ultimo triennio e le Valutazioni Periodiche esperite dai collegi tecnici. Il peso assegnato al parametro della Valutazione dell'ultimo triennio e dell'ultima Valutazione del Collegio Tecnico deve essere stabilito specificamente nei Bandi di ciascuna selezione e deve costituire almeno il 20% del giudizio rispetto ai restanti indicatori considerati quali Titoli, Curriculum Formativo e Professionale, esperienze di Studio e Ricerca.

Nella valutazione a scadenza incarico e nella conferma di incarico concorrono le valutazioni di performance individuale annuali dell'intero periodo considerato.

## **Rischi corruttivi**

### **Soggetti aziendali coinvolti**

I soggetti che concorrono alla prevenzione della corruzione all'interno dell'A.O. sono:

- o La Direzione Aziendale;
- o Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione;
- o Il Responsabile della Trasparenza
- o I Referenti per la Prevenzione della Corruzione;
- o Tutti i Dirigenti e titolari di P.O. per l'Area di rispettiva Competenza;
- o Il Nucleo di Valutazione Interno (nelle funzioni di O.I.V.) e gli altri Organismi di Controllo Interno;
- o Gli Uffici per i Procedimenti Disciplinari – U.P.D.;
- o L'Ufficio Relazioni con il Pubblico;
- o Tutti i Dipendenti dell'Amministrazione;
- o Collaboratori a qualsiasi titolo dell'Amministrazione;
- o Il Responsabile del Centro di Aggiornamento e Formazione del Personale;

- Il RASA

E' 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.

### **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, la A.O. 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 della A.O.; durante l'anno 2022, si procederà alla mappatura di ulteriori processi coinvolgendo anche l'area sanitaria che saranno integrati nel Piano.

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:

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.

- 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.
- 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.
- 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.

### **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 la A.O.

### **Contesto nazionale**

L'Istat per la prima volta ha studiato (nel 2017) il fenomeno corruttivo in Italia all'interno dell'indagine sulla sicurezza dei cittadini. Quindi possiamo analizzare un'indagine svolta non più solo sulla percezione bensì basata su accadimenti vissuti.

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

L'indicatore complessivo (7,9%) raggiungeva il massimo nel Lazio (17,9%) e il minimo nella Provincia autonoma di Trento (2%), ma la situazione sul territorio è molto diversificata a seconda degli ambiti della corruzione. La corruzione in sanità è più frequente in Abruzzo (4,7%) e in Campania (4,1%).

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

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

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

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 artificiale 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.

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

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

La Prefettura di Perugia 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., 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.

## **I Valori Aziendali**

La A.O., così come dà 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.

### **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:

- 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;
- È previsto un dovere di segnalazione a carico dei medesimi soggetti.

Il Dipendente pertanto si astiene dal partecipare all’adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere *“interessi propri, ovvero di affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, ovvero, di soggetti od organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi, ovvero di soggetti od organizzazioni di cui sia tutore, curatore,*

*procuratore o agente, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui egli sia amministratore o gerente o dirigente. Il dipendente si astiene in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza”.* (Cfr. art. 6 del Codice Etico e di Comportamento aziendale)

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

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

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

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

La violazione sostanziale della norma, che si realizza con il compimento di un atto illegittimo, dà luogo a responsabilità disciplinare del dipendente suscettibile di essere sanzionata con l’irrogazione di sanzioni all’esito del relativo procedimento, oltre a poter

costituire fonte di illegittimità del procedimento e del provvedimento conclusivo dello stesso, quale sintomo di eccesso di potere sotto il profilo dello sviamento della funzione tipica dell'azione amministrativa.

### **Inconferibilità e Incompatibilità ex D.Lgs. 39/2013**

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

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

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

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

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

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

All'atto della nomina, colui al quale l'incarico è conferito, è tenuto a rilasciare una dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di Inconferibilità o incompatibilità comprendenti gli elementi contenuti nell'art. 8 e 14 del D.Lgs. 39/2013<sup>1</sup>.

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 precostituirsi 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

---

<sup>1</sup> Art. 8 D.Lgs. 39/2013: Gli incarichi di direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo nelle aziende sanitarie locali non possono essere conferiti a coloro che nei cinque anni precedenti siano stati candidati in elezioni europee, nazionali, regionali e locali, in collegi elettorali che comprendano il territorio della ASL.

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

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

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

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

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

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. 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.

### **Tutela del Dipendente che effettua segnalazione di illecito (c.d. Whistleblowing)**

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;

Integrazione della disciplina dell'obbligo di segreto d'ufficio, aziendale, professionale, scientifico e industriale:

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.

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 (in allegato) aggiornata a seguito dell'entrata in vigore della citata Legge 179/2017, pertanto specifica:

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

La segnalazione può essere presentata con le seguenti modalità:

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

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

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

## **Formazione**

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.

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 potranno essere eventualmente concordati con le altre Aziende Sanitarie Regionali anche in collaborazione con la Scuola Umbra di Amministrazione Pubblica di Villa Umbra

I responsabili delle articolazioni aziendali comunicano al responsabile del Servizio Formazione i nominativi dei dipendenti che di volta in volta partecipano ad eventi formativi e organizzano presso le rispettive strutture/servizi/uffici degli incontri

formativi brevi nel corso dei quali gli operatori che hanno partecipato ai programmi di formazione aziendali espongono le indicazioni essenziali apprese, assicurando così, con un percorso a cascata, la più ampia divulgazione delle tematiche relative alla prevenzione e al contrasto della corruzione.

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

### **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.Lgs. n.82/2005 Codice dell’Amministrazione Digitale, tenuto conto che ogni stazione appaltante è tenuta a nominare un soggetto responsabile (RASA) dell’inserimento ed aggiornamento annuale

dei dati presenti in anagrafica, l'A.O. 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 S.C. “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**

Ai sensi dell'art. 53 del D. Lgs. 165/2001 e ss.mm.ii. gli incarichi retribuiti ai dipendenti sono conferiti o autorizzati dalla Direzione Aziendale (o suo delegato).

Ai fini dell'autorizzazione, l'A.O. ha adottato il Regolamento aziendale in materia di "incompatibilità e autorizzazione allo svolgimento degli incarichi extra istituzionali" di cui alla deliberazione del Direttore Generale n. 95 del 27/02/2013 che prevede anche la verifica dell'insussistenza di situazioni anche potenziali di conflitto di interesse e la presenza dei requisiti previsti dalla normativa vigente. La richiesta di autorizzazione da parte del dipendente redatta su apposito modello è corredata dalla dichiarazione sul conflitto di interesse e sulla incompatibilità, ambedue valutate dal gerarchicamente sovraordinato del dipendente.

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

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

## Misure specifiche ulteriori

### *Governo liste d'attesa*

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

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

**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 messo a regime il modello di Preospedalizzazione centralizzata (Deliberazione del Direttore Generale n. 244 del 17.3.2017) che, a partire dall'8 gennaio 2018, coinvolge tutte le unità operative dell'A.O. che effettuano prestazioni chirurgiche programmate.

Con la messa a regime della Preospedalizzazione centralizzata la gestione dello scorrimento delle liste d'attesa delle singole specialità è garantita dall'Ambulatorio di Preospedalizzazione nel rispetto dell'ordine cronologico di inserimento in lista d'attesa del paziente e della classe di priorità assegnata dal Dirigente medico al momento della visita (secondo le modalità previste dalla Conferenza Stato Regioni dell'11 luglio 2002 e riportate nella Deliberazione del Direttore Generale n. 593 del 12 luglio 2016); tale modello organizzativo/gestionale ha l'obiettivo di "efficientare" il percorso chirurgico ma anche di garantire una maggiore tracciabilità e trasparenza del suddetto processo 'Liste di attesa ricoveri ed interventi chirurgici', assicurando una maggiore equità per il Paziente in termini di accesso alle cure.

A partire dal piano di budget 2021, riproposto nel piano di budget 2022, sono stati assegnati specifici obiettivi in materia di anticorruzione, ai Direttori di UU.OO. che effettuano prestazioni interventistiche, relativamente all'obbligo di rispettare quanto previsto nella suddetta Procedura di gestione del percorso chirurgico in elezione.

In materia di Specialistica ambulatoriale, con Deliberazione della Giunta Regionale n. 472 del 18.05.2022 è stato approvato il Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) per il triennio 2022-2025.

Il programma attuativo dell'A.O. tiene conto di quanto riportato nella Deliberazione sopracitata e nella nota della Regione Umbria prot. n. 0038810 del 20/06/2022 "Adempimenti DGR 472 del 18.05.2022".

Sono state individuate alcune azioni prioritarie quali:

- Verifica di tutte le agende dell'AO TR (n. prestazioni erogate per struttura) al fine di garantire con opportuna eventuale rimodulazione, nel rispetto dei percorsi di II livello, che il 50% delle prestazioni previste nei piani di lavoro delle singole Strutture dell'AO TR siano disponibili per le attività gestite dai CUP di I° livello;
- Calendarizzazione piano abbattimento AO TR – ASL Umbria 2 secondo accordo inter aziendale AO "S. Maria" TR – USL Umbria 2 finalizzato a favorire lo smaltimento delle

- prestazioni inserite nel percorso di tutela con un offerta incentrata sulle prestazioni più critiche quali Colonscopie, Gastroscofie, TC, RM, Neuro-RM, Ecografie.. ;
- Graduale eliminazione delle accettazioni con attivazione delle relative agende (*Agende Omnibus*) al fine di consentire un miglioramento del monitoraggio dello scorrimento dei percorsi di tutela e una maggiore trasparenza nella gestione delle liste di attesa;
  - Costruzione delle “*Agende di Overbooking*” al fine di garantire una disponibilità ulteriore del 20% per ogni struttura erogante nel caso in cui le agende su tutto l’ambito regionale fossero occupate;
  - Implementazione dell’attività delle piastre ambulatoriali e della prenotazione diretta dei controlli da parte degli specialisti;
  - Offerta dei servizi articolata sulle 12 ore (8-20) tutti i giorni.

Per tutte le prestazioni soggette a prescrizione RAO, il tempo massimo di attesa che la A.O. 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. Il criterio RAO già previsto dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa 2019-2021, introdotto nell’ottica di fornire la prestazione necessaria al paziente nei tempi legati alla specifica condizione clinica, resta il criterio fondamentale da seguire nella risposta da fornire all’utente. Il criterio della prossimità viene mantenuto laddove vi sia disponibilità nelle agende, partendo dal presupposto che l’offerta specialistica viene espressa come offerta data dalla Azienda Sanitaria di residenza, dall’Azienda Ospedaliera di riferimento e dalle Strutture private accreditate e convenzionate presenti nella stessa Azienda Sanitaria superando, di fatto, la logica di gestione distrettuale delle agende

Sempre nell’ambito delle liste d’attesa in senso lato, un ruolo importante è rivestito dall’ ALP. La libera professione medica intramuraria è regolamentata da un complesso di norme legislative e contrattuali che la connotano quale diritto dei professionisti sanitari operanti nel Servizio Sanitario Nazionale ed opportunità per gli utenti dello stesso, che effettuano la scelta del medico dal quale ottenere prestazioni sanitarie a pagamento.

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

Dal 2018 il controllo, di II livello, volto a verificare che l’attività libero professionale venga svolta al di fuori del normale orario di servizio viene effettuato su tutti i sanitari interessati.

Qualsiasi irregolarità comporta l’attivazione dell’iter previsto dalle normative vigenti.

Per quanto riguarda il controllo dei volumi questi vengono rilevati dal Controllo di gestione e dal CUP e, una volta analizzati dalla Direzione Sanitaria, vengono trasmessi dapprima ai Direttori delle Strutture interessate e poi alla Commissione paritetica di garanzia dell'A.O. Comunicati i risultati le eventuali anomalie vengono immediatamente corrette, con adeguate misure, dai Direttori delle Strutture, ovvero questi devono provvedere all'allineamento delle prestazioni intramurarie con quelle istituzionali o in alternativa con la cessazione di tutte le attività libero professionali.

### **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:

- All'A.O. una dichiarazione pubblica di interessi dei professionisti redatta sul modello predisposto dall'AGENAS (allegato al presente Piano);
- 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.

### **Farmaci e Dispositivi**

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

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

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

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

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

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

### **Patti di Integrità**

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

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

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

## **Sistema di Controllo di Gestione**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Accanto al processo di budget relativo ai centri di risorsa, il sistema di controllo di gestione aziendale prevede anche l'articolazione dei budget da assegnare ai singoli centri di attività,

intendendosi con tale accezione tutte le strutture deputate all'erogazione di attività di ricovero o specialistica ambulatoriale.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **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 Collegi 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).

### **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.

### **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 e fax**

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

### **Dichiarazione pubblica di Interessi da parte dei Professionisti del Servizio Sanitario**

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

I professionisti tenuti alla compilazione della dichiarazione sono quelli appartenenti all'area sanitaria ed amministrativa riconducibili all'ambito dei soggetti tenuti all'applicazione della normativa in materia di trasparenza e della prevenzione della corruzione<sup>2</sup> e sui quali grava la responsabilità nella gestione delle risorse.

Per l'A.O. vengono individuati coloro i quali hanno la responsabilità nella gestione delle risorse indipendentemente dall'incarico ricoperto (ad esempio un dipendente che pur non essendo responsabile di struttura incide sull'acquisto di un prodotto)<sup>3</sup>.

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

---

<sup>2</sup> Cfr PNA aggiornamento 2015 parte speciale parte II Sanità

<sup>3</sup> Sono stati comunicati ad AGENAS per l'inserimento nel portale [pna-sanita@agenas.it](mailto:pna-sanita@agenas.it) le seguenti categorie di professionisti:

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

## **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, assegnazione agli Uffici e conferimento 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;

b) non possono essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati;

c) non possono fare parte delle commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- l'esatta tipologia di impiego/lavoro sia pubblico che privato svolto negli ultimi 5 anni

- di non svolgere o aver svolto 'alcun'altra funzione o incarico tecnico o amministrativo relativamente al contratto del cui affidamento si tratta' (art. 84 c.4 del Codice),

\_ se professionista di essere iscritti in albi professionali da almeno 10 anni (art. 84 c.8 lett. A del Codice)

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

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

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

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

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

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

9. formalizzazione e pubblicazione da parte di funzionari e dirigenti che hanno partecipato alla gestione di una procedura di gara di una dichiarazione attestante l'insussistenza di cause di incompatibilità con l'impresa aggiudicataria e con la seconda classificata, avendo riguardo anche

a possibili collegamenti soggettivi e/o di parentela con i componenti dei relativi organi amministrativi o societari, con riferimento agli ultimi 5 anni,

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

24. pubblicazione del calendario delle sedute di gara,
25. indicazione, negli atti deliberativi di 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.

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

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

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

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

Per quanto riguarda il controllo dei volumi questi saranno rilevati dal Controllo di gestione e dal CUP e, una volta analizzati dalla Direzione Sanitaria, saranno trasmessi dapprima ai Direttori delle Strutture interessate e poi alla Commissione paritetica di garanzia dell'A.O. Comunicati i risultati le eventuali anomalie saranno immediatamente corrette, con adeguate misure, dai Direttori delle Strutture, ovvero questi dovranno provvedere all'allineamento delle prestazioni intramurarie con quelle istituzionali o in alternativa con la cessazione di tutte le attività libero professionali.

## Trasparenza

La sezione della trasparenza del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione riveste un ruolo centrale attesa alla sinergia normativa tra i due sistemi dell'Anticorruzione e della Trasparenza.

La trasparenza amministrativa, intesa come “accessibilità totale dei dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche”, è disciplinata dal DLgs. 33/2013 e successive integrazioni.

Tale accezione di trasparenza assume, di conseguenza, una dimensione più ampia rispetto a quella collegata al diritto di accesso alle informazioni in funzione della titolarità di un interesse specifico e soggettivo (artt. 22 e ss. della L. 241 del 1990 e s.m.i.) e costituisce regola organizzativa dell'attività amministrativa ponendosi anche come mezzo per realizzare una azione amministrativa più efficace e come obiettivo dinamico in costante evoluzione al quale tendere al fine di realizzare i valori di democrazia partecipativa.

In questa sezione sono riportate le misure e gli strumenti ivi compresi quelli di natura organizzativa intesi a realizzare gli obiettivi strategici in materia di trasparenza e prima di tutto a garantire la regolarità e la tempestività, la qualità e l'accessibilità dei flussi informativi normativamente previsti.

### *Modello organizzativo: soggetti coinvolti*

I soggetti che concorrono all'attuazione delle norme, ai sensi dell'art. 43, comma 3 del D.lgs. n. 33/2013, sono i Dirigenti/Responsabili i quali sono chiamati a garantire il “tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge”.

L'art. 9, comma 1, del D.P.R. n. 62/2013 integrato con il Codice di comportamento adottato afferma che: “i Direttori, i Dirigenti, i Responsabili d'Area/Ufficio sono i diretti referenti del Responsabile della trasparenza per tutti gli adempimenti e gli obblighi in materia; con quest'ultimo collaborano fattivamente, attenendosi alle metodologie e determinazioni organizzative ed operative da questi decise”.

I compiti e le responsabilità dei Direttori, dei Dirigenti e dei Responsabili di Ufficio sono di seguito evidenziati:

- Adempiono agli obblighi di pubblicazione;

- Garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge;
- Garantiscono l'integrità, il costante aggiornamento, la completezza, la tempestività, la semplicità di consultazione, la comprensibilità, l'omogeneità, la facile accessibilità, nonché la conformità ai documenti originali in possesso dell'Azienda, l'indicazione della loro provenienza e la riutilizzabilità delle informazioni pubblicate. L'eventuale pubblicazione di atti non conformi agli originali comporta responsabilità dirigenziale;
- Controllano e assicurano la regolare attuazione dell'accesso civico.

In conformità alle disposizioni di cui alla Delibera A.N.AC. n. 1310/2016, l'Azienda ha provveduto a individuare sia gli uffici responsabili della trasmissione dei dati (intesi quali uffici tenuti all'individuazione e/o all'elaborazione dei dati) sia i nominativi dei soggetti tenuti alla pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati ai sensi del comma 1 dell'articolo 10 del D.lgs. 33/2013. L'allegato sarà aggiornato, qualora necessario, all'esito di ogni monitoraggio in base alle pubblicazioni da effettuare. Quanto sopra anche al fine di responsabilizzare tutte le strutture aziendali alla pubblicazione dei dati e delle informazioni.

L'art. 9, comma 1, del D.P.R. n. 62/2013 integrato con il Codice di comportamento adottato afferma che:

- Il dipendente deve osservare tutte le misure previste nel Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione – Sezione II (...) e rispettare, nell'ambito delle proprie mansioni, gli obblighi derivanti dalla normativa sulla trasparenza onde pervenire alla realizzazione degli obiettivi di cui al piano della trasparenza, informando la struttura competente in materia di gestione del sito web sulla necessità di aggiornare, correggere e integrare i dati e i documenti oggetto di pubblicazione che rientrano nella propria sfera di competenza e ad agevolare il flusso delle informazioni e dei dati oggetto di pubblicazione;
- Il dipendente è tenuto a mettere a disposizione in modo tempestivo, preciso e completo e nei tempi richiesti dal Dirigente del Servizio di appartenenza e/o dal Responsabile della trasparenza tutti i dati, le informazioni, gli atti e le elaborazioni oggetto di pubblicazione, a fini di trasparenza;
- Il dipendente deve avere cura e accertarsi, nella pubblicazione degli atti conclusivi dei procedimenti, che non siano determinazioni dirigenziali o atti deliberativi, che l'atto pubblicato contenga tutte le informazioni necessarie a ricostruire tutte le fasi del procedimento stesso. La tracciabilità dei processi decisionali adottati dai dipendenti è,

comunque, garantita dall'elaborazione, adozione e registrazione degli atti amministrativi attraverso supporti informatici documentali e di processo appositamente individuati anche in grado di gestire e monitorare l'iter dei procedimenti; ferma restando l'individuazione in ogni struttura dei Referenti per la trasparenza i cui nominativi sono pubblicati nella sezione Amministrazione Trasparente, i Direttori/Dirigenti/Responsabili sono i diretti referenti del Responsabile Anticorruzione e Trasparenza per tutti gli adempimenti e gli obblighi in materia; con quest'ultimo collaborano fattivamente, attenendosi alle metodologie e alle determinazioni organizzative e operative da questi decise.”

Pertanto, tutti i dipendenti che concorrono alle attività di trasmissione e pubblicazione dei dati oggetto di pubblicazione ai sensi della normativa vigente, hanno il dovere di assicurare la massima collaborazione nell'elaborazione, reperimento e trasmissione dei dati stessi.

Ciascun Responsabile per la trasmissione del dato è tenuto a verificare che tali dati, notizie e informazioni rispondano ai requisiti di completezza, tempestività e qualità di cui agli artt. 6 e 8 del D.lgs. n. 33/2013, nonché alle caratteristiche di apertura del formato di cui all'art. 7 del medesimo decreto.

Il Responsabile della trasparenza svolge la funzione di controllo dell'effettiva attuazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente da parte dei Direttori/Dirigenti, predisponendo apposite segnalazioni in caso sia riscontrato il mancato o ritardato adempimento.

Tale controllo viene attuato:

- Nell'ambito dell'attività di monitoraggio semestrale del PTPCT con riferimento nello specifico all'attuazione delle misure anticorruzione e al rispetto dei tempi procedurali e degli obblighi di pubblicazione;
- Attraverso appositi controlli a campione semestrali, a verifica dell'aggiornamento delle informazioni pubblicate;
- Tramite il monitoraggio effettuato in merito al diritto di accesso civico (art. 5, c. 1, D.Lgs. 33/2013).

Per ogni informazione pubblicata verrà verificata:

- Qualità;
- Integrità;
- Costante aggiornamento;
- Completezza;
- Tempestività;

- Semplicità di consultazione;
- Comprensibilità;
- Omogeneità;
- Accessibilità;
- Conformità ai documenti originali in possesso dell'Azienda; presenza dell'indicazione della loro provenienza e della riutilizzabilità.

In sede di aggiornamento annuale del PTPCT viene rilevato lo stato di attuazione delle azioni previste dal presente Piano e il rispetto degli obblighi di pubblicazione.

L'inadempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente costituisce elemento di valutazione della responsabilità dirigenziale, eventuale causa di responsabilità per danno all'immagine dell'Azienda ed è comunque valutato ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio collegato alla performance individuale dei responsabili. A tal fine, il sistema di valutazione della performance prevede apposito articolo di coordinamento e recepimento dei risultati del processo di controllo previsti dal presente Piano. Si rappresenta che, in caso di inadempimento, l'Azienda applicherà le sanzioni previste dal D.lgs. 33/2013.

L'Azienda è tenuta ad assicurare la qualità delle informazioni riportate nel sito istituzionale nel rispetto degli obblighi di pubblicazione previsti dalla legge, assicurandone l'integrità, il costante aggiornamento, la completezza, la tempestività, la semplicità di consultazione, la comprensibilità, l'omogeneità, la facile accessibilità, nonché la conformità ai documenti originali in possesso dell'Azienda, l'indicazione della loro provenienza e la riutilizzabilità.

I Direttori/Dirigenti, pertanto, garantiranno che i documenti e gli atti oggetto di pubblicazione obbligatoria siano pubblicati:

- In forma chiara e semplice, tali da essere facilmente comprensibili al soggetto che ne prende visione;
- Completi nel loro contenuto e degli allegati costituenti parte integrante e sostanziale dell'atto;
- Riportino la dichiarazione/il timbro di conformità all'originale con la firma del Responsabile; tempestivamente e comunque entro i termini di pubblicazione; per un periodo di 5 anni o diverso periodo in relazione alle specifiche determinazioni A.N.AC. adottate ai sensi dell'art. 8 comma 3-bis del D.Lgs. 33/2013, decorrenti dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello da cui

decorre l'obbligo di pubblicazione. Gli incarichi di collaborazione, di consulenza o professionali, inclusi quelli arbitrali, sono conservati per i due anni successivi alla loro cessazione ai sensi del comma 1 dell'art. 15-bis del D.lgs. 33/2013. Gli atti che producono i loro effetti oltre i suddetti periodi andranno comunque pubblicati fino alla data di efficacia. Decorsi detti termini, i relativi dati e documenti sono accessibili ai sensi dell'articolo 5 del D.lgs. 33/2013 (accesso civico a dati e documenti);

- in formato di tipo aperto ai sensi dell'articolo 68 del Codice dell'Amministrazione digitale di cui al D.lgs. 82/2005 e saranno riutilizzabili ai sensi degli artt. 7 e 7-bis del D.lgs. 33/2013 e del D.lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" così come integrato con le modifiche introdotte dal D.lgs. 10 agosto 2018, n. 101, recante "Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del 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)", senza ulteriori restrizioni diverse dall'obbligo di citare la fonte e di rispettarne l'integrità.

L'Azienda si riserva la possibilità di individuare contenuti ulteriori di pubblicazione che possono essere utili alla trasparenza amministrativa o alla prevenzione della corruzione.

La pubblicazione dei dati evolverà in un'ottica di miglioramento continuo, tutti i documenti pubblicati riporteranno al loro interno dati di contesto ovvero: fonte, data, periodo di riferimento o validità e oggetto al fine di garantire l'individuazione della natura dei dati e la validità degli stessi. Saranno inoltre pubblicati tutti i dati/informazioni individuati dal RPCT che possono assicurare visibilità dell'azione amministrativa e diffusione di informazioni utili al contrasto di comportamenti non corretti.

#### *Obiettivi strategici*

Con il presente Programma l'Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni si prefigge di raggiungere i seguenti obiettivi strategici:

- Perseguire la crescita costante della cultura dell'integrità e della promozione della legalità attraverso la realizzazione di attività di informazione e di formazione al personale, nonché l'applicazione e/o progettazione di specifiche misure in materia di prevenzione della corruzione, trasparenza e accesso civico generalizzato;

- Assicurare il continuo aggiornamento e la massima accessibilità dei contenuti pubblicati nella sezione Amministrazione Trasparente del portale istituzionale;
- Procedere con la mappatura dei processi e la loro digitalizzazione finalizzate alla semplificazione delle procedure, quest'ultima considerata una misura di prevenzione della corruzione particolarmente importante dal PNA 2019;
- Assicurare ai cittadini l'effettiva conoscenza dei servizi offerti dall'Azienda (caratteristiche e modalità di erogazione);
- Garantire, con le iniziative adottate in materia di trasparenza, la legalità dell'agire dell'Azienda, rendendo conto della correttezza e dell'efficacia degli atti/provvedimenti adottati;
- Incidere sul senso di appartenenza e sulla motivazione dei dipendenti creando un buon sistema di comunicazione tra tutti i soggetti dell'Azienda;

Tali obiettivi rappresentano la traduzione di alcune delle misure di prevenzione dei possibili comportamenti corruttivi e di trasparenza, individuate ed elaborate in sede di mappatura dei processi e delle attività. Pertanto, la sezione della Performance 2022-2024 del predisponendo PIAO, a conferma di una integrazione funzionale piena tra il ciclo della performance e le misure volte alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza ed integrità, declinerà queste ultime come obiettivi organizzativi e individuali, presidiati da indicatori/target di realizzazione fisica, in capo ai dirigenti/responsabili.

*Indicatori focalizzati sulle priorità definite:*

- Livello percentuale del coinvolgimento del personale nelle iniziative informative/formative in materia di etica, integrità e trasparenza;
- Grado di trasparenza dell'amministrazione 2022;
- Mappatura dei processi e semplificazione/digitalizzazione delle procedure;
- Livello percentuale di documentazione digitale nativa;
- Livello percentuale di utilizzo del fascicolo elettronico.

*Valutazione del livello di raggiungimento degli obiettivi assegnati*

Tutti i Responsabili dei centri di risorsa dell'Azienda sono sottoposti ad un sistema di valutazione degli obiettivi assegnati – anche in materia di trasparenza - che si esplica attraverso una procedura di monitoraggio e di misurazione del livello di raggiungimento degli obiettivi stessi.

Il processo di valutazione si articola nelle seguenti fasi:

Assegnazione ad inizio anno degli obiettivi;

Eventuale revisione degli obiettivi assegnati, in caso di circostanze che rendano necessario la rimodulazione degli obiettivi o la previsione di nuovi;

Valorizzazione della percentuale di raggiungimento degli obiettivi sia individuali che organizzativi.

### **Modalità di coinvolgimento degli stakeholder e i risultati di tale coinvolgimento**

La A.O. promuove il coinvolgimento degli stakeholder e favorisce la raccolta dei feedback (commenti/suggerimenti) sul grado di utilità e completezza dei dati pubblicati e sugli eventuali reclami e suggerimenti segnalati nell'ottica di un continuo processo di aggiornamento, miglioramento e di monitoraggio dell'efficacia del Programma, nonché al fine di garantire il principio di usabilità dei dati e delle informazioni pubblicate. I rapporti con gli stakeholder sono improntati su criteri di trasparenza e di leale collaborazione e sono curati principalmente dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico.

L'individuazione degli stakeholder, interni ed esterni, permette di ottenere un quadro rappresentativo dei diversi interessi e di compiere scelte consapevoli. I principali stakeholder individuati dall'Azienda sono:

Cittadini;

Pazienti/utenti/familiari;

Dipendenti;

Organizzazioni sindacali;

Comitati aziendali;

Associazioni;

Imprese/fornitori;

Media;

Organizzazioni di professionisti nell'ambito della sanità;

Medici di base e pediatri di libera scelta;

Strutture convenzionate.

Tra gli stakeholder riveste particolare rilievo per l'Azienda Ospedaliera di Terni l'apporto e il contributo da parte della Fondazione CARIT nella condivisione e partecipazione ai progetti di innovazione e sviluppo.

Gli strumenti adottati per la partecipazione degli stakeholder sono:

Organizzazione e gestione della comunicazione esterna ed interna (es. diffusione ed aggiornamento della Carta dei servizi; gestione ed aggiornamento del sito web aziendale e del sito intranet; posta elettronica aziendale; organizzazione di eventi aziendali, gestione dell'immagine aziendale; giornalini aziendali; opuscoli per il paziente, etc.);

Questionario di valutazione della sezione "Amministrazione trasparente";

Indagini di customer satisfaction;

Gestione dei reclami/suggerimenti;

Cura dei rapporti con le associazioni di volontariato, associazioni di utenti ed altre associazioni;

Gestione dei rapporti con i media (comunicati stampa; conferenze stampa, etc.).

Collegamenti con il Piano della performance

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

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

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

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

#### Iniziative di comunicazione

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

Di seguito gli strumenti/le iniziative:

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

Misure di monitoraggio e di vigilanza sull'attuazione degli obblighi di trasparenza a supporto dell'attività di controllo dell'adempimento da parte del responsabile della trasparenza. Sistema di monitoraggio.

Lo stato di attuazione del Programma sarà anzitutto verificato dall'OIV e dal Responsabile della Trasparenza. Il Responsabile effettuerà un monitoraggio con cadenza annuale delle attività programmate, ed il raggiungimento degli obiettivi fissati dalla legge e dal Programma medesimo,

attraverso la pubblicazione di una relazione che verrà trasmessa alla Direzione Aziendale, all'OIV e pubblicata nella sezione "Amministrazione trasparente".

Ai fini del monitoraggio il Responsabile della trasparenza trasmetterà una scheda di report finalizzata alla verifica dell'avvenuto assolvimento degli adempimenti connessi nel rispetto dei termini assegnati nella seguente tabella di programmazione.

Tabella di programmazione - Trasparenza				
misura	attuazione	responsabili	tempi	strumento
trasparenza	Garantire il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge	Dirigenti dei Dipartimenti/Uffici	Costante, nel triennio di riferimento, nel rispetto dei termini previsti dalla delibera ANAC n. 1310 del 28 dicembre 2016 e dall'allegato al PTPCT 2022 – 2024	entro il 10 novembre, trasmettere: Report di monitoraggio sull'attuazione della misura al 31 ottobre composto da: - Griglia di rilevazione sul rispetto degli obblighi - Scheda di Sintesi delle criticità - Documento di Attestazione
	Monitoraggio sulla corretta e completa pubblicazione dei dati di rispettiva competenza	Referenti	Costante, nel triennio di riferimento	
	Analisi dati monitoraggio – periodo 1 novembre anno precedente/31 ottobre anno di riferimento – e redazione documento da trasmettere al Responsabile		Annualmente, nel triennio di riferimento	
	Monitoraggio sulla corretta e compiuta trattazione delle richieste pervenute ai sensi dell'art. 5, comma 2, d.lgs. 33/2013 (accesso civico "generalizzato")		Costante, nel triennio di riferimento	entro il 10 novembre, trasmettere Report sull'adempimento connesso alle richieste di accesso civico "generalizzato"
	Analisi dati monitoraggio – periodo 1 novembre anno precedente/31 ottobre anno di riferimento – sulla trattazione delle richieste di accesso civico generalizzato. Redazione documento da trasmettere al Responsabile		Annualmente, nel triennio di riferimento	

Inoltre effettua anche monitoraggi periodici su determinati parametri di trasparenza richiedendo ai Dirigenti/Responsabili interessati la massima collaborazione nel fornire i dati e le motivazioni di eventuali ritardi o omissioni.

Qualora nell'attività di monitoraggio e verifica, il Responsabile riscontri inadempimenti, incompletezze, ritardi, mancanza di accuratezza nella pubblicazione dei dati rispetto a quanto previsto dalla vigente normativa e dal Programma, procede alle previste segnalazioni.

Saranno garantiti ulteriori parametri di trasparenza che potranno essere previsti (in aggiunta agli attuali) sia dal legislatore nazionale che dall'A.N.A.C.

Verifiche straordinarie possono essere effettuate a seguito di eventuali richieste di accesso civico semplice o a seguito di rilievi o segnalazioni di soggetti portatori di particolari interessi nonché di eventuali procedimenti attivati dall'ANAC nei confronti dell'Amministrazione.

L'Amministrazione procederà ad effettuare una ricognizione circa la presenza di provvedimenti normativi o atti di regolazione dell'ANAC in materia di trasparenza che diano luogo a nuove pubblicazioni da effettuare in "Amministrazione trasparente" - oltre a quelle previste dal D.Lgs. 33/2013 – entro il mese di luglio 2022.

L'Amministrazione procederà inoltre ad indicare tutti i casi in cui non è possibile pubblicare i dati previsti dalla normativa in quanto non pertinenti rispetto alle caratteristiche organizzative e funzionali dell'Azienda, sempre entro il mese di luglio 2022.

## **OIV**

L'Organismo Indipendente di Valutazione svolge rilevanti compiti nell'ambito di verifica e controllo sul livello di trasparenza raggiunto dall'amministrazione.

E' responsabile della corretta applicazione delle linee guida dell'A.N.A.C., monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità, dei controlli interni ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso, promuove ed attesta l'assolvimento degli obblighi di trasparenza.

Gli esiti delle verifiche vengono trasmessi anche agli organi di vertice dell'Amministrazione al fine di un eventuale aggiornamento degli obiettivi strategici in materia di trasparenza per l'elaborazione dei contenuti del programma triennale.

## **Strumenti e tecniche di rilevazione dell'effettivo utilizzo dei dati da parte degli utenti della sezione Amministrazione trasparente.**

La A.O. ha attivato uno strumento informatico di rilevazione quantitativa degli accessi alla sezione "Amministrazione trasparente" che consente di monitorare la partecipazione e la fruibilità della sezione stessa da parte degli utenti.

I risultati della rilevazione saranno annualmente pubblicati all'interno della sezione "Amministrazione Trasparente" sotto sezione "Dati Ulteriori" del sito.

L'Azienda Ospedaliera inoltre predispose e pubblica sul sito web aziendale un questionario per i visitatori della sezione, finalizzato all'acquisizione di elementi relativi all'effettivo utilizzo dei dati pubblicati, al grado di soddisfazione in merito alle informazioni

incontrate ed al grado di chiarezza delle stesse. Tale feedback è utile all’Azienda Ospedaliera per eventuali interventi in chiave migliorativa.

Il monitoraggio condotto in maniera costante anche nel 2021 ha evidenziato il persistere di esigenze di indicazioni che, anche al fine di favorire il corretto funzionamento del registro, e la tempestiva pubblicazione dei contenuti in Amministrazione trasparente, vengono di seguito ribadite in sintesi:

VOCI REGISTRO	INDICAZIONI
<p>inserire nel registro le sole istanze qualificabili come istanze di accesso</p>	<p>Non inserire:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ mere richieste di informazioni, sia che pervengano per iscritto, sia che pervengano attraverso canali informali (ad esempio, per via telefonica);</li> <li>▪ richieste documentali o informative provenienti da Pubbliche Amministrazioni, che si collochino su un piano di leale collaborazione istituzionale;</li> <li>▪ istanze di accesso all’informazione ambientale, presentate ai sensi del d.lgs. n. 195/2005;</li> <li>▪ richieste di informazioni, atti e documenti presentate dai consiglieri regionali agli uffici nell’esercizio delle prerogative statutarie.</li> </ul>
<p>classificazione delle istanze</p>	<p>Prestare attenzione alla corretta classificazione delle istanze (se accesso civico o documentale), al fine di garantire che queste siano classificate all’interno della categoria pertinente e risultino quindi attendibili in sede di monitoraggio.</p>
<p>struttura deputata a inserire l’istanza all’interno del registro</p>	<p>Struttura/Unità organizzativa/Direzione che provvede all’adozione del provvedimento finale.</p>
<p>compilazione dei dati relativi all’oggetto dell’accesso</p>	<p>Deve risultare facilmente comprensibile quale sia il dato o documento richiesto dall’utente (evitare diciture generiche quali “istanza di accesso generalizzato” o “accesso pratica prot. n. x”)</p> <p>Provvedere all’anonimizzazione dei dati relativi a persone fisiche - quali nominativi o qualunque altro dato, anche costituito da un numero identificativo (a titolo esemplificativo e non esaustivo, numeri di matricola, codice fiscale, partita IVA) - dai quali risulti possibile risalire all’identificazione di una persona fisica mediante opportuni omissis</p> <p>Oscurare dati identificativi di persone giuridiche se soggetti richiedenti o coinvolti nel procedimento, mediante omissis ovvero con riferimenti generici alla società, ditta o ente associativo, o, a seconda dei casi, con le sole iniziali, in modo che l’indicazione nominativa, eventualmente associata a procedimenti o fatti circostanziati, non leda l’immagine o interessi giuridico-economici di tali enti.</p>
<p>ulteriori indicazioni</p>	<p>In considerazione della rilevanza che la legge attribuisce al rispetto del termine di conclusione dei procedimenti di accesso e alla motivazione si raccomanda di:</p> <p>Protocollare tutte le istanze pervenute nonché i relativi riscontri al fine di consentire all’applicativo di conteggiare correttamente i tempi di riscontro.</p>

	<p>Verificare che una volta compilato il campo “esito” a seguito della conclusione dell’istanza, (accolta, rifiutata, differita,...), vengano riportati nella colonna “giorni” i tempi di risposta.</p> <p>Annotare nel campo “motivazione” se una istanza di accesso è stata evasa attraverso plurime trasmissioni della documentazione richiesta ovvero se sono stati chiamati in causa i controinteressati segnalando le ragioni dell’eventuale superamento dei termini di 30 giorni di conclusione del procedimento.</p> <p>Specificare obbligatoriamente la causa del rifiuto, del differimento o dell’eventuale accoglimento parziale.</p>
--	--

## Coordinamento tra le azioni in materia di Trasparenza e tutela dei dati personali

L’ANAC nel PNA 2019 ha sottolineato la centralità della tutela della privacy accanto a quella della trasparenza, partendo dalla pronuncia della Corte Costituzionale 20/2019.

La Corte Costituzionale, chiamata ad esprimersi sul tema del bilanciamento tra diritto alla riservatezza dei dati personali, inteso come diritto a controllare la circolazione delle informazioni riferite alla propria persona, e quello dei cittadini al libero accesso ai dati ed alle informazioni detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ha riconosciuto che entrambi i diritti sono “contemporaneamente tutelati sia dalla Costituzione che dal diritto europeo, primario e derivato”.

Ritiene la Corte che, se da una parte il diritto alla riservatezza dei dati personali, quale manifestazione del diritto fondamentale all’intangibilità della sfera privata, attiene alla tutela della vita degli individui nei suoi molteplici aspetti e trova sia riferimenti nella Costituzione italiana (artt. 2, 14, 15 Cost.), sia specifica protezione nelle varie norme europee e convenzionali, dall’altra parte, con eguale rilievo, si incontrano i principi di pubblicità e trasparenza, riferiti non solo, quale corollario del principio democratico (art. 1 Cost.) a tutti gli aspetti rilevanti della vita pubblica e istituzionale, ma anche, ai sensi dell’art. 97 Cost., al buon funzionamento dell’amministrazione e ai dati che essa possiede e controlla. Principi che, nella legislazione interna, si manifestano nella loro declinazione soggettiva, nella forma di un diritto dei cittadini ad accedere ai dati in possesso della pubblica amministrazione, come stabilito dall’art. 1, co. 1 del d.lgs. n. 33/2013.

Il bilanciamento tra i due diritti è, quindi, necessario, come lo stesso Considerando n. 4 del Regolamento (UE) 2016/679 indica, prevedendo che “Il diritto alla protezione dei dati di carattere personale non è una prerogativa assoluta, ma va considerato alla luce della sua funzione sociale e va temperato con altri diritti fondamentali, in ossequio al principio di proporzionalità.

In particolare, nella richiamata sentenza, la Corte precisa che il bilanciamento della trasparenza e della privacy va compiuto avvalendosi del test di proporzionalità che “ richiede di valutare se la norma oggetto di scrutinio, con la misura e le modalità di applicazione stabilite, sia necessaria e idonea al conseguimento di obiettivi legittimamente perseguiti, in quanto, tra più misure appropriate, prescriva quella meno restrittiva dei diritti a confronto e stabilisca oneri non sproporzionati rispetto al perseguimento di detti obiettivi”. L’art. 3 Cost., integrato dai principi di derivazione europea, sancisce l’obbligo, per la legislazione nazionale, di rispettare i criteri di necessità, proporzionalità, finalità, pertinenza e non eccedenza nel trattamento dei dati personali, pur al cospetto dell’esigenza di garantire, fino al punto tollerabile, la pubblicità dei dati in possesso della pubblica amministrazione.

Pertanto, al principio di trasparenza, nonostante non trovi espressa previsione nella Costituzione, si riconosce rilevanza costituzionale, in quanto fondamento di diritti, libertà e principi costituzionalmente garantiti (artt. 1 e 97 Costituzione).

Il quadro delle regole in materia di protezione dei dati personali si è consolidato con l’applicazione, il 25 maggio 2018, del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 (di seguito RGPD) e, il 19 settembre 2018, del D.Lgs. 10 agosto 2018, n. 101 che adegua il Codice in materia di protezione dei dati personali – D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 – alle disposizioni del Regolamento (UE) 2016/679.

Occorre evidenziato che l’art. 2-ter del d.lgs. n. 196 del 2003, introdotto dal d.lgs. 101/2018, in continuità con il previgente articolo 19 del Codice, dispone al comma 1 che la base giuridica per il trattamento di dati personali effettuato per l’esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all’esercizio di pubblici poteri, ai sensi dell’art. 6, paragrafo 3, lett. b) del Regolamento (UE) 2016/679, “è costituita esclusivamente da una norma di legge o, nei casi previsti dalla legge, di regolamento”. Inoltre, il comma 3 del medesimo articolo stabilisce che “La diffusione e la comunicazione di dati personali, trattati per l’esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all’esercizio di pubblici poteri, a soggetti che intendono trattarli per altre finalità sono ammesse unicamente se previste ai sensi del comma 1 sopracitato”.

Pertanto, fermo restando il valore riconosciuto alla trasparenza, che concorre ad attuare il principio democratico e i principi costituzionali di eguaglianza, di imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell’utilizzo di risorse pubbliche, integrità e lealtà nel servizio alla nazione (art. 1, d.lgs. 33/2013), occorre che le pubbliche amministrazioni, prima di mettere a disposizione sui propri siti web istituzionali dati e documenti (in forma integrale o per estratto,

ivi compresi gli allegati) contenenti dati personali, verificchino che la disciplina in materia di trasparenza contenuta nel D.LGS. 33/2013 0 in altre normative, anche di settore, preveda l'obbligo di pubblicazione.

Giova rammentare, tuttavia, che l'attività di pubblicazione dei dati sui siti web per finalità di trasparenza, anche se effettuata in presenza di idoneo presupposto normativo, deve avvenire nel rispetto di tutti i principi applicabili al trattamento dei dati personali contenuti all'art. 5 del Regolamento (UE) 2016/679, quali quelli di liceità, correttezza e trasparenza; minimizzazione dei dati; esattezza; limitazione della conservazione; integrità e riservatezza tenendo anche conto del principio di "responsabilizzazione" del titolare del trattamento.

In particolare, assumono rilievo i principi di adeguatezza, pertinenza e limitazione a quanto necessario rispetto alle finalità per le quali i dati personali sono trattati ("minimizzazione dei dati") (par. 1, lett. c) e quelli di esattezza e ragionevoli per cancellare o rettificare tempestivamente i dati inesatti rispetto alle finalità per le quali sono trattati (par. 1, lett. d). Il medesimo d.lgs. 33/2013 all'art. 7-bis, co.4, dispone inoltre che "Nei casi in cui norme di legge o di regolamento prevedano la pubblicazione di atti o documenti, le pubbliche amministrazioni provvedono a rendere non intelligibili i dati personali non pertinenti o, se sensibili o giudiziari, non indispensabili rispetto alle specifiche finalità di trasparenza della pubblicazione".

L'attuazione del principio di responsabilizzazione dei soggetti coinvolti nel trattamento dei dati personali si palesa quale misura precauzionale principale al fine di minimizzare i potenziali pericoli per la privacy.

### **Informazioni relative all'Ufficio Relazioni con il Pubblico**

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) è il servizio che l'Azienda mette a disposizione dei cittadini per facilitare i rapporti tra Ospedale e cittadini. L'obiettivo è quello di contribuire a migliorare la qualità dei servizi sanitari attraverso l'attività di:

- ascolto e orientamento dell'Utente, cercando di aiutarlo a risolvere eventuali problematiche con i servizi e le strutture;
- accoglienza di segnalazioni e proposte;
- raccolta e relativa gestione dei reclami e degli elogi che l'utenza desidera porre all'attenzione dell'Azienda;
- monitoraggio del grado di soddisfazione degli Utenti.

L'URP in un'ottica di informazione e comunicazione rende note: l'ubicazione, orari e modalità di accesso al servizio, Carta dei Servizi, modello di presentazione delle segnalazioni, dati sui livelli di soddisfazione dei cittadini attraverso la pubblicazione del "monitoraggio reclami", dati sui livelli di soddisfazione dei cittadini rilevati da indagini di Customer Satisfaction.

La Carta dei Servizi nella versione on-line sempre aggiornata è intesa come strumento di informazione per le persone che necessitano di assistenza ospedaliera ambulatoriale. La presenza della Carta dei Servizi offre all'Azienda l'occasione per stabilire un patto tra i propri utenti, gli operatori e gli amministratori che consente di realizzare un servizio sempre più attento alle esigenze di tutte le parti interessate. I principi fondamentali sono: uguaglianza intesa come erogazione delle prestazioni senza distinzione di sesso, razza, lingua ceti sociale, religione e opinioni politiche; imparzialità intesa come erogazioni delle prestazioni attraverso comportamenti equi e obiettivi; continuità in quanto l'Azienda garantisce continuità assistenziale, diritto di scelta in quanto la persona assistita e la sua famiglia hanno diritto di scegliere e di recedere liberamente dal servizio scelto; appropriatezza cioè le prestazioni sono appropriate quando sono al tempo stesso pertinenti rispetto alle persone, circostanze e luoghi, valide da un punto di vista tecnico-scientifico e accettabili sia per gli assistiti, i loro familiari che per gli operatori.

Sin dall'anno 2015 si era previsto l'incremento di meccanismi per verificare lo stato di percezione dei cittadini nei confronti dei servizi erogati e di risposta ai fabbisogni sia sanitari che informativi attraverso la struttura a ciò deputata U.R.P.

### **Benessere organizzativo**

L'Azienda ha da tempo individuato indirizzi, strategie ed impegni in relazione agli obiettivi di:

- Misurazione miglioramento qualità professionale;
- Miglioramento efficienza e appropriatezza organizzativa;
- Miglioramento gestione rischio clinico;
- Miglioramento qualità percepita ed equità d'accesso.

Tutti obiettivi, quantificabili e misurabili, con i rispettivi traguardi temporali, da condividere con tutti gli operatori. Per quanto riguarda gli obiettivi specifici per ogni funzione vengono definiti annualmente dalla Direzione in collaborazione con i Responsabili di Dipartimento, Struttura Complessa (Reparti, Servizi...) e diffusi a tutto il personale dipendente.

In un contesto di miglioramento del benessere organizzativo assumono particolare importanza i Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza ed i componenti del Comitato Unico di Garanzia per le Pari Opportunità.

Per quanto riguarda il Benessere Organizzativo la Commissione (ANAC) nella seduta del 29 maggio 2013, ha elaborato un documento contenente anche modelli per la realizzazione di indagini sul personale dipendente volte a rilevare il livello di benessere organizzativo e il grado di condivisione del sistema nonché la rilevazione della valutazione del proprio superiore gerarchico.

Detto documento ha quindi ad oggetto i modelli che gli OIV/struttura analoga devono utilizzare per realizzare le indagini sul personale dipendente. I risultati sono strumentali all'attuazione del ciclo della performance; ciò nella prospettiva di fornire all'Amministrazione informazioni e dati in forma strutturata utili per attivare azioni di miglioramento e quindi assicurare elevati standard qualitativi ed economici del servizio tramite la valorizzazione dei risultati e della performance organizzativa ed individuale secondo quanto previsto dall'articolo 2 del DLgs. n.150/2009.

L'indagine comprende tre rilevazioni: benessere organizzativo; grado di condivisione del sistema di valutazione e valutazione del proprio superiore gerarchico. Il documento ANAC fornisce poi modelli, strumenti, metodologie e chiarimenti specifici ad ai quali si rinvia. Era previsto che al termine della rilevazione, l'Amministrazione doveva pubblicare i risultati dell'indagine nel proprio sito web ex art.20, comma 3 del DLgs. n.33/2013 nella sezione "Amministrazione Trasparente". Tale obbligo è venuto meno ai sensi del DLgs. n. 97/2016.

### **Collegamenti con il piano della prestazione e dei risultati**

Come è stato in più parti evidenziato il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità sotto il profilo dinamico è correlato al concetto di Performance in quanto si pone in relazione al ciclo di gestione della stessa prevedendone la piena conoscibilità dal Piano della Prestazione e dei Risultati allo stato di attuazione. In tal modo da evidenza della tempistica relativa all'attribuzione degli obiettivi assegnati, attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale.

Infatti il Programma per la Trasparenza e l'Integrità oltre ad essere uno degli aspetti della fase di pianificazione strategica all'interno del ciclo della Performance, consente di rendere pubblici agli *stakeholder* i contenuti ed i risultati conseguiti.

## Formazione in materia di Trasparenza

Per assicurare un coinvolgimento sempre più ampio dell'intero apparato amministrativo nell'attuazione delle misure di trasparenza in conformità alla normativa sulla tutela dei dati resta di fondamentale importanza e quindi strategico l'obiettivo di realizzare idonei percorsi formativi. Alla luce di ciò, si proseguirà nelle azioni dirette ad organizzare attività di formazione che possano costituire strumento di diffusione dei valori anche di carattere civico della trasparenza. Nel corso del 2022, pertanto, come indicato nello specifico capitolo della formazione, saranno attivati corsi di formazione dedicati sia ai referenti per la trasparenza che al personale coinvolto nella gestione di procedimenti e attività che riguardano gli adempimenti in materia.

Al fine di agevolare la conoscenza della materia si prevede di elaborare ulteriori linee guida, proseguendo le iniziative realizzate negli anni precedenti, in modo da chiarire anche dal punto di vista della interpretazione giuridica le modalità corrette di attuazione degli adempimenti. La Giornata della Trasparenza, in tale quadro, si conferma quale momento fondamentale di accrescimento della cultura della trasparenza, sollecitando il confronto e la conoscenza anche dei risultati che le istanze di rilievo istituzionale connesse alla prevenzione della corruzione e della trasparenza producono e riflettono nell'ordinamento giuridico, nella P.A. e nella società.

L'emergenza sanitaria causata dal Coronavirus ha fatto emergere le potenzialità degli strumenti telematici anche per la celebrazione di eventi tradizionali quali la Giornata della Trasparenza. Si ritiene pertanto di promuovere, sia pure in forma mista, per il 2022 la modalità on line, tenuto conto del successo di pubblico riscosso nell'ultima edizione favorito dal mezzo di fruizione virtuale, quale occasione per dialogare e facilitare l'accesso alla conoscenza di tali temi ad un pubblico sempre più numeroso. Le attività di promozione che si intende attivare, con il supporto della competente Struttura Formazione e Qualità dell'Azienda nel corso dell'anno 2022 e poi proseguire nel 2023 saranno rivolte:

1. al personale che lavora in specifici ambiti ad alto rischio di corruzione;
2. al personale sanitario.

In particolare è stato richiesto alla suddetta Struttura l'organizzazione di corsi da destinare al personale dell'Azienda Ospedaliera che non è stato ancora formato in materia di anticorruzione e trasparenza, anche attraverso diverse sessioni per consentire a tutti i profili e ruoli professionali

la partecipazione e con avvio entro il primo semestre del 2022. L'organizzazione di giornate di formazione specifica (ciascuna della durata di 7 ore) dedicate alle aree a maggior rischio per iniziare con le Direzioni Acquisti e Appalti e Personale e destinate ai dirigenti e posizioni organizzative che operano in detto settore e vertenti sulle materie specifiche oggetto delle attività afferenti alle Direzioni sopra citate. Tale tipologia di formazione potrebbe essere organizzata anche coinvolgendo le altre Aziende Sanitarie Regionali, prevedendo anche la formazione del personale dirigenziale per la corretta conoscenza e applicazione del Codice di Comportamento; se ne ripropone l'avvio entro il 2022.

Si prevede anche un corso per il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, per i Responsabili delle Strutture Complesse Amministrative, per i titolari di Uffici e di funzioni strategiche, per coloro quindi che partecipano alla formazione ed attuazione delle misure di prevenzione, finalizzato ad acquisire elementi per la costruzione del PTPC (analisi di contesto, esterno ed interno, mappatura dei processi, individuazione e valutazione del rischio, identificazione delle misure e modalità di verifica e monitoraggio e controllo delle misure....) con indicazione di avvio entro il secondo semestre del 2022.

Formazione specifica per il personale coinvolto in commissioni giudicatrici, collegi tecnici, per stesura di atti di gara ecc., con moduli dedicati alla gestione dei conflitti di interesse e incompatibilità, con proposta di avvio entro il secondo semestre del 2022.

E' stata inoltre programmata la formazione obbligatoria rivolta a tutto il personale (sanitario e amministrativo) sugli obblighi di astensione e sulle conseguenze scaturenti dalla loro violazione e sui comportamenti da seguire in caso di conflitto d'interessi. Sanzioni applicabili per omessa o falsa dichiarazione sulla sussistenza delle situazioni di rischio; effetti della violazione delle disposizioni sul conflitto di interessi sul procedimento amministrativo e sul provvedimento conclusivo dello stesso prevedendone l'avvio entro il 2022.

Si prevedono inoltre comunicati stampa sullo stato di attuazione nonché su qualsiasi iniziativa aziendale in materia di trasparenza, legalità, cultura dell'integrità e sulla prevenzione della corruzione.

### **Ascolto degli *stakholder***

Al fine di rendere possibile un ascolto attivo degli *stakholder* interni (sindacati, dipendenti) ed esterni (cittadini, associazioni, imprese...) l'Azienda sta valutando di perfezionare sul sito web una sezione dedicata e denominata "Contributo alla trasparenza" per chiedere informazioni.

Detta sezione sarà curata all'interno delle attività dell'URP per intensificare la funzione di ascolto, sia in chiave valutativa della qualità dei servizi offerti (audit, reclami e segnalazioni), che in chiave propositiva in merito agli ambiti su cui attivare azioni migliorative.

### **Piano operativo Lavoro Agile**

Durante l'emergenza COVID-19 l'Azienda Ospedaliera ha favorito dove possibile il ricorso al lavoro agile, che, nella prima fase emergenziale è stato applicato in forma semplificata e in deroga alla normativa ordinaria come previsto dalle disposizioni normative di emergenza Covid-19 e sulla base delle disposizioni organizzative interne.

Per una più corretta e progressiva attuazione dello strumento sono state adottate circolari interne, di volta in volta partecipate anche alla parte sindacale, che disciplinano le regole e i criteri di tale istituto con le deroghe previste dalle disposizioni governative emergenziali. Si allegano le sopra richiamate disposizioni interne:

- Prot.17137/2020 –PROGRAMMA AZIENDALE D'EMERGENZA DI LAVORO AGILE;
- Prot. n. 18840/2020- disposizione di servizio emergenza Covid-19 – Misure temporanee sul lavoro
- Agile. Rif. Prot.17137/2020 –PROGRAMMA AZIENDALE D'EMERGENZA DI LAVORO AGILE;
- Prot.36057/2020 – FASE 3 - PROGRAMMA AZIENDALE D'EMERGENZA DI LAVORO AGILE;
- -Prot.522917/2020 – RIENTRO IN SICUREZZA -PROGRAMMA AZIENDALE D'EMERGENZA DI LAVORO AGILE
- -Prot.980517137/20210 –RIMODULAZIONE LAVORO AGILE

La maggiore incidenza di attivazione dello *Smart working* è stata rilevata da marzo a dicembre 2020.

Secondo la normativa, il personale impiegabile nel lavoro agile deve svolgere attività eseguibili da remoto. Sono quindi esclusi i dipendenti adibiti all'attività assistenziale e ai servizi che prevedono la presenza (es. portinerie, manutenzioni, ecc.). Al 31/12/2021 il personale in servizio e in forza nel Comparto è pari a n. 1280 unità, di cui n.119 nel profilo tecnico, professionale e

amministrativo. Il contingente di personale impiegato nel lavoro agile, anche nel periodo di maggior incidenza non ha mai superato il 60% del personale personale impiegabile nel lavoro agile deve svolgere attività eseguibili da remoto e si è aggirato intorno al 5,60 % del personale dipendente del Comparto. Si tenga presente che il lavoro agile è stato esteso anche al personale in servizio in convenzione e/o di società partecipate.

Durante la prima fase emergenziale si rileva un'ampia adesione allo *Smart working* con il 60% del personale avente possibilità di svolgere attività in modalità agile, in relazione alle misure straordinarie previste di interruzione di alcune attività. Tale dato è calato durante il periodo estivo al 40%, presumibilmente a fronte dell'utilizzo delle ferie che già riducono la presenza nei servizi. Nella seconda fase della pandemia fino a dicembre 2020, il dato si attesta al 45%. Questa riduzione potrebbe essere correlata a diversi fattori: il mantenimento di un numero di attività superiore rispetto alla prima fase, l'adozione di misure di distanziamento e sicurezza sul luogo di lavoro, l'adozione di misure organizzative di lavoro in turnazione.

Al fine di tutelare i dipendenti con salute fragile durante la pandemia, è stato adottato uno specifico percorso condiviso con la Medicina del lavoro, accessibile anche al personale escluso dall'applicazione del lavoro agile per la natura dell'attività lavorativa prestata. In questi casi si è rilevato come l'attivazione dello *Smart working* abbia contribuito a ridurre i giorni di assenza dal lavoro.

E' utile sottolineare come alla dirigenza negli ultimi anni sia richiesto un importante cambiamento di stile manageriale caratterizzato dalla capacità di lavorare e far lavorare gli altri per obiettivi, di improntare le relazioni sull'accrescimento della fiducia reciproca, spostando l'attenzione dal controllo alla responsabilità per i risultati.

I dirigenti, inoltre, oltre a essere potenziali fruitori, al pari degli altri dipendenti, delle misure innovative di svolgimento della prestazione lavorativa recate dall'articolo 14 della legge n. 124/2015, sono tenuti a salvaguardare le legittime aspettative di chi utilizza le nuove modalità in termini di formazione e crescita professionale, promuovendo percorsi informativi e formativi che non escludano i lavoratori dal contesto lavorativo, dai processi d'innovazione in atto e dalle opportunità professionali.

I dirigenti sono chiamati a operare un monitoraggio mirato e costante, in itinere ed ex-post, riconoscendo maggiore fiducia alle proprie risorse umane ma, allo stesso tempo, ponendo

maggior attenzione al raggiungimento degli obiettivi fissati e alla verifica del riflesso sull'efficacia e sull'efficienza dell'azione amministrativa.

Sono, inoltre, coinvolti nella mappatura e reingegnerizzazione dei processi di lavoro compatibili con il lavoro agile. Resta ferma la loro autonomia, nell'ambito dei criteri fissati nell'atto organizzativo interno, nell'individuare le attività che possono essere svolte con la modalità del lavoro agile, definendo per ciascuna lavoratrice o ciascun lavoratore le priorità e garantendo l'assenza di qualsiasi forma di discriminazione.

I dirigenti concorrono quindi all'individuazione del personale da avviare e/o a continuare ad adibire a modalità di lavoro agile, sulla base dei criteri individuati nel presente piano organizzativo, dell'esperienza maturata recentemente e anche alla luce della condotta complessiva dei dipendenti. È loro compito esercitare un potere di controllo diretto su tutti i dipendenti ad essi assegnati, a prescindere dalla modalità in cui viene resa la prestazione, organizzare per essi una programmazione delle priorità e, conseguentemente, degli obiettivi lavorativi di breve-medio periodo, nonché verificare il conseguimento degli stessi, sia attraverso la valorizzazione della scheda individuale sia verificando la qualità dell'apporto reso in termini di performance organizzativa al raggiungimento degli obiettivi strutturali.

Si richiama il ruolo dei CUG anche nell'attuazione del lavoro agile nell'ottica delle politiche di conciliazione dei tempi di lavoro e vita privata funzionali al miglioramento del benessere organizzativo.

In riferimento al ruolo degli OIV la definizione degli indicatori che l'amministrazione utilizza per programmare, misurare, valutare e rendicontare la performance è un'attività di importanza cruciale e ciò può essere ancora più determinante quando si parla di lavoro agile, superando il paradigma del controllo sulla prestazione in favore della valutazione dei risultati, attraverso il sistema della Performance monitorato dal Controllo di Gestione. La natura ospedaliera della nostra Azienda ha imposto di distinguere tra le attività di cura e assistenza che si svolgono in presenza e le attività che si prestano a poter essere svolte da remoto.

Tra le scelte di fondo operate dall'Azienda Ospedaliera di Terni vi è quindi l'attuazione dello *Smart working* per tutte le attività eseguibili non in presenza, con piena responsabilizzazione dei Direttori/Responsabili nella gestione e controllo delle attività in modalità agile. Pertanto, il presente Piano, nella fase di avvio post pandemica, si presenta come un documento applicabile a tutti i dipendenti con attività "*smartizzabili*", nei limiti di accesso all'istituto legati alla natura della prestazione e al 30% di personale interessato e sulla base dei criteri sotto riportati.

Resta fondamentale anche l'esperienza maturata in periodo di Covid che suggerisce di avviare l'implementazione stabile del lavoro agile, laddove possibile, con una programmazione a rotazione del personale settimanale, mensile o plurimensile. Ciò consente pertanto di prevedere l'utilizzo dello *Smart working* con ampia flessibilità, nel costante contemperamento delle esigenze organizzative aziendali con le più strette esigenze di salute e/o familiari del personale.

Pertanto, ciascun responsabile/Dirigente dell'Ufficio/Servizio/Direzione nell'ambito delle attività eseguibili in Smart, nel limite del 30% della dotazione di personale assegnata, 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);
- presenza di Figli di età inferiore ai 14 anni in situazione di mono genitorialità;
- Familiari invalidi (100%) conviventi da almeno un anno;
- presenza di Figli di età inferiore ai 14 anni a condizione che l'altro genitore non usufruisca di benefici contrattuali simili e assimilabili.

Questa Azienda ha fornito ai propri dipendenti le linee guida per la sicurezza e la privacy durante lo svolgimento del lavoro agile fin dalla prima fase di applicazione dello smart working nel periodo pandemico così come da allegato 1.

Inoltre, è stato attivato il numero verde 800178972 utile sia per la prima attivazione del collegamento da remoto, sia in caso di assistenza informatica nei seguenti orari: 8:30–12:30 / 14:30 – 17:30 dal lunedì al venerdì.

Sulla base dell'individuazione effettuata da ciascun dirigente/responsabile dei dipendenti abilitati allo smart working nel limite massimo del 30% del personale assegnato, la prestazione lavorativa svolta da remoto, tenuto conto dell'attivazione in forma semplificata, può essere svolta con turnazione tra il personale afferente a stessa struttura/servizio/ufficio oppure in maniera continuativa sulla base della programmazione periodica effettuata dal Responsabile stesso.

A tal fine, ciascun dirigente/responsabile di struttura/servizio/ufficio deve comunicare, i nominativi del personale che usufruisce della modalità di smart working e successivi aggiornamenti, inviando un e-mail alla SC Direzione Risorse Umane all'indirizzo dedicato: [lavoroagile@aosp.terni.it](mailto:lavoroagile@aosp.terni.it)

Le attività individuate quali smartabili 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 personale di Puntozero scarl.

Considerata la programmazione delle attività, 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*, secondo il sotto riportato schema, deve essere trasmesso da parte dei responsabili ogni lunedì successivo via e - mail alla SC Direzione Risorse Umane all'indirizzo dedicato sopra indicato.

Durante le giornate di *Smart working*, la prestazione lavorativa è svolta da remoto nel luogo indicato dal dipendente, e 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 Responsabile dell'ufficio/struttura/servizio d'afferenza.

Nella 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*.

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.

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

medico curante,104.) con inoltro delle richieste al Responsabile dell'ufficio/struttura/servizio d'afferenza e alla SC Direzione Risorse Umane alla e-mail dedicata: lavoroagile@aosp terni.it

Non sono autorizzabili permessi orari durante lo *Smart working*. 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 Responsabile dell'ufficio/struttura/servizio d'afferenza, è tenuto entro lunedì 23 marzo p.v. a trasmettere firmate le allegare informative sulla sicurezza e in materia di trattamento dei dati personali via e-mail al proprio Responsabile e alla SC Direzione Risorse Umane all'indirizzo dedicato: lavoroagile@aosp terni.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 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.

Attualmente l'Azienda Ospedaliera S. Maria di Terni ha organizzato in tutte le sale e aule riunioni la strumentazione per effettuare le riunioni da remoto. Inoltre, il Servizio informatico rende il supporto ai dipendenti per i collegamenti utili. Ulteriori azioni di ridefinizione degli spazi di lavoro potranno essere prese in considerazione dopo che si procederà con l'attuazione dello *Smart working* in regime ordinario e nello sviluppo triennale.

## PROGRAMMA TRIENNALE DI SVILUPPO DEL LAVORO AGILE

DIMENSIONI	OBIETTIVI	INDICATORI	STATO 2022 (baseline)	FASE DI AVVIO Target 2022	FASE DI SVILUPPO INTERMEDIO Target 2023	FASE DI SVILUPPO AVANZATO Target 2024	FONTE
CONDIZIONI ABILITANTI DEL LAVORO AGILE	<b>SALUTE ORGANIZZATIVA</b>						
	Assicurare l'adeguatezza dell'organizzazione dell'ente rispetto	Presenza di un sistema di Programmazione per obiettivi e progetti	Adozione del Regolamento aziendale per l'attuazione dello <i>smart working</i>	Implementazione delle prescrizioni e della	Verifica stato attuazione e nuove necessità, azioni di		

<p>all'attuazione del lavoro agile tramite un coordinamento organizzativo tra la SC Risorse Umane e Controllo di Gestione e servizi informatici che si occupa dell'attivazione dello smart working e della gestione dello strumento, supporto per dotazione necessaria ai dipendenti attivati e il supporto informatico necessario.</p>			<p>documentazione di monitoraggio previste in via ordinaria; definizione della modalità di specifica valutazione individuale del personale sullo SW</p>	<p>miglioramento</p>		
	<p>Presenza di un Coordinamento organizzativo al lavoro agile</p>	<p>Supporto Direzione Risorse Umane e Controllo di Gestione</p>	<p>Nomina referente Smart Working</p>			
	<p>Presenza di sistema di monitoraggio del lavoro agile</p>	<p>Modalità autonome da parte dei Responsabili/Dirigenti</p>	<p>Nomina referente Smart Working</p>			
<b>SALUTE PROFESSIONALE</b>						
<p>Assicurare l'adeguatezza dei profili professionali esistenti all'interno dell'Azienda con quelli necessari all'attuazione dello smart working osservando l'approccio e l'inclinazione dei Direttori/Responsabili e dei dipendenti allo smart working.</p>	<p>Competenze Direzionali: - % dei Direttori/Responsabili che hanno partecipato ai corsi di formazione sulle competenze direzionali in materia di smart working nell'ultimo anno - % dei Direttori/Responsabili che adottano un approccio per obiettivi</p>		<p>Obiettivo partecipazione 30% degli interessati</p>			
	<p>Competenze organizzative del dipendente: - % dei dipendenti che hanno partecipato ai corsi di formazione sulle competenze organizzative in materia di smart working nell'ultimo anno - % dei dipendenti che lavorano per obiettivi</p>		<p>Obiettivo partecipazione 30% degli interessati</p>			
	<p>Competenze digitali:</p>	<p>Previsione di corsi di</p>	<p>Obiettivo partecipazione</p>			

		- % di lavoratori che hanno partecipato ai corsi di formazione sulle competenze digitali utili al lavoro agile nell'ultimo anno	<i>informatica nel Piano della Formazione Aziendale</i>	<i>30% degli interessati che esprimono fabbisogno</i>			
<b>SALUTE DIGITALE</b>							
	Assicurare il possesso delle opportune strumentazioni digitali e informatiche.	N. PC a disposizione per lavoro agile	<i>(Lo sw durante l'emergenza COVID – 19 è stato attuato anche tramite l'utilizzo di dispositivi personali, come previsto dalle disposizioni governative)</i>	<i>Attuazione in forma mista (PC portatili in dotazione e PC personali con VPN</i>			
	Presenza di un sistema VPN • Presenza di una intranet	Adottati	<i>Adottati durante covid</i>	<i>permanenza</i>			
	• Presenza di sistemi di collaboration (es. documenti in cloud	Da adottare		<i>Da adottare</i>			
	• % Applicativi consultabili da remoto (n° di applicativi consultabili da remoto sul totale degli applicativi presenti) • % Banche dati consultabili da remoto (n° di banche dati consultabili da remoto sul totale delle banche presenti)	Adottati	<i>Adottati durante covid</i>	<i>permanenza</i>			

DIMENSIONI	OBIETTIVI	INDICATORI	STATO 2022 (baseline)	FASE DI AVVIO Target 2022	FASE DI SVILUPPO INTERMEDIO Target 2023	FASE DI SVILUPPO AVANZATO Target 2024	FONTE
<b>ATTUAZIONE LAVORO AGILE</b>	<b>QUALITA'</b>						
	Assicurare un'ampia adesione allo strumento tramite la qualità del lavoro agile, sia dal punto di vita del Direttore/Responsabile che del dipendente.	% Direttori/Responsabili soddisfatti del	% Direttori/Responsabili soddisfatti del	Adozione questionario	Adozione questionario		
		% dipendenti in lavoro agile soddisfatti	% dipendenti in lavoro agile soddisfatti	Adozione questionario	Adozione questionario		
soddisfazione per genere: % donne soddisfatte % uomini soddisfatti		% dipendenti in lavoro agile soddisfatti	- Adozione questionario				

		soddisfazione per età: % dipendenti sopra i 60 anni soddisfatti; % dipendenti sopra i 50 anni soddisfatti; ecc.	% dipendenti in lavoro agile soddisfatti	- Adozione questionario			
		soddisfazione per situazione familiare: % dipendenti con genitori anziani, soddisfatti; % dipendenti con figli, soddisfatti; ecc.	% dipendenti in lavoro agile soddisfatti	- Adozione questionario			
<b>QUANTITA'</b>							
Assicurare che almeno il 60% dei dipendenti impegnati in attività che possono essere svolte in modalità agile siano attivati, tenuto conto che il regolamento aziendale di Niguarda apre a tutti coloro che svolgono attività smartizzabili la possibilità di accedere a tale istituto.	% lavoratori agili effettivi / lavoratori agili potenziali	30%	15%	30%			
	% Giornate lavoro agile / giornate lavorative totali	74%	50%	74%			
<b>NOTE</b>							

DIMENSIONI	OBIETTIVI	INDICATORI	STATO 2022 (baseline)	FASE DI AVVIO Target 2022	FASE DI SVILUPPO INTERMEDIO Target 2023	FASE DI SVILUPPO AVANZATO Target 2024	FONTE
<b>PERFORMANCE ORGANIZZATIVE</b>	<b>ECONOMICITÀ</b>						
	VALUTAZIONE RIFLESSO ECONOMICO E PATRIMONIALE	RIDUZIONE COSTI STAMPE, TONER MANUTENZIONE APPARECCHIATURE		NON RINVENIBILE			
		MINOR CONSUMO CORRENTE E RAZIONALIZZAZIONE SPAZI		NON RINVENIBILE			
	<b>EFFICIENZA</b>						
	VERIFICA EFFICIENZA	DIMINUZIONE ASSENZE		RIIDUZIONE 1%			

<b>EFFICACIA</b>							
<b>VERIFICARE EFFICACIA</b>	<b>QUALITÀ DEL LAVORO</b>			<b>QUESTIONARIO</b>			
<b>NOTE</b>							

DIMENSIONI	OBIETTIVI	INDICATORI	STATO 2022 (baseline)	FASE DI AVVIO Target 2022	FASE DI SVILUPPO INTERMEDIO Target 2023	FASE DI SVILUPPO AVANZATO Target 2024	FONTE	
<b>IMPATTI</b>	<b>IMPATTO SOCIALE</b>							
	Verificare gli impatti esterni positivi che possono derivare dal ricorso allo smart working tramite l'utilizzo di appositi questionari proposti ai dipendenti				<b>ADOZIONE QUESTIONARIO</b>			
	<b>IMPATTO AMBIENTALE</b>							
	Verificare gli impatti esterni positivi che possono derivare dal ricorso allo smart working tramite l'utilizzo di appositi questionari proposti ai dipendenti				<b>ADOZIONE QUESTIONARIO</b>			
<b>IMPATTO ECONOMICO</b>								
Verificare gli impatti esterni positivi che possono derivare dal ricorso allo smart				<b>ADOZIONE QUESTIONARIO</b>				

	working tramite l'utilizzo di appositi questionari proposti ai dipendenti						
<b>IMPATTI INTERNI</b>							
	Verificare gli impatti esterni positivi che possono derivare dal ricorso allo smart working tramite l'utilizzo di appositi questionari proposti ai dipendenti			<b>ADOZIONE QUESTIONARIO</b>			
<b>NOTE</b>							

## **Fabbisogno Personale - programmazione anno 2022 - 2024**

### *La dotazione organica*

La Riforma Madia ha sostanzialmente disposto il superamento di fatto della dotazione organica per lasciare il posto, essenzialmente, ad una determinazione della numerosità del personale necessario per lo svolgimento delle attività istituzionali delle PP.AA. costituita dalla somma del personale in servizio e di quello di cui viene programmata l'assunzione.

Appare quindi evidente un'ottica che, se da un lato, e nella sua componente fondamentale l'innovazione introdotta si basa su considerazioni e finalità essenzialmente finanziarie, dall'altro consente una maggiore flessibilità circa le tipologie delle figure necessarie oltre che un necessario rafforzamento di misure tese ad incrementare i tassi di efficienza.

Sul punto specifico il Decreto del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione dell'8.5.2018 ha rilevato l'introduzione di "elementi significativi tesi a realizzare il superamento del tradizionale concetto di dotazione organica", che "cede il passo ad un paradigma flessibile e finalizzato a rilevare realmente le effettive esigenze, quale il PTFP"; sicché la predetta dotazione dovrebbe risolversi in "un valore finanziario di spesa potenziale massima sostenibile", nell'ambito del quale le Amministrazioni devono poter procedere annualmente "alla

*rimodulazione qualitativa e quantitativa della propria consistenza di personale, in base ai fabbisogni programmati... Tale rimodulazione individuerà quindi volta per volta la dotazione di personale che l'amministrazione ritiene rispondente ai propri fabbisogni e che farà da riferimento per l'applicazione di quelle disposizioni di legge che assumono la dotazione o la pianta organica come parametro di riferimento”.*

Il nuovo impianto normativo tende, pertanto, a favorire il radicamento di “cambiamenti organizzativi che superino i modelli di fabbisogno fondati su logiche delle dotazioni organiche storicizzate, a loro volta discendenti dalle rilevazioni dei carichi di lavoro superate sul piano dell'evoluzione normativa e dell'organizzazione del lavoro e delle professioni”.

#### *Le richieste dei dipartimenti e delle strutture*

L'art. 16, comma 1, del D.Lgs. n. 165/2001 stabilisce che “*I dirigenti di uffici dirigenziali generali, comunque denominati, nell'ambito di quanto stabilito dall'articolo 4 esercitano, fra gli altri, i seguenti compiti e poteri: (...) a-bis) propongono le risorse e i profili professionali necessari allo svolgimento dei compiti dell'ufficio cui sono preposti anche al fine dell'elaborazione del documento di programmazione triennale del fabbisogno di personale di cui all'articolo 6, comma 4”.*

Tale disposizione, pur costituendo mera norma di indirizzo per le amministrazioni diverse da quelle dello Stato, evidenzia una condivisibile necessità di sinergia tra la Direzione e i Dirigenti apicali delle varie strutture aziendali, volta a favorire la migliore adeguatezza del fabbisogno di personale rappresentato nel PTFP e quello indicato da chi opera giornalmente per l'attuazione degli obiettivi strategici di sviluppo e, quindi, è concretamente a conoscenza delle necessità e delle effettive esigenze di personale.

Ritenendo quindi necessario tale apporto, i Direttori dei Dipartimenti e ai Dirigenti apicali delle varie strutture aziendali, hanno fatto nel tempo pervenire la rappresentazione delle rispettive esigenze di personale, corredata da ogni altra informazione ritenuta opportuna per consentire alla Direzione le valutazioni utili per la redazione finale del Piano dei Fabbisogni e delle priorità da soddisfare, nei limiti delle risorse disponibili.

Al di là delle endemiche carenze di personale infermieristico e del ruolo sanitario in genere, grande criticità ha riguardato il personale del ruolo amministrativo, al di sotto ad oggi del limite di riferimento previsto dalla normativa vigente per i Presidi Ospedalieri (al punto 6.2 del D.M. è stabilito che “*Nei presidi ospedalieri il rapporto percentuale tra il numero del personale del ruolo amministrativo e il numero totale del personale non può superare il valore del 7 per cento”*).

Nello specifico, si rappresenta che la percentuale di personale amministrativo in forza al 31/12/2021, presso la nostra Azienda, è pari al 4% rispetto al totale del personale in forza e che il numero dei Dirigenti presenti è pari solo a n.4 unità su n.6 unità previste.

A partire dal mese di marzo 2020, sulla base delle disposizioni legislative emanate per fronteggiare lo stato di Emergenza da Pandemia Covid 19, si è ricorso all'assunzione di personale a tempo determinato, così come previsto dall'art. 2 ter del D.L. 18/2020 convertito nella Legge 27/2020 e a tempo indeterminato, in deroga al tetto di spesa del personale con proroga nel corso del 2021 e fino al permanere dello stato emergenziale.

### **Piano Triennale Fabbisogni Personale 2022 - 2024**

#### *Le Strutture Complesse*

Nel corso del biennio 2022-2024 si ritiene necessario conferire incarichi quinquennali delle UU.OO.CC. e, nello specifico, a ricoprire le relative funzioni in strutture essenziali nella attività Ospedaliera.

Tra le SS.CC. i cui posti si sono resi vacanti, viene previsto di conferire i relativi incarichi preferibilmente, in una prima fase, per quelle strutture da più tempo vacanti ad apicalità Aziendale, rinviando per le strutture ad apicalità universitaria a specifici accordi con l'Università sulla base della DGR n.813/2013, anche in considerazione del predisponendo Protocollo di Intesa Regione Umbria e Università degli Studi di Perugia.

Per garantire il rispetto del tetto di spesa, in attesa che questo venga rivisto a livello Nazionale e di conseguenza Regionale, si procrastina la indizione delle procedure concorsuali per le Strutture Complesse rimanenti in base a quanto sarà indicato dal PSR.

In particolare, in via prioritaria, si intendono coprire per le annualità 2022/2024 due tra le seguenti Strutture Complesse ospedaliere vacanti, fermo restando quanto già rappresentato per le SS.CC. di apicalità universitaria:

- Anestesia e rianimazione
- Cardiocirurgia
- Farmacia
- Epatogastroenterologia
- Neuroradiologia
- Ortopedia

## *Personale della Dirigenza*

In tale ambito la carenza maggiore esposta e numericamente più rilevante è ravvisabile nell'ambito dell'Area della Emergenza Urgenza, stante la particolare situazione di criticità venutasi a creare a seguito delle vacanze di organico ed assenza dal servizio per i vari istituti di permesso previsti dalla normativa (comprese le cessazioni), con conseguenti difficoltà a garantire la corretta turnazione. Le limitazioni indotte dalla necessità di mantenere il tetto di spesa per il personale fanno sì che vengano definite delle priorità.

La scelta delle priorità deve tener conto della necessità di ridurre le liste di attesa, in particolare in ambito chirurgico, dovute anche alla carenza di anestesisti, come peraltro in tutto il territorio nazionale, laddove l'organico delle singole strutture Complesse chirurgiche è soddisfacente. A dette necessità si aggiungono quelle relative a personale medico di varie discipline d'area medica (epato gastroenterologia, endocrinologia) radiologia, terapie intensive.

Nel corso del triennio, come già attuato secondo il precedente PTFP, l'assunzione del numero indicato di dirigenti medici risulta orientato a ridurre il ricorso al tempo determinato, ad acquisire ulteriori risorse per potenziare la rete ospedaliera, anche attraverso il ricorso alla stabilizzazione del personale precario prevista dalle disposizioni normative covid-19.

Nell'ambito del DL 34/2020 riguardante " Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19 ", l'Azienda Ospedaliera ha presentato 4 progetti che riguardano le Malattie Infettive (8 p.l. di Terapia Intensiva), la Pneumologia (7 p.l. di Sub-Intensiva), il Pronto Soccorso e la Terapia Intensiva (incremento di ulteriori 10 p.l. e recupero di 2 p.l., trasformando la T.I.P.O. da 5 a 7 p.l. e la Sezione A da 9 a 10 p.l.): a seconda delle condizioni cliniche dei pazienti, i posti di Terapia Intensiva sono modulabili in setting assistenziali di Terapia Semi Intensiva.

Nella realizzazione del progetto di ampliamento dei posti letto di intensiva e semintensiva, l'Azienda adotterà i dovuti provvedimenti per il mantenimento degli standard assistenziali.

A seguire si riporta estratto della DGR 483/2020 dove sono individuati interventi, il cui cronoprogramma prevede la realizzazione nel corso del triennio, di posti letto di terapia intensiva nelle tre aree differenti.

**Terapia intensiva**

- Ampliamento della disponibilità di posti letto all'interno dell'area di terapia intensiva mediante acquisizione di dotazioni strumentali (n. 2 posti letto già realizzato).
- Realizzazione di una nuova area di mq 270, in conformità al DPR 14/01/1997, per allocarvi n. 10 posti letto di terapia intensiva oltre a spazi di servizio e deposito. Sono previsti collegamenti diretti al reparto di anestesia e rianimazione e alle altre funzioni emergenziali. Si prospetta inoltre la trasformazione dell'area attualmente destinata a servizio del reparto di anestesia e rianimazione in sala angiografica "Covid". È prevista l'acquisizione di dotazioni strumentali. (n. 10 posti letto )
- Lavori di ristrutturazione edile, adeguamento impiantistico (elettrico, aeraulico, antincendio, gas medicali) finalizzati all'ampliamento del reparto di malattie infettive per Covid-19 e altre forme infettive e alla ristrutturazione dell'adiacente reparto di oncematologia al fine di ricavare n. 4 degenze singole di terapia intensiva dotate di servizi interni e n. 1 open space di terapia intensiva con 4 posti letto. Sono previsti inoltre locali a servizio del reparto.

Per quanto riguarda il numero di Dirigenti medici necessari a coprire i suddetti posti letto aggiuntivi di Terapia intensiva, si fa riferimento agli standard previsti dalla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie generale n.225 del 24/09/1988.

**Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana**

A.1. Terapia intensiva autonomamente strutturata:

A.1.1. Per un modulo tipo di 8 posti letto:

unita' di personale medico: 12;

.....

*Fabbisogno dirigenti medici terapia intensiva A.O.*

2 p.l. (affidenti agli attuali moduli di Terapia intensiva): 0 dirigenti medici

MODULO 10 p.l. : 12 dirigenti medici anestesisti

MODULO 8 p.l. (Terapia Intensiva "autonoma" c/o Malattie Infettive secondo la modularità sopra descritta): 12 dirigenti medici

Per quanto riguarda la terapia semintensiva, è prevista l'attivazione di n.7 p.l. all'interno dell'area di degenza ordinaria di Pneumologia, attraverso la riconversione di altrettanti p.l.

### **Terapia semintensiva**

- Lavori di ristrutturazione edile, adeguamento impiantistico (elettrico, aeraulico, antincendio, gas medicali) finalizzati alla realizzazione, all'interno del reparto di Malattie dell'Apparato Respiratorio, di posti letto di terapia

Per quanto riguarda il numero di Dirigenti medici necessari a coprire i suddetti posti letto aggiuntivi di Terapia semintensiva, si fa sempre riferimento agli standard previsti dalla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie generale n.225 del 24/09/1988.

### **Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana**

A.2. Terapia subintensiva (sia accorpata alla terapia intensiva, sia integrata in altre unita' operative):

A.2.1. Per un modulo tipo di 8 posti letto, anche se distribuiti su unita' operative:

*Fabbisogno dirigenti medici terapia semintensiva A.O.*

MODULO 7 p.l. (Terapia Semintensiva c/o Pneumologia – ex M.A.R.): 3 dirigenti medici

In totale, ad integrazione delle assunzioni già previste dall'aggiornamento del piano dei fabbisogni dell'AO. il fabbisogno per l'A.O. relativo al Piano di riorganizzazione Emergenza Covid-19 Potenziamento Rete Ospedaliera , è di:

- n.24 Dirigenti medici specialisti in anestesia e rianimazione
- n. 3 Dirigenti medici per terapia semintensiva

*Personale del Comparto sanitario*

Nel corso del 2021 e fino a tutt'oggi l'Azienda ha attuato e sta attuando la stabilizzazione del personale precario, il piano assunzionale di personale infermieristico, la riduzione del tempo determinato a favore del tempo indeterminato. Nel corso del 2021, al fine di rispondere alle richieste assistenziali dettate anche dallo stato emergenziale COVID-19, è stata attivata la degenza nefrologica e la degenza di chirurgia vascolare, toracica e cardiocirurgica, attivata la semi-intensiva pneumologica etc.

L'azione propulsiva del 2021 ha consentito di soddisfare il fabbisogno, fermo restando la necessità di continuare a garantire il turn-over e, compatibilmente con il rispetto del tetto di spesa,

si dovrà valutare l'impatto delle applicazioni contrattuali (ad esempio: il riconoscimento dei tempi di vestizione/svestizione) e, conseguenzialmente, l'eventuale futuro incremento della dotazione organica limitatamente al personale del comparto sanitario addetto all'assistenza.

Si deve rilevare che le assunzioni previste, nei limiti dei budget annuali determinati *rebus sic stantibus*, non elidono le possibilità assunzionali derivati da cessazioni dal servizio per varie ed intervenute cause non già previste o prevedibili (dimissioni, mobilità verso altri Enti etc.).

Il potenziamento "Piano di riorganizzazione Emergenza Covid 19- Potenziamento Rete Ospedaliera" di cui alla DGR Regione Umbria n. 483 del 19/06/2020, non è neutro rispetto al fabbisogno di personale, come di seguito espresso:

n. 10 posti di Terapia intensiva (ex novo): 5 infermieri in turno h24 + 1 OSS (h12) = 25 infermieri + 2 indice sostituzione = n. 27 unità

n. 8 posti di terapia intensiva malattie infettive (ex novo): 4 infermieri (h24) + 1 OSS (h12) = 20 infermieri + 2 indice sostituzione = n. 22 unità

n. 7 posti semi intensiva MAR (organico già esistente per MAR necessario solo incremento) 1 infermiere h24 = 5 infermieri + 1 indice sostituzione = n. 6 unità

Totale incremento infermieri = 50 unità + 5 unità per indice di sostituzione = 55 unità

Nel caso in cui la *Stroke Unit* fosse adattata a terapia semi intensiva si renderà necessario un incremento del personale del Comparto addetto all'assistenza.

L'obiettivo strategico nella stima del personale è di fornire assistenza di qualità, caratterizzata dall'equilibrio fra la complessità delle prestazioni e la personalizzazione dell'assistenza, pertanto appare sempre più necessario avviare dei sistemi incentrati sulla complessità assistenziale.

Per tale motivo sono presi a riferimento i criteri adottati dall'Azienda Ospedaliera S. Maria con deliberazione n. 38 del 24/01/2012, relativi ai livelli di assistenza e ai minuti di assistenza pro paziente/die.

I suddetti criteri, basati sulla complessità assistenziale, garantiscono inoltre l'adozione di modelli suddivisi per "settori" prevedendo la loro implementazione ove non già presenti.

Pertanto, il fabbisogno di personale relativo a ciascuna unità operativa o servizio, è stato stimato utilizzando strumenti operativi, al fine di determinare gli organici base ed integrativi, tenendo conto che i primi garantiscono il numero minimo di personale da utilizzare per ogni turno di lavoro (organico base) e determinano la "domanda di assistenza" mentre i secondi definiti sulla

base degli indici di assenza contrattualmente stabiliti, garantiscono la necessaria integrazione della dotazione di personale.

Per una più appropriata risposta assistenziale, si rende necessario incrementare il fabbisogno di operatori socio assistenziali (OSS), per un numero stimato pari a n. 55 unità nel triennio 2022/2024 (di cui n. 10 unità nel corso del 2022).

### **Sintesi Personale dipendente**

Il presente Piano del Fabbisogno di cui alla deliberazione del Direttore Generale 284 del 21/03/2022, in corso di approvazione da parte della Regione Umbria, relativamente al personale dipendente rispetta il numero complessivo dei posti della dotazione organica attuale dell'Azienda, fermo restando le variazioni qualitative che ne derivano.

Per quanto riguarda il personale dipendente, si rappresenta che l'Azienda provvede alla soddisfazione del relativo fabbisogno tramite assunzioni a tempo indeterminato con l'utilizzo delle procedure previste a tale scopo dalla vigente normativa.

Nello sviluppo del Fabbisogno per gli anni 2022/2024, è altresì previsto un incremento quantitativo delle rispettive dotazioni organiche per l'adeguamento del fabbisogno di personale connesso al citato "Piano di riorganizzazione Emergenza Covid 19- Potenziamento Rete Ospedaliera" di cui alla DGR Regione Umbria n. 483 del 19/06/2020, sempre nel rispetto dei vincoli di spesa.

I posti previsti per gli anni 2022/2024 nei profili professionali Cat. Ds dei diversi ruoli dell'Area Comparto, sono sostituiti con altrettanti posti di medesimo profilo e ruolo Cat. D.

L'Azienda ricorre all'assunzione di personale a tempo determinato, ove si renda indispensabile per garantire la corretta erogazione dei LEA e il pubblico servizio, solamente in questi casi:

- nell'attesa della conclusione delle relative procedure di copertura dei posti a tempo indeterminato;
- per esigenze di carattere emergenziale, 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.

Oltre all'assunzione di personale sia a t.i. che a t.d. sono previste ulteriori modalità che consentono di far fronte a specifiche esigenze di istituto, come da disposizioni normative e contrattuali vigenti.

L'Azienda si riserva l'opportunità di valutare eventuali modifiche qualitative tra profili professionali nell'ambito dello stesso ruolo, per l'area del comparto, ad invarianza della spesa.

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.

### **Formazione**

L'Azienda Ospedaliera di Terni riconosce che la formazione continua rappresenta un elemento strategico per perseguire gli obiettivi aziendali.

La formazione garantisce al cittadino una buona qualità delle cure e agli operatori uno strumento di sviluppo continuo, migliorando la propria immagine professionale e la propria credibilità verso la collettività.

La Regione dell'Umbria, con la DGR n. 605 del 31/05/2017 di recepimento dell'Accordo Stato-Regioni n. 14/CSR del 2/02/2017 "La formazione continua nel settore della salute", ha ribadito i criteri e le modalità di erogazione delle attività formative da parte dei provider, e rimodulato i criteri per l'attribuzione dei crediti ECM, in base alla tipologia ed al numero dei partecipanti.

L'A.O. ha ottenuto il rinnovo dell'accreditamento standard come Provider ECM per la formazione residenziale e la formazione sul campo e l'accreditamento provvisorio quale Provider ECM per la formazione a distanza (FAD), rispettivamente con Determinazioni Dirigenziali della Regione Umbria n. 10914 del 24/11/2020 e n. 7210 del 20/07/2021. L'A.O. è inserita nell'Albo Regionale dei Provider ECM con il codice 100-2.

Al fine di disciplinare la gestione delle diverse attività di formazione e di aggiornamento, il CFP ha predisposto il "Regolamento per l'erogazione di attività formative e di aggiornamento" (da qui in avanti denominato "Regolamento"), adottato dall'Azienda con Deliberazione del Direttore Generale n. 882 del 16/09/2021.

I principi a cui si ispira il Piano di formazione sono:

- Le linee di indirizzo regionali
- Il sostegno ai processi di riorganizzazione con un'ottica orientata al futuro
- L'investimento formativo strategico per accompagnare e supportare il governo dei percorsi diagnostico-terapeutici e sulle reti ed in generale sui processi di integrazione, decisivi per gli obiettivi di cambiamento
- Il controllo dei costi, mantenendo una significativa offerta formativa al personale, che tenga conto anche della esigenza di crescita umana e professionale delle persone
- La priorità alla modalità di formazione collettiva organizzata aziendalmente, rispetto alla formazione individuale esterna
- L'impulso verso modalità di erogazione della formazione multi professionale e della formazione "sul campo" che renda più evidente come il personale possa da subito utilizzare le conoscenze e competenze acquisite nella propria attività lavorativa
- La valorizzazione delle risorse di docenza interne e del sistema regionale, in tutti i casi in cui sia possibile e didatticamente efficace
- Lo sviluppo della integrazione di percorsi formativi di interesse di area vasta
- La equità nelle opportunità di accesso alla formazione tra il personale
- Lo sviluppo della valutazione della formazione cercando di andare oltre i tradizionali questionari di gradimento e di apprendimento

*Il Piano Formativo Rispetto Alle Politiche Per Lo Sviluppo Delle Risorse Umane*

Le principali risorse di cui dispone un'azienda per creare valore, generare nuove idee e sviluppare nuovi servizi sono le risorse umane. Anche un'azienda dotata delle tecnologie più sofisticate necessita di persone competenti, creative e motivate per svolgere l'insieme complesso di attività necessarie a garantire prestazioni efficaci, efficienti ed appropriate. L'innovazione in un'azienda dipende, in grande parte, dalle conoscenze professionali e dalle competenze del personale che, in un contesto di costante cambiamento della domanda e degli scenari tecnologici, diventano desuete in tempi molto rapidi. L'Azienda Ospedaliera di Terni pone al centro del proprio sistema la risorsa umana quale leva strategica e fattore critico di successo.

Le politiche di sviluppo del personale si fondano su tre pilastri: 1) sviluppo delle competenze professionali, inteso come definizione delle competenze chiave da possedere per lo svolgimento delle singole professioni.

Il sistema di valutazione traccia i punti di forza e di debolezza rispetto alle competenze chiave e le sostiene indirizzando il personale mediante progetti di formazione mirata; 2) consapevolezza organizzativa, intesa come conoscenza dell'organizzazione e capacità di agire all'interno della stessa nel rispetto delle proprie competenze e dei ruoli; 3) sviluppo di carriera, inteso come definizione di percorsi di carriera professionali e gestionali ed inserimento dei collaboratori all'interno degli stessi sulla base delle loro capacità e talenti.

*Partendo da tali premesse il Piano intende:*

- Promuovere la conoscenza e consapevolezza dell'assetto organizzativo in modo particolare per i neo assunti
- Promuovere una cultura della qualità, nella logica di un miglioramento continuo, coinvolgendo, responsabilizzando e valorizzando la professionalità e lo sviluppo delle risorse umane presenti;
- Sviluppare le competenze per garantire la qualità assistenziale attraverso l'utilizzo di strumenti conoscitivi e metodologici per la costruzione integrata di percorsi assistenziali, in accordo con le linee guida nazionali ed internazionali ed i principi basati sull'evidenza;
- Sviluppare le competenze/capacità necessarie a svolgere le proprie funzioni nel rispetto della normativa dettata in materia di anticorruzione e privacy;
- Sviluppare e sostenere le capacità comunicativo-relazionali necessarie ad affrontare positivamente e costruttivamente i rapporti interpersonali con le persone assistite e con gli altri operatori;
- Sviluppare le competenze/capacità per rispondere adeguatamente e tempestivamente a situazioni di emergenza urgenza sanitaria, quali l'arresto cardio respiratorio;
- Coinvolgere tutti i professionisti ed operatori, con particolare riferimento ai neo assunti, nell'attività aziendale ed in quella della struttura di appartenenza.

*Attività formative in sede*

Al fine di garantire l'acquisizione e il rinforzo delle conoscenze e delle competenze su tematiche diverse e prettamente cliniche, l'Azienda si è dotata di piattaforme web che possano gestire la formazione in videoconferenza (equiparata alla residenziale classica) e a distanza. L'erogazione dei crediti ECM per gli eventi accreditati con tale tipologia formativa sarà possibile in quanto le piattaforme consentono la registrazione degli accessi e la fruibilità on line dei test di valutazione finale, di gradimento dell'evento e di valutazione del docente.

Tutte le attività formative inserite nel Piano di Formazione Aziendale 2022 sono state validate e approvate dal Comitato Scientifico nella riunione del 10 febbraio 2022, il cui ruolo, ai sensi dell'art. 45, comma 2, dell'Accordo Stato-Regioni del 2/02/2017, è stato formalizzato con DDG n. 682 del 25/07/2018, rettificata con Delibera del Commissario Straordinario n. 899 del 29/10/2020.

Forte è la consapevolezza che la dimensione aziendale rappresenta la naturale sede della formazione in un contesto professionale eminentemente operativo, senza il quale la formazione continua rimarrebbe un mero esercizio teorico senza alcuna ricaduta concreta sulla qualità delle prestazioni.

La complessità dovuta alla presenza di molti profili professionali, alle grandi trasformazioni in atto, all'esistenza di numerose specialità anche di eccellenza ed al continuo rinnovamento tecnologico, richiedono cambiamenti culturali, gestionali, organizzativi e tecnici.

Il PFA è lo strumento attraverso il quale la Direzione Aziendale supporta il processo di cambiamento.

*L'attività formativa realizzata in Azienda si articola essenzialmente in due tipologie:*

1. la formazione specifica, finalizzata all'acquisizione di conoscenze e competenze strettamente correlate al ruolo ricoperto dai singoli operatori nel proprio ambito lavorativo;
2. la formazione trasversale, riguardante tematiche che interessano un target variegato, indipendentemente dal ruolo ricoperto in ambito lavorativo.

*Le linee direttrici che caratterizzeranno la formazione per il 2022 saranno incentrate:*

- a) dal punto di vista metodologico
  - sul coinvolgimento del SITRO, della DM, del SPP, della S.C. GRC, del Servizio di Psicologia Ospedaliera e delle Dirigenze Amministrative e Tecniche per l'individuazione del fabbisogno formativo delle rispettive organizzazioni e delle ipotesi di attività formative individuate, al fine di colmare il divario tra il reale comportamento degli operatori e quello ritenuto più efficace ed efficiente;
  - sull'individuazione dei Referenti delle Strutture/Servizi per rendere operativa una rete capillare per la formazione, che possa supportare i Direttori/Responsabili dal recepimento delle specifiche esigenze formative al monitoraggio delle ricadute operative delle attività, in termini di competenze acquisite;

- sul potenziamento della “formazione sul campo”, metodologia in grado di coinvolgere gli operatori direttamente nei loro contesti di lavoro e di raggiungere obiettivi formativi direttamente finalizzati al miglioramento della qualità assistenziale delle singole UU.OO.;
  - sul miglioramento della comunicazione e della diffusione dell’attività formativa, anche grazie al nuovo software gestionale della Formazione;
- b) dal punto di vista dei contenuti
- sulla formazione specifica in materia di gestione dell’emergenza epidemiologica da Covid-19;
  - sulla formazione in materia di salute e sicurezza negli ambienti di lavoro, ai sensi del D.Lgs. 81/2008, che affronti tutti i rischi lavorativi presenti, ivi comprese le tematiche relative allo stress lavoro-correlato e al benessere organizzativo, in collaborazione con il SPP e il Servizio di Psicologia Ospedaliera;
  - sulla acquisizione di competenze specifiche avanzate del personale infermieristico neoassunto assegnato alle strutture di area critica (sala operatoria, rianimazione, TIPO, TIN) e all’Emodialisi, mediante affiancamento a personale esperto, così come personale infermieristico assegnato alla Pediatria-TIN per la gestione dei piccoli pazienti affetti da Covid-19;
  - sulla formazione per la promozione della cultura della prevenzione del rischio clinico e per lo sviluppo delle competenze necessarie per garantire la sicurezza del paziente, promuovendo l’utilizzo dell’incident reporting, in collaborazione con la S.C. GRC;
  - sulla formazione multidisciplinare e multiprofessionale, finalizzata alla stesura ed all’implementazione di percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali condivisi e supportati dalle evidenze scientifiche, che garantiscano uniformità di comportamento degli operatori coinvolti nei diversi percorsi;
  - sul percorso di accreditamento istituzionale delle strutture aziendali, stante il Regolamento Regionale n. 10 del 20/12/2012;
  - sul proseguimento del percorso intrapreso per il conseguimento della certificazione per le sperimentazioni cliniche, da parte delle strutture aziendali;
  - sulla formazione per diffondere l’attenzione alle prove di efficacia in medicina (EBM ed EBN), alla forza delle evidenze scientifiche ed all’utilizzo delle linee guida, procedure e protocolli;

- sulla formazione per sostenere la responsabilità professionale attraverso lo sviluppo delle conoscenze del mutato contesto normativo, al fine di riconoscere ed utilizzare le opportunità ed i vincoli, soprattutto in merito alla documentazione sanitaria;
- sulla formazione finalizzata all'integrazione ospedale-territorio;
- sulla formazione del personale tecnico ed amministrativo legata ai cambiamenti normativi che impongono una programmazione attenta in materia giuridica, contabile e gestionale;
- sulla formazione in materia di trattamento dei dati in sanità, prevenzione della corruzione e trasparenza rivolta al personale sanitario, tecnico ed amministrativo.

Il PFA mantiene, per sua natura e per intima convinzione della Direzione Aziendale, il ruolo di uno strumento flessibile work in progress che, fatte salve necessariamente le condizioni programmatiche, deve poter raccogliere nel tempo modificazioni ed integrazioni alle esigenze formative, soprattutto quelle di carattere gestionale/organizzativo dettate dalla Direzione Aziendale stessa.

Il PFA è articolato in 5 aree tematiche: “Emergenza Urgenza”, “Qualità, appropriatezza e risk management”, “Miglioramento clinico e assistenziale”, “Comunicazione e relazione”, “Salute e sicurezza negli ambienti di lavoro”, che nascono dall'esigenza di individuare e sistematizzare le principali direzioni su cui investire per contribuire ad orientare gli operatori verso una reale cultura di servizio e verso le sfide cliniche ed organizzative che il sistema sanitario si trova ad affrontare e, in particolare, un'Azienda ad alta specializzazione.

### *Metodologie didattiche*

Le attività formative residenziali offrono ampio spazio a metodologie didattiche interattive come i lavori di gruppo con rapporto finale, le esercitazioni, la discussione di casi clinici, il role playing, la formazione sul campo ed i gruppi di audit clinico.

Tale scelta nasce dalla consapevolezza che l'apprendimento degli adulti è legato soprattutto all'opportunità di trovare possibili soluzioni a problemi concreti del loro lavoro e che la possibilità del “learning on the job” rappresenta una via da valorizzare non solo perché permette di economizzare, ma innanzi tutto perché consente un incontro significativo tra i bisogni formativi del singolo e gli interessi di innovazione dell'organizzazione.

Per il 2022 sono pervenute anche diverse proposte di attività convegnistiche e congressuali (a diversi livelli di organizzazione, vale a dire con programmi più o meno definiti) che mirano a soddisfare fabbisogni formativi prettamente specifici delle diverse discipline sanitarie, dal punto

di vista tecnico, organizzativo e gestionale, in materia di revisione della letteratura e delle evidenze scientifiche legate alla prevenzione, cura, riabilitazione delle diverse patologie e all'assistenza dei pazienti, nonché all'integrazione ospedale-territorio.

Per una ottimale erogazione delle attività convegnistiche e congressuali, nel rispetto del criterio della trasparenza, l'Azienda ha bandito una manifestazione di interesse (procedura in itinere) per l'individuazione di una Segreteria esterna alla quale affidare la segreteria organizzativa di tali iniziative formative, che altrimenti non sarebbe possibile erogare con le sole risorse del CFP (location, contatti con i Relatori e loro sistemazione logistica, contatti e rapporti con gli sponsor, rapporti con i fornitori, attività di segreteria in sede congressuale, rendicontazione dettagliata dei costi).

#### *Attestazione e rendicontazione ECM*

Ai partecipanti verrà rilasciato l'attestato ECM firmato dal Responsabile del CFP, su delega del Direttore Generale quale rappresentante legale del provider, con l'indicazione dei crediti, ottenuti solo se:

- Si è regolarmente frequentato;
- Si è superata la verifica dell'apprendimento;
- Si è compilato lo strumento di customer satisfaction e valutazione dei docenti.

Al termine dell'anno verrà stilato un report sull'attività formativa aziendale, con particolare riferimento all'attività ECM, così come richiesto dalla Regione Umbria.

#### *Corsi di aggiornamento obbligatori*

Di concerto con i Responsabili/Referenti delle già citate strutture di riferimento aziendale (SITRO, DM, SPP, SC GRC, Direzioni Amministrative) sono considerati obbligatori tutti i corsi in materia di:

- sicurezza negli ambienti di lavoro (ai sensi del D.Lgs. 81/2008);
- risk management;
- privacy;
- prevenzione della corruzione e trasparenza.

Per l'importanza strategica delle tematiche di cui sopra, che comportano livelli di responsabilità della Direzione, il personale individuato è obbligato a partecipare. Nel caso di impossibilità oggettiva alla partecipazione, il dipendente dovrà giustificare l'assenza mediante

specifica comunicazione circostanziata, da inviare al proprio Referente (SITRO/DM/Direzione di afferenza) ed al CFP, nonché provvedendo alla cancellazione dell'iscrizione dal Portale GURU, per rendere disponibile il posto ad altro dipendente.

Il CFP custodirà agli atti la documentazione in merito e renderà alla Direzione per gli eventuali adempimenti del caso.

La frequenza ai corsi obbligatori è considerata orario di servizio; pertanto, i dipendenti utilizzeranno la timbratura con il codice "7" per attestare la propria partecipazione ed il relativo riconoscimento orario: il personale del Comparto potrà utilizzare le ore eccedenti l'orario di servizio come recupero orario e riposi compensativi; il personale Medico e delle Dirigenze sanitarie utilizzerà le ore settimanali per le attività non assistenziali, secondo quanto previsto dal CCNL.

Detto codice non potrà essere utilizzato per le attività formative facoltative, seppur svolte in sede ed organizzate dal CFP (es.: convegni, congressi e similari).

Per alcune iniziative potrebbe essere consentita la partecipazione regolamentata e concordata dei dipendenti di altre Aziende Sanitarie Umbre al fine di creare una rete formativa regionale che moltiplichi le opportunità di apprendimento, la circolazione delle conoscenze, il potenziamento delle competenze presenti in Umbria e la formazione specifica delle professioni sanitarie con pochi appartenenti.

I dipendenti di altre aziende sanitarie, o liberi professionisti, potrebbero essere ammessi alla partecipazione di attività formative selezionate ed aperte all'esterno, previo pagamento di una quota di partecipazione di volta in volta stabilita in funzione della struttura e dei contenuti dell'iniziativa, da versare in favore dell'Azienda Ospedaliera, secondo le procedure in uso della Direzione Economico Finanziaria.

### *Partecipanti*

Le attività formative sono rivolte al personale dipendente e convenzionato dell'Azienda, soggetto o meno all'obbligo ECM. Il target dei destinatari degli eventi formativi è individuato su proposta dei Responsabili Scientifici.

Dal 2022 l'Azienda ha dotato il CFP del nuovo software gestionale della formazione GURU della ditta SmartPeg di Perugia, collegato al Portale della Formazione, al quale possono accedere sia dipendenti che personale esterno (agli eventi che ne contemplino la partecipazione), previa registrazione. Per la composizione dell'aula nelle diverse edizioni dei corsi è stata condivisa

una procedura, inserita al punto B) “Iscrizione ai corsi” dell’informativa sull’utilizzo del nuovo portale GURU, scaricabile dalla Pagina della Formazione del sito web aziendale (<https://www.aospterni.it/pagine/formazione>).

La procedura prevede l’iscrizione da parte dei singoli partecipanti, previa autorizzazione dei Direttori/Responsabili/Posizioni Organizzative/Dirigenti delle strutture di appartenenza, inviata a mezzo e-mail al CFP.

Non saranno validate le iscrizioni dei dipendenti non autorizzati. Il CFP provvederà a cancellare “d’ufficio” i dipendenti che eventualmente si iscrivessero senza autorizzazione ed invierà debita comunicazione sia al diretto interessato che al Direttore/Responsabile/Posizione Organizzativa/Dirigente della struttura di appartenenza, per il dovuto riscontro. In ogni caso, il CFP invierà a posteriori il report definitivo dei reali partecipanti, comprensivo di eventuale acquisizione dei crediti ECM. L’autorizzazione non è prevista per la partecipazione a congressi e convegni.

### *Sponsorizzazioni*

La A.O., nella gestione delle sponsorizzazioni in ambito formativo, fa riferimento alla normativa nazionale e regionale vigente in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza, nonché al Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione (PTPC) 2018-2020, adottato con Deliberazione del Direttore Generale n. 78 del 31/01/2018, e al Codice Etico e di *Comportamento Aziendale*

In ambito formativo, sono previste le seguenti tipologie di sponsorizzazione:

1. Sponsorizzazione di eventi formativi residenziali, inseriti nel PFA
2. Sponsorizzazione partecipazione di dipendenti ad eventi esterni, organizzati da altri provider:
  - a) In qualità di Responsabili Scientifici/Docenti/Tutor
  - b) In qualità di discenti

1. Sponsorizzazione di eventi formativi residenziali, inseriti nel PFA

La Regione Umbria, con DGR n. 605 del 31/05/2017 ha recepito l’Accordo Stato-Regioni n. 14 del 2/02/2017 che, tra l’altro, prevede la sponsorizzazione delle attività formative ECM, nel rispetto della normativa vigente a livello nazionale e della Determinazione della Commissione Nazionale per la Formazione Continua dell’8/10/2010 in materia di violazioni.

Il 6/12/2018 l'Agenas ha pubblicato il Manuale Nazionale di Accreditamento per l'erogazione di eventi ECM, che ai punti 4.16, 4.17, 4.18 e 4.19 disciplina il conflitto di interessi ECM, la sponsorizzazione di eventi ECM, la pubblicità nell'evento ECM di prodotti di interesse sanitario e la pubblicità sui siti internet.

La Regione Umbria ha predisposto tre fac-simile di contratti di sponsorizzazione:

- a) tra Provider ECM e Sponsor;
- b) tra Provider ECM, Partner accreditato e Sponsor;
- c) tra Provider ECM, Partner non accreditato e Sponsor.

Oggetto della sponsorizzazione possono essere attività formative selezionate inserite nel PFA e/o altre iniziative approvate dalla Direzione Aziendale, che saranno comunque incluse nelle integrazioni del PFA. La sponsorizzazione può prevedere una copertura totale o parziale degli oneri finanziari.

Per la sponsorizzazione di eventi formativi, l'Azienda ha indetto una manifestazione di interesse per affidare a una Segreteria Organizzativa esterna le attività di supporto in attività convegnistiche e congressuali selezionate dall'Azienda (contatti con Relatori e loro sistemazione logistica; contatti e gestione dei rapporti con gli Sponsor (invio sponsor *prospectus*, pre-richiesta AIFA, autorizzazione Assobiomedica, ecc...); fatturazione agli sponsor e pagamento dei fornitori (tipografia, coffee break, location, vitto e soggiorno relatori, ecc.); attività di segreteria in sede congressuale (accoglienza, rilevazione presenze, distribuzione modulistica e attestati di partecipazione predisposti dal Provider, raccolta modulistica a fine evento); rendicontazione attività e dettaglio dei costi al Provider.

Il rapporto tra Provider, Segreteria Organizzativa e Sponsor è disciplinato dai contratti precedentemente indicati al punto c).

2. Sponsorizzazione partecipazione di dipendenti ad eventi esterni, organizzati da altri provider  
Si rimanda al punto 11.2 del già citato "Regolamento", di cui alla DDG 882/2021.

#### *Formazione ai sensi della Legge 135/1990*

Su indicazione delle Aziende Sanitarie regionali, la Regione Umbria ha disposto che la formazione di cui alla Legge 135/1990 riservata al personale medico non apicale e infermieristico che assiste pazienti con AIDS/HIV sia svolta a livello regionale, per tutte le Aziende sanitarie, a cura del Consorzio Scuola di Amministrazione Pubblica di Villa Umbra.

Ciascuna Azienda, comunque, corrisponderà ai propri dipendenti individuati per la partecipazione, il relativo assegno di studio, nei tempi e nei modi di cui all'art. 7 del D.M. del 25/07/1995 e dell'art. 8 del DM del 30/10/1990, ai sensi dell'art. 1 della Legge n. 135/1990.

Sulla base della rendicontazione finale che il Consorzio Scuola Umbra di Amministrazione Pubblica produrrà alle singole Aziende sanitarie regionali (registrazione delle presenze ed esito della valutazione finale), l'importo dell'assegno di studio pro-capite, potrà essere soggetto alle decurtazioni previste dai sopra citati atti normativi. In base alla normativa vigente, i partecipanti sono esonerati dall'acquisizione dei crediti ECM.

Le misure volte a incentivare e favorire l'accesso a percorsi di istruzione e qualificazione del personale laureato e non laureato (es. politiche di permessi per il diritto allo studio e di conciliazione).

In conformità a quanto previsto dall'art. 48 del CCNL 2016/2018 del Comparto Sanità, sottoscritto in data 21.05.2018, l'Azienda ha indetto appositi avvisi di selezione per la concessione di permessi retribuiti (cd 150 ore) per motivi di studio (anno 2022), riservato ai dipendenti con rapporto di lavoro a tempo indeterminato e determinato, di durata non inferiore a sei mesi continuativi, appartenenti all'Area del Comparto.

Tali permessi possono essere concessi fino ad un massimo di 150 ore, per la partecipazione a corsi destinati al conseguimento di titoli di studio di istruzione primaria, secondaria, universitaria, post-universitaria nonché di qualificazione professionale (purchè richiedano un impegno orario non inferiore a 100 ore complessive) rilasciati da scuole statali, parificate o legalmente riconosciute o comunque abilitate al rilascio di titoli di studio legali od attestati professionali riconosciuti dall'ordinamento pubblico italiano ed europeo, nonché per sostenere i relativi esami.

Qualora il numero delle richieste pervenute superi il predetto limite i permessi saranno concessi in base alla seguente ordine di priorità:

- a) ai dipendenti che frequentino l'ultimo anno del corso di studi e, se studenti universitari o post-universitari (Master/Scuole di Specializzazione), abbiano superato gli esami previsti dai programmi relativi agli anni precedenti;
- b) ai dipendenti che frequentino per la prima volta gli anni di corso precedenti l'ultimo e successivamente quelli che, nell'ordine, frequentino, sempre per la prima volta, gli anni ancora

- precedenti escluso il primo, ferma restando, per gli studenti universitari e postuniversitari, la condizione di cui al punto immediatamente precedente (essere in regola con gli esami);
- c) ai dipendenti ammessi a frequentare le attività didattiche, che non si trovino nelle condizioni di cui alle lettere a) e b) ivi compresi i tirocini/stage;
  - d) ai dipendenti che frequentino il primo anno di corso;
  - e) ai dipendenti ammessi a frequentare nell'ordine il 1° o il 2° anno fuori corso;
  - f) ai dipendenti che frequentano corsi per il conseguimento del secondo (oltre il secondo) titolo di studio (diploma/laurea) che abbiano già fruito negli anni passati delle 150 ore.

Nell'ambito di ciascuna delle precedenti condizioni o fattispecie, la precedenza è accordata, nell'ordine, ai dipendenti che frequentino corsi di studio della scuola media inferiore, della scuola media superiore, universitari o post-universitari sulla base di una adeguata ripartizione tra i dipendenti dei vari ruoli.

A parità di condizioni sono ammessi al beneficio i dipendenti che frequentino corsi di studio attinenti il profilo professionale o finalizzati al conseguimento di titoli di studio afferenti le professionalità previste per il settore sanità.

Qualora, a seguito dell'applicazione dei criteri sopra indicati sussista ancora parità di condizioni, sono ammessi al beneficio i dipendenti che non abbiano mai usufruito dei permessi relativi al diritto allo studio per lo stesso corso e, in caso di ulteriore parità, secondo l'ordine decrescente di età.

### **Piano azioni positive**

*“BENESSERE LAVORATIVO e LA CONCILIAZIONE TRA VITA LAVORATIVA E VITA FAMILIARE”*

L'Azienda ha inteso approfondire in un'ottica multidisciplinare la materia della conciliazione tra vita privata e vita professionale, valorizzando il ruolo che in questo campo può essere svolto dalle c.d. 'azioni positive', delle quali gli enti pubblici sono chiamati dalla legge a farsi promotori accanto ai soggetti privati, anzi, se possibile, con un impegno ancora maggiore di quanto richiesto a questi ultimi, atteso che solo per gli attori pubblici vige l'obbligo (e non la mera facoltà) di farsi promotori di specifici piani periodici di azione in tal senso, d'intesa con i Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza ed i componenti del Comitato Unico di Garanzia per le Pari Opportunità.

La riflessione teorica sul fondamento di un possibile diritto ‘diseguale’ è apparsa da subito particolarmente complessa; non a caso, essa ha originato un vivace dibattito in dottrina ed una interessante giurisprudenza, anche e soprattutto a livello eurounitario.

Tema centrale è, naturalmente, quello dei confini di legittimità di specifici interventi riservati alle lavoratrici, che vadano ad operare realizzando un trattamento differenziato “a vantaggio” di queste ultime – anche e soprattutto proprio mediante l’adozione, o l’imposizione, delle citate azioni positive – rispetto a quello riservato ai lavoratori di sesso maschile, con riguardo, ad esempio, a materie quali l’accesso al lavoro, alla formazione e promozione professionale ed alle condizioni di lavoro.

Per concludere, va ricordato che ogni sforzo progettuale ed ogni politica diretta all’implementazione dell’eguaglianza sostanziale nei contesti lavorativi finisce anche per ottenere un ulteriore, importante risultato: quello del miglioramento complessivo della qualità dell’organizzazione considerata, così come del benessere di tutte le persone – uomini e donne – che in quella organizzazione si trovino ad operare.

#### *Conciliazione e misure di sostegno*

Il Parlamento europeo ha dichiarato il 2014 “l’Anno europeo per la conciliazione tra la vita lavorativa e la vita familiare”. Conciliazione è un lemma che comincia ad essere introdotto nei documenti ufficiali dell’Unione europea agli inizi degli anni Novanta e rispecchia la volontà di predisporre direttive, raccomandazioni, suggerimenti ai vari Paesi affinché adottino misure in grado di salvaguardare la possibilità di conciliare la vita familiare con la vita lavorativa. Gli obiettivi prefissati erano e rimangono: aumentare la consapevolezza delle politiche di conciliazione in Europa e negli Stati membri; sollecitare gli sforzi ed ottenere un nuovo impegno politico per rispondere agli attuali problemi che interessano le famiglie (problemi in particolare connessi alla crisi economica e sociale); catalizzare l’attenzione e diffondere buone pratiche relative alle politiche di conciliazione vita privata--lavoro fra gli Stati membri; promuovere politiche family friendly e la loro conseguente implementazione.

I diversi bisogni che emergono dai ritmi frenetici della quotidianità discendono da necessità complesse e socialmente molto rilevanti: l’insieme degli interventi pensati per riequilibrare questi valori contrapposti hanno lo scopo di migliorare il benessere, agendo nella prospettiva di includere tutti i soggetti coinvolti. Le misure volte a ristabilire un corretto equilibrio e bilanciamento tra vita e lavoro sono proprio gli strumenti che per eccellenza comportano una

miglior organizzazione dei tempi a beneficio dei lavoratori, consentendo nel contempo di innalzarne il livello produttivo.

Successivamente si è approfondito il tema, analizzando nel dettaglio i singoli strumenti efficaci e utili per arrivare ad un migliore work--life balance. Intervenire concretamente a ristabilire un corretto equilibrio dei propri impegni attraverso le leve della flessibilità oraria, della concessione di servizi per la conciliazione (soprattutto in periodi particolarmente critici come l'arrivo in famiglia di un bambino), della sensibilizzazione e della formazione su questi temi, va a diretto beneficio della performance lavorativa consentendo ai collaboratori di mantenere alto il livello sia in ambito lavorativo che personale.

*Definizione del tema, azioni positive e politiche "family friendly"*

L'unità lessicale conciliazione deriva dal sostantivo latino concilium, composto dai lemmi "cum calare", letteralmente "chiamare insieme", ossia mettere assieme parti diverse ovvero trovare un accordo tra posizioni concorrenti. La conciliazione è quindi un'azione intrapresa per ristabilire buone relazioni tra entità opposte, al fine di renderle compatibili, congruenti e coesistenti in modo armonico. Le declinazioni di questo concetto base avvengono in relazione a chi, che cosa e perché concilia; quali altri soggetti vengono chiamati in causa, come, quando e per quanto tempo.

In particolare, la conciliazione che ci occupa, nasce dall'assioma secondo cui ogni individuo deve avere la possibilità di lavorare e al tempo stesso di avere una famiglia. Nella società contemporanea esiste un conflitto tra la famiglia e il lavoro, che sicuramente è di tempo ma anche di valori e che, ancorché diffuso e sperimentato comunemente, coinvolge le famiglie in modo differente.

Con il termine bilanciamento si intende valorizzare tutto l'insieme di azioni, procedure e/o interventi che mirano a rispondere alle diverse esigenze derivanti dalla vita di ogni giorno, cercando di renderli compatibili tra loro.

Per una corretta informazione si evidenzia anzi che la conciliazione nasce e si sviluppa con una precisa connotazione di genere: fino a due/tre generazioni fa veniva declinata unicamente al femminile. Le prime definizioni di conciliazione fanno infatti riferimento alla natura femminile e materna di tale attività, in netta contrapposizione a quella maschile. La donna ha con il tempo conquistato la sua indipendenza economica, smettendo di essere soltanto moglie e madre, ma affermando se stessa anche nel mondo lavorativo e professionale.

Bisogna però rilevare che nel nostro ordinamento non esiste una nozione legale di azione positiva: il legislatore ha infatti ritenuto preferibile delineare analiticamente tali strumenti unicamente in relazione allo scopo teleologico che essi intendono perseguire, senza elencarle tassativamente o fissarne i requisiti formali. Sono considerate in quest'ottica tutte quelle misure che predispongono condizioni ed accesso al lavoro tenendo conto delle differenze che intercorrono tra i due sessi e incoraggiando una più equilibrata divisione delle responsabilità familiari.

L'unico approccio possibile, oggi, sembra essere quello di mettere nuovamente e maggiormente in comunicazione il tema della conciliazione con il resto del diritto del lavoro: solo in questo modo, in tempi di recessione, si può riportare nuovamente in auge il tema della conciliazione e valutare la tenuta dell'intera disciplina.

#### *Gli strumenti work--life balance*

Dopo aver introdotto e definito il tema risulta necessario soffermarsi ed approfondire gli elementi su cui si basa e di cui si compone la cultura del bilanciamento tra vita lavorativa e familiare. Tra i suddetti elementi, il centro dell'attenzione non può che focalizzarsi sugli strumenti che si possono predisporre per arrivare ad un'efficace conciliazione tra impegni personali e familiari, sull'implementazione di tali iniziative nonché sulla classificazione delle stesse. Per avere una classificazione in tale ambito si possono distinguere quattro macro aree: temporali; spaziali; servizi per la famiglia e servizi per i lavoratori.

#### *Strumenti temporali*

Gli strumenti più attuati e diffusi sono senza dubbio quelli volti a sostenere la flessibilità d'orario: si tratta di individuare forme differenti da quelle standard a tempo pieno, che garantiscano una maggior flessibilità, ma cerchino di 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.

### *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 nuove esperienze interessanti e di successo. Ciò nonostante bisogna chiarire che parlare di esperienze innovative non implica necessariamente correlarle a misure originali o inedite, bisogna sempre partire dal presupposto che tutti i bisogni nascono da esigenze comuni e diffuse. Non sempre quindi risulta indispensabile progettare idee e processi nuovi, molte volte il risultato migliore e più concreto si ha replicando pratiche già diffuse, magari migliorandole o alle volte soltanto adattandole alle proprie realtà.

Lo scopo principale risiede nel contribuire a migliorare le condizioni occupazionali delle donne, sia con riguardo al lavoro retribuito che a quello non retribuito domestico, spesse volte dato per scontato. La possibilità di ottenere una miglior conciliazione tra i propri impegni lavorativi e familiari, e principalmente genitoriali, senza però veder penalizzate le proprie

opportunità professionali e salariali è ancora un miraggio per la maggior parte delle donne italiane, specie nel mezzogiorno.

Pertanto aumentare la consapevolezza circa i benefici socioeconomici riguardanti la conciliazione famiglia lavoro è sicuramente uno degli strumenti più efficaci per conseguire risultati concreti. Le iniziative da privilegiare sono da un lato creare un clima favorevole al dialogo sociale su questi temi, dall'altro promuovere la contrattazione collettiva, strumento efficace attraverso il quale i datori di lavoro possono arrivare a dei compromessi con i lavoratori, concordando una flessibilità che consenta di meglio bilanciare le esigenze organizzative aziendali con le responsabilità di cura.

### **Monitoraggio del valore pubblico e performance**

Misurare il valore pubblico, generato dall'Azienda mediante le proprie azioni strategiche, si esplicita concretamente nel misurare i risultati raggiunti negli ambiti strategici delineati in questo piano 2022 – 2024 e rendicontati nella Relazione sulla Performance.

Quando vengono rendicontati i risultati della performance di struttura, ovvero degli obiettivi operativi di performance di struttura in correlazione con quelli strategici da cui discendono, l'intento è di rendere evidente il legame per la realizzazione della strategia dell'Azienda attraverso le assegnazioni alle strutture organizzative degli obiettivi operativi, anche in relazione al raggiungimento dei target degli indicatori strategici.

La rendicontazione puntuale relativa ai singoli obiettivi avviene acquisendo i dati dalle fonti ufficiali aziendali o regionali, recuperando la documentazione e le relazioni dalle strutture relativamente al conseguimento degli obiettivi qualitativi ed organizzativi (definizione di linee guida, aggiornamento e predisposizione di protocolli clinico/assistenziali, ecc.). In modo che tale valutazione sia supportata da elementi oggettivi.

In particolare i singoli indicatori (KPI) sono classificati in base alla loro fonte:

- Da flussi (Fonte: MeS, LEA, altri DataBase o applicativi aziendali), il cui risultato deriva dalla fonte stessa;
- Obiettivi documentali, trasversali a più strutture o relativi alla singola struttura, per i quali sarà valutata la documentazione prodotta.

Il processo di valutazione di struttura è normato da apposito regolamento rientrante nel più completo documento definito Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP).

Parallelamente al monitoraggio della Performance di Struttura sopra richiamata, si ha quello relativo al Sistema di Valutazione della Performance Individuale assicurato dalla produzione di reportistica periodica relativa ai risultati raggiunti per ogni step del processo di valutazione individuale che passa dall'assegnazione degli obiettivi/comportamenti, attraverso una loro valutazione intermedia, alla fase della valutazione finale, con lo scopo di rilevare con tempestività eventuali criticità bloccanti l'iter di processo ed avviare opportune azioni di intervento atte a ripristinare il normale excursus e completamento del ciclo annuale.

Rendicontazione di monitoraggio periodica predisposta anche ai fini della correlazione con il sistema di *Budgeting* aziendale che prevede tra gli obiettivi operativi il rispetto dei tempi di processo tra cui quello della Performance Individuale.

Il Monitoraggio si completa con la Rendicontazione finale delle risultanze conseguite dal personale dipendente sia dell'area della Dirigenza che dell'area del Comparto predisposta anche ai fini della verifica annuale da parte dell'OIV e per la stesura della Relazione sulla Performance.

In un contesto di miglioramento del benessere lavorativo assumono particolare importanza i Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza ed i componenti del Comitato Unico di Garanzia per le Pari Opportunità.

### **Rischi corruttivi, monitoraggio delle misure di prevenzione**

L'attività di monitoraggio consiste nella "razionalizzazione e messa a sistema dei controlli già esistenti", verificando l'efficacia/efficienza dell'intero workflow in transito verso e dal RPC (monitoraggio di I° e II° livello). Si tratta di un'azione continuativa di verifica dell'attuazione e dell'idoneità delle singole misure di trattamento del rischio.

Durante l'anno spetta al RPC verificare l'osservanza e l'applicazione di tutte le misure di prevenzione previste nel PTPCT, le cui risultanze costituiranno di conseguenza il presupposto per la definizione del successivo Piano e della Relazione annuale sull'intera attività svolta. In relazione alle modalità di monitoraggio delle misure specifiche di prevenzione si rinvia a quanto illustrato nel relativo paragrafo.

Workflow annuale da Aree di rischio aziendali Somministrazione di scheda di report per attività di monitoraggio nei seguenti ambiti:

- Mappatura di processi e procedimenti

- Applicazione e controllo di misure di prevenzione
- Applicazione di misure di rotazione/avvicendamento ruoli a rischio
- Osservanza del codice di comportamento aziendale
- Segnalazione eventi anomali/irregolari
- Segnalazione conflitti di interessi/incompatibilità

## **Il sistema dei controlli e la funzione di Internal Audit**

Nel corso del tempo numerosi interventi legislativi hanno delineato il percorso evolutivo delle attività di controllo nelle amministrazioni pubbliche, introducendo così nell'ordinamento diverse tipologie di controlli via via adottati anche da parte degli enti e aziende del servizio sanitario.

Si ricordano in particolare: il D.Lgs.n. 286/1999 “Riordino e potenziamento dei meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività svolta dalle amministrazioni pubbliche, a norma dell'articolo 11 della legge 15 marzo 1997, n. 59” che ha disciplinato le seguenti tipologie di controlli:

- Controllo di regolarità amministrativo – contabile, finalizzato a garantire la legittimità, regolarità e correttezza dell'attività amministrativa;
- Controllo di gestione, finalizzato a monitorare l'andamento generale delle attività dell'Ente rispetto all'efficienza ed efficacia di utilizzo delle risorse;
- Valutazione e controllo strategico, finalizzato a valutare la congruenza tra gli obiettivi strategici definiti dall'Ente in fase di pianificazione e i risultati effettivamente raggiunti;
- Valutazione della dirigenza, finalizzato ad esprimere un giudizio sulle attività svolte dai soggetti con responsabilità dirigenziale dell'Ente il D.Lgs. n. 150/2009 “Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni” (“Legge Brunetta”) che ha introdotto una nuova disciplina dei controlli interni nelle amministrazioni pubbliche, modificando in parte il D.Lgs. n. 286/1999 e prevedendo la Valutazione della Performance dell'Ente, sia in termini di raggiungimento degli obiettivi prefissati, sia in termini di economicità ed efficienza della gestione delle risorse a disposizione per le amministrazioni pubbliche, con l'adozione di un solo meccanismo definito “Ciclo di Gestione delle Performance” che include il controllo di gestione, la valutazione dirigenziale (a cui si aggiunge quella del personale) ed il controllo strategico,

prevedendo inoltre l'istituzione dei cd. Organismi Indipendenti di Valutazione che hanno sostituito i preesistenti Nuclei di Valutazione.

Gli attori principali dei controlli introdotti con tali normative sono sia organi sia strutture sia organismi sia livelli direttivi:

- Il Collegio Sindacale organo dell'Azienda per quanto riguarda il controllo di regolarità amministrativo – contabile
- La struttura complessa “Controllo di gestione, sistemi informativi” per il controllo di gestione
- L'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) e il Direttore Generale per la valutazione e controllo strategico
- L'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) per la Valutazione della performance delle strutture e della Valutazione della dirigenza e per la valutazione individuale di seconda istanza
- I responsabili di struttura organizzativa per la valutazione individuale del personale di prima istanza L'esistenza di tali controlli tradizionali è oggetto di specifico controllo esterno da parte della Corte dei Conti che svolge specifica attività di monitoraggio sugli enti tramite specifico questionario sui controlli interni che anche le aziende sanitarie sono tenute a compilare periodicamente.

Accanto a questo nucleo originario di controlli cd “interni”, nel sistema aziendale coesistono diverse tipologie di controlli svolte da una pluralità di attori e relative ad ambiti settoriali molto eterogenei (sorveglianza sanitaria e sicurezza, qualità e rischio clinico, accreditamento, protezione dei dati, prevenzione della corruzione, appropriatezza delle prestazioni, etc...).

Rispetto a tale complessità e alle quali l'impegno dell'Azienda è orientato a una visione unitaria di tali attività in un'ottica olistica, integrata e trasparente.

Tale tipo di approccio diventa strategico al fine di evitare sovrapposizioni, duplicazioni di attività, controlli a silos (a compartimenti stagni), ridondanze di controlli o viceversa lacune che potrebbero inficiare il raggiungimento dei fini istituzionali e dei risultati aziendali.

È importante implementare a livello di tutta l'organizzazione aziendale una cultura del “Controllo” da intendersi non solo più nella sua accezione più tradizionale di attività ispettiva e di vigilanza ma nella accezione anglosassone che gli attribuisce un valore di indirizzo, guida e governo di un sistema.

Secondo questa ultima prospettiva il controllo è inteso come sistema volto a far funzionare in modo efficace ed efficiente le attività aziendali.

In quest'ottica il Sistema dei Controlli Interni può essere definito come l'insieme delle regole, procedure e strutture organizzative, che mirano a conseguire i seguenti obiettivi:

- Assicurare la conformità delle operazioni con tutto l'apparato normativo esistente
- Conseguire l'efficacia, l'efficienza e l'economicità dei processi aziendali
- Garantire la legittimità, la regolarità e la correttezza dell'azione amministrativa
- Assicurare l'affidabilità e l'integrità delle informazioni contabili e gestionali
- E si configura come un processo messo in atto da tutti i livelli dell'organizzazione.

In tempi recenti a seguito delle varie disposizioni nazionali sull'armonizzazione dei sistemi contabili e schemi di bilancio degli enti territoriali e del sistema sanitario, nonché in materia di Percorso attuativo di Certificabilità le Regioni hanno previsto l'istituzione da parte delle aziende di una specifica funzione di *Internal audit*.

Tale attività di controllo non rientra nell'alveo dei controlli interni tradizionalmente inteso, ma ha la sua origine nel mondo delle imprese private e la disciplina in principi e standard di livello internazionale.

Nell'ambito della pubblica amministrazione è stato introdotto a seguito delle esigenze di uniformità nei modelli per il controllo della spesa pubblica emerse a livello europeo.

L'Azienda ha istituito la funzione di *Internal audit* che trova la sua collocazione a livello di Staff della Direzione Aziendale.

Compito principale dell'*Internal audit* è fornire un'attività indipendente e obiettiva finalizzata a promuovere azioni di miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia del Sistema di **Controllo Interno e dell'organizzazione, linee di attività e linee di sviluppo**

*Check sistema normazione interna*

Nel corso del 2022 si implementerà il percorso di verifica del sistema di normazione interna che prevede una serie di step di analisi.

Il sistema ha un ruolo fondamentale per diversi ambiti e finalità (anticorruzione, controlli, revisione interna, certificabilità) e costituisce la base fondante per qualsiasi politica o governance aziendale. Per questo diventa strategico procedere a una valutazione della sua adeguatezza.

Affinché il sistema di normazione interna sia funzionale e risponda alle varie esigenze aziendali deve essere improntato alla dinamicità, alla trasparenza, chiarezza, correttezza e completezza.

Il primo profilo quello della dinamicità richiede certamente che vi sia un aggiornamento continuo sia in relazione alla evoluzione normativa sia in riferimento ai mutamenti organizzativi che possono interessare l'organizzazione aziendale. Questo assume ancor più rilevanza alla luce

dell'esperienza relativa alla pandemia che ha comportato una serie di cambiamenti significativi nell'organizzazione delle attività aziendali.

È quindi fondamentale che vi sia un presidio sull'implementazione, manutenzione e aggiornamento di tale sistema. (che diventa un prerequisito essenziale anche per l'aggiornamento continuo del sistema di controllo interno previsto dalla Regione tra i requisiti in materia di Percorso Attuativo di Certificabilità).

Il primo step del percorso di analisi riguarda gli atti regolamentari che stabiliscono i principi generali e fondanti di molte attività aziendali e che in conformità alla normativa vigenti introducono nel sistema innovazioni giuridiche.

In questo percorso è stata prevista anche la collaborazione di alcune macrostrutture aziendali per le quali è stato individuato uno specifico obiettivo di budget.

In base alla sistematizzazione dei risultati complessivi finali sarà valutato il proseguimento del percorso di verifica con un focus su ulteriori tipologie di atti (ad es. procedure, etc.) o un approfondimento sulla parte degli atti di organizzazione aziendale.

### **Attività di monitoraggio/verifica**

Relativamente alle linee di sviluppo si evidenzia in generale l'avvio di un'attività di collaborazione con il RPC che costituisce una positiva innovazione a livello di interrelazione organizzativo-funzionale anche in linea con quanto nell'allegato. 1 al PNA 2019-2021.

Ulteriori linee di attività più specifiche sono collegate a:

- Attività di analisi e disegno del Sistema Aziendale di Controllo Interno
- Attività su mandato della Direzione
- Audit in materia di Data Protection

### **Controllo successivo di regolarità amministrativa**

Regolamento per l'esercizio del controllo successivo di regolarità amministrativa" recante la disciplina generale della funzione di controllo. Successivamente, un gruppo di lavoro deve definire la procedura con le modalità e le tecniche per l'effettuazione dell'attività di controllo.

L'attività di controllo, con scansione temporale quadrimestrale e per ogni quadrimestre viene predisposto per la Direzione Amministrativa un report sugli esiti dei controlli, raggruppati per struttura emittente, con le risultanze sintetiche sulla conformità delle determinazioni aziendali rispetto ai parametri predefiniti di regolarità amministrativa, eventuali criticità riscontrate, interventi correttivi disposti e relativi feed-back e ogni altra informazione utile.

Nel corso del 2022, è messo a regime il campione da selezionare, il 5 % degli atti adottati nel quadrimestre di riferimento.

Per quanto riguarda le linee di azioni future è in preventivo una revisione della procedura al fine di una rivalutazione delle attività in un'ottica più mirata di Internal audit con focus mirati su particolari categorie di atti anche di diritto privato.

### **Monitoraggio della trasparenza e attestazione OIV**

Il monitoraggio, intermedio e finale, da parte del RT è attività prodromica e collegata a quella di vigilanza da parte di OIV ed ANAC. L'incisività e la qualità del monitoraggio sono determinate dalla valutazione di più elementi, quali principalmente: l'intervallo temporale tra richiesta di trasmissione ed effettivo invio dei documenti, la qualità dei dati e informazioni da parte delle strutture aziendali, la completezza dei contenuti, il rispetto delle indicazioni in materia di privacy nella redazione delle informazioni, la congruità del formato.

Il fine generale che viene quindi considerato, oltre a quello dell'assolvimento degli obblighi, è l'attuazione del Programma trasparenza e integrità – parte integrante del PTPCT – ad opera dei dirigenti responsabili, tant'è che al monitoraggio del RT si affianca quello affidato all'OIV mediante la funzione di misurazione della performance; ed è infatti ancora all'OIV che il RT segnala i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione, oltre ad ANAC e, nei casi più gravi, all'ufficio di disciplina (UPD).

Le attività di ricognizione e controllo sul processo di attuazione del Programma per la trasparenza e l'integrità sono svolte annualmente dall'OIV, sia attraverso la funzione di misurazione della performance (monitoraggio sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità), sia mediante l'attestazione dell'assolvimento degli obblighi in materia di trasparenza. Anche nell'anno 2022, a seguito di apposito Comunicato del Presidente ANAC, il termine per le attestazioni degli OIV in materia di obblighi di pubblicazione, in origine fissato al 31 marzo, è stato prorogato al 31 giugno 2022, con pubblicazione della relativa attestazione al successivo 30 giugno.

Gli esiti e l'attestazione dell'OIV con riguardo all'Azienda Ospedaliera di Terni sono consultabili e scaricabili dalla sottosezione di Amministrazione Trasparente “Controlli e rilievi sull'amministrazione”.

### **Monitoraggio del lavoro agile/ore**

La SC Risorse Umane e l'Ufficio Controllo di Gestione dell'Azienda garantiscono direttamente l'attivazione dei dipendenti allo Smart working, raccogliendo le disposizioni dei Direttori/Responsabili, che sono chiamati a valutare la natura dei propri servizi così da favorire il lavoro agile in caso di attività eseguibili da remoto e a monitorare il lavoro svolto dai propri collaboratori. Al fine di implementare il ricorso a tale istituto, la SC Risorse Umane e l'Ufficio

Controllo di Gestione con il Centro di Formazione promuovono l'adeguamento dei sistemi e dei processi, supportano soluzioni innovative e prevedranno i percorsi formativi per il personale, con particolare attenzione in materia di privacy (intensificazione di corsi già esistenti), sicurezza e digitalizzazione. Infine, con la collaborazione dei Direttori/Responsabili dovranno realizzare una prima mappatura delle strutture aziendali nelle quali sono presenti mansioni svolgibili in Smart working, che potrà essere ulteriormente perfezionata e fungerà da parametro per verificare lo sviluppo nei prossimi anni.

Il CUG è chiamato a contribuire attivamente all'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico, migliorando l'efficienza delle prestazioni collegata alla garanzia di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità, di benessere organizzativo e dal contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica per i lavoratori. Nella fase ordinaria di attivazione dello Smart working, il CUG potrà condividere i dati sullo svolgimento della modalità di lavoro agile, collaborare con l'Amministrazione nell'analisi dei suoi impatti sull'efficienza dell'attività lavorativa e sul benessere organizzativo, proponendo azioni di miglioramento.

Con riferimento allo Smart working e alle diverse tipologie di indicatori che la normativa prevede per le diverse fasi di attuazione dello stesso, l'OIV potrà supportare l'amministrazione, in particolare l'Ufficio Controllo di Gestione nell'identificazione di adeguati obiettivi e indici utilizzabili per rappresentare efficacemente le condizioni abilitanti del lavoro agile, lo stato di attuazione, i contributi alla performance organizzativa e gli impatti nei diversi ambiti misurabili.

Potranno inoltre essere proposti specifici *items* di valutazione individuale in relazione alla modalità di lavoro agile.

Al Responsabile della Transizione al Digitale (RTD) è affidato il coordinamento strategico dello sviluppo dei sistemi informativi aziendali, che svolge in collaborazione con la l'Ufficio Controllo di Gestione e Servizi Informatici. Parteciperà alla programmazione formativa del personale.