



Azienda Ospedaliera di Perugia

Direzione Generale e Sede Amministrativa: Piazzale Giorgio Menghini nn. 8/9 – 06129 Perugia PG
Sede Legale: Ospedale Santa Maria della Misericordia – Sant’Andrea delle Fratte – 06132 Perugia PG
Partita I.V.A. e C. F. 02101050546 – Tel 075.5781 – Fax 075.5783531 – Sito Internet: www.ospedale.perugia.it

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

30 GEN. 2018
N° 199

OGGETTO: Adozione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2018 – 2020 e del Programma Triennale per la Trasparenza e l’Integrità 2018 – 2020.

IL DIRETTORE GENERALE

VISTA la proposta di deliberazione 25/01/2018 N. 19 di pari oggetto predisposta dalla competente Articolazione Organizzativa e allegata a questo atto come parte integrante:

ACQUISITI I PARERI FAVOREVOLI DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO E DEL DIRETTORE SANITARIO.

DELIBERA

DI FARE INTEGRALMENTE PROPRIA LA MENZIONATA PROPOSTA DI DELIBERA
E DI DISPORRE QUINDI COSÌ COME IN ESSA INDICATO.

IL DIRETTORE GENERALE (Dr. Emilio Duca) N.Duca

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO (Dott. Maurizio Valorosi) M.Valorosi

IL DIRETTORE SANITARIO (Dr. Diamante Pacchiarini) D.Pacchiarini

30 GEN. 2018

Segue deliberazione _____ N. 199

Direzione "AFFARI GENERALI"

PROPOSTA DI DELIBERA N. 19 DEL 25/04/2018

OGGETTO: Adozione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2018 - 2020 e del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità 2018 – 2020.

Premesso:

- Che in data 28 novembre 2012 è entrata in vigore la legge 6 novembre 2012, n.190, recante *"Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione"*, in attuazione dell'articolo 6 della Convenzione dell'Organizzazione delle Nazioni Unite contro la corruzione, adottata dall'Assemblea Generale dell'ONU il 31 ottobre 2003 e ratificata ai sensi della Legge 3 agosto 2009, n.116 e degli articoli 20 e 21 della Convenzione Penale sulla Corruzione, fatta a Strasburgo il 27 gennaio 1999 e ratificata ai sensi della legge 28 giugno 2012, n.110;
- Che in data 25 gennaio 2013 il Dipartimento della Funzione Pubblica ha adottato la circolare n.1/2013 avente ad oggetto: *"Legge n.190 del 2012 – Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione"*;
- Che in data 13 marzo 2013 il Comitato Interministeriale per la Prevenzione e il Contrastio della Corruzione e dell'Illegalità nella Pubblica Amministrazione ha adottato linee d'indirizzo per la predisposizione del Piano Nazionale Anticorruzione;

Richiamati:

a) per la finalità del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione:

- Il Decreto Presidente della Repubblica 16/04/2013 n.62 *"Regolamento recante Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'art. 54 del D. Lgs. 30/03/2001 n.165"*;
- Il Decreto Legislativo del 08/04/2013, n.39 *"disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le Pubbliche Amministrazioni e presso gli enti privati a controllo pubblico, a norma dell'art. 1, commi 49 e 50 della L. 190/2012"*;
- Il decreto Legislativo 18 aprile 2016, n.50 "Attuazione delle direttive 2014/23/UE, 2014/24/UE e 2014/25/UE sull'aggiudicazione dei contratti di concessione, sugli appalti pubblici e sulle procedure d'appalto degli enti erogatori nei settori dell'acqua, dell'energia, dei trasporti e dei servizi postali, nonché per il riordino della disciplina vigente in materia di contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture (G.U. n. 91 del 19 aprile 2016);
- Il Decreto Legislativo 25 maggio 2016, n.97 "Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n.190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n.33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n.124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche";
- Linee guida n.5, di attuazione del d. Lgs. 18 aprile 2016, n.50, recanti "Criteri di scelta dei commissari di gara e di iscrizione degli esperti nell'Albo nazionale obbligatorio dei componenti delle commissioni giudicatrici" approvate dal Consiglio dell'Autorità (ANAC) con delibera n.1190 del 16/11/2016;

30 GEN. 2018

Segue deliberazione

N. 199

- Il Piano Nazionale Anticorruzione approvato dalla C.I.V.I.T., oggi A.N.A.C., con delibera n.72 dell'11 settembre 2013 elaborato dal Dipartimento della Funzione Pubblica;
- La Determinazione dell'A.N.A.C. n.12 del 28 ottobre 2015 pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n.267 del 16/11/2015;
- La Determinazione dell'A.N.A.C. n.831 del 03 agosto 2016 pubblicata nella Gazzetta Ufficiale supplemento ordinario n. 35 del 24 agosto 2016;
- La Deliberazione dell'A.N.A.C. n.1208 del 22 novembre 2017;
- La legge 30 novembre 2017, n.179 "Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito del rapporto di lavoro pubblico o privato" pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n.291 del 14 dicembre 2017 entrata in vigore il 29 dicembre 2017.

b) per la finalità del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità:

- La L. 7 giugno 2000 n.150 "Disciplina delle attività di informazione e di comunicazione delle Pubbliche Amministrazioni;
- Il D. Lgs. 27 ottobre 2009 n.150 "Attuazione della L. 4 marzo 2009 n.15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle Pubbliche Amministrazioni";
- Le Linee d'indirizzo che la Commissione Indipendente per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle Amministrazioni Pubbliche (CIVIT) ha emanato in materia, con i sotto elencati provvedimenti:
 - la delibera n. 06/2010: Prime linee d'intervento per la trasparenza e l'integrità;
 - la delibera n.105/2010 inerente le "linee guida per la predisposizione del Programma Triennale per la Trasparenza e L'Integrità" elaborate nel contesto della finalità istituzionale di promuovere la diffusione nelle Pubbliche Amministrazioni della legalità e della trasparenza, indica il contenuto minimo e le caratteristiche essenziali del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità, a partire dall'indicazione dei dati che devono essere pubblicati sul sito istituzionale delle amministrazioni e delle modalità di pubblicazione, fino a definire le iniziative informative e promozionali sulla trasparenza;
 - la delibera n.120/2010 – Programma Triennale per la Trasparenza: consultazione delle associazioni rappresentate nel Consiglio nazionale dei consumatori e degli utenti e nomina del "responsabile della trasparenza", che demanda alle singole amministrazioni la determinazione delle modalità di consultazione con le associazioni dei consumatori e degli utenti, con particolare riferimento a quelle portatrici di interessi inerenti all'attività svolta dall'amministrazione, nonché la designazione del responsabile della trasparenza;
 - la delibera n.2/2012 inerente "linee guida per il miglioramento della predisposizione e dell'aggiornamento del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità" contiene indicazioni integrative delle linee guida precedentemente adottate;



- la delibera n.50/2013 inerente “linee Guida per l’aggiornamento del Programma Triennale per la Trasparenza e l’Integrità 2014 – 2016” che alla luce delle modifiche normative forniscono, ad integrazione delle delibere della CIVIT n.105/2010 e n.2/2012, le principali indicazioni per l’aggiornamento del programma Triennale per la Trasparenza e l’Integrità
- Il D. Lgs. 14 marzo 2013 n.33 “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni;
- Le Linee Guida per i siti web della P.A., previste dalla Direttiva n.8 del 26 novembre 2009 del Ministero della Pubblica Amministrazione e l’Innovazione che stabiliscono che i siti web delle P.A. devono rispettare il principio della trasparenza tramite “l’accessibilità totale” del cittadino alle informazioni concernenti ogni aspetto dell’organizzazione dell’Ente Pubblico, definendo peraltro i contenuti minimi dei siti istituzionali pubblici;
- La delibera del 2/3/2011 del Garante per la Protezione dei Dati Personalini che definisce le “linee guida in materia di trattamento dei dati personali contenuti anche in atti e documenti amministrativi, effettuato anche da soggetti pubblici per finalità di pubblicazione sul sito web;
- Il D.P.C.M. 26 aprile 2011 che ha fornito indicazioni in ordine alla pubblicazione nei siti informatici di atti e provvedimenti concernenti procedure ad evidenza pubblica o di bilanci, adottato ai sensi dell’art.32 della L.18 giugno 2009, n.69;
- La delibera del 15/05/2014 n.243 del Garante per la Protezione dei Dati Personalini che definisce le “linee guida in materia di trattamento dei dati personali, contenuti anche in atti e documenti amministrativi, effettuato per finalità di pubblicità e trasparenza sul web da soggetti pubblici e da altri enti obbligati;
- Il D. Lgs. 25 maggio 2016, n.97 “Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n.190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n.33, ai sensi dell’articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n.124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”
- Regolamento del 16/11/2016 Regolamento in materia di esercizio del potere sanzionatorio ai sensi dell’articolo 47 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n.33, come modificato dal decreto legislativo 25 maggio 2016, n.97;
- La Determinazione n.1310 del 28/12/2016 “Prime Linee guida recanti indicazioni sull’attuazione degli obblighi di pubblicità e trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel D. Lgs. 33/2013 come modificato dal D. Lgs. 97/2016”

Richiamata altresì:**a) per la finalità del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione:**

- La deliberazione del Direttore Generale di questa Azienda Ospedaliera del 09/07/2013 n.971 con la quale è stato individuato il Responsabile della Prevenzione della Corruzione nella persona del Dirigente Amministrativo Dott.ssa Serena Zenzeri, Responsabile della Direzione Affari Generali;
- La deliberazione del Direttore Generale di questa Azienda del 27/01/2014 n.142 con la quale è stato adottato il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2014 – 2016;
- La deliberazione del Direttore Generale di questa Azienda del 26/01/2015 n.128 con la quale è stato adottato il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione 2015-2017;

b) per la finalità del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità:

- La deliberazione del Direttore Generale di questa Azienda n.846 del 18 giugno 2013 con la quale è stato disposto:
 1. di procedere, nel periodo 17/22 giugno 2013 alla pubblicazione della nuova versione del sito aziendale;
 2. istituire il Comitato di Redazione del sito internet aziendale;
 3. approvare le regole specificate nelle premesse per la gestione del sito e per la pubblicazione dei contenuti;
 4. approvare e rendere operative dalla data di adozione dell'atto le prime direttive specificate in premessa in ordine all'attuazione del D. Lgs. 33/2013;
 5. nominare Responsabile per la Trasparenza, ai sensi dell'art.43 del D. Lgs. 33/2013, la Dr.ssa Serena Zenzeri, Dirigente Amministrativo responsabile della Direzione Affari Generali;
- La delibera n.995 dell'11/07/2013 con la quale è stato approvato il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità 2013 – 2015;
- La delibera n. 118 del 23 gennaio 2014 con la quale è stato approvato il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità 2014 – 2016;
- La delibera n. 127 del 26 gennaio 2015 con la quale è stato approvato il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità 2015 – 2017;

e, per le finalità del Piano per la Prevenzione della Corruzione e del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità la delibera n.147 del 26 gennaio 2016 con la quale è stato adottato il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2016 - 2018 ed il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità 2016 – 2018 e la deliberazione n.141 del 26 gennaio 2017 con la quale è stato adottato il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2017 - 2019 ed il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità 2017 – 2019;

Dato atto che questa Azienda, in conformità al dettato normativo, ha realizzato all'interno del proprio sito web istituzionale, una sezione dedicata e facilmente consultabile denominata “Amministrazione Trasparente” nella quale sono e saranno pubblicate tutte le informazioni rese obbligatorie dalla normativa sopra richiamata, al fine di ottemperare al principio generale della trasparenza 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 perseguitamento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche”* (art.1 del D. Lgs. n.33/2013 come modificato/integrato dal D. Lgs. n.97/2016);

Considerato che:

- ai sensi dell'art.1, commi 5 e 60 della Legge n.190 del 2012 le Pubbliche Amministrazioni devono adottare il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione quale documento fondamentale per la definizione della strategia di prevenzione della corruzione all'interno di ciascuna amministrazione;
- detto documento, di natura programmatica ingloba tutte le misure di prevenzione obbligatorie per legge e quelle ulteriori, coordinandone gli interventi;
- il Piano, è stato predisposto, con la modalità all'interno dello stesso indicata e pertanto viene proposto per l'adozione (ALL.A) tenendo conto di quanto raccomandato nella determinazione dell'A.N.A.C. n.12 del 28/10/2015, all'interno del Piano Triennale per la

30 GEN. 2018

Segue deliberazione

N.

199

Prevenzione della Corruzione è stato inserito il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità, come specifica sezione;

- questa Azienda ha pubblicato, nel periodo 19/01/2018 – 24/01/2018, per la consultazione delle Associazioni dei Consumatori e degli Utenti nonché dei Portatori di interessi interni ed esterni, il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2018 – 2020 ed il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità 2018 - 2020 sul sito aziendale, prima dell'adozione;
- l'adozione del Piano deve essere pubblicizzata dall'Azienda sul proprio sito, nell'apposita Sezione Amministrazione Trasparente, nonché mediante segnalazione, via e-mail personale, a ciascun dipendente in conformità a quanto stabilito nel Piano Nazionale Anticorruzione, nonché in occasione della prima assunzione in servizio;

Visto il D.L. 24/06/2014 n.90, convertito nella Legge 11/08/2014 n.114 che all'art. 19, comma 15 ha trasferito le funzioni del Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri in materia di trasparenza e di prevenzione della corruzione di cui all'art.1, comma 4, 5 e 8, della L. n.190/2012, all'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC);

Considerato che:

- l'ANAC nella Determinazione n. 12 del 28.10.2015, in una logica di semplificazione degli oneri, ha stabilito che i P.T.P.C., anche quello 2016-2018, devono essere pubblicati esclusivamente sui siti istituzionali delle amministrazioni e non devono essere trasmessi né all'ANAC né al Dipartimento della Funzione Pubblica; ha precisato inoltre che, al fine di consentire il previsto monitoraggio, le amministrazioni devono mantenere pubblicati nel sito istituzionale tutti i P.T.P.C. adottati nelle annualità precedenti;
- l'ANAC nella determinazione n.831 del 3 agosto 2016 ha precisato che in attesa della predisposizione di un'apposita piattaforma informatica, in una logica di semplificazione degli adempimenti, non deve essere trasmesso alcun documento alla stessa. Tale adempimento si intende assolto con la pubblicazione del P.T.P.C. sul sito istituzionale, sezione "Amministrazione Trasparente/altri contenuti prevenzione corruzione". I documenti e le loro modifiche o aggiornamenti devono rimanere pubblicati sul sito unitamente a quelli degli anni precedenti

Ricordato che la scadenza fissata per l'adozione è individuata nel 31 gennaio 2018;

Tutto ciò premesso e considerato

SI PROPONE DI DELIBERARE QUANTO SEGUE

- 1) **Adottare** il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2018–2020 contenente all'interno una specifica sezione in cui è stato inserito il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità 2018-2020 (**ALL.A**).
- 2) **Incaricare** i Referenti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione di esercitare le funzioni di cui al Piano adottato e di curare l'attuazione di quanto nello stesso previsto nell'ambito di competenza.
- 3) **Incaricare** i Responsabili delle Strutture deputate all'inserimento dei dati nel Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità, di monitorare il rispetto degli adempimenti all'interno della propria Struttura .

8

A

30 GEN. 2018

Segue deliberazione

N. 193

- 4) **Dare mandato** alla Direzione "Personale" di procedere alla segnalazione del Piano, via e-mail personale, a ciascun dipendente in conformità a quanto stabilito nel Piano Nazionale Anticorruzione, nonché in occasione della prima assunzione in servizio.
- 5) **Procedere** alla pubblicazione del Piano sul sito dell'Azienda, nell'apposita Sezione Amministrazione Trasparente/Disposizioni Generali/Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e nella Sezione Amministrazione Trasparente/altri contenuti prevenzione corruzione.
- 6) **Trasmettere** la presente deliberazione al Collegio Sindacale, al Nucleo di Valutazione Aziendale e a tutti i Responsabili delle Direzioni aziendali dell'area centrale e sanitaria.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione
e della Trasparenza,
Dott.ssa Serena Zenzeri

P.O. Prevenzione della Corruzione, Trasparenza
e Trattamento dei dati personali
Cinzia Cicognola



(ALLEGATO A)



Stemma dell'Ospedale di S. Maria della Misericordia di Perugia

Azienda Ospedaliera di Perugia

Direzione Generale e Sede Amministrativa: Piazzale Giorgio Menghini, 8/9 – 06129 PERUGIA
Sede Legale: Ospedale S. Maria della Misericordia – S.Andrea delle Fratte – 06132 PERUGIA
Part.IVA 02101050546 – tel.: 075/5781 fax: 075/5783531 – www.ospedale.perugia.it

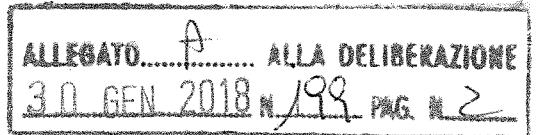


PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE 2018 – 2020

E

PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITÀ 2018 - 2020

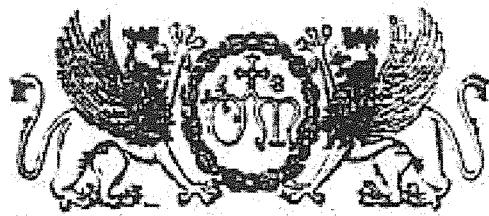
h



Presentazione

Nelle pagine che seguono sono presentati il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione (P.T.P.C.) 2018 – 2020 ed il Programma Triennale per la Trasparenza e l’Integrità (P.T.T.I.) che, come previsto dall’art.10, comma 2, del D. Lgs. n.33/2013, è raccomandato nella determinazione dell’Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) n. 12 del 28/10/2015 pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n.267 del 16/11/2015 e nella determinazione n. 831 del 3 agosto 2016 pubblicata nella Gazzetta Ufficiale supplemento ordinario n. 35 del 24 agosto 2016, ne costituisce una sezione.

Per rendere agevole la consultazione del documento, i due Piani sono mantenuti distinti, ciascuno con un proprio indice, in modo che con immediatezza possano essere identificati gli eventuali temi di interesse.



Stemma dell'Ospedale di S. Maria della Misericordia di Perugia

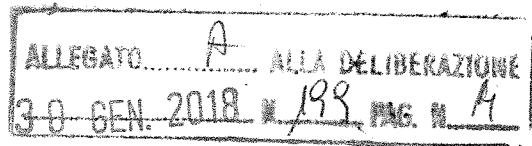
AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA

Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2018 – 2020

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione
Dott.ssa Serena Zenzeri



INDICE



Premessa

Art. 1 Normativa di riferimento

Art. 2 Analisi del contesto di riferimento esterno

Art. 3 Oggetto e finalità del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione.

Art. 4 Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione.

Art. 5 Individuazione Referenti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione.

Art. 6 Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e suoi contenuti.

Art. 7 Valutazione del rischio di corruzione ed individuazione delle attività particolarmente esposte.

Art. 8 Adozione di meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni.

Art. 9 Misure di prevenzione e gestione del rischio

Art. 10 Relazione dell'attività svolta

Art. 11 Provvedimenti a tutela della legalità nell'Azienda Ospedaliera di Perugia

Art. 12 Tutela del dipendente che denuncia o riferisce condotte illecite

Art. 13 Adeguamento del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione

Art. 14 Efficacia temporale del Piano della Prevenzione della Corruzione

Art. 15 Pianificazione triennale delle attività (crono-programma)

PREMESSA

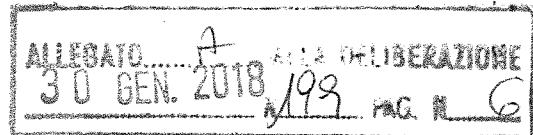
In attuazione dell'art.6 della Convenzione delle Nazioni Unite contro la corruzione (UNCAC), adottata dall'Assemblea Generale dell'ONU il 31 ottobre 2003 con risoluzione n.58/E, firmata dallo Stato Italiano il 9 dicembre 2003 e ratificata con legge n.116 del 3 agosto 2009, la legge 6 novembre 2012, n.190, reca disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e della illegalità nella pubblica amministrazione. Detta legge è entrata in vigore il 28 novembre 2012.

In particolare nella Convenzione sopra richiamata, era previsto che ciascuno Stato elaborasse e applicasse misure di prevenzione della corruzione efficaci e coordinate e valutasse con periodicità l'adeguatezza delle stesse, collaborando con gli altri Stati e con le organizzazioni regionali ed internazionali per la promozione e messa a punto delle misure anticorruzione; ciascuno Stato doveva inoltre individuare degli Organi cui affidare l'incarico di prevenire la corruzione e di supervisionare sull'applicazione delle misure individuate per prevenire il fenomeno e per accrescere e diffondere le conoscenze sulla legalità.

In tale contesto di attenzione al fenomeno corruttivo, alle sue cause, alle misure di prevenzione si inserisce quindi la Legge n.190/2012 rivestendo un importante ruolo.

L'attuazione della norma è stata demandata ai seguenti soggetti:

- Il Comitato Interministeriale cui compete di adottare le linee di indirizzo per l'attività del Dipartimento della Funzione Pubblica;
- La Commissione Indipendente per la Valutazione , la Trasparenza e l'Integrità delle Amministrazioni Pubbliche (C.I.V.I.T. oggi A.N.A.C.), di cui all'art.13 del D. Lgs. n.150/2009 che opera anche come Autorità Nazionale Anticorruzione, con poteri istruttori, consultivi, di vigilanza ed ispettivi sulla corretta applicazione della normativa anticorruzione. A tale Commissione, oltre alle funzioni già riconosciute e riguardanti le funzioni di valutazione, verifica e della trasparenza dei sistemi di valutazione, sono riconosciute ulteriori e nuove competenze quali:
 - analisi delle cause e dei fattori della corruzione ed individuazione degli interventi che ne possono favorire la prevenzione ed il contrasto;
 - approvazione del Piano Nazionale Anticorruzione predisposto dal Dipartimento della Funzione Pubblica, anche al fine di assicurare l'attuazione coordinata delle strategie di prevenzione e contrasto della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione elaborate a livello nazionale ed internazionale;
 - esprime pareri facoltativi agli Organi dello Stato e alle Amministrazioni Pubbliche in materia di conformità di atti e comportamenti dei funzionari pubblici alla legge e ai codici di comportamento e ai contratti collettivi ed individuali regolanti il rapporto di lavoro pubblico e in materia di autorizzazioni allo svolgimento degli incarichi esterni da parte dei dirigenti ai sensi dell'art.53 del D. Lgs. n.165/2001;
 - esercizio di ampi poteri ispettivi e di vigilanza mediante richiesta di notizie, atti e documentazione sull'effettiva applicazione e sull'efficacia delle misure adottate dalle Pubbliche Amministrazioni in materia di prevenzione e contrasto dei fenomeni di corruzione;
 - rapporto annuale al Parlamento sull'attività di contrasto della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione e sull'efficacia delle disposizioni vigenti in materia.
- Il Dipartimento della Funzione Pubblica cui competono nuove funzioni:
 - promozione delle norme e delle metodologie comuni per la prevenzione della corruzione;
 - predisposizione del Piano Nazionale Anticorruzione (P.N.A.);
 - definizione di: modelli standard delle informazioni e dei dati occorrenti per il conseguimento degli obiettivi previsti dalla normativa; criteri per assicurare la rotazione dei dirigenti nei settori particolarmente esposti alla corruzione e misure per



evitare sovrapposizioni di funzioni e cumuli di incarichi nominativi in capo ai dirigenti pubblici, anche esterni.

- Gli Organi di indirizzo politico delle Pubbliche Amministrazioni, cui compete nominare il Responsabile Aziendale della Prevenzione della Corruzione e approvare il Piano Aziendale Triennale per la Prevenzione della Corruzione;
- Il Responsabile Aziendale della Prevenzione della Corruzione.

Ogni Amministrazione Pubblica elabora un Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione, sulla base delle indicazioni contenute nel Piano Nazionale Anticorruzione, effettua l'analisi dei rischi specifici di corruzione presenti all'interno della propria organizzazione ed individua i possibili interventi organizzativi ai fini della prevenzione.

La C.I.V.I.T., oggi A.N.A.C., con delibera n.72 dell'11 settembre 2013 ha approvato il Piano Nazionale Anticorruzione, elaborato dal Dipartimento della Funzione Pubblica.

"La funzione principale del P.N.A. è quella di assicurare l'attuazione coordinata delle strategie di prevenzione della corruzione nella Pubblica Amministrazione, elaborate a livello nazionale e internazionale. Il sistema deve garantire che le strategie nazionali si sviluppino e si modifichino a seconda delle esigenze e del feedback ricevuto dalle amministrazioni, in modo da mettere via via a punto degli strumenti di prevenzione mirati e sempre più incisivi. In questa logica, l'adozione del P.N.A. non si configura come un'attività una tantum, bensì come un processo ciclico in cui le strategie e gli strumenti vengono via via affinati, modificati o sostituiti in relazione al feedback ottenuto dalla loro applicazione. Inoltre l'adozione del P.N.A. tiene conto dell'esigenza di uno sviluppo graduale e progressivo del sistema di prevenzione, nella consapevolezza che il successo degli interventi dipende in larga misura dal consenso sulle politiche di prevenzione, dalla loro accettazione e dalla concreta promozione delle stesse da parte di tutti gli attori coinvolti".

L'A.N.A.C. con determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale numero 267 del 16/11/2015, ha fornito indicazioni integrative e chiarimenti rispetto ai contenuti del Piano Nazionale Anticorruzione approvato con delibera 11 settembre 2013 n.72 muovendo da una parte dalle risultanze della valutazione condotta sui Piani di Prevenzione della Corruzione di un campione di 1911 amministrazioni, dall'altra dall'opportunità di dare risposte unitarie alle richieste di chiarimenti pervenute dagli operatori del settore ed in particolare dai responsabili della Prevenzione della Corruzione con i quali l'Autorità ha avuto un confronto il 14 luglio 2015 nella Giornata nazionale di incontro con i Responsabili della Prevenzione della Corruzione in servizio presso le Pubbliche Amministrazioni. Inoltre l'aggiornamento è stato ritenuto necessario dall'A.N.A.C. in considerazione degli interventi normativi che hanno inciso sul sistema di prevenzione della corruzione a livello istituzionale. Particolarmente significativa è la disciplina introdotta dal D.L. 24/06/2014, n.90 convertito nella L. 11/08/2014, n.114 recante il trasferimento completo delle competenze sulla prevenzione della corruzione e sulla trasparenza dal Dipartimento della Funzione Pubblica all'A.N.A.C. e l'assunzione delle funzioni e delle competenze della soppressa Autorità per la Vigilanza sui Contratti Pubblici (AVCP)

Con determinazione n.831 del 3 agosto 2016, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale supplemento ordinario n. 35 del 24 agosto 2016, l'A.N.A.C. ha predisposto ed adottato il primo Piano Nazionale Anticorruzione, ai sensi del decreto legge 24 giugno 2014, n.90. Tale Piano è in linea con le rilevanti modifiche legislative intervenute ed in molti casi dando attuazione alle nuove discipline della materia, di cui si è dovrà tenere conto nella elaborazione del Piano Aziendale Nel PNA si fa particolare riferimento al decreto legislativo 25 maggio 2016, n.97 "Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n.190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n.33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n.124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche" ed al decreto legislativo 18 aprile 2016, n.50 "Attuazione delle direttive 2014/23/UE, 2014/24/UE e 2014/25/UE sull'aggiudicazione dei contratti di concessione, sugli appalti pubblici e sulle procedure d'appalto degli enti erogatori nei settori dell'acqua, dell'energia,

dei trasporti e dei servizi postali, nonché per il riordino della disciplina vigente in materia di contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture". Un approfondimento specifico è stato dedicato alla misura della rotazione ed alcune indicazioni integrative concernono la tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti, determinazione n.6/2015 "Linee guida in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti (c.d. whistleblower)

Art.1
Normativa di riferimento

Art. 32 della Costituzione della Repubblica Italiana "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti;

Codice Penale art.li da 318 a 322;

Decreto Legislativo 30 marzo 2001 n. 165 "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle Amministrazioni Pubbliche" e s.m.i.;

Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196 "Testo Unico sulla Privacy" e s.m.i.;

Legge 3 agosto 2009, n. 116 "Ratifica ed esecuzione della Convenzione dell'Organizzazione delle Nazioni Unite contro la corruzione, adottata dall'Assemblea Generale dell'ONU il 31 ottobre 2003 con risoluzione n.58/4, firmata dallo Stato Italiano il 9 dicembre 2003, nonché norme di adeguamento interno e modifiche al codice penale e al codice di procedura penale" e s.m.i.;

Decreto Legislativo 27 ottobre 2009 n. 150 "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n.15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle Pubbliche Amministrazioni" e s.m.i.;

Legge 28 giugno 2012, n. 110 "Ratifica ed esecuzione della Convenzione penale sulla corruzione" fatta a Strasburgo il 27 gennaio 1999;

D.L. 18/10/2012 n. 179 "Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese". Art.34 bis. "Autorità nazionale anticorruzione" e s.m.i.;

Legge 6 novembre 2012, n. 190 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione" e s.m.i.;

Legge 17 dicembre 2012, n. 221 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 18 ottobre 2012, n.179, recante ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese";

Decreto Presidente Consiglio Ministri 16/01/2013 "Istituzione del Comitato interministeriale per la prevenzione e il contrasto della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica amministrazione";

Circolare n. 1 del 25/01/2013 della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento Funzione Pubblica "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione";

Linee d'indirizzo del 13 marzo 2013 del Comitato Interministeriale per la prevenzione e il contrasto della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione per la predisposizione del Piano Nazionale Anticorruzione;

Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche Amministrazioni" e s.m.i.

Decreto Presidente della Repubblica 16/04/2013 n. 62 "Regolamento recante Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'art. 54 del D. Lgs. 30/03/2001 n.165";

Decreto Legislativo del 08/04/2013, n. 39 "disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le Pubbliche Amministrazioni e presso gli enti privati a controllo pubblico, a norma dell'art. 1, commi 49 e 50 della L. 190/2012" e s.m.i.;

Piano Nazionale Anticorruzione approvato dalla C.I.V.I.T., oggi A.N.A.C., con delibera n.72 dell'11 settembre 2013 elaborato dal Dipartimento della Funzione Pubblica;

Determinazione n. 1 dell'8 gennaio 2015 A.N.A.C. "Criteri interpretativi in ordine alle disposizioni dell'art.38, comma 2-bis e dell'art.46, comma 1-ter del D. Lgs. 12 aprile 2006 n.163;

Determinazione n.6 del 28/04/2015 A.N.A.C. “Linee Guida in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti (c.d. whistleblower);

Determinazione n.8 del 17/06/2015 A.N.A.C. “Linee Guida per l’attuazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza da parte delle società e degli enti di diritto privato controllati e partecipati dalle pubbliche amministrazioni e degli enti pubblici economici”;

Determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale numero 267 del 16/11/2015”Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione;

Legge 07/08/2015, n.124 “Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle Amministrazioni Pubbliche”;

Decreto Legislativo 18 aprile 2016, n.50 “Attuazione delle direttive 2014/23/UE, 2014/24/UE e 2014/25/UE sull’aggiudicazione dei contratti di concessione, sugli appalti pubblici e sulle procedure d’appalto degli enti erogatori nei settori dell’acqua, dell’energia, dei trasporti e dei servizi postali, nonché per il riordino della disciplina vigente in materia di contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture (G.U. n. 91 del 19 aprile 2016);

Linee guida n.5, di attuazione del D. Lgs. 18 aprile 2016, n.50, recanti “Criteri di scelta dei commissari di gara e di iscrizione degli esperti nell’Albo nazionale obbligatorio dei componenti delle commissioni giudicatrici” approvate dal Consiglio dell’Autorità (ANAC) con delibera n.1190 del 16/11/2016

Decreto Legislativo 25 maggio 2016, n.97 “Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n.190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n.33, ai sensi dell’articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n.124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”;

Delibera n.831 del 03/08/2016 A.N.A.C. “Determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2016”;

Regolamento del 16/11/2016 Regolamento in materia di esercizio del potere sanzionatorio ai sensi dell’articolo 47 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n.33, come modificato dal decreto legislativo 25 maggio 2016, n.97;

Delibera n.1208 del 22/11/2017 A.N.A.C. “Approvazione definitiva dell’Aggiornamento 2017 al Piano Nazionale Anticorruzione”;

Legge 30 novembre 2017, n. 179 - Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell’ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 291 del 14 dicembre 2017 entrata in vigore il 29 dicembre 2017;

Inoltre:

Indicazioni fornite dalla ANAC e reperite sul sito www.anticorruzione.it

Documento redatto con il contributo dei componenti dell’Ufficio di Studi e validato dal Comitato Scientifico del CODAU

ART.2

Analisi del contesto di riferimento esterno

Il 13 dicembre 2016 si è tenuta la “giornata internazionale della lotta alla corruzione al Ministero degli Esteri. In detta sede Raffaele Cantone, Presidente dell’A.N.A.C., ha sottolineato nel suo intervento che *“il nostro non è un Paese immune da questi fenomeni, come la storia passata ed episodi recenti confermano. Soprattutto in Italia fatica ad affermarsi una cultura di contrasto alla corruzione, cioè una vera riprovazione sociale. Al tempo stesso essa è un reato difficile da discernere, perché rimane nell’ombra. In questo senso la collaborazione della collettività è necessaria, così come lo è una mentalità che sia di osservanza delle regole e di orgoglio nel rispettarle”*. Il punto centrale è quindi quello di creare un clima di fiducia nei confronti delle Istituzioni. La legge 190/2012 interviene, osserva sempre Cantone, introducendo due macro –

ambiti: 1) Coinvolgimento delle Amministrazioni attraverso la predisposizione del Piano; 2) L'efficace attuazione del Piano; 3) L'individuazione del Responsabile interno della prevenzione che *"provvede a verificarne l'attuazione e a farlo rispettare attraverso la rotazione e la formazione del personale, la definizione del regime autorizzatorio, le varie inconferibilità e incompatibilità per gli incarichi dirigenziali"*. Un'altra importante misura di prevenzione della corruzione è poi rappresentata dalla predisposizione di un sistema di tutela del dipendente che effettua segnalazioni (cosiddetto whistleblower) con l'intento di stimolare la collaborazione dei lavoratori e tutelare chi venga a conoscenza di pratiche corruttive, ma che abbia ritrosia a denunciare per paura di ritorsioni. Inoltre l'obbligo per le Amministrazioni di dotarsi di un Codice etico che deve rappresentare il vademecum dei pubblici dipendenti. Un ulteriore aspetto è la necessità che non vi siano conflitti di interesse, che rappresentano il vero brodo di coltura della corruzione. Da ultimo osserva ancora Cantone *"un sistema di prevenzione che funziona può contribuire a ridurre la possibilità di corrompere ed essere corrotti, diminuendo drasticamente il numero di casi ed aumentando la fiducia dei cittadini nelle istituzioni"*.

Il 27 ottobre 2017, nell'intervento di chiusura al Seminario G7 "High level Workshop on Corruption Measurement", il Presidente dell'ANAC, Raffaele Cantone, ha ribadito l'importanza di riuscire a misurare la corruzione soprattutto per mettere in campo efficaci sistemi di prevenzione. Il Presidente precisa che per quanto lo riguarda ritiene che solo nei casi contemplati dal codice penale si possa parlare di corruzione, circostanza che si verifica quando "si svende" la propria attività in cambio di una qualche utilità. Rileva che negli ultimi anni, dopo l'ultima riforma della Pubblica Amministrazione, in una parte della dottrina si è fatto strada il convincimento che la nuova normativa abbia introdotto di fatto una nozione di "corruzione amministrativa" ben più ampia della mera fattispecie penalistica e riconducibile in sostanza al concetto anglosassone di *maladministration*. Il Presidente non condivide tale impostazione tuttavia riconosce l'utilità di questa categoria interpretativa. Precisa che è necessario cercare di capire i meccanismi attraverso i quali si esplica la corruzione e per misurarla non si possono soltanto utilizzare i dati giudiziari ma si devono impiegare altri indici e ad oggi ne esiste solo uno quello della *Corruption perception*. Comunque prosegue il Presidente non ci si può accontentare di misurare la corruzione ma è utile anche individuare le misure preventive messe in campo, bisogna lavorare per individuare un indicatore in grado di valutare la bontà dei provvedimenti attuati. L'impegno deve essere sul piano internazionale, perché indicatori simili hanno solo un senso se possono essere utilizzati da più Paesi e se si creano meccanismi che consentono una valutazione comparativa del tasso di corruzione.

In data 13/12/2016 il R.P.C.T., al fine di predisporre il Piano a valere per il triennio 2017-2019, ha chiesto al Prefetto di Perugia con nota prot.61995 di fornire notizie in ordine all'eventuale esistenza di influenze criminogene, dirette o indirette, nel territorio di competenza che possano incidere negativamente sull'attività istituzionale dell'Azienda Ospedaliera di Perugia . In data 21 dicembre 2016 con nota acquisita al protocollo generale dell'Azienda con il n.63459, la Prefettura ha fornito elementi conoscitivi quale supporto tecnico per l'analisi del contesto esterno. La Prefettura ha precisato 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"*. Tuttavia a conferma che le caratteristiche socio-economiche territoriali 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, in particolare provenienti dal mercato della droga, insinuano la locale economia legale. In particolare le attività di contrasto alla penetrazione della criminalità organizzata nel tessuto economico, nell'evidenziare l'interesse di esponenti ritenuti organici a consorterie mafiose nei settori economico-commerciali (edilizia, ristorazione, ricettivo-alberghiero) hanno registrato nondimeno l'assenza di indizi sintomatici di condizionamento dell'attività delle Pubbliche Amministrazioni. Sotto il profilo della prevenzione sono stati disposti rigorosi controlli interforze di

natura amministrativa su attività commerciali e luoghi di aggregazione giovanile. Nel corso del 2015 e 2016 sono stati adottati rispettivamente 10 e 5 provvedimenti di interdittive antimafia nei confronti di imprese aventi sede in questa provincia, nella maggior parte riconducibili a soggetti collegati ad ambienti della criminalità organizzata 'ndranghetista. Dall'analisi dell'andamento della delittuosità e degli elementi informativi forniti dalle forze di polizia, emerge che l'incidenza dei reati contro la pubblica amministrazione non assume particolare rilievo sul territorio provinciale e la linea di tendenza non sembra essere mutata nel corso del 2016. Nel biennio 2014/2015 il numero delle denunce per reati riferiti al particolare settore risultano prevalentemente connessi ad episodi di peculato ed abuso d'ufficio, laddove viceversa è pressoché irrilevante per quanto riguarda i reati di corruzione, concussione, turbata libertà degli incanti e frode in pubbliche forniture. Viene segnalato tuttavia, un leggero incremento nel 2015 delle deleghe di attività di indagine da parte dell'Autorità Giudiziaria per reati in materia di appalti nonché segnalazioni e denunce nello stesso ambito".

Per la predisposizione del Piano a valere per il triennio 2018-2020, analoga richiesta è stata inviata dal R.P.C.T. al Prefetto di Perugia, con nota prot. 59966 del 22/11/2017, al fine di acquisire, qualora vi fossero, ulteriori informazioni in merito.

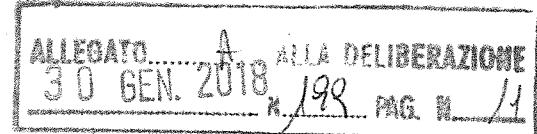
Con nota prot. 6205 del 19/01/2018, acquisita al protocollo generale dell'Azienda al n.3248 del 19/01/2018, la Prefettura ha fornito gli elementi di conoscenza e valutazione come di seguito riportati: "le evidenze processuali e l'analisi dei risultati delle attività info-investigative indicano che il territorio provinciale si caratterizza, prevalentemente, per la commissione di reati classificabili nel novero della cosiddetta "criminalità diffusa", senza evidenziare un reale radicamento stabile di forme di criminalità organizzata di tipo mafioso. Tuttavia, le consorterie criminali hanno manifestato in più occasioni l'interesse ad acquisire beni ed attività economiche specie nei settori (edilizia, ristorazione, ricettivo-alberghiero) che risultano maggiormente funzionali al riciclaggio e/o il reimpiego di illeciti proventi. Le risultanze informative sui tentativi di infiltrazione della criminalità organizzata nel corso del 2017 hanno portato all'adozione di 4 provvedimenti interdittivi nei confronti di imprese aventi sede in questa provincia e operanti nei citati settori sensibili. La sottoscrizione tra la Prefettura e gran parte dei Sindaci della provincia di un protocollo di legalità ha integrato le collaborazioni istituzionali già esistenti con ulteriori azioni, finalizzate principalmente a prevenire e scoraggiare possibili infiltrazioni criminali nell'economia, con particolare riguardo ai settori degli appalti e contratti pubblici, del commercio, dell'urbanistica e dell'edilizia, anche privata. Per quanto riguarda specificatamente, l'area dei reati contro la pubblica amministrazione, non si rilevano significative evidenze, tuttavia, la crescente attenzione dell'Autorità Giudiziaria e delle Forze di Polizia verso la corretta gestione della "res publica" ha messo in rilievo una maggiore incidenza nel territorio provinciale di tale fenomenologia nell'ultimo triennio. Nello scorso anno sono stati registrati, infatti, dieci casi di frode nelle pubbliche forniture, assenti nel 2015, le ipotesi di peculato sono passate da un solo episodio del 2015 a ben ventidue del 2017 mentre il numero dei tipici reati corruttivi, con un solo episodio concussione continuata, è rimasto pressoché irrilevante".

Relativamente al contesto interno ci si riporta a tutte le notizie/informazioni dettagliate nella sezione Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità 2018 – 2020.

ART.3

Oggetto e finalità del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione

In applicazione della normativa di riferimento di cui all'articolo 1 del presente Piano, l'Azienda Ospedaliera di Perugia adotta il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione quale documento fondamentale per la definizione della strategia di prevenzione della corruzione e quale documento programmatico che ingloba tutte le misure di prevenzione obbligatorie per legge e quelle ulteriori, coordinandone gli interventi.



Il Piano disciplina l'attuazione del complesso degli interventi organizzativi disposti dall'Azienda per prevenire il rischio della corruzione e dell'illegalità e con la funzione di fornire una analisi del diverso livello di esposizione al rischio delle diverse Direzioni/Uffici/Strutture. Detto Piano è destinato a subire integrazioni/modifiche . E' aperto inoltre al recepimento di provvedimenti della A.N.A.C. e comunque a qualunque ulteriore modifica normativa/regolamentare interverrà nel tempo. A ciò si aggiunge che detto Piano dovrà essere aggiornato annualmente, entro il 31 gennaio di ogni anno.

Ai fini del presente Piano, occorre precisare che il concetto di corruzione, la cui definizione non è presente nella L.190/2013 ma viene ripresa sulla base di quanto affermato nella circolare n.1 del 25/01/2013 del Dipartimento della Funzione Pubblica, è inteso "*come comprensivo delle varie situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si riscontri l'abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati. Le situazioni rilevanti sono quindi evidentemente più ampie della fattispecie penalistica, che, come noto, è disciplinata negli artt. 318, 319 e 319 ter, c.c., e sono tali da comprendere non solo l'intera gamma dei delitti contro la pubblica amministrazione disciplinati nel titolo II, capi I, del codice penale, ma anche situazioni in cui – a prescindere dalla rilevanza penale – venga in evidenza un malfunzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni attribuite*". La legge pertanto vuole scongiurare anche il semplice atteggiamento corruttivo ossia quei comportamenti che si traducono in una disorganizzazione amministrativa o in un malfunzionamento dei procedimenti che trova origine nell'intento di favorire qualcuno. Sono ricomprese pertanto le situazioni in cui venga in evidenza il malfunzionamento a causa dell'uso a fini privati delle funzioni o compiti attribuiti, che possono rivestire carattere amministrativo, tecnico o sanitario o di altro genere e riguardare ogni dipendente quale che sia la qualifica ricoperta.

Al fine di comprendere la portata della norma occorre chiarire che al concetto di corruzione deve affiancarsi quello di vantaggio che non è inteso soltanto come mero beneficio economico ma esteso a qualsiasi utilità che al soggetto titolare del potere potrebbe derivare dal suo esercizio scorretto. Pertanto si evidenzia la necessità che la norma venga specificata a seconda delle attività poste in essere dalla Pubblica Amministrazione attraverso quindi il Piano Triennale.

Quindi il concetto di corruzione ha un'accezione ampia ed il sistema di prevenzione che si deve porre in essere deve perseguire tre principali obiettivi:

- ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione;
- aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione;
- creare un contesto sfavorevole alla corruzione;

Nella determinazione A.N.A.C. n.12 del 28/10/2015 viene confermata la definizione contenuta nel Piano Nazionale Anticorruzione approvato con delibera n.72 dell'11/09/2013 e viene precisato che "*occorre avere riguardo ad atti e comportamenti che, anche se non consistenti in specifici reati, contrastano con la necessaria cura dell'interesse pubblico e pregiudicano l'affidamento dei cittadini nell'imparzialità delle amministrazioni e dei soggetti che svolgono attività di pubblico interesse*".

Ciò premesso il legislatore all'art.1, comma 16 della L.190/2012 ha individuato direttamente come attività a rischio corruzione quelle di:

- a) autorizzazione e concessione,
- b) scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ai sensi del codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture, di cui al decreto legislativo 12 aprile 2006, n.163;
- c) concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati;
- d) concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera di cui all'articolo 24 del citato decreto legislativo n.150/2009

Per tali procedimenti il legislatore ha quindi stabilito una presunzione di esistenza della corruzione a causa della tipologia di interessi ad essi sottesi.

Nel Piano Nazionale Anticorruzione sono state individuate quali Aree di rischio comuni e obbligatorie.

- a) Area: acquisizione e progressione del personale;
- b) Area: affidamento di lavori, servizi e forniture;
- c) Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;
- d) Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario.

L'aggiornamento al PNA operato dall'A.N.A.C. con la determinazione n.12 del 28/10/2015 puntuizza la necessità, per una migliore impostazione e realizzazione del processo di gestione del rischio, di procedere alla analisi del contesto esterno ed interno per acquisire quelle informazioni più rilevanti per la identificazione e analisi dei rischi e poter quindi individuare e programmare le misure di prevenzione specifiche. Chiarisce inoltre la necessità di andare oltre l'analisi delle aree definite "obbligatorie". Rileva che vi sono attività svolte da gran parte delle Amministrazioni che sono riconducibili ad aree con alto livello di probabilità di eventi rischiosi, quelle relative allo svolgimento di attività: 1) gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio 2) controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni 3) incarichi e nomine 4) affari legali e contenzioso. Queste aree insieme a quelle fin ad oggi definite "obbligatorie" sono denominate d'ora in poi "aree generali". Oltre alle "aree generali", considerato che ogni amministrazione ha ambiti di attività peculiari che possono far emergere aree specifiche di rischio, nel P.T.P.C. è raccomandato che vengano incluse ulteriori aree di rischio che rispecchiano le specificità funzionali e di contesto d'ora in poi definite "aree di rischio specifiche".

Nella delibera n. 831 del 3 agosto 2016 l' A.N.A.C., ha confermato le indicazioni già date con il PNA 2013 e l'aggiornamento 2015 al PNA, per quanto concerne la metodologia di analisi e valutazione del rischio, riservandosi, con successive linee guida, di apportare le modifiche necessarie al sistema di misurazione. La delibera n.1208 del 22/11/2017, di approvazione definitiva dell'aggiornamento 2017 al Piano Nazionale Anticorruzione, non ha apportato ulteriori indicazioni/suggerimenti in merito.

ART.4 Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione

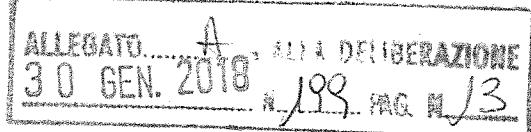
Il comma 7 dell'art.1 della L. 190/2012 prevede che "*l'organo di indirizzo politico individua, di norma tra i dirigenti amministrativi di ruolo di prima fascia in servizio, il responsabile della prevenzione della corruzione*".

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione è nominato dal Direttore Generale di norma tra i dirigenti amministrativi di ruolo in servizio, scelto preferibilmente tra i Direttori di Struttura Complessa, adeguatamente formato e soggetto a rotazione/alternanza .

Il Direttore Generale dell'Azienda ha proceduto alla nomina con deliberazione n.971 del 09/07/2013 ed il nominativo è stato comunicato alla CIVIT (Commissione Indipendente per la valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle Amministrazioni Pubbliche).

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione propone all'organo d'indirizzo politico per l'approvazione, entro il 31 gennaio di ogni anno, il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (P.T.P.C.) che viene pubblicato sul sito internet dell'Azienda nella sezione Amministrazione Trasparente/ Altri contenuti - prevenzione corruzione.

Ai sensi dell'art.1, comma 14 della L. n.190/2012 il Responsabile della Prevenzione della Corruzione redige una relazione annuale che offre il rendiconto sull'efficacia delle misure di prevenzione definite dai P.T.P.C.. Questo documento, secondo quanto anche stabilito nel Piano Nazionale Anticorruzione dovrà essere pubblicato, entro il 15 dicembre di ogni anno, sul sito istituzionale.



Con riferimento alla relazione annuale relativamente all'anno 2015, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione ha proceduto alla stesura sulla base del modello predisposto dall'ANAC ed alla sua pubblicazione entro il diverso termine del 15/01/2016 sulla sezione Amministrazione Trasparente, sottosezione "altri contenuti – prevenzione corruzione"

Con riferimento alla relazione annuale relativamente all'anno 2016, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione ha proceduto alla stesura sulla base del modello predisposto dall'ANAC ed alla sua pubblicazione nei termini indicati dall'ANAC e cioè il 09/01/2017 sulla sezione Amministrazione Trasparente, sottosezione "altri contenuti – prevenzione corruzione"

Con riferimento alla relazione annuale relativamente all'anno 2017, come stabilito dall'ANAC, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione ha proceduto alla stesura, sulla base del modello predisposto dalla stessa, ed alla sua pubblicazione nei termini indicati e cioè, il 10/01/2018, sulla sezione Amministrazione Trasparente, sottosezione "altri contenuti – corruzione".

Al Responsabile della Prevenzione della Corruzione competono gli adempimenti successivi e di seguito elencati:

- elaborare la proposta di Piano della Prevenzione della Corruzione (art.1, comma 8 L. 190/2012);
- definire procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione (art.1, comma 8) ;
- verificare l'efficace attuazione del Piano e della sua idoneità (art.1, comma 10, lett. a);
- proporre modifiche dello stesso Piano anche in corso di vigenza nel caso in cui siano accertate *significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengano mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione*"(art.1, comma10, lett. a);
- verificare, d'intesa con il dirigente competente, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione (art.1, comma 10, lett. b);
- individuare il personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità (art.1, comma 10, lett. c);

Inoltre il Responsabile della Prevenzione della Corruzione (vedi circolare n.1 del 25/01/2013 Dipartimento della Funzione Pubblica):

- ove, nello svolgimento della sua attività, riscontri dei fatti che possono presentare una rilevanza disciplinare, ne informa tempestivamente il dirigente preposto all'ufficio a cui il dipendente è addetto e all'ufficio procedimenti disciplinari affinché possa essere avviata con tempestività l'azione disciplinare;
- nel caso in cui riscontri fatti suscettibili di dar luogo a responsabilità amministrativa, presenta tempestiva denuncia alla competente Procura della Corte dei Conti affinché venga accertato il danno erariale;
- ove, invece, riscontri fatti che rappresentano notizia di reato, presenta denuncia alla Procura della Repubblica o a un Ufficiale di polizia giudiziaria con le modalità previste dalla legge (art.331 c.p.p.) e ne da tempestiva notizia all'Autorità Nazionale Anticorruzione.

In capo al Responsabile incombono le seguenti responsabilità sancite dalla L.190/2012:

- in caso di commissione all'interno dell'amministrazione, di un reato di corruzione accertato con sentenza passata in giudicato, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione risponde ai sensi dell'art.21 del D. Lgs. n.165/2001 e s. m i., nonché sul piano disciplinare, oltre che per il danno erariale e all'immagine della Pubblica Amministrazione, salvo che provi tutte le seguenti circostanze:
 - a) di aver predisposto, prima della commissione del fatto, il piano di cui al comma 5 e di avere osservato le prescrizioni di cui ai commi 9 e 10 dell'art.1 L.190/2012;
 - b) di aver vigilato sul funzionamento e sull'osservanza del Piano;

in caso di ripetute violazioni delle misure di prevenzione previste dal Piano, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione risponde ai sensi dell'art.21 del D. Lgs. n.165/2001 e s.m.i., nonché per omesso controllo, sul piano disciplinare; la violazione, da parte dei dipendenti dell'amministrazione, delle misure di prevenzione previste dal Piano costituisce illecito disciplinare.

L'incarico di Responsabile della Prevenzione della Corruzione si configura come incarico aggiuntivo a quello di dirigente titolare di incarico dirigenziale; pertanto la durata della designazione è pari a quella della durata dell'incarico dirigenziale a cui la nomina accede (circolare n.1 del 25/01/2013 del Dipartimento della Funzione Pubblica).

Inoltre con determinazione dell'A.N.A.C. n.12 del 28/10/2015 viene precisato che occorre che il RPC sia dotato di una struttura organizzativa di supporto adeguata, per qualità di personale e per mezzi tecnici, per il compito da svolgere.

La delibera A.N.A.C. n.831 del 3 agosto 2016 precisa che la figura dell'R.P.C. è stata interessata in modo significativo dalle modifiche introdotte dal D. Lgs. 97/2016; in particolare la nuova disciplina è volta ad unificare in capo ad un solo soggetto l'incarico di Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (R.P.C.T.). Nel caso dell'Azienda Ospedaliera di Perugia tale accentramento di funzioni è stato operato sin dalla introduzione normativa di tali due figure.

Nella delibera sopra citata viene ribadita la necessità di rafforzare il ruolo e la struttura organizzativa a supporto del R.P.C.T. anche alla luce delle ulteriori rilevanti competenze in materia di accesso civico attribuite al R.P.C.T. dal D. Lgs. n.97/2016.

L'Azienda Ospedaliera di Perugia nella deliberazione n.1557 del 31/08/2016, che adotta provvedimenti che incidono sulla struttura organizzativa dell'area centrale, ha previsto l'istituzione di un Ufficio denominato "Prevenzione della Corruzione, Trasparenza e Trattamento dei Dati Personalini" a supporto delle attività del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

Art.5

Individuazione Referenti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione

Oltre al Referente per le attività formative già individuato dal Direttore Generale con deliberazione n.971 del 09/07/2013, individuazione formalmente resasi necessaria stante la particolare attenzione dedicata alla "formazione" e peraltro ribadita nel P.N.A., l'Azienda, in considerazione del carattere complesso della sua organizzazione sanitaria ed amministrativa, stabilisce di individuare, quali ulteriori Referenti i Responsabili di tutte le Direzioni/Strutture Complesse (amministrative e sanitarie) aziendali.

I Referenti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione, al fine di assicurare in modo diffuso e capillare le attività di controllo, di prevenzione e di contrasto alla corruzione e dell'illegalità all'interno dell'Azienda, collaborano con il Responsabile attraverso proposte, impartendo informazioni al personale assegnato, segnalando eventuali criticità, concorrono, in un contesto unitario e coerente, alla esatta osservanza delle prescrizioni in materia di trasparenza, curano, mediante un sistema a cascata il pieno e motivato coinvolgimento di tutti i dipendenti delle Strutture cui sono preposti, in specie di quelli addetti alle aree a più elevato rischio di corruzione ed illegalità, nell'attività di analisi e valutazione, nonché di proposta per implementare il Piano della Prevenzione della Corruzione.

Oltre a quanto sopra, avanzano proposte per la rotazione del personale esposto a rischio, segnalano al Responsabile della Prevenzione della Corruzione ogni evento o dato utile per l'espletamento delle proprie funzioni

Inoltre, al fine di approntare un efficace e concreto sistema di prevenzione della corruzione e dell'illegalità i Responsabili di tutte le Direzioni/Strutture Complesse (amministrative e sanitarie) aziendali assicurano in via ordinaria il controllo di regolarità dei procedimenti e delle attività ascrivibili alla competenza delle Strutture cui sono rispettivamente preposti; il Responsabile

della Prevenzione della Corruzione sovraintende alle strategie di contrasto della corruzione e dell'illegalità e quale Responsabile della Trasparenza sovraintende alle strategie finalizzate a garantire piena trasparenza e tese alla concreta attuazione dell'ineludibile obiettivo di introdurre il contributo degli utenti esterni sullo svolgimento delle attività aziendali.

Attraverso l'apporto dei Responsabili di tutte le Direzioni/Strutture Complesse si potranno individuare preventivamente eventuali disfunzioni per evitare che queste si verifichino in concreto.

Di seguito l'Elenco dei Referenti in base all'attuale organizzazione relativamente all'Area centrale amministrativa e sanitaria

<u>STRUTTURE COMPLESSE</u>	<u>NOMINATIVO</u>
Acquisti e Appalti	Ing. Marco Ercolanelli f.f.
Affari Generali	Dott.ssa Serena Zenzeri
Bioingegneria e Ingegneria Clinica	Ing. Marco Ercolanelli f.f.
Contabilità e Bilancio	Dott. Roberto Ambrogi
Economato e Servizi Alberghieri	Dott. Roberto Ambrogi f.f.
Personale	Dott.ssa Maria Cristina Conte
Tecnico Patrimoniale	Ing. Marco Ercolanelli
Direzione Medica Ospedaliera	Dott. Diamante Pacchiarini (Direttore Sanitario)
Farmacia Ospedaliera	Dott. Alessandro D'Arpino
Servizio Infermieristico, Tecnico sanitario, Riabilitativo, Ostetrico	Dott.ssa Gabriella Carnio
<u>UFFICI/UFFICI di staff/STRUUTURE SEMPLICI</u>	<u>NOMINATIVO</u>
Formazione e Qualità	Dott. Diamante Pacchiarini (Direttore Sanitario)
Supporto Amm.vo alla Dir. Aziendale	-----
Controllo di Gestione e Servizio Informativo	Dott. Emilio Duca (Direttore Generale)
Servizio Prevenzione e Protezione	Ing. Piero Rosi
Sistemi Informatici	Ing. Piero Rosi
Medicina legale e Documentazione Clinica	Dott.ssa Laura Paglicci Reattelli

Come già detto a questi si aggiungono i Direttori delle Strutture Complesse e di Dipartimento sanitarie.

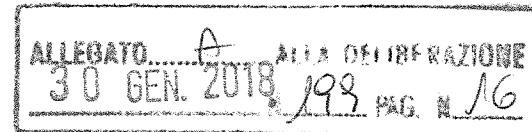
Inoltre anche:

Tutti i dirigenti, per l'area di rispettiva competenza concorrono alla prevenzione della corruzione in relazione ai compiti e funzioni assegnati.

Gli Organi e Organismi di controllo interno (Collegio Sindacale, Nucleo di Valutazione Aziendale, ecc...) concorrono nel modo di seguito elencato e contenuto nell'allegato 1 al P.N.A.:

- partecipano al processo di gestione del rischio; considerano i rischi e le azioni inerenti la prevenzione della corruzione nello svolgimento dei compiti ad essi attribuiti;
- svolgono compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza amministrativa (artt.43 e 44 D. Lgs. n.33/2013);
- esprimono parere obbligatorio sul Codice di Comportamento adottato da ciascuna amministrazione (art. 54, comma 5, D. Lgs. 165/2001).
- propongono qualunque iniziativa ritengano utile sia inserita nell'ambito del P.T.P.C.

Gli OIV o Organismi con funzioni analoghe, svolgono un ruolo di rilievo anche per la verifica della coerenza tra gli obiettivi di performance organizzativa e individuale e l'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione. Svolgono, altresì, i compiti previsti dall'art.14 del D. Lgs.



27/10/2009, n.150 e dal D.P.R. 9 maggio 2016, n.105, art. 6. La riforma in materia di valutazione della performance, intervenuta con il D.Lgs. 25 maggio 2017, n. 74, ha ulteriormente precisato i compiti degli OIV. Questi esprimono parere obbligatorio sul Codice di Comportamento che ogni amministrazione adotta ai sensi dell'art.54, comma 5, del D. Lgs. 165/2001. Le modifiche che il D. Lgs. n. 97/2016 ha apportato alla L. 190/2012 rafforzano le funzioni già affidate agli OIV (per l'Azienda Ospedaliera Nucleo Valutazione Aziendale) in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza . La normativa sugli OIV ha mantenuto inalterato il compito degli OIV di promuovere e attestare l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza (art.14, co.4, lett. g) del D. Lgs. 150/2009) evidenziando pertanto che l'attività di attestazione degli OIV dei dati pubblicati continua a rivestire particolare importanza per l'ANAC.

L'Ufficio Procedimenti disciplinari U.C.P.D. articolato in due Uffici uno per l'area della Dirigenza e uno per l'area del Comparto partecipa con i seguenti compiti:

- svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza (art. 55-bis D. Lgs: n.165/2001 come modificato ed integrato dal D.Lsg. 25 maggio 2017 n. 75)
- provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria (art. 20 D.P.R. n. 3 del 1957; art. 1, comma 3, L. n.20 del 1994; art. 331 c.p.p.)
- propone l'aggiornamento del Codice di Comportamento
- propone qualunque iniziativa ritenga utile sia inserita nell'ambito del P.T.P.C.

Tutti i dipendenti dell'Azienda (ivi compresi anche gli eventuali collaboratori a tempo determinato o i collaboratori esterni) partecipano al processo di gestione del rischio, osservano le misure contenute nel P.T.P.C. (art.1, comma 14 della L. n.190/2012). I dipendenti segnalano le situazioni di illecito al proprio dirigente o all'U.C.P.D. (art. 54 bis del D. Lgs. n.165/2001), segnalano casi di personale conflitto d'interessi (art.6 bis L. n. 241/1990; artt. 6 e 7 D.P.R. n.62 del 16/04/2013). Ogni dipendente deve altresì segnalare al proprio dirigente o superiore gerarchico o al Responsabile della Prevenzione della Corruzione l'apertura di eventuali procedimenti penali e/o contabili per reati contro la Pubblica Amministrazione subito dopo la ricezione della notizia.

Art.6

Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e suoi contenuti

Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione è il documento, adottato con deliberazione del Direttore Generale, che definisce a livello aziendale, nel rispetto di quanto contenuto nella Legge n.190/2012 e successivi provvedimenti attuativi, nelle circolari, linee guida, direttive e indirizzi forniti dal Dipartimento della Funzione Pubblica, nel P.N.A. e nell'aggiornamento al P.N.A., le strategie per la prevenzione della corruzione e dell'illegalità.

I contenuti essenziali del Piano erano già stati predeterminati dalla L.190/2012, all'art.1, commi 5 e 9 e precisamente:

- individuazione delle attività e degli uffici dell'amministrazione più esposti al rischio di corruzione;
- previsione di meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione e degli interventi organizzativi volti a prevenire il rischio;
- monitoraggio, per ciascuna attività, del rispetto dei termini di conclusione del procedimento;
- monitoraggio dei rapporti tra l'Azienda ed i soggetti che con essa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti che gli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'Azienda,
- previsione di procedure di selezione e formazione dei dipendenti chiamati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione;

- previsione di obblighi di informazione nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione, in particolare sulle attività a rischio di corruzione;
- individuazione di specifici obblighi di trasparenza ulteriori rispetto a quelli previsti da disposizioni di legge.

Successivamente nel P.N.A. è stato ribadito che il P.T.P.C. rappresenta un programma di attività, con indicazione delle aree di rischio e dei rischi specifici, delle misure da implementare per la prevenzione in relazione al livello di pericolosità dei rischi specifici volto a ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione, ad aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione ed a creare un contesto sfavorevole alla corruzione. Avendo presente che per rischio si intende l'effetto dell'incertezza sul corretto perseguimento dell'interesse pubblico e, quindi, sull'obiettivo istituzionale dell'Ente, dovuto alla possibilità che si verifichi un dato evento. Per evento si intende il verificarsi o il modificarsi di un insieme di circostanze che si frappongono o si oppongono al perseguimento dell'obiettivo istituzionale dell'Ente (definizioni del P.N.A.).

La determinazione ANAC n.12 del 28/10/2015 ha fornito indicazioni per una migliore impostazione e realizzazione del processo di gestione del rischio di cui si è tenuto conto nel precedente Piano, nei termini possibili stante il breve tempo a disposizione per il recepimento della determinazione ANAC ; nel presente Piano si è tenuto anche conto di quanto contenuto nella deliberazione ANAC n.831 del 3 agosto 2016 e nella deliberazione n.1208 del 22 novembre 2017.

Il presente Piano Triennale, recependo le indicazioni provenienti dalla normativa si è sviluppato attraverso le seguenti linee:

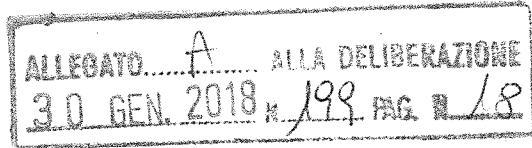
- 1) Individuazione aree a rischio
- 2) Individuazione per ciascuna area degli interventi per ridurre i rischi con indicazione della prevedibile tempistica, dei responsabili, delle modalità di verifica per il raggiungimento dell'obiettivo prefissato
- 3) Programmazione delle iniziative di formazione
- 4) Individuazione dei Referenti e dei soggetti tenuti a relazionare al Responsabile della Prevenzione della Corruzione
- 5) Individuazione delle misure di trasparenza, anche ulteriori rispetto a quelle contenute nel Piano Triennale della Trasparenza e dell'Integrità
- 6) Definizione delle misure per l'aggiornamento ed il monitoraggio del P.T.P.C.
- 7) Individuazione dei criteri per la rotazione degli incarichi nelle aree a rischio
- 8) Definizione dei criteri di incompatibilità e inconferibilità degli incarichi
- 9) Sistemi di verifica del rispetto dei criteri stabiliti.

L'obiettivo quindi che si intende perseguire con il P.T.P.C. è quello di individuare un documento di programmazione dinamico da utilizzare per la riduzione delle probabilità che il rischio si verifichi attraverso la pianificazione quale strumento per la gestione del rischio per affinare un sistema di controllo preventivo dell'illegalità.

L'aggiornamento del Piano con cadenza annuale rispecchia proprio il concetto di dinamicità e quindi dell'esigenza di tenere sempre conto dei cambiamenti e affinamenti introdotti da norme di legge, dal P.N.A e dall'attività di controllo e monitoraggio effettuata dagli Organi esterni a ciò preposti.

Per la predisposizione del presente Piano il Responsabile della Prevenzione della Corruzione ha utilizzato le esigue informazioni pervenute in particolare quelle previste nel documento e nella relazione sintetica riepilogativa, predisposta sulla base di un modello ad hoc, che devono essere trasmesse dai Responsabili delle Direzioni/Uffici, individuati quali Referenti. In particolare ai Referenti competeva comunicare:

- La mappatura di tutti i procedimenti svolti;
- L'indicazione rispetto al Piano attualmente vigente di modifiche nella individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione o i mutamenti nell'organizzazione o nelle attività;
- L'indicazione del personale coinvolto da destinare a specifica formazione;



- Gli intereventi organizzativi messi in atto per assicurare il rispetto della legge e l'osservanza della massima trasparenza nella formazione, nell'attuazione e nel controllo delle decisioni;
- Gli esiti del monitoraggio effettuato sul rispetto dei termini previsti dalla legge e dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti;
- Suggerimenti in materia di rotazione del personale nell'ambito degli Uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;
- Proporre suggerimenti utili al pieno conseguimento delle finalità del Piano Aziendale di Prevenzione della Corruzione.

Art.7

Valutazione del rischio di corruzione ed individuazione delle attività particolarmente esposte

Come già precisato all'art.2 il Piano Nazionale Anticorruzione individua nell'Allegato 2 le Aree di rischio comune e obbligatorie. Con determinazione ANAC n.12 del 28/10/2015 sulla scorta dei riscontri svolti sui P.T.P.C. analizzati ha rilevato che oltre alle aree di rischio definite "obbligatorie" dal P.N.A., vi sono attività svolte in gran parte delle amministrazioni che sono riconducibili ad aree con alto livello di probabilità di eventi rischiosi:

- gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;
- controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni;
- incarichi e nomine;
- affari legali e contenziosi.

Queste aree, insieme a quelle definite "obbligatorie" saranno d'ora in poi denominate "AREE GENERALI". Accanto ad esse ogni amministrazione ha ambiti di attività peculiari che possono far emergere aree di rischio specifiche, già previste nel P.N.A. definite d'ora in poi "AREE DI RISCHIO SPECIFICHE".

Questa Azienda stante la varietà delle attività espletate che possono dar luogo a comportamenti a rischio corruttivo e al fine di conseguire l'obiettivo della individuazione preventiva delle ulteriori aree di attività maggiormente esposte, ha proceduto ad una mappatura del rischio.

Come previsto dall'Allegato 5 del P.N.A. per individuare un valore di rischio, ai fini dell'attribuzione, si è tenuto conto degli Indici di valutazione della probabilità e degli Indici di valutazione dell'impatto nel documento indicati. Questi ultimi espressi da 1 a 5.

Con il Piano di Prevenzione della Corruzione l'Azienda Ospedaliera di Perugia ha inteso valutare il diverso livello di esposizione delle proprie Strutture al rischio di corruzione ed ha, allo stato, individuato le attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio medesimo.

La mappatura del rischio e quindi la rilevazione aziendale di tutte le attività che possono avere rilevanza per le finalità della L. 190/2012 è stata ritenuta indispensabile per individuare gli interventi organizzativi necessari per prevenire il rischio nonché per individuare i dipendenti da formare in quanto operanti nei settori esposti maggiormente al rischio della corruzione e nei quali prevedere criteri di rotazione, qualora possibile.

La rilevazione del rischio è stata quindi effettuata sulla base di indicatori ritenuti in astratto potenziali fattori di rischio: il grado di discrezionalità nelle scelte e nelle decisioni; la complessità della normativa di riferimento; l'importanza degli interessi coinvolti; la complessità del processo; la presenza di meccanismi di controllo.

L'ANAC nella delibera n.831 del 3 agosto 2016 ha precisato che "*resta ferma l'impostazione relativa alla gestione del rischio elaborata nel PNA 2013, come integrato dall'Aggiornamento 2015 al PNA, anche con riferimento alla distinzione tra misure organizzative generali e specifiche e alle loro caratteristiche. Quanto già indicato, nell'Aggiornamento 2015 al PNA, sia per la parte generale che per quella speciale, è da intendersi integrativo del presente Piano*". Nulla di diverso è stato introdotto con la deliberazione n.1208 del 22/11/2017.

Si confermano anche nel Piano 2018 – 2020 le attività dell’Azienda Ospedaliera che, salvo modifiche e/o integrazioni che dovessero essere adottate dalla Direzione Aziendale, si ritiene possano presentare un rischio di corruzione e che sono quelle elencate nell’**Allegato 1** con indicato il grado di rischio.

L’Allegato 1) riporta i processi sui quali verrà effettuata, nel corso di validità del Piano, una analisi più dettagliata e puntuale unitamente ai Referenti, nell’ambito di competenza, ai fini di una migliore attribuzione del grado di rischio e quindi del valore di punteggio congiuntamente ad una più analitica individuazione ed esame dei processi ispirata al criterio della prudenza.

In tutte le restanti attività dell’Azienda, non elencate, il rischio di corruzione si configura modesto, in quanto nel loro svolgimento i potenziali fattori di rischio si evidenziano con una estensione normalmente ridotta.

Per dare un valore e quindi definire una scala di rischio ci si è avvalsi di una rappresentazione tramite un sistema di assi cartesiane e si è considerato: nelle ascisse l’Indice relativo all’impatto economico/reputazionale/immagine e nelle ordinate l’Indice relativo alla valutazione della probabilità connessa con la discrezionalità ovvero presenza di regolamenti/direttive/circolari in relazione alla complessità del processo.

Inoltre tenuto conto delle aree sopra individuate, dei criteri presenti nell’allegato 5 al P.N.A. e dei parametri numerici da 0 a 5, avendo a riferimento che:

Valori e frequenze della probabilità:

- **0:** nessuna probabilità
- **1:** improbabile
- **2:** poco probabile
- **3:** probabile
- **4:** molto probabile
- **5:** altamente probabile

Valori di importanza dell’impatto:

- **0:** nessun impatto
- **1:** marginale
- **2:** minore
- **3:** soglia
- **4:** serio
- **5:** superiore

La Valutazione complessiva del rischio si otterrà moltiplicando il valore frequenza per il valore impatto.

Si ritiene di sottolineare che per quanto riguarda l’efficacia dei controlli si è considerato che nell’Azienda Ospedaliera di Perugia è presente un sistema di controlli definito dalle norme di legge e dall’assetto organizzativo aziendale che costituisce un efficace strumento di neutralizzazione del rischio e pertanto, nell’individuazione dei processi, si è attribuito il punteggio di 1 dove i controlli sono elevati.

Inoltre ai fini dell’attribuzione del punteggio:

- **relativo all’Indice di valutazione della probabilità** legato alla discrezionalità o presenza di vincoli normativi si prenderanno in considerazione diversi elementi: 1) presenza di più soggetti della stessa Struttura coinvolti 2) coinvolgimento di più Strutture o di soggetti esterni 3) presenza di una regolamentazione del processo 4) controlli sul processo sia in corso che successivi.

- relativo all'indice di valutazione dell'impatto economico/reputazionale/immagine si terrà conto, quali parametri, il valore del contratto e il danno "all'immagine" individuando: **a)** valore del contratto non superiore ad € 5.000 e nessun danno all'immagine - attribuzione punteggio 1 in quanto impatto non significativo; **b)** valore del contratto tra 5.000 e 40.000 con danno all'immagine di poco rilievo sia interno che esterno – attribuzione punteggio 2; **c)** valore del contratto da € 40.000 fino a € 200.000 con ripercussioni sull'immagine all'esterno – attribuzione punteggio 3; **d)** valore del contratto da € 200.000 a € 5.000.000 con significative ripercussioni sull'immagine all'esterno e/o con un notevole danno economico – attribuzione punteggio 4; **e)** valore del contratto superiore a € 5.000.000 con gravi ripercussioni sull'immagine all'esterno e/o con conseguente danno economico – attribuzione punteggio 5.

Il tutto rapportato nel sistema di assi cartesiani, come sopra definito, mostra una scala di valore del rischio che sarà bassa, media o alta in relazione all'entità del rischio e pertanto laddove il rischio è basso le azioni già intraprese dall'Azienda o comunque i comportamenti tenuti dall'Organizzazione non richiedono specifici interventi; laddove il rischio ha un valore medio l'Organizzazione deve elevare i livelli di attenzione attraverso l'implementazione di misure di controllo, attivare percorsi di formazione del personale e prevedere la rotazione dello stesso; laddove il rischio si presenta elevato l'Organizzazione deve attivarsi immediatamente per limitare il più possibile la discrezionalità degli operatori e con una specifica formazione. Inoltre attivare misure per consentire la rotazione del personale.

La ponderazione del rischio è necessaria per decidere la priorità e l'urgenza degli interventi

TABELLA valutazione del rischio

Impatto	5	10	15	20	25
	4	8	12	16	20
	3	6	9	12	15
	2	4	6	8	10
	1	2	3	4	5
	Probabilità				

In base alla tabella sopra rappresentata e tenuto conto degli indici sopra illustrati il rischio si configurerà:

BASSO : quando il valore è inferiore a 5

MEDIO : quando il valore è compreso fra 5 e 9

ALTO : quando il valore è superiore a 9

In presenza di un rischio valutato **BASSO** l'Azienda dovrà attivarsi per mantenere o elevare le condizioni dell'attività in quanto il "comportamento", allo stato tenuto, la espone ad un rischio ridotto e quindi accettabile;

In presenza di un rischio **MEDIO** l'Azienda deve procedere ad un approfondimento circa il "comportamento" tenuto, attivare misure di controllo volte a limitare la discrezionalità nell'attività,

anche prevedendo decisioni in materia di personale dedicato alle attività in questione, ivi compresa la rotazione e, implementare la formazione del personale;

In presenza di un rischio ALTO l’Azienda deve procedere ad attuare misure per eliminare quanto più possibile la discrezionalità, prevedere la possibilità di una rotazione del personale e incentivare maggiormente la formazione.

Art.8

Adozione di meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni

La legge n.190/2012 all’art.1, comma 9, lett. b, dispone che si debbano prevedere meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione.

A tal fine i Responsabili delle Strutture interessate dovranno formalizzare le procedure utilizzate, indicare i controlli di regolarità e legittimità che devono essere effettuati, i soggetti a ciò deputati e la tempistica dei controlli nonché procedere al monitoraggio, dando evidenza della attività sopra descritta con relazione **da produrre entro il 30 novembre di ogni anno** alla Direzione Aziendale ed al Responsabile della Prevenzione della Corruzione.

La finalità di detto monitoraggio ha l’obiettivo di abbassare il grado di rischio

Tra i meccanismi di formazione delle decisioni rientrano i seguenti: **1) conflitto di interessi 2) prevenzione della corruzione nella formazione di commissioni e nell’assegnazione agli uffici 3) incompatibilità 4) obblighi di informazione.**

1) Conflitto d’interessi

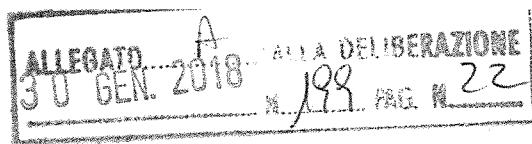
La legge n.190/2012 all’art.1, comma 41, prevede che il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endo-procedimentali e il provvedimento finale devono astenersi in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale (art. 6-bis inserito nella L.241/1990). Tale segnalazione dovrà essere tempestivamente effettuata dal soggetto al responsabile della Direzione/Struttura presso cui prestano attività lavorativa o nel caso in cui si tratti di un dirigente responsabile di Direzione/Struttura alla Direzione aziendale.

Inoltre, ai sensi di quanto stabilito ai commi 7 e 9 dell’art.53 del D.Lgs.165/2001 e s. m. i., la Direzione Personale, in sede di predisposizione dell’autorizzazione ad incarichi di propri dipendenti, dovrà preventivamente verificare l’insussistenza di situazioni, anche potenziali di conflitto d’interessi prima di sottoporli all’autorizzazione della Direzione Aziendale.

2) Prevenzione della corruzione nella formazione di commissioni e nell’assegnazione agli uffici

La legge n.190/2012 all’art.1. comma 46 ha inserito l’art.35 – bis del D. Lgs. n.165/2001 il quale stabilisce che coloro che sono stati condannati anche con sentenza non passata in giudicato, per reati previsti nel capo I del titolo II del libro II del codice penale, non possono:

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



A tal fine, contestualmente all'accettazione di qualsiasi incarico tra quelli sopra individuati, il dipendente dovrà sottoscrivere una dichiarazione sostitutiva di certificazione ex art.46 del D.P.R. n.445/2000 in cui attesta l'assenza di condanne penali relative ai reati previsti nel capo I del titolo II libro II del codice penale.

3) Incompatibilità

Il comma 49 della Legge n.190/2012 prevede una delega al Governo per l'adozione, entro sei mesi dall'entrata in vigore della citata norma, di uno o più decreti legislativi volti a modificare la disciplina vigente in materia di attribuzione degli incarichi dirigenziali e di incarichi di responsabilità amministrativa di vertice nelle pubbliche amministrazioni di cui all'art.1, comma 2, del D. Lgs. n.165/2001 da conferire a soggetti interni o esterni alle PP.AA. che comportano funzioni di amministrazione e gestione, nonché a modificare la disciplina vigente in materia di incompatibilità tra i detti incarichi e lo svolgimento di incarichi pubblici elettivi o la titolarità di interessi privati che possono porsi in conflitto con l'esercizio imparziale delle funzioni pubbliche affidate.

Il comma 50 della medesima Legge n.190/2012, prevede poi i principi e i criteri direttivi che devono essere rispettati nell'emanazione dei citati decreti:

- a) non conferibilità di incarichi dirigenziali per coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale;
- b) non conferibilità di incarichi dirigenziali per coloro che per un congruo periodo di tempo, non inferiore a un anno, antecedente al conferimento, abbiano svolto incarichi o ricoperto cariche in enti di diritto privato sottoposti a controllo o finanziato da parte dell'amministrazione che conferisce l'incarico;
- c) non conferibilità di incarichi dirigenziali per i soggetti esterni che, per un congruo periodo di tempo, non inferiore ad un anno antecedente al conferimento, abbiano fatto parte di organi di indirizzo politico o abbiano ricoperto cariche pubbliche elettive. Viene previsto inoltre che tali casi vadano graduati e regolati in rapporto alla rilevanza della carica di carattere politico ricoperta, all'ente di riferimento e al collegamento, anche territoriale, con l'amministrazione che conferisce l'incarico. E' comunque escluso il conferimento di incarichi dirigenziali a coloro che, presso le medesime amministrazioni, abbiano svolto incarichi di indirizzo politico o abbiano ricoperto cariche pubbliche elettive nel periodo, comunque non inferiore ad un anno, immediatamente precedente al conferimento dell'incarico. Gli incarichi a cui la legge si riferisce sono: 1) gli incarichi amministrativi di vertice nonché gli incarichi dirigenziali, anche conferiti a soggetti estranei alle pubbliche amministrazioni, che comportano l'esercizio in via esclusiva delle competenze di amministrazione e gestione 2) gli incarichi di direttore generale, sanitario e amministrativo delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere 3) gli incarichi di amministratore di enti pubblici e di enti di diritto privato sottoposti a controllo pubblico.

I successivi decreti legislativi dovranno disciplinare altresì: 1) i casi di incompatibilità tra gli incarichi citati di cui ai punti 1) 2) e 3) già conferiti e lo svolgimento di attività, retribuite o no, presso enti di diritto privato sottoposti a regolazione, a controllo o finanziati da parte dell'amministrazione che ha conferito l'incarico o lo svolgimento in proprio di attività professionali, se l'ente o l'attività professionale sono soggetti a regolazione o finanziati da parte dell'amministrazione 2) i casi di incompatibilità tra gli incarichi innanzi citati ai punti 1) 2) e 3) già conferiti e l'esercizio di cariche negli organi di indirizzo politico.

Con Decreto Legislativo 8 aprile 2013, n.39 "Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n.190" è stata emanata apposita disciplina in materia. L'obiettivo di detto decreto (come



riportato nel parere espresso dall’Ufficio Precontenzioso e Affari Giuridici dell’ANAC del 12/03/2015 AG 19/15/AC) è *posto in un’ottica di prevenzione*. Infatti la legge ha valutato *ex ante* e *in via generale* che:

- lo svolgimento di certe attività/funzioni può agevolare la precostituzione di situazioni favorevoli per essere successivamente destinatari di incarichi dirigenziali e assimilati e, quindi, può comportare il rischio di un accordo corruttivo per conseguire il vantaggio in maniera illecita;
- il contemporaneo svolgimento di alcune attività di regola inquina l’azione imparziale della pubblica amministrazione costituendo un humus favorevole ad illeciti scambi di favori;

Con delibera n.149 del 22/12/2014 “Interpretazione e applicazione del Decreto Legislativo n.39/2013 nel settore sanitario” l’ANAC ha ritenuto necessario sostituire la delibera n.58 del 2013, al fine di evitare ulteriori dubbi interpretativi e applicativi in materia.

L’Azienda Ospedaliera di Perugia nell’ambito della propria organizzazione e nell’esercizio delle sue attività si impegna nell’attuazione di tali criteri e principi come sopra delineati.

4) Obblighi di informazione

I dirigenti e tutto il personale afferente alle Direzioni individuate come a rischio di corruzione dovranno fornire al Responsabile della Prevenzione della Corruzione tutte le informazioni che consentano di vigilare sull’osservanza di quanto stabilito nel Piano.

In particolare gravano sui Responsabili delle Direzioni gli oneri di comunicazione di tutti quei dati necessari a verificare la legittimità degli atti adottati, il rispetto dei termini previsti dalla normativa per la conclusione dei procedimenti, e per monitorare i rapporti tra l’Azienda e i soggetti con i quali vengono stipulati contratti o sono destinatari di vantaggi economici al fine di verificare eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dipendenti dell’Azienda.

I portatori di interessi potranno segnalare, in modo non anonimo e circostanziato, al seguente indirizzo di posta elettronica resp.prevcorruzione@ospedale.perugia.it situazioni con possibilità di rischio probabile di corruzione.

Tra i meccanismi di attuazione delle decisioni rientrano i seguenti: **1) rispetto dei termini di conclusione dei procedimenti 2) protocolli di legalità.**

1) Rispetto dei termini di conclusione dei procedimenti

I Responsabili delle Direzioni dovranno monitorare che vengano rispettati i termini di conclusione dei procedimenti e comunicare il nominativo del Responsabile del procedimento. A tal fine dovrà essere prodotto un **Report entro il 30 novembre di ogni anno** al Responsabile della Prevenzione della Corruzione.

2) Protocolli di legalità o Patto d’integrità

L’Azienda ha adottato con la deliberazione n.147 del 26/01/2016 il documento “Patto d’integrità” e pertanto, nelle procedure di gara, ciascun partecipante dovrà obbligatoriamente sottoscrivere e presentare insieme all’offerta. Il mancato rispetto delle clausole contenute nel “Patto d’integrità” costituisce causa di esclusione dalla gara, così come previsto all’art.1, comma17 della Legge n.190/2012.

Tra i meccanismi di controllo delle decisioni rientrano i seguenti: **1) monitoraggio annuale dei tempi procedurali 2) controlli del Responsabile della Prevenzione della Corruzione**

1) Monitoraggio annuale dei tempi procedimentali

I Responsabili delle Direzioni dovranno attestare il monitoraggio annuale del rispetto dei tempi di conclusione dei procedimenti. Tale attestazione deve contenere: la verifica della sussistenza di illeciti connessi al ritardo; avvenuta applicazione del sistema delle sanzioni, in relazione al mancato rispetto dei termini;

2) Controlli del Responsabile della Prevenzione della Corruzione

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione può chiedere chiarimenti verbali o scritti in relazione ai termini di conclusione dei procedimenti e può richiedere chiarimenti, sempre verbalmente o per iscritto a tutti i dipendenti su comportamenti tenuti che possano integrare anche solo potenzialmente corruzione o illegalità.

Art.9 Misure di prevenzione e gestione del rischio

Al fine di prevenire il fenomeno corruttivo la Legge n.190/2012 ha indicato quelle azioni che le pubbliche amministrazioni devono porre in esser per prevenirlo ed ha quindi indicato gli ambiti su cui agire:**1) Trasparenza 2) Formazione del personale 3) Rotazione degli incarichi**

1) Trasparenza

Premesso che la trasparenza è intesa come accessibilità totale delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle Pubbliche Amministrazioni, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguitamento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e che, ai sensi di quanto stabilito all'art.1, comma 15 della L. n.190/2012 costituisce livello essenziale delle prestazioni concernenti i diritti sociali e civili ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione secondo quanto previsto all'articolo 11 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n.150 e viene assicurata mediante la pubblicazione, nel sito web istituzionale delle seguenti informazioni: **a)** informazioni relative ai procedimenti amministrativi secondo criteri di facile accessibilità, completezza e semplicità di consultazione, con particolare riferimento ai procedimenti di: - autorizzazione o concessione; - scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi; - concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati; - concorsi e prove selettive per l'assunzione di personale e progressioni di carriera. **b)** bilanci e conti consuntivi. **c)** informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche e di produzione dei servizi erogati ai cittadini. **d)** esiti del monitoraggio periodico del rispetto dei tempi procedimentali (art.1, comma 28 della L.190/2012).

I Responsabili delle Direzioni possono individuare ulteriori specifici obblighi di trasparenza rispetto a quelli previsti da disposizioni di legge, al fine della prevenzione e del contrasto alla corruzione.

La trasparenza dell'attività amministrativa è altresì assicurata attraverso la pubblicazione di quanto previsto dal Programma Triennale della Trasparenza ed Integrità che costituisce una sezione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione.

Anche la delibera ANAC n.831 del 3 agosto 2016 precisa *che la trasparenza è una misura di estremo rilievo e fondamentale per la prevenzione della corruzione. Essa è strumentale alla promozione dell'integrità e allo sviluppo della cultura della legalità in ogni ambito dell'attività pubblica.*

Il D. Lgs. n.97/2016 in materia di trasparenza ha apportato rilevanti innovazioni. A fronte della rimodulazione della trasparenza on line obbligatoria, l'art.6, nel novellare l'art.5 del D. Lgs. n.33/2013, ha disciplinato anche un nuovo accesso civico molto più ampio di quello previsto dalla precedente formulazione, riconoscendo a chiunque, indipendentemente dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti, l'accesso ai dati ed ai documenti detenuti , nel rispetto dei limiti relativi

alla tutela di interessi pubblici e privati, e, salvi i casi di segreto o divieto di divulgazione previsti dall'Ordinamento.

L'Azienda procederà a fornire nelle giornate della Trasparenza informazioni su ambedue i Piani atteso che il Piano della Trasparenza rappresenta una sezione di quello della Prevenzione della Corruzione e la trasparenza stessa è, come detto, una misura di prevenzione della corruzione. Relativamente all'anno 2017, la giornata della Trasparenza, come già avvenuto per l'anno 2016, è stata organizzata in modalità telematica.

2) Formazione del personale

I dirigenti, i responsabili di posizioni organizzative ed i dipendenti che svolgono attività nei settori esposti a rischio corruzione, così come individuati nel Piano ed in relazione anche alla gradualità del rischio dovranno partecipare ad un programma formativo sulla normativa relativa alla prevenzione e repressione della corruzione e sui temi della legalità. Nel programma in via generale dovranno essere affrontate tematiche inerenti l'etica, la responsabilizzazione dei dipendenti, il codice di comportamento e la sua corretta applicazione, la trasparenza e gli obblighi di pubblicazione, le norme penali in materia di reati contro la pubblica amministrazione.

I percorsi formativi inoltre saranno orientati in relazione alla tipologia di attività svolta all'interno della Direzione di afferenza e definita a rischio. Particolare attenzione sarà rivolta a quelle Direzioni in cui il grado di rischio è stato individuato come "Alto". Ad esempio la Direzione Acquisti e Appalti sarà destinataria di percorsi formativi specifici connessi con le misure di prevenzione della corruzione orientati al passaggio degli acquisti da procedure negoziate a quelle tramite i sistemi CONSIP e MEPA.

La precisa individuazione del personale da inserire nei percorsi formativi sarà effettuata, su proposta dei Responsabili delle Direzioni, dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione. Nell'anno 2014 si è curata la formazione dei soggetti che in prima battuta dovevano essere formati (Responsabile Prevenzione Corruzione, Direttori Strutture Complesse Sanitarie ed Amministrative e Posizioni Organizzative) ed in particolare il 02/04/2014 e 13/05/2014 presso la Scuola Umbra di Amministrazione Pubblica, unitamente alle altre Aziende Sanitarie della Regione Umbria.

Nell'anno 2015 è stata effettuata: 1) per il Responsabile della Prevenzione della Corruzione, Dirigenti e Posizioni Organizzative una giornata formativa "Risk management e gestione delle misure anticorruzione" presso la Scuola Umbra di Amministrazione Pubblica, 2) una giornata formativa "anticorruzione e trasparenza in ambito sanitario" a cascata per il personale dipendente che ha visto la partecipazione di 100 persone presso l'Azienda Ospedaliera e con il contributo della Scuola Umbra di Amministrazione Pubblica. Nell'anno 2016, dall'aprile, è attivo nella piattaforma FAD aziendale, www.ecmperugia.it, il corso "Anticorruzione: principi, obiettivi e strumenti", destinato ai dipendenti di tutti i profili e ruoli professionali e strutturato con diversi livelli di dettaglio, in funzione dei differenti bisogni formativi. Al mese di agosto risultavano iscritti oltre 300 dipendenti. Inoltre, nel contesto del corso FAD "L'Amministrazione digitale: lo stato dell'arte", un intero modulo è stato dedicato alla Trasparenza e relative tematiche. Il corso è attivo in piattaforma dall'ottobre 2014, con oltre 1000 iscritti fino al mese di agosto 2016. E' attualmente in corso la revisione e aggiornamento del modulo, in relazione alle integrazioni e modifiche normative sopravvenute, quali in particolare, quelle del D. Lgs. n.97 del 25 maggio 2016. Inoltre dall'ottobre 2013 è attivo in piattaforma il corso FAD "Il nuovo codice di comportamento dei pubblici dipendenti, la disciplina e il procedimento disciplinare, con oltre 1300 iscritti fino al mese di agosto 2016.

Nel 2017, come negli anni precedenti, come comunicato con nota prot.65289 del 20/12/2017 della Direzione Formazione e Qualità dell'Azienda, sono stati messi a disposizione dell'intera compagnia aziendale corsi in FAD – e-learning su anticorruzione, comportamento e disciplina. I dati complessivi, dal 2012 ad oggi, indicano oltre 2700 dipendenti iscritti, di cui 1200 hanno concluso utilmente i percorsi; sono state eseguite circa 6670 verifiche di apprendimento.



Nel 2017, degli oltre 200 iscritti ai predetti corsi FAD, il 45% sono infermieri, il 20% medici e dirigenti sanitari, il 20% altro personale tecnico-sanitario e il 15% altro personale di comparto.

Nel 2017, grazie ad una convenzione con la Scuola di Pubblica Amministrazione di Villa Umbra, sono stati messi a disposizione alcuni eventi formativi residenziali in materia di trasparenza, FOIA e privacy ed anticorruzione ai quali ha preso parte (n. 3) la Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (in materia di anticorruzione e trasparenza) e la Responsabile dell’Ufficio Prevenzione della Corruzione, Trasparenza e Trattamento dei dati personali (n. 4) su anticorruzione, trasparenza e privacy.

Rispetto alla formazione FAD-e-learning sull’anticorruzione i giudizi formulati dai partecipanti (analisi su 480 questionari) ha fatto emergere che la formazione a distanza in tale materia è stata ritenuta rilevante o molto rilevante ed efficace per la propria formazione ed efficacemente o molto efficacemente descritta nei contenuti, da circa l’80% dei partecipanti.

Ulteriori percorsi formativi verranno svolti rivolti al personale che esplica attività nelle aree ad alto rischio e continuerà la formazione a cascata per il personale

Si specifica che le giornate di formazione sono state inserite con obbligo di partecipazione.

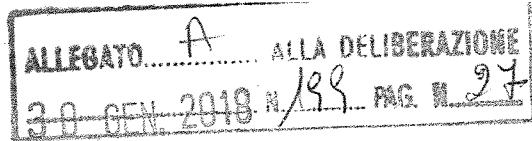
3) Rotazione degli incarichi

La legge n.190/2012 al comma 5, lett. b) ed al comma 10 lett. b) prevede, quale ulteriore misura preventiva del rischio della corruzione, la rotazione degli incarichi. Il Direttore Generale, sulla base delle indicazioni del Direttore Amministrativo e dei Responsabili delle Direzioni e del Responsabile della Prevenzione della Corruzione, concorda con i Responsabili delle Direzioni la rotazione dei dipendenti coinvolti nell’istruttoria o nel rilascio dei provvedimenti inerenti procedimenti ad alto rischio corruttivo, compatibilmente con l’organico, la capacità e la competenza specifica necessaria del personale.

In ogni caso, occorre tenere sempre presente la tipologia di attività: per le attività fungibili la rotazione si potrà effettuare; mentre sarà più difficile per quelle il cui ambito richiede una specializzazione non fungibile con le professionalità presenti in Azienda. I sistemi di rotazione del personale afferente alle Direzioni a rischio che si intende prevedere dovranno garantire continuità e coerenza agli indirizzi intrapresi e le necessarie competenze tenuto conto della particolare tipologia della *mission aziendale* che è quella della tutela della salute.

Inoltre nella valutazione della rotazione degli incarichi si terrà conto delle fasi dei singoli procedimenti che in concreto sono suscettibili del rischio di corruzione e non solo in astratto.

La delibera ANAC n.831 del 3 agosto 2016 di approvazione definitiva del Piano nazionale Anticorruzione 2016 approfondisce ulteriormente il tema della rotazione del personale, *considerata quale misura organizzativa preventiva finalizzata a limitare il consolidarsi di relazioni che possano alimentare dinamiche improprie nella gestione amministrativa, conseguenti alla permanenza nel tempo di determinati dipendenti nel medesimo ruolo o funzione. L’alternanza riduce il rischio che un dipendente pubblico, occupandosi per lungo tempo dello stesso tipo di attività, servizi, procedimenti e instaurando relazioni sempre con gli stessi utenti, possa essere sottoposto a pressioni esterne o possa instaurare rapporti potenzialmente in grado di attivare dinamiche inadeguate*. Dal contenuto della delibera emerge che il ricorso alla rotazione deve essere visto prioritariamente come strumento ordinario di organizzazione e utilizzo ottimale delle risorse umane. La rotazione nelle aree a più elevato rischio corruttivo introdotta dalla L.190/2012 è stata inserita dal legislatore come misura organizzativa generale e ad efficacia preventiva c.d. “ordinaria” Le amministrazioni sono tenute ad adottare misure di rotazione correlate all’esigenza di assicurare il buon andamento e la continuità dell’azione amministrativa e garantire al qualità delle competenze professionali in particolare per quelle con elevato contenuto tecnico. Un ruolo importante in tema di rotazione è svolto dalla formazione che è una misura fondamentale per garantire che siano acquisite le competenze necessarie per dar luogo alla rotazione e il ruolo del periodo di affiancamento del responsabile dell’attività con il soggetto che deve sostituirlo nell’attività.



Nella delibera viene inoltre evidenziato che un altro criterio che potrebbe essere adottato in luogo della rotazione è quello di articolare i compiti e le competenze; la concentrazione di più mansioni e più responsabilità in capo ad un unico soggetto può esporre l'amministrazione a rischi come quello che il soggetto possa compiere errori o tenere comportamenti scorretti senza che questi vengano alla luce. Il PTPC, per l'attuazione di detta misura è necessario che chiarisca i criteri (ad. Es. individuazione degli uffici da sottoporre a rotazione, fissazione della periodicità) individui la fonte di disciplina (regolamento o provvedimento a carattere generale) e sviluppi un'adeguata programmazione della rotazione (su base pluriennale); il tutto da attuare con gradualità. Sui criteri deve essere data preventiva informazione alle OO.SS. per le osservazioni o proposte.

Nel PTPC si deve dare conto della modalità di monitoraggio della misura. La rotazione interessa il personale dirigenziale, i titolari di posizioni organizzative e il personale all'interno dell'Ufficio.

Nel documento allegato A (Cronoprogramma) sono indicati i tempi per la predisposizione dei criteri di rotazione. I criteri stessi si ispireranno alle indicazioni contenute nel PNA adottato da ANAC con delibera n.831 del 03/08/2016 nelle parti specificatamente dedicate al settore sanitario. Su tale tema nulla ha aggiunto la deliberazione ANAC n.1208 del 22/11/2017

I Responsabili delle Direzioni procedono comunque alla rotazione dei dipendenti coinvolti in procedimenti penali o disciplinari collegati a condotte di natura corruttiva.

Art. 10 Relazione dell'attività svolta

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione entro il 15 dicembre di ogni anno deve elaborare su modello ANAC la relazione annuale e pubblicare sul sito internet nella sezione Amministrazione Trasparente. Per l'anno 2015 la relazione è stata pubblicata entro il 15 gennaio 2016 termine prorogato dall'ANAC; anche la relazione dell'anno 2016 è stata pubblicata entro il previsto e prorogato termine dall'ANAC, del 09/01/2017. La relazione per l'anno 2017 è stata pubblicata il 10/01/2018, e cioè entro il termine indicato dalla stessa Autorità.

Art.11 Provvedimenti a tutela della legalità nell'Azienda Ospedaliera di Perugia

L'art.54 del decreto legislativo n.165/2001 nella versione ultima riveniente dall'art.1, comma 44, legge n.190/2012 stabilisce che il Governo definisce un Codice di Comportamento dei dipendenti delle Pubbliche Amministrazioni al fine di assicurare la qualità dei servizi, la prevenzione dei fenomeni di corruzione, il rispetto dei doveri costituzionali di diligenza, lealtà, imparzialità e servizio esclusivo alla cura dell'interesse pubblico.

Il Codice di Comportamento vigente al 19/06/2013 adottato con Decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013 n.62 e pubblicato nella G.U. n.129 del 4/6/2013 definisce i doveri minimi di diligenza, lealtà e imparzialità e buona condotta che i pubblici dipendenti sono tenuti ad osservare. Viene inoltre stabilito che le previsioni del Codice sono integrate e specificate dai codici di comportamento adottati dalle singole amministrazioni ai sensi dell'art.54, comma 5 del D. Lgs. n.165/2001.

Questa Azienda con deliberazione n.257 del 25 febbraio 2014 ha adottato il nuovo Codice di Comportamento.

Il Codice di Comportamento pone particolare attenzione alla condotta che il dipendente deve tenere:

- conformare la propria condotta ai principi di buon andamento e imparzialità dell'azione amministrativa, svolge i propri compiti nel rispetto della legge, perseguendo l'interesse pubblico senza abusare della posizione o dei poteri di cui è titolare;
- rispettare i principi di integrità, correttezza, buona fede, proporzionalità, obiettività, trasparenza e imparzialità, astenendosi in caso di conflitto d'interessi;

- non usare a fini privati le informazioni di cui dispone per ragioni d'ufficio, evita situazioni e comportamenti che possano ostacolare il corretto adempimento dei compiti o nuocere agli interessi o all'immagine della Pubblica Amministrazione. Prerogative e poteri pubblici sono esercitati unicamente per le finalità di interesse generale per le quali sono conferiti;
- esercitare i propri compiti orientando l'azione amministrativa alla massima economicità, efficienza ed efficacia. La gestione di risorse pubbliche ai fini dello svolgimento delle attività amministrative deve seguire una logica di contenimento dei costi, che non pregiudichi la qualità dei risultati;
- nei rapporti con i destinatari dell'azione amministrativa, il dipendente assicura la piena parità di trattamento a parità di condizioni, astenendosi, altresì, da azioni arbitrarie che abbiano effetti negativi sui destinatari dell'azione amministrativa o che comportino discriminazioni basate su sesso, nazionalità, origine etnica, caratteristiche genetiche, lingua, religione o credo, convinzioni personali o politiche, appartenenza a una minoranza nazionale, disabilità, condizioni sociali o di salute, età e orientamento sessuale o su altri diversi fattori;
- dimostrare la massima disponibilità e collaborazione nei rapporti con le altre Pubbliche Amministrazioni, assicurando lo scambio e la trasmissione delle informazioni e dei dati in qualsiasi forma anche telematica, nel rispetto della normativa vigente.

Il dipendente inoltre non accetta quanto dettagliato all'art.4 del Codice di Comportamento ed in particolare al comma 6, dove viene stabilito che non accetta incarichi di collaborazione da soggetti privati che abbiano o abbiano avuto nel biennio precedente, un interesse economico significativo in decisioni o attività inerenti all'ufficio di appartenenza.

Di particolare importanza ai fini della L. n.190/2012 è l'obbligo di astensione previsto dall'art.6, comma 2 del Codice di Comportamento: *"il dipendente si astiene dal prendere decisioni o svolgere attività inerenti alle sue mansioni in situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi con interessi personali, del coniuge, di conviventi, di parenti, di affini entro il secondo grado. Il conflitto può riguardare interessi di qualsiasi natura, anche non patrimoniali, come quelli derivanti dall'intento di voler assecondare pressioni politiche, sindacali o superiori gerarchici"*.

Inoltre l'art.7 del citato Codice di Comportamento stabilisce che: *"il dipendente si astiene dal partecipare all'adozione di decisioni o di attività che possono coinvolgere interessi propri, ovvero suoi parenti, affini entro il secondo grado, del coniuge o dei 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 Il dipendente si astiene in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza. Sull'astensione decide il responsabile dell'ufficio di appartenenza"*.

Infine l'art.8 del Codice di Comportamento stabilisce che *"il dipendente rispetta le misure necessarie alla prevenzione degli illeciti nell'amministrazione. In particolare, il dipendente rispetta le prescrizioni contenute nel piano per la prevenzione della corruzione, presta la sua collaborazione al responsabile della prevenzione della corruzione e, fermo restando l'obbligo di denuncia all'autorità giudiziaria, segnala al proprio superiore gerarchico eventuali situazioni di illecito nell'amministrazione di cui sia venuto a conoscenza"*.

L'Azienda Ospedaliera, nel Piano della Prevenzione della Corruzione recepisce dinamicamente il Codice di Comportamento e i Codici disciplinari aziendali ed inoltre, in considerazione di quanto contenuto nella determinazione ANAC n.12 del 28/10/2015 e nella delibera n.831 del 3 agosto 2016. Nell'annualità 2017 era stata prevista una revisione anche sulla base delle "Linee Guida per l'adozione dei Codici di Comportamento negli enti del SSN" dell'ANAC il cui testo è stato posto in consultazione on-line dal 31/10/2016 per invio contributi fino al 21/11/2016, qualora deliberate nel corso dell'anno da ANAC. A tutt'oggi non risultano ancora essere state deliberate.

Art.12

Tutela del dipendente che denuncia o riferisce condotte illecite

L'art. 54 bis del D. Lgs. N.165/2001 introdotto dall'art.1, comma 51, L. n.190/2012 con decorrenza dal 28/11/2012, garantisce la tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti. Detto articolo è stato sostituito con altra formulazione contenuta nell'art.1 della Legge 30/11/2017, n.179 In particolare stabilisce che “*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'identità del segnalante non può essere rivelata. Nell'ambito del procedimento penale, l'identità del segnalante è coperta dal segreto (omissis) 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 del consenso del segnalante alla rivelazione dell'identità.

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

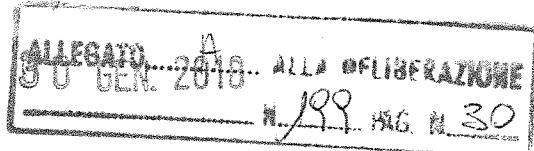
Come precisato anche nella delibera ANAC n.831 del 3 agosto 2016 *la tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti è stata introdotta quale misura di prevenzione della corruzione, imponendo alle amministrazioni di individuare una procedura finalizzata a garantire tale tutela e a stimolare le segnalazioni da parte del dipendente.*

Con deliberazione n. 2341 del 22/12/2016 l'Azienda Ospedaliera di Perugia: 1) ha adottato il “Regolamento aziendale per la tutela del dipendente che segnala illeciti (*whistleblower*)” quale adempimento ai sensi della Legge n. 190/2012, nonché strumento utile per il raggiungimento delle finalità istituzionali sancite dalle disposizioni normative, predisposto dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza; 2) ha stabilito che la segnalazione possa avvenire con l'utilizzo della tecnologia informatica, acquisita ad hoc, a decorrere dal 28/12/2016; 3) ha stabilito di dare diffusione in modo ampio, capillare e tempestivo dell'avvio di detta procedura, attraverso specifica pubblicazione sul sito aziendale nella relativa sezione dell'Amministrazione Trasparente – Altri contenuti prevenzione corruzione; 4) ha affidato l'esecuzione del provvedimento al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

Art.13

Adeguamento del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione

Il presente Piano verrà adeguato alle indicazioni che verranno fornite dall' A.N.A.C. (Autorità Nazionale Anticorruzione) secondo quanto stabilito nel Piano Nazionale Anticorruzione e agli ulteriori atti d'indirizzo che dovessero essere emanati in materia.



Art.14

Efficacia temporale del Piano della Prevenzione della Corruzione

Il Piano di Prevenzione della Corruzione dell’Azienda Ospedaliera ha durata triennale per espressa previsione di legge e tenuto conto di tale valenza programmatica che si articola in un arco temporale triennale, la previsione delle attività potrà subire modifiche/aggiornamenti o revisioni in relazioni a mutate condizioni organizzative o ad emergenti necessità anche conseguenti ai dati rivenienti dall’esperienza acquisita. Ciò al fine di individuare e realizzare tutte quelle azioni necessarie per attuare il più realistico sistema di interventi volti alla prevenzione ed al contrasto del rischio della corruzione e dell’illegalità rispondente alle esigenze dell’Azienda.

Pertanto il presente Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione viene adottato quale strumento di misura della prevenzione del rischio della corruzione che dovrà essere continuamente affinato sulla scorta degli elementi che emergeranno successivamente alla sua applicazione.

Art. 15

Pianificazione triennale delle attività (cronoprogramma)

Si rinvia a quanto contenuto nell’**Allegato 2**) che contiene un cronoprogramma delle attività e delle azioni di miglioramento con la previsione dei tempi di attuazione ed indicazione dei soggetti cui le attività afferiscono o interessati che tiene conto della delibera ANAC n.831 del 3 agosto 2016. Si precisa che relativamente all’anno 2017 erano state individuate delle misure da prendere sia trasversali che esclusive e per le aree specifiche individuate, se non già intraprese, per prevenire e ridurre il rischio corruzione per le quali era stato previsto, quale indicatore di monitoraggio, l’invio al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza di relazioni, richieste per la prima volta. Tali relazioni erano utili per individuare future azioni di prevenzione della corruzione che non era possibile indicare nel Piano 2017-2019.

Dai dati trasmessi con nota prot.61450 del 29/11/2017 della Direzione Acquisti e Appalti, è emerso che nel corso dell’anno 2017 (periodo di riferimento 1° gennaio – 31 ottobre) sono stati attivati n.854 contratti di beni, servizi e lavori adottati tramite atti deliberativi a firma del Direttore Generale. Nell’ambito del suddetto numero di contratti sono state attivate le seguenti procedure:

- n.20 contratti affidati in via d’urgenza che costituiscono una percentuale del 2,34192% sul totale dei contratti aggiudicati;
- n.174 procedure negoziate senza previa pubblicazione del bando (ai sensi dell’art.63 del D. Lgs. 50/2016) che costituiscono una percentuale del 20,37471% sul totale dei contratti aggiudicati;
- n.6 procedure per le quali è pervenuta una sola offerta che costituiscono una percentuale del 0,702576 sul totale dei contratti aggiudicati.

Inoltre è stato segnalato che nel corso dell’anno 2017 contro l’Azienda Ospedaliera di Perugia non sono stati effettuati ricorsi contro esclusioni relative alla mancanza dei requisiti del ricorrente.

Inoltre le donazioni effettuate da privati o da soggetti pubblici a favore dell’Azienda Ospedaliera non hanno generato costi ulteriori né ulteriori acquisizioni vincolate.

Stante i dati acquisiti si ritiene utile prevedere di acquisire gli stessi dati anche nel Piano 2018-2020 al fine di poter monitorare l’andamento delle aggiudicazioni per meglio individuare eventuali azioni di prevenzione della corruzione.

Riepilogo attività delle Strutture Complesse per la relativa analisi del rischio con riferimento ai criteri di cui all'art.5 del PTPC
 (ALLEGATO N.1)

ALLEGATO GEN. 2018	PROCESSO	AREA RISORSE UMANE				INDICI DI VALUTAZIONE DELLA PROBABILITÀ				INDICI DI VALUTAZIONE DELL'IMPATTO				INDICE DI RISCHIO	
		Discrezionalità	Rilevanza esterna	Complessità del processo	Valore economico	Frazionabilità del processo	Controlli	VALORE MEDIO	Impatto organizzativo	Impatto economico	Impatto Reputazionale	VALORE MEDIO	Impatto organizzativo, economico e sull'immagine	VALORE MEDIO	Valutazione rischio (da 1 a 25)
Gestione della parte giuridica del rapporto di lavoro del personale dipendente a tempo determinato ed indeterminato dalla fase di costituzione alla fase di risoluzione		1	2	1	1	1	1	1,17	1	1	0	1	0,75	1	BASSO
Predisposizione, tenuta e gestione dei fascicoli personali del personale dipendente e gestione del relativo stato di servizio		1	2	1	1	1	1	1,17	1	1	0	1	0,75	1	BASSO
Gestione delle procedure applicative inerenti gli istituti giuridici previsti dai vari C.C.C.C. N.N.L.L. del personale dipendente anche aventi natura negoziale		1	2	1	1	1	1	1,17	1	1	0	1	0,75	1	BASSO
Gestione Dotazione Organica: - gestione informatizzata - predisposizione relativi atti deliberativi		1	2	1	1	1	1	1,17	1	1	0	1	0,75	1	BASSO
Gestione procedure comparative e di stipula dei contratti di collaborazione coordinata e continuativa, di prestazione d'opera professionale ed eventuali altri rapporti atipici		1	2	1	1	1	1	1,17	1	1	0	1	0,75	1	BASSO
Gestione di tutte le procedure relative al reclutamento del personale dipendente a tempo determinato ed indeterminato		1	2	1	1	1	1	1,17	1	1	0	1	0,75	1	BASSO

		INDICI DI VALUTAZIONE DELLA PROBABILITÀ'				INDICI DI VALUTAZIONE DELL'IMPATTO				INDICE DI RISCHIO	
		INDICATORI DI VALUTAZIONE DELLA PROBABILITÀ'		INDICATORI DI VALUTAZIONE DELL'IMPATTO							
		RISCHIO		VALORE MEDIO		VALORE MEDIO		VALORE MEDIO		RISCHIO	
		Gestione procedure selettive per incarichi di direzione	Struttura Complessa del ruolo Sanitario	1	2	1	1	1	1	0,75	1
Gestione procedure per il collocamento ordinario e obbligatorio dei lavoratori		1	2	1	1	1	1,17	1	1	0,75	BASSO
Gestione delle procedure di comandi mobilità e assegnazioni di personale dipendente		1	2	1	1	1	1,17	1	1	0,75	BASSO
Comunicazioni obbligatorie		1	2	1	1	1	1,17	1	1	0,75	BASSO
Gestione giuridica ed informatizzata di tutte le fasi della rilevazione presenze ed assenze del personale dipendente		1	2	1	1	1	1,17	1	1	0,75	BASSO
Gestione giuridica ed informatizzata dei procedimenti inerenti la tutela e il sostegno della maternità e paternità		1	2	1	1	1	1,17	1	1	0,75	BASSO
Gestione dei procedimenti amministrativi in materia di malattia, gravi patologie, antinfortunistica, istruttoria dei procedimenti per invalidità e inabilità al lavoro		1	2	1	1	1	1,17	1	1	0,75	BASSO
Elaborazione delle risultanze orarie derivanti dalla liquidazione/compensazione delle indennità accessorie		1	2	1	1	1	1,17	1	1	0,75	BASSO
Istruttoria ed esecuzione dei procedimenti legali ed amministrativi presso le compagnie assicuratrici per il recupero delle somme erogate in caso di malattia derivante da responsabilità di terzi		1	2	1	1	1	1,17	1	1	0,75	BASSO

ALLEGATO..... A..... ALLA DATA 19 GEN 2018

AREA RISORSE UMANE

		INDICI DI VALUTAZIONE DELLA PROBABILITÀ'				INDICI DI VALUTAZIONE DELL'IMPATTO				INDICE DI RISCHIO				
		Discrezionalità		Complessità del processo		Valore economico		Frazionabilità del processo		Controlli				
										VALORE MEDIO	VALORE MEDIO			
										Impatto organizzativo	Impatto economico			
										Impatto Reputazionale	Impatto organizzativo, economico e sull'immagine			
										VALORE rischio (da 1 a 25)	Valutazione RISCHIO			
Controllo sulla fruizione delle ferie e corrispondenza e note informative ai Dirigenti Responsabili di Struttura in merito all'osservanza della programmazione annuale	1	2	1	1	1	1	1,17	1	1	0	1	0,75	1	BASSO
Gestione dei procedimenti amministrativi inherenti la concessione dei permessi di studio	1	2	1	1	1	1	1,17	1	1	0	1	0,75	1	BASSO
Analisi per la definizione delle regole, messa a regime ed assolvimento degli adempimenti mensili gestionali della procedura automatizzata, per il computo automatico delle indennità accessorie variabili, derivanti dalle prestazioni orarie rese dai dipendenti	1	2	1	1	1	1	1,17	1	1	0	1	0,75	1	BASSO
Rilevazioni statistiche dell'andamento delle assenze a vario titolo finalizzate anche al monitoraggio dell'assenteismo	1	2	1	1	1	1	1,17	1	1	0	1	0,75	1	BASSO
Gestione dei procedimenti amministrativi inerenti i congedi per espletamento di mandati politici e sindacali	1	2	1	1	1	1	1,17	1	1	0	1	0,75	1	BASSO
Gestione denunce INAIL per infortuni e malattie professionali subiti da personale dipendente	1	2	1	1	1	1	1,17	1	1	0	1	0,75	1	BASSO
Gestione procedure conciliative e fase pre-contenziosa in materia di lavoro	1	2	1	1	1	1	1,17	1	1	0	1	0,75	1	BASSO

AREA RISORSE UMANE

		INDICI DI VALUTAZIONE DELLA PROBABILITÀ'				INDICI DI VALUTAZIONE DELL'IMPATTO				INDICE DI RISCHIO				
PROCESSO	Discrezionalità	Complessità del processo		Valore economico	Frazionabilità del processo	Controlli	VALORE MEDIO	Impatto organizzativo	Impatto economico	Impatto Reputazionale	VALORE MEDIO	Valutazione rischio (da 1 a 25)	RISCHIO	
		Rilevanza esterna	Impatto economico											
Attività di supporto all'Ufficio Supporto Amministrativo alla Direzione Aziendale con predisposizione di documentazione istruttoria e conseguente relazione in merito alle cause di lavoro	1	2	1	1	1	1	1,17	1	1	0	1	0,75	1	BASSO
Gestione congedi, permessi, retribuiti e aspettative senza assegni	1	2	1	1	1	1	1,17	1	1	0	1	0,75	1	BASSO
Gestione provvedimenti di tutela per l'handicap: - gestione provvedimenti concessione permessi Legge 104/92;	1	2	1	1	1	1	1,17	1	1	0	1	0,75	1	BASSO
- provvedimenti di rinnovo annuale; - rilevazione annuale permessi Dipartimento Funzione Pubblica; - Rilevazione annuale categorie protette Ufficio Provinciale del Lavoro.														
Gestione autorizzazioni incarichi occasionali e relativa informativa statistica annuale "Anagrafe delle Prestazioni" Dipartimento Funzione Pubblica	1	2	1	1	1	1	1,17	1	1	0	1	0,75	1	BASSO
Rilascio certificazioni inerenti l'aspetto giuridico del personale dipendente	1	2	1	1	1	1	1,17	1	1	0	1	0,75	1	BASSO
Stipula contratti individuali incarico dirigenziale	2	2	1	1	1	1	1,33	1	1	0	2	1,00	1	BASSO

478 MEL 2010
ANALISI RISCHI

		INDICI DI VALUTAZIONE DELLA PROBABILITÀ				INDICI DI VALUTAZIONE DELL'IMPATTO				INDICE DI RISCHIO					
PROCESSO	Discrezionalità	Rilevanza esterna		Complessità del processo		Frazionabilità del processo	Controllo	VALORE MEDIO	Impatto organizzativo	Impatto economico	Impatto Reputazionale	VALORE MEDIO	Valutazione rischio (da 1 a 25)	RISCHIO	
		Valore economico	Frazionabilità del processo	Controlli	VALORE MEDIO										
Gestione e manutenzione banca dati computerizzata (informazioni anagrafiche personale dirigente, organigramma, graduazione e gestione documentale inerente gli incarichi)	4,3	2	2	1	1	1	1	1,33	1	1	0	2	1,00	1	BASSO
Adempimenti di controllo sulla veridicità delle autocertificazioni	1	2	1	1	1	1	1	1,17	1	1	0	1	0,75	1	BASSO
Erogazione competenze spettanti ai sanitari per l'esercizio dell'attività libero-professionale intra moenia	1	2	1	1	1	1	1	1,17	1	1	0	1	0,75	1	BASSO
Gestione di tutte le procedure relative al trattamento economico del personale dipendente:															
- inserimento indennità accessorie															
- verifica e contabilizzazione rimborsi chilometrici ed assegni per nucleo familiare	1	2	1	1	1	1	1	1,17	1	1	0	1	0,75	1	BASSO
- elaborazione mensile delle competenze stipendiali															
- contabilizzazione e liquidazione tramite la procedura SAP															
Procedure relative alle applicazioni e controllo parte economica, dei C.C.C.C. N.N.L.L. e dei Contratti Integrativi Aziendali del personale dipendente	1	2	1	1	1	1	1	1,17	1	1	0	1	0,75	1	BASSO
Costituzione e monitoraggio Fondi contrattuali	1	2	1	1	1	1	1	1,17	1	1	0	1	0,75	1	BASSO
Elaborazione denunce contributive	1	2	1	1	1	1	1	1,17	1	1	0	1	0,75	1	BASSO

PROCESSO	INDICI DI VALUTAZIONE DELLA PROBABILITÀ ¹					INDICI DI VALUTAZIONE DELL'IMPATTO			INDICE DI RISCHIO					
	Discrezionalità		Complessità del processo		Valore economico	Frazionabilità del processo	Controlli	VALORE MEDIO	Impatto organizzativo	Impatto economico	Impatto Reputazionale	VALORE MEDIO	Valutazione rischio (da 1 a 25)	RISCHIO
	Rilevanza esterna	Valore economico												
Elaborazione denunce fiscali: mod. CUD e 770	1	2	1	1	1	1	1,17	1	1	0	1	0,75	1	BASSO
Predisposizione Conto Annuale e statistiche eventuali relative al trattamento economico	1	2	1	1	1	1	1,17	1	1	0	1	0,75	1	BASSO
Rilascio certificazioni relative al trattamento economico del personale dipendente	1	2	1	1	1	1	1,17	1	1	0	1	0,75	1	BASSO
Previsione e monitoraggio della spesa annuale del personale dipendente e convenzionato e con rapporto di lavoro flessibile	1	2	1	1	1	1	1,17	1	1	0	1	0,75	1	BASSO
Calcolo e liquidazione indennità sostitutiva di preavviso e ferie non godute	1	2	1	1	1	1	1,17	1	1	0	1	0,75	1	BASSO
Gestione procedure per cessioni del quinto dello stipendio	1	2	1	1	1	1	1,17	1	1	0	1	0,75	1	BASSO
Gestione delle trattenute per pignoramenti su disposizione degli organi giudiziari competenti	1	2	1	1	1	1	1,17	1	1	0	1	0,75	1	BASSO
Gestione di tutte le fasi del trattamento previdenziale del personale dipendente	1	2	1	1	1	1	1,17	1	1	0	1	0,75	1	BASSO
Gestione della liquidazione del TFS e del TFR	1	2	1	1	1	1	1,17	1	1	0	1	0,75	1	BASSO
Gestione procedure di riscatti e ricongiunzioni	1	2	1	1	1	1	1,17	1	1	0	1	0,75	1	BASSO
Attività di supporto alla Direzione Aziendale nella definizione delle politiche delle relazioni Sindacali	1	2	1	1	1	1	1,17	1	1	0	1	0,75	1	BASSO
Partecipazione alle trattative	1	2	1	1	1	1	1,17	1	1	0	1	0,75	1	BASSO

AREA RISORSE UMANE

		INDICI DI VALUTAZIONE DELLA PROBABILITÀ			INDICI DI VALUTAZIONE DELL'IMPATTO			INDICE DI RISCHIO	
PROCESSO		Discrezionalità			Rilevanza esterna			VALORE MEDIO	
		Complessità del processo			Valore economico			VALORE MEDIO	
		Frazionabilità del processo			Controlli			VALORE MEDIO	
		Elaborazione degli accordi ed applicazione economica degli stessi; elaborazione delle relazioni tecniche ed illustrative da inviare agli organi di controllo			Impatto organizzativo			VALORE MEDIO	
					Impatto economico			VALORE MEDIO	
					Impatto Reputazionale			VALORE MEDIO	
					Impatto organizzativo, economico e sull'immagine			VALORE MEDIO (da 1 a 25)	
								Valutazione rischio	
								RISCHIO	

Riepilogo attività delle Strutture Complesse per la relativa analisi del rischio con riferimento ai criteri di cui all'art.5 del PTPC
 (ALLEGATO N.1)

AREA MEDICINA LEGALE E DOCUMENTAZIONE SANITARIA

PROCESSO	INDICI DI VALUTAZIONE DELLA PROBABILITÀ'				INDICI DI VALUTAZIONE DELL'IMPATTO				INDICE DI RISCHIO					
	Discrezionalità	Rilevanza esterna	Complessità del processo	Valore economico	Frazionabilità del processo	Controlli	VALORE MEDIO	Impatto organizzativo	Impatto economico	Impatto Reputazionale	Impatto organizzativo, economico e sull'immagine	VALORE MEDIO	Valutazione rischio (da 1 a 25)	RISCHIO
Accesso agli atti e documenti	1	5	1	3	1	1	2,00	3	1	0	3	1,75	4	BASSO
Rilascio copia cartella clinica/documentazione sanitaria	1	5	1	3	1	1	2,00	3	1	0	3	1,75	4	BASSO

ALLEGATO A ALLA DELIBERAZIONE
 30 GEN 2018 n. 199 pag. n. 28

Riepilogo attività delle Strutture Complesse per la relativa analisi del rischio con riferimento ai criteri di cui all'art.5 del PTPC
 (ALLEGATO N.1)

AREA LEGALE		INDICI DI VALUTAZIONE DELLA PROBABILITÀ			INDICI DI VALUTAZIONE DELL'IMPATTO			INDICE DI RISCHIO						
PROCESSO	Discrezionalità	Rilevanza esterna	Complessità del processo	Valore economico	Frazionabilità del processo	Controlli	VALORE MEDIO	Impatto organizzativo	Impatto economico	Impatto Reputazionale	Impatto organizzativo, economico e sull'immagine	VALORE MEDIO	Valutazione rischio (da 1 a 25)	RISCHIO
Patrocinio legale dipendenti	1	2	1	1	1	1	1,17	1	1	0	2	1,00	1	BASSO
Incarichi a legali esterni	2	2	1	1	1	2	1,50	1	1	0	2	1,00	2	BASSO

ALLEGATO..... A ALIA DELIBERAZIONE
 30 GEN 2018 N. 198 PAG. N. 39

Riepilogo attività delle Strutture Complesse per la relativa analisi del rischio con riferimento ai criteri di cui all'art.5 del PTPC
 (ALLEGATO N.1)

AREA AFFARI GENERALI

PROCESSO	INDICI DI VALUTAZIONE DELLA PROBABILITÀ'				INDICI DI VALUTAZIONE DELL'IMPATTO				INDICE DI RISCHIO					
	Discrezionalità	Rilevanza esterna	Complessità del processo	Valore economico	Frazionabilità del processo	Controlli	VALORE MEDIO	Impatto organizzativo	Impatto economico	Impatto Reputazionale	Impatto organizzativo, economico e sull'immagine	VALORE MEDIO	Valutazione rischio (da 1 a 25)	
Accesso agli atti deliberativi	2	5	1	1	1	1	1,83	1	1	0	1	0,75	1	BASSO
Gestione autorizzazioni ALPI	1	2	1	1	1	1	1,17	1	1	0	2	1,00	1	BASSO
Recupero crediti aziendali	1	5	1	1	1	1	1,67	1	1	0	2	1,00	2	BASSO

ALLEGATO A ALLA DELIBERAZIONE
 30 GEN 2018 N. 109 pag. n. 10

**Riepilogo attività delle Strutture Complesse per la relativa analisi del rischio con riferimento ai criteri di cui all'art.5 del PTPC
(ALLEGATO N.1)**

AREA DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO														
INDICI DI VALUTAZIONE DELLA PROBABILITÀ					INDICI DI VALUTAZIONE DELL'IMPATTO					INDICE DI RISCHIO				
PROCESSO	Discrezionalità	Rilevanza esterna	Complessità del processo	Valore economico	Frazionabilità del processo	Controlli	VALORE MEDIO	Impatto organizzativo	Impatto economico	Impatto Reputazionale	VALORE MEDIO	Valutazione rischio (da 1 a 25)	RISCHIO	
Liste di attesa interventi	2	5	1	1	1	2	2,00	5	1	2	3	2,75	6 MEDIO	
Liste di attesa prestazioni ambulatoriali	2	5	1	1	1	2	2,00	5	1	2	1	2,25	5 BASSO	
Autorizzazione trasporti sanitari secondari	4	5	1	1	1	3	2,50	1	5	2	3	2,75	7 MEDIO	
Autorizzazione trasporti materiali sanitario	1	5	1	1	1	1	1,67	3	1	0	1	1,25	2 BASSO	
Controlli A.L.P.I.	2	2	1	1	1	2	1,50	3	1	1	1	1,50	2 BASSO	
Prestazioni sanitarie CUP	2	5	5	1	1	1	2,50	5	1	2	3	2,75	7 MEDIO	
Definizione dei budget annuali da assegnare alle SS CC Sanitarie	1	5	1	3	1	2,00	4	1	0	5	2,50	5 BASSO		
Nomina commissioni ispettive, di vigilanza e controllo	5	2	1	1	1	2	2,00	1	1	1	1	1,00	2 BASSO	
Gestione sperimentazioni cliniche	1	5	3	3	1	2,33	5	1	0	3	2,25	5 MEDIO		
Contratti di sponsorizzazione	2	5	3	3	5	1	3,17	1	1	0	2	1,00	3 BASSO	

Riepilogo attività delle Strutture Complesse per la relativa analisi del rischio con riferimento ai criteri di cui all'art.5 del PTPC
 (ALLEGATO N.1)

INDICI DI VALUTAZIONE DELLA PROBABILITÀ'										INDICI DI VALUTAZIONE DELL'IMPATTO			INDICE DI RISCHIO	
AREA TECNICO PATRIMONIALE														
			Discrezionalità											
			Rilevanza esterna											
			Complessità del processo											
			Valore economico											
			Frazionabilità del processo											
			Controlli											
			VALORE MEDIO											
			Impatto organizzativo											
			Impatto economico											
			Impatto Reputazionale											
			Impatto organizzativo, economico e sull'immagine											
			VALORE MEDIO											
			Valutazione rischio (da 1 a 25)											
			RISCHIO											
Gestione fitti attivi	1	2	1	1	1	1,17	1	1	0	3	1,25	1	BASSO	
Gestione fitti passivi	1	2	1	1	1	1,17	1	1	0	3	1,25	1	BASSO	
Pratiche sicurezza e VV.FF.	1	5	3	5	1	2,67	1	1	0	3	1,25	3	BASSO	
Incarichi a soggetti esterni (es. ingegneri, architetti, ecc.)	2	5	1	5	1	2,50	1	1	0	3	1,25	3	BASSO	

Riepilogo attività delle Strutture Complesse per la relativa analisi del rischio con riferimento ai criteri di cui all'art.5 del PTPC
 (ALLEGATO N.1)

AREA PREVENZIONE E PROTEZIONE												
INDICI DI VALUTAZIONE DELLA PROBABILITÀ ¹					INDICI DI VALUTAZIONE DELL'IMPATTO				INDICE DI RISCHIO			
PROCESSO	Discrezionalità	Rilevanza esterna	Complessità del processo	Valore economico	Controlli	VALORE MEDIO	Impatto organizzativo	Impatto economico	Impatto Reputazionale	VALORE MEDIO	Valutazione rischio (da 1 a 25)	RISCHIO
Predisposizione DUVRI	2	5	1	5	1	1	2,50	3	1	1	2	1,75
Verifica prescrizioni contenute nel DUVRI	2	5	1	1	1	1	1,83	1	1	1	2	1,25
Valutazione dei rischi	2	2	1	1	1	1	1,33	4	1	1	1	1,75
Elaborazione procedure di sicurezza per le varie attività	2	5	1	5	1	1	2,50	2	1	1	1	1,25
Gestione pratiche per giudizi idoneità D. Lgs.n.81/2008 e D. Lgs. n.230/1995	2	2	1	1	1	1	1,33	2	1	1	1	1,25
Nomina commissioni ispettive, di vigilanza e controllo	2	2	1	1	1	1	1,33	1	1	1	4	1,75

ALLEGATO..... A ALLA DELIBERAZIONE
 30 GEN. 2018 N.199 PAG. N. 43

**Riepilogo attività delle Strutture Complesse per la relativa analisi del rischio con riferimento ai criteri di cui all'art.5 del PTPC
(ALLEGATO N.1)**

AREA FARMACIA		INDICI DI VALUTAZIONE DELLA PROBABILITÀ'						INDICI DI VALUTAZIONE DELL'IMPATTO			INDICE DI RISCHIO					
		Discrezionalità		Rilevanza esterna		Complessità del processo		Valore economico	Frazionabilità del processo	Controlli	VALORE MEDIO	Impatto organizzativo	Impatto economico	Impatto Reputazionale	Impatto organizzativo, economico e sull'immagine	VALORE MEDIO
Richieste di fabbisogno di prodotti sanitari (farmaci, stupefacenti, dispositivi medici, etc.), da acquisire con gare	2	2	3	5	1	2	2,50	1	1	0	3	1,25	3	BASSO		
Richieste di fabbisogno di prodotti sanitari (farmaci, stupefacenti, dispositivi medici, etc.), per acquisizioni non disciplinate da gare	4	2	1	3	5	1	2,67	1	1	0	3	1,25	3	BASSO		
Liquidazione delle fatture dei prodotti di cui sopra, dopo riscontro tra ordinato, consegnato e fatturato, eventuali correzioni di ordini e richieste di note di credito e/o debito	1	2	1	1	1	1	1,17	1	1	0	3	1,25	1	BASSO		
Gestione magazzino farmaceutico esternalizzato	1	2	1	1	1	1	1,17	1	1	0	2	1,00	1	BASSO		
Gestione magazzino farmaceutico interno (stuprificanti e farmaci in distribuzione diretta)	1	2	1	1	1	1	1,17	1	1	0	3	1,25	1	BASSO		
Vigilanza sulla gestione armadi di reparto	5	2	1	1	1	2	2,00	1	1	0	3	1,25	3	BASSO		
Analisi periodiche consumi e dei costi per Centro di Responsabilità e Dipartimento	1	2	1	1	1	1	1,17	1	1	0	2	1,00	1	BASSO		

Riepilogo attività delle Strutture Complesse per la relativa analisi del rischio con riferimento ai criteri di cui all'art.5 del PTPC
 (ALLEGATO N.1)

AREA ACQUISIZIONE BENI SERVIZI E LAVORI ed AREA ECONOMALE														
INDICI DI VALUTAZIONE DELLA PROBABILITÀ'					INDICI DI VALUTAZIONE DELL'IMPATTO					INDICE DI RISCHIO				
	Discrezionalità	Rilevanza esterna	Complessità del processo	Valore economico	Frazionabilità del processo	Controlli	VALORE MEDIO	Impatto organizzativo	Impatto economico	Impatto Reputazionale	Impatto organizzativo, economico e sull'immagine	VALORE MEDIO	Valutazione rischio (da 1 a 25)	RISCHIO
Procedura aperta sopra soglia	1	5	1	5	1	1	2,33	1	1	0	3	1,25	3	BASSO
Procedura ristretta sopra soglia	1	5	1	5*	1	1	2,33	1	1	0	3	1,25	3	BASSO
Procedura aperta sotto soglia	2	5	1	5	1	1	2,50	1	1	0	3	1,25	3	BASSO
Procedura ristretta sotto soglia	2	5	1	5	1	1	2,50	1	1	0	3	1,25	3	BASSO
Procedura competitiva con negoziazione art. 62 D.lgs. 50/2016	2	5	1	5	1	1	2,50	1	1	0	3	1,25	3	BASSO
Procedura negoziata senza previa pubblicazione bando D.lgs. 50/2016, art. 63, comma 2, lett. a)	2	5	1	5	1	1	2,50	1	1	0	3	1,25	3	BASSO
Procedura negoziata senza previa pubblicazione bando D.lgs. 50/2016, art. 63, comma 2, lett. b)	2	5	1	5	1	1	2,50	1	1	0	3	1,25	3	BASSO
Procedura negoziata senza previa pubblicazione bando D.lgs. 50/2016, art. 63, comma 2, lett. c)	2	5	1	5	1	1	2,50	1	1	0	3	1,25	3	BASSO
Procedura negoziata senza previa pubblicazione bando D.lgs. 20/2016, art. 63, comma 3, lett. a)	2	5	1	5	1	1	2,50	1	1	0	3	1,25	3	BASSO
Procedura negoziata senza previa pubblicazione bando D.lgs. 50/2016, art. 63, comma 3, lett. b)	2	5	1	5	1	1	2,50	1	1	0	3	1,25	3	BASSO
Procedura negoziata senza previa pubblicazione bando D.lgs. 50/2016, art. 63, comma 3, lett. c)	2	5	1	5	1	1	2,50	1	1	0	3	1,25	3	BASSO
Procedura negoziata senza previa pubblicazione bando D.lgs. 50/2016, art. 63, comma 3, lett. d)	2	5	1	5	1	1	2,50	1	1	0	3	1,25	3	BASSO

VERAZIONE
N. 1

AREA ACQUISIZIONE BENI SERVIZI E LAVORI ed AREA ECONOMALE

PROCESSO	DATA	INDICI DI VALUTAZIONE DELLA PROBABILITÀ'				INDICI DI VALUTAZIONE DELL'IMPATTO				INDICE DI RISCHIO					
		10 GEN. 2018	Discrezionalità	Rilevanza esterna	Complessità del processo	Valore economico	Frazionabilità del processo	Controlli	VALORE MEDIO	Impatto organizzativo	Impatto economico	Impatto Reputazionale	VALORE MEDIO	Valutazione rischio (da 1 a 25)	RISCHIO
Procedura negoziata senza pubblicazione bando D.lgs. 50/2016, art. 63, comma 5		2	5	1	5	1	1	2,50	1	1	0	3	1,25	3	BASSO
Dialogo competitivo D.lgs. 50/2016, art. 64		2	5	1	5	1	1	2,50	1	1	0	3	1,25	3	BASSO
Accordo quadro D.lgs. 50/2016, art. 54		2	5	1	5	1	1	2,50	1	1	0	3	1,25	3	BASSO
Procedura Sistemi dinamici di acquisizione D.lgs. 50/2016, art. 55		2	5	1	5	1	1	2,50	1	1	0	3	1,25	3	BASSO
Contratti sotto soglia affidamento diretto D.lgs. 50/2016, art. 36, comma 2, lett. a)		2	5	1	5	1	1	2,50	2	1	0	3	1,50	4	BASSO
Contratti sotto soglia procedura negoziata D.lgs. 50/2016, art. 36, comma 2, lett. b)		2	5	1	5	1	1	2,50	2	1	0	3	1,50	4	BASSO
Affidamento attraverso il Mercato elettronico D.lgs. 50/2016, artt. 56, 57, 58		1	5	1	5	1	1	2,33	1	1	0	3	1,25	3	BASSO
Affidamento mediante adesione Centrali di Committenza Regionali o Azienda Capofila	1	5	1	5	1	1	2,33	1	1	0	3	1,25	3	BASSO	
Affidamento mediante adesioni a Centrali di Committenza Extraregionali	1	5	1	5	1	1	2,33	1	1	0	3	1,25	3	BASSO	
Affidamento mediante adesione a Convenzioni Consip	1	5	1	5	1	1	2,33	1	1	0	3	1,25	3	BASSO	
Attività di controllo autodichiarazioni possesso requisiti generali, professionali, economico-finanziari ecc.	1	5	1	5	1	1	2,33	1	1	0	3	1,25	3	BASSO	

AREA ACQUISIZIONE BENI SERVIZI E LAVORI ed AREA ECONOMALE

		INDICI DI VALUTAZIONE DELLA PROBABILITÀ'				INDICI DI VALUTAZIONE DELL'IMPATTO			INDICE DI RISCHIO				
PROCESSO	Discrezionalità	Rilevanza esterna	Complessità del processo	Valore economico	Frazionabilità del processo	Controlli	VALORE MEDIO	Impatto organizzativo	Impatto economico	Impatto Reputazionale	VALORE MEDIO	Valutazione rischio (da 1 a 25)	RISCHIO
Ordinativi di fornitura per acquisti di beni in conto investimenti (arredi, tecnologie biomedicali, attrezzature ecc.)													
Liquidazione fatture relative a beni in conto investimenti con adozione di determinazione diligenziale	1	5	1	5	1	1	2,33	1	1	0	3	1,25	3
Controlli sulla esecuzione di contratti di servizi	2	5	1	1	1	2	2,00	2	1	0	3	1,50	3
Controlli sulla esecuzione di contratti di acquisizione di beni non sanitari	1	5	1	1	1	2	1,83	2	1	0	3	1,50	3
Controlli sulla esecuzione del contratto per il servizio collegato ai decessi in ambiente ospedaliero	1	5	1	1	1	2	1,83	2	1	0	3	1,50	3
Nomina commissioni ispettive, di vigilanza e controllo	2	2	1	1	1	2	1,50	1	1	0	4	1,50	2
Tenuta cassa economale	1	2	1	1	1	2	1,33	1	1	0	2	1,00	1
Gestione attività assicurativa	2	5	1	5	1	2	2,67	3	1	0	3	1,75	5
Supporto comitato gestione e valutazione sinistri	3	2	1	1	1	2	1,67	3	1	0	2	1,50	3
Incarichi a soggetti esterni (es. avvocati, medici specialisti, ecc.)	3	5	1	3	1	2	2,50	2	1	0	4	1,75	4
													BASSO

30 GEN 2018 / 98 pag 4
 ALLEGATO A
 ATTIVITÀ DI VALUTAZIONE

RAZIONE
84
DEL 04
GEN. 2018

Riepilogo attività delle Strutture Complesse per la relativa analisi del rischio con riferimento ai criteri di cui all'art.5 del PTPC
(ALLEGATO N.1)

AREA ECONOMICO FINANZIARIA

PROCESSO	A L 30 GEN. 2018	INDICI DI VALUTAZIONE DELLA PROBABILITÀ'				INDICI DI VALUTAZIONE DELL'IMPATTO				INDICE DI RISCHIO					
		Discrezionalità	Rilevanza esterna	Complessità del processo	Valore economico	Frazionabilità del processo	Controlli	VALORE MEDIO	Impatto organizzativo	Impatto economico	Impatto Reputazionale	VALORE MEDIO	Valutazione rischio (da 1 a 25)	RISCHIO	
Gestione aspetti economici, finanziari e degli investimenti connessi con la programmazione	1	2	1	1	1	1	1,17	1	1	0	3	1,25	1	BASSO	
Proposta dei bilanci preventivi	1	2	1	1	1	1	2	1,33	1	1	0	4	1,50	2	BASSO
Gestione dei budget economici, degli investimenti e dei contributi finalizzati	1	2	1	1	1	1	1,17	5	1	0	2	2,00	3	BASSO	
Tenuta della contabilità generale dell'Azienda	1	2	1	1	1	1	1,17	2	1	0	3	2,25	3	BASSO	
Tenuta della contabilità separata	1	2	1	1	1	1	1,17	2	1	0	2	1,25	1	BASSO	
Monitoraggio, verifica dell'andamento e contabilizzazione dei costi, dei finanziamenti degli investimenti, rispetto ai budget assegnati	1	2	1	1	1	2	1,33	1	1	0	2	1,00	1	BASSO	
Registrazione a sistema delle fatture passive	1	5	1	1	1	2	1,83	1	1	0	2	1,00	2	BASSO	
Effettuazione dei pagamenti e delle riscossioni	1	5	3	1	1	1	2,00	3	1	0	1	1,25	3	BASSO	
Gestione, verifica e monitoraggio dei rapporti finanziari e di cassa	2	2	1	1	1	2	1,50	2	1	0	1	1,00	2	BASSO	
Gestione, verifica e monitoraggio dei ricavi e dei crediti	1	2	3	1	1	2	1,67	2	1	0	3	1,50	3	BASSO	
Verifica e monitoraggio dei debiti	1	2	1	1	1	2	1,33	3	1	0	3	1,75	2	BASSO	
Gestione "Piattaforma" Ministero Economia per debiti PA	1	5	3	1	1	2	2,17	1	1	0	2	1,00	2	BASSO	
Trasparenza degli atti e delle procedure economico-finanziarie	1	5	1	1	1	2	1,83	5	1	0	4	2,50	5	BASSO	
Collaborazione al percorso attuativo della certificabilità del bilancio	2	5	1	1	1	1	1,83	5	1	0	4	2,50	5	BASSO	

AREA ECONOMICO FINANZIARIA

PROCESSO	INDICI DI VALUTAZIONE DELLA PROBABILITÀ					INDICI DI VALUTAZIONE DELL'IMPATTO			INDICE DI RISCHIO					
	Discrezionalità	Rilevanza esterna	Complessità del processo	Valore economico	Frazionabilità del processo	Controlli	VALORE MEDIO	Impatto organizzativo	Impatto economico	Impatto Reputazionale	VALORE MEDIO	Valutazione rischio (da 1 a 25)	RISCHIO	
Verifica, monitoraggio e contabilizzazione degli incassi tramite Casse CUP	1	2	3	1	1	1	1,50	2	1	0	1	1,00	2 BASSO	
Adempimenti fiscali dell'Azienda connessi con mandati, ricavi e reddito	1	5	1	1	1	1	1,67	2	1	0	2	1,25	2 BASSO	
Collaborazione alla predisposizione del modello 770	1	2	1	1	1	1	1,17	2	1	0	3	1,50	2 BASSO	
Predisposizione delle rendicontazioni economico finanziarie	1	2	1	1	1	1	2	1,33	3	1	0	3	1,75	2 BASSO
Reddazione del bilancio d'esercizio	1	5	1	1	1	1	1,67	2	1	0	4	1,75	3 BASSO	
Attività di verifica del permanere del possesso dei requisiti ai fini della liquidazione (regolarità DURC)	1	5	1	1	1	1	1,67	3	1	0	2	1,50	3 BASSO	

ALLEGATO A ALLA DELIBERAZIONE
30 GEN. 2018 N. 199 pag. n. 49

**Riepilogo attività delle Strutture Complesse per la relativa analisi del rischio con riferimento ai criteri di cui all'art.5 del PTPC
(ALLEGATO N.1)**

AREA FORMAZIONE PERSONALE										INDICI DI VALUTAZIONE DELLA PROBABILITÀ'			INDICI DI VALUTAZIONE DELL'IMPATTO			INDICE DI RISCHIO																				
			Rilevanza esterna			Complessità del processo			Valore economico			Frazionabilità del processo			Controlli			VALORE MEDIO		Impatto organizzativo			Impatto economico			Impatto Reputazionale			VALORE MEDIO		Valutazione rischio (da 1 a 25)		RISCHIO			
AZIENDA	GEN.	ANNO	AZIENDA	GEN.	ANNO	ATTIVITÀ	GEN.	ANNO	ATTIVITÀ	GEN.	ANNO	ATTIVITÀ	GEN.	ANNO	ATTIVITÀ	GEN.	ANNO	ATTIVITÀ	GEN.	ANNO	ATTIVITÀ	GEN.	ANNO	ATTIVITÀ	GEN.	ANNO	ATTIVITÀ	GEN.	ANNO	ATTIVITÀ	GEN.	ANNO	ATTIVITÀ			
Redazione Piano Formativo Annuale			2			2			1			1			3			1,67		1		1		0		3			1,25		2			BASSO		
Rilevazione bisogni formativi			2			2			1			1			1			1,33		5		1		0		2			2,00		3			BASSO		
Valutazione progetti di massima			2			2			1			1			1			1,33		1		1		0		4			1,50		2			BASSO		
Gestione Sistema Qualità ISO 9001 e Accreditamento Centro di Formazione			1			2			1			3			1			1,50		1		1		0		3			1,25		2			BASSO		
Attivazione eventi formativi previsti nel Piano			2			2			1			1			2			1,50		3		1		2		2			2,00		3			BASSO		
Valutazione Progettazione esecutiva			2			2			1			1			1			1,33		1		1		2		1			1,25		2			BASSO		
Gestione aule e sedi formative			1			2			1			1			1			1,17		1		1		2		1			1,25		1			BASSO		
Assistenza discenti e docenti, tutoraggio d'aula			2			2			1			3			1			1,67		1		1		0		3			1,25		2			BASSO		
Rilascio attestati e certificati di frequenza			1			2			1			1			1			1,17		1		1		0		2			1,00		1			BASSO		
Formazione esterna e in comando			2			2			1			3			1			1,67		3		1		1		5			2,50		4			BASSO		
Convenzioni con Università ed enti formativi per tirocini aziendali			2			5			1			3			1			2,17		1		1		1		5			2,00		4			BASSO		
Ammissione ai tirocini c/o strutture aziendali			2			5			1			1			1			1,83		1		1		0		3			1,25		2			BASSO		
Fatturazione attiva			1			2			1			1			1			1,17		1		1		0		2			1,00		1			BASSO		
Ammissione alla frequenza volontaria c/o strutture aziendali			2			5			1			1			1			1,83		1		1		0		3			1,25		2			BASSO		
Selezione e reclutamento docenti/tutor			2			5			1			3			1			2,17		1		1		0		3			1,25		3			BASSO		
Proposte di sponsorizzazione eventi e attività formative			2			5			1			1			1			2,00		1		1		0		3			1,25		3			BASSO		

Riepilogo attività delle Strutture Complesse per la relativa analisi del rischio con riferimento ai criteri di cui all'art.5 del PTPC
(ALLEGATO N.1)

ALLEGATO A ALLA DELIBERAZIONE
 30 GEN 2018 N. 199 pag. n.

AREA FORMAZIONE PERSONALE											
INDICI DI VALUTAZIONE DELLA PROBABILITÀ						INDICI DI VALUTAZIONE DELL'IMPATTO				INDICE DI RISCHIO	
Elaborazione protocolli e procedure con indicazione tipologie consumabili	4	2	1	1	1	1,67	4	1	1	1,75	3
Rilevazione di qualità percepita ed audit civico	2	5	1	1	2	2,00	1	1	1	2,00	4
											BASSO
											BASSO

**Riepilogo attività delle Strutture Complesse per la relativa analisi del rischio con riferimento ai criteri di cui all'art.5 del PTPC
(ALLEGATO N.1)**

AREA VALUTAZIONE PERSONALE											INDICE DI RISCHIO							
INDICI DI VALUTAZIONE DELLA PROBABILITÀ'					INDICI DI VALUTAZIONE DELL'IMPATTO						INDICE DI RISCHIO							
ALLEGATO 30 GEN. 2018		PROCESSO		Rilevanza esterna	Complessità del processo		Valore economico	Frazionabilità del processo		Controlli	VALORE MEDIO	Impatto organizzativo	Impatto economico	Impatto Reputazionale	Impatto organizzativo, economico e sull'immagine	VALORE MEDIO	Valutazione rischio (da 1 a 25)	RISCHIO
Sistema di valutazione aziendale della performance individuale	2	2	1	1	1	1	1,33	1	1	0	2	1,00	1	BASSO				
Gestione di tutte le procedure giuridiche in materia di incarichi dirigenziali: - organigramma incarichi – redazione, revisione e sistematico aggiornamento	2	2	1	1	1	1	1,33	1	1	0	2	1,00	1	BASSO				
- procedure ed atti di conferimento incarico	2	2	1	1	1	1	1,33	1	1	0	2	1,00	1	BASSO				
- gestione delle procedure di valutazione professionale alla scadenza degli incarichi e degli altri istituti contrattuali di cui all'art.26 c.2 del CCNL 2002/2005	2	2	1	1	1	1	1,33	1	1	0	2	1,00	1	BASSO				
- gestione e manutenzione banca dati computerizzata (informazioni anagrafiche personale dirigente, organigramma, graduazione e gestione documentale inherente gli incarichi	2	2	1	1	1	1	1,33	1	1	0	2	1,00	1	BASSO				
- scadenziario e valutazione prof.le, archiviazione dello storico degli incarichi etc...)	2	2	1	1	1	1	1,33	1	1	0	2	1,00	1	BASSO				
Segreteria Nucleo Valutazione	2	2	1	1	1	1	1,33	1	1	0	2	1,00	1	BASSO				
Aziendale																		

CRONOPROGRAMMA (ALLEGATO 2)

Azione di miglioramento da adottare	scadenza	Soggetti responsabili
Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione		
ALLEGATO A ALLA DELIBERAZIONE N. 199 DEL 30 GEN 2018		
Aggiornamento P.T.P.C.T. • aggiornamento delle attività a rischio; • conseguente aggiornamento del piano di formazione;	31 gennaio di ogni anno Invio relazione (su modello ad hoc) con allegato l'aggiornamento della mappatura dei processi e la valutazione dei rischi entro 30 novembre di ogni anno;	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Responsabile Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (R.P.C.T.) ▪ Direzione Aziendale • R.P.C.T. • Dirigenti responsabili nell'ambito di competenza
Aggiornamento Piano della Trasparenza	31 gennaio di ogni anno	▪ Responsabile della Trasparenza
Codice di comportamento		
Adeguamento del Codice di comportamento aziendale con quanto previsto a livello nazionale e dal P.T.P.C.T., prevedendo fra l'altro: <ul style="list-style-type: none"> • un sistema disciplinare che includa le sanzioni per i casi di illecito, specificando le azioni da compiere in caso vengano meno le condizioni di compatibilità all'incarico; • La mancata risposta alle richieste di contatto e di informativa del R.P.C.T. da parte dei soggetti obbligati in base alle disposizioni del P.T.P.C.T. è sanzionata disciplinarmente; • le condizioni ostative al conferimento degli incarichi dirigenziali e comunque di responsabilità; • le dichiarazioni di insussistenza delle cause di inconfondibilità all'atto del conferimento dell'incarico che devono rilasciare gli interessati; 	25/02/2014 Riferimento deliberazione n.257 del 25/02/2014 Revisione del Codice di Comportamento: a) inserimento dello specifico collaborare attivamente con il R.P.C.T. la cui violatione deve essere ritenuta particolarmente grave in sede di disciplinare.	Responsabile Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (R.P.C.T.) in collaborazione con la Direzione Personale.

ALLEGATO A ALLA DELIBERAZIONE
30 GEN. 2018 N. 199 pag. n. 58

<ul style="list-style-type: none"> • la periodicità del rilascio delle stesse; • l'obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse; • le misure sanzionatorie verso chi esercita azioni discriminatorie nei confronti del dipendente (<i>whistleblower</i>) che ha denunciato, fuori dei casi di responsabilità a titolo di calunnia o diffamazione, ovvero per lo stesso titolo ai sensi dell'articolo 2043 del codice civile, all'autorità giudiziaria o alla Corte dei conti, ovvero riferisce al proprio superiore gerarchico o al R.P.C.T. condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro; • le azioni sanzionatorie verso chi viene meno alla tutela della riservatezza a favore del whistleblower, gli incarichi e le attività non consentite ai dipendenti/collaboratori dell'Azienda 	<p>b) inserimento di disposizioni dedicate al personale ispettivo.</p> <p>c) inserimento di dell'obbligo riservatezza relativamente decesso in ambito ospedaliero per gli addetti al servizio (Riferimento determinazione ANAC del 28/10/2015).</p> <p>d) recepimento delle raccomandazioni ed indicazioni pratiche contenute nelle Linee Guida ANAC in consultazione dal 31/10/2016 per contributi fino al 21/11/2016</p>
<p>Aggiornamento delle competenze degli U.C.P.D. alle previsioni del Codice</p>	<p>Entro 90 giorni decorrenti dall'adozione da parte di ANAC delle linee guida.</p>
<p>Adeguamento degli atti di incarico e dei contratti di nuova stipula al Codice di comportamento</p>	<p>Riferimento deliberazioni n. 336 del 10/03/2014 e n.355 del 14/03/2014</p> <p>Da effettuarsi entro tre mesi dall'adozione del Codice di Comportamento revisionato</p> <p>Responsabile Ufficio Supporto Amministrativo alla Direzione Aziendale in collaborazione con il R.P.C.T.</p> <p>Responsabile Direzione Personale</p>

	Monitoraggio annuale sulla attuazione del Codice	Incontro annuale fra i soggetti interessati entro ottobre, o su richiesta di uno di loro.	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabile Direzione Personale • U.C.P.D. Dirigenti e Comparto • R.P.C.T..
Formazione dei Dirigenti per la corretta conoscenza e applicazione del Codice	Entro 6 mesi dall'adozione del Codice revisionato.	R.P.C.T. in collaborazione con il Responsabile Formazione e Qualità	
Informazione/Formazione di tutto il personale per la corretta conoscenza e applicazione del Codice	Entro 18 mesi dall'adozione del Codice revisionato.	R.P.C.T. in collaborazione con il Responsabile Formazione e Qualità	
Rotazione del personale	<p>Informativa sui criteri di rotazione del personale alle OO.SS.</p> <p>Per la complessità gestionale organizzativa dell'Azienda è ancora in corso la predisposizione delle prescrizioni e linee d'indirizzo in materia di rotazione comprensiva:</p> <p>a) della previsione del periodo di formazione del personale per l'acquisizione di competenze professionali;</p> <p>b) dell'individuazione delle Direzioni/Uffici da sottoporre a rotazione;</p> <p>c) fissazione della periodicità;</p> <p>d) programmazione della rotazione (su base pluriennale);</p> <p>Informativa alle OO.SS. entro 30 giorni dalla predisposizione</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Direzione Aziendale, • Responsabile Direzione Personale 	

		documento	
conferimento e autorizzazione incarichi	Adozione di atti contenenti criteri per il conferimento e l'autorizzazione di incarichi.	Invio dell'informatica al R.P.C.T. entro 30 giorni dalla predisposizione del documento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Direzione Aziendale ▪ Responsabile Direzione Personale
Incompatibilità per le posizioni dirigenziali	Definizione del sistema di controllo a campione sulle dichiarazioni rese dai dirigenti	Delibera n. 2399 del 29.12.2016 Formalizzazione della procedura utilizzata da effettuarsi entro il termine slittato al 30 aprile 2018.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Responsabile Direzione Personale
Attività successive alla cessazione dal servizio	Inserimento nei nuovi contratti di assunzione del personale della 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	Effettuato Invio a R.P.C.T. della procedura entro il mese di maggio 2018	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabile Direzione Personale
Al rinnovo dei contratti dei Dipendenti viene inserita la clausola di divieto sopra riportata		Effettuato	Responsabile Direzione Personale
Inserimento nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, della 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 dell'Azienda, nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto prevedendo le seguenti sanzioni:	Effettuato	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabile Direzione Acquisti e Appalti 	
• sanzioni sull'atto: i contratti di lavoro conclusi e gli			

			<ul style="list-style-type: none"> 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 l'Azienda per i successivi tre anni ed hanno l'obbligo di restituire eventuali compensi percepiti.
Tutela del dipendente pubblico che segnala gli illeciti (<i>whistleblower</i>)	<p>Tutti i Dipendenti che sono venuti a conoscenza di condotte illecite in ragione del rapporto di lavoro, dovrebbero denunciare il fatto al proprio superiore gerarchico ovvero all'U.C.P.D o al R.P.C.T., che devono garantire le adeguate misure di tutela e riservatezza nel rispetto di quanto previsto dall'art. 54 bis del d.lgs. n. 165 del 2001.</p> <p>L'Azienda assicura che questi non può essere in alcun modo sanzionato, licenziato o sottoposto ad una misura discriminatoria, diretta o indiretta, avente effetti sulle condizioni di lavoro per motivi collegati direttamente o indirettamente alla denuncia, parimenti il Dipendente responsabile di calunnia o diffamazione sarà segnalato all'U.C.P.D.. Il dipendente che ritiene di aver subito una discriminazione per il fatto di aver effettuato una segnalazione di illecito deve dare notizia circostanziata dell'avvenuta discriminazione R.P.C.T.;</p> <p>Nell'ambito del procedimento disciplinare, l'identità del segnalante non può essere rivelata, senza il suo consenso, sempre che la contestazione dell'addebito disciplinare sia fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla segnalazione. Qualora la contestazione sia fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione, l'identità può essere rivelata ove la sua conoscenza sia assolutamente indispensabile per la difesa dell'incolpato. La denuncia è sottratta all'accesso previsto dagli articoli 22 e seguenti della legge 7 agosto 1990, n. 241, e successive modificazioni.</p>	<p>Decorrenza immediata, all'adozione del P.T.P.C.,</p>	<ul style="list-style-type: none"> Dirigente interessato, Responsabile Direzione Personale U.C.P.D.; R.P.C.T.
Predisposizione modulo per ricevere le informazioni ritenute utili per individuare gli autori della condotta illecita e le circostanze del fatto e garantire la necessaria	PROCEDURA ATTIVATA E REGOLAMENTATA	R.P.C.T; in collaborazione con il Responsabile dell'Ufficio Servizi Informatici	h

	<p style="text-align: center;">ALLEGATO A ALLA DELIBERAZIONE N. 102 DEL 30 GEN. 2018</p>		

	<p style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">ALLEGATO..... A.... ALLA DELIBERAZIONE 30 GEN 2018 n. 199 pag. n. 59</p>
	<p>prova di impugnazione e con sensibile riduzione del rischio di corruzione;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ assunzione di comportamenti volti ad evitare l'insorgere di prassi contrarie alla corretta interpretazione della norma di volta in volta applicabile; <p>Dovrà inoltre consentire ai soggetti deputati di essere in grado di analizzare (determinazione ANAC n.12 del 28/10/2015 e delibera ANC n.831 del 3 agosto 2016) tutte le diverse fasi del processo per la mappatura, individuazione del rischio e l'identificazione delle misure di prevenzione con analisi anche del contesto esterno ed interno e con maggiore specificità in relazione alle peculiarità del settore sanitario.</p> <p>Per conseguire detti obiettivi formativi , anche mediante varie modalità ed eventi di formazione l'Azienda oltre che delle proprie risorse interne potrà avvalersi della collaborazione di agenzie specializzate e, in particolare della Scuola Umbra di Pubblica Amministrazione "Villa Umbra" con riferimento alla programmazione regionale per il confronto tra le varie esperienze per la crescita e l'ampliamento delle professionalità</p>
	<p>La formazione generale del livello aziendale sarà principalmente rivolta a favorire l'acquisizione delle conoscenze e delle abilità necessarie, a seconda del ruolo ricoperto, alla corretta attuazione del Codice disciplinare e del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione, dei principi di comportamento eticamente e giuridicamente adeguati. Detta formazione, sviluppata in incontri di in media 4 ore potrà essere curata anche dal R.P.C.T., dai Referenti e da altri docenti individuati.</p>
	<p>Dovranno essere inoltre previsti moduli formativi per la gestione dei conflitti d'interesse nei processi di procurement in sanità.</p> <p>Saranno previsti inoltre incontri di aggiornamento a</p> <p>Formazione specifica per il personale coinvolto in commissioni giudicatrici, collegi tecnici per stesura atti di gara, ecc... ; da effettuarsi entro l'anno</p>

	seguito di modifiche sostanziali del P.T.P.C.T.	2018	
Patti di integrità negli affidamenti	<ul style="list-style-type: none"> predisposizione di protocolli di legalità o patti di integrità per l'affidamento di commesse 	Patto d'Integrità elaborato e adottato con deliberazione n. 147 del 26/01/2016	Responsabile Direzione Acquisti e Appalti
	<ul style="list-style-type: none"> inserimento negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere di invito la clausola di salvaguardia che il mancato rispetto del protocollo di legalità o del patto di integrità dà luogo all'esclusione dalla gara e alla risoluzione del contratto. 	Inserimento negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere di invito	<ul style="list-style-type: none"> Responsabile Direzione Acquisti e Appalti
Azione di sensibilizzazione e rapporto con la società civile	<p>Pubblicazione P.T.P.C.T. appena adottato nel sito web aziendale a disposizione della cittadinanza prevedendo una casella di posta elettronica per la segnalazione di episodi di corruzione, cattiva amministrazione e conflitto d'interessi.</p>	Decorrenza immediata, misura da riprodurre nel P.T.P.C.T.	<ul style="list-style-type: none"> R.P.C.T. Gruppo di lavoro per la pubblicazione Responsabile Ufficio Servizi Informatici



**Relazioni del R.P.C.T.
con gli altri soggetti
aziendali**

ALLEGATO
30 GEN. 2018 ALLA DELIBERAZIONE
199 pag. n. 61

Direzione aziendale , creazione di un canale preferenziale di comunicazione per garantire l'immediata adozione di tutte le misure necessarie.	Decorrenza immediata dall'adozione del P.T.P.C.T	<ul style="list-style-type: none"> • Direttore Generale • Direttore Sanitario • Direttore Amministrativo
<p>I Referenti sono parte integrante del sistema aziendale della prevenzione della corruzione, la collaborazione con il R.P.C.T. deve essere molto stretta e a loro sono affidati specifici compiti di relazione e segnalazione, al di là del canale informativo sempre aperto con il R.P.C.T., è previsto un incontro collegiale semestrale. Segnalano immediatamente al R.P.C.T. i casi di corruzione in senso lato.</p> <p>I Referenti <u>rimettono annualmente entro il 30 novembre</u> di ogni anno una relazione al R.P.C.T., indicando le criticità riscontrate, gli eventuali casi di corruzione/violazione del codice di comportamento per gli aspetti di competenza dello stesso, i bisogni formativi e le azioni di miglioramento individuate, la mappatura dei processi e la valutazione dei rischi, al fine di aggiornare e migliorare il P.T.C.P.T.</p>	Decorrenza immediata dall'adozione del P.T.P.C.	Soggetti individuati quali Referenti (vedi Relazione al P.T.P.C.T.)
<p>U.C.P.D., per dati e informazioni circa la situazione dei procedimenti disciplinari, nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, relazionano al R.P.C.T. ed immediatamente nel caso di casi particolarmente gravi che richiedono un intervento immediato sull'organizzazione.</p>	Entro il 30 novembre di ogni anno.	U.C.P.D. Dirigenza e Comparto
<p>N.V.A. ed altri organismi di controllo interno per l'attività di mappatura dei processi e valutazione dei rischi, propongono annualmente modifiche e miglioramenti del P.T.P.C.T.</p>	Decorrenza immediata dall'adozione del P.T.P.C.T.	Componenti N.V.A.
<p>Dirigenti, svolgono attività informativa nei confronti dei Responsabili della Struttura cui afferiscono e dei Referenti.</p>	Decorrenza immediata dall'adozione del P.T.P.C.T.	Tutti i Dirigenti

<p>Responsabile della formazione, in sinergia con il R.P.C.T. predisponde il piano formativo triennale ed annuale dedicato alla prevenzione della corruzione ed alla trasparenza e ne verifica semestralmente l'efficacia dello stesso.</p>	<p>Dipendenti/collaboratori dell'Azienda, ogni dipendente/collaboratore può contattare all'e-mail dedicata il R.P.C.T. per la richiesta di informazioni, effettuare segnalazioni e suggerire possibili azioni migliorative, quale soggetto attivo della prevenzione della corruzione. In casi particolari richiedere incontri con la struttura dedicata alla prevenzione della corruzione. Si ricorda il dovere di ognuno di segnalare le situazioni di condotta illecita di cui sono venuti a conoscenza, in ragione del rapporto di lavoro, al proprio dirigente o al R.P.C.T. o all'U.C.P.D..</p>	<p>Decorrenza immediata dall'adozione del P.T.P.C.T.</p>	<p>Tutti i dipendenti e collaboratori dell'Azienda</p>
<p>Monitoraggi interni di ogni unità operativa</p> <p>Ogni Responsabile delle aree a maggior rischio definisce un sistema di monitoraggio sui propri processi, la priorità è data dal livello di rischio riscontrato, e lo invia al R.P.C.T. per eventuali osservazioni. Segnala allo stesso immediatamente le anomalie riscontrate e se rileva violazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • di rilevanza disciplinare ne da tempestiva comunicazione all'Ufficio procedimenti disciplinari per i necessari provvedimenti, • di responsabilità contabile, presenta tempestiva denuncia alla competente procura della Corte dei conti, • con ipotesi di notizia di reato ne da tempestiva denuncia alla Procura della Repubblica o ad un Ufficiale di Polizia Giudiziaria. <p>Comunica al R.P.C.T. all'inizio dell'anno i tempi previsti per la conclusione dei singoli procedimenti, già predisposti per la trasparenza.</p>	<p>Decorrenza immediata dall'adozione del P.T.P.C.T.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tutti i Responsabili per l'area di rispettiva competenza. 	
<p>La Direzione Personale comunicherà il numero e l'esito dei controlli a campione eseguito sulle autodichiarazioni</p>			<p>10</p>

ALLEGATO A
AGGENDA DI GESTIONE
CORRUZIONE
63
30 GEN 2018

	presentate dal personale, in particolar modo quelli relativi all'inconferibilità.	Invio Report entro il 31 dicembre di ogni anno	Responsabile della Direzione Personale
Monitoraggio dei rapporti amministrativi/soggetti esterni	Ogni Responsabile predisponde un sistema di monitoraggio dei rapporti tra gli operatori coinvolti nel processo decisionale ed i soggetti con i quali sono stati stipulati contratti, o sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici e non o sottoposti a controlli ai fini della verifica di eventuali relazioni di parentela o affinità o di interesse economico, la priorità è data dal livello di rischio riscontrato, e lo invia al R.P.C.T. per eventuali osservazioni. Segnala allo stesso immediatamente le anomalie riscontrate e se rileva violazioni si comporta di conseguenza come sopra indicato.	Decorrenza immediata, dall'adozione del P.T.P.C.T.	<ul style="list-style-type: none"> Tutti i Responsabili per l'area di rispettiva competenza
Controllo a campione della struttura deputata alla Prevenzione della corruzione	Il R.P.C.T. sulla base della risultante della valutazione del rischio e dei programmi di controllo dei Responsabili stabilisce annualmente il controllo a campione da effettuare sulle attività.	Controllo a campione annuale	R.P.C.T.
Di seguito sono indicate le misure da prendere sia trasversali che esclusive e per le <u>aree specifiche</u> individuate, se non già intraprese per prevenire e ridurre il rischio corruzione			
Titolo	Azioni di miglioramento da adottare	scadenza	Soggetti responsabili
Riduzione della discrezionalità dei processi	I dirigenti devono favorire l'applicazione dei processi ad evidenza pubblica e trasparenti, che siano disciplinati da normative nazionali, regionali o inquadrati in regolamenti aziendali, in mancanza di tutto questo è necessario stabilire a monte i criteri che saranno seguiti, dandone comunicazione al R.P.C.T.	Decorrenza immediata. Indicatore di monitoraggio: relazione entro il 30/11 di ogni anno attestante l'avvenuta applicazione da inviare al R.P.C.T.	Tutti i Responsabili di Struttura

<p style="text-align: right;">ALLEGATO A ALLA DELIBERAZIONE N. 199 PAG. N. 64</p> <p>Informaticizzare per quanto possibile tutti i processi, partendo da quelli a maggior rischio. Il programma deve dare modi di evidenziare le modifiche effettuate con data e autore delle stesse.</p> <p>Suddivisione della responsabilità delle varie fasi del processo su più soggetti per limitare che chi predispone l'atto sia lo stesso che lo autorizza e lo liquida.</p>			
Assunzioni a tempo indeterminato e determinato	<p>Porre in atto sistemi di controllo per la verifica della corrispondenza sia per i beni e soprattutto per i servizi fra quanto previsto nel capitolo d'appalto, integrato da quanto offerto in sede di gara, e quanto effettivamente fornito, individuando per ogni struttura un direttore dell'esecuzione</p>	<p>Decorrenza immediata. Indicatore di monitoraggio: relazione entro il 30/11 di ogni anno attestante l'avvenuta suddivisione da inviare all'R.P.C.T.</p> <p>Decorrenza immediata. Indicatore di monitoraggio: relazione entro il 30/11 di ogni anno attestante la regolarità dei controlli da inviare al R.P.C.T.</p>	<p>Decorrenza immediata. Tutti i Responsabili di Struttura in collaborazione con il Responsabile Ufficio Sistemi informatici</p> <p>Tutti i Dirigenti Responsabili</p>
Reclutamento, gestione e trattamento giuridico ed economico del personale interno ed esterno			
Stipula di contratti professionali	<p>I requisiti per i concorsi per l'accesso del personale sono ben definiti a livello nazionale, occorre monitorare con attenzione che non vengano disattesi. Ad esempio il rispetto della regola dell'anonymato nel caso di prova scritta e la predeterminazione dei criteri di valutazione delle prove allo scopo di evitare reclutamenti di candidati particolari. La commissione deve essere composta da persone non facilmente influenzabili dalle pressioni esterne, si ricorda che già nei concorsi dedicati all'area della dirigenza la nomina di uno dei componenti è a sorteggio.</p>	<p>Decorrenza immediata. Indicatore di monitoraggio: relazione entro il 30/11 di ogni anno attestante l'avvenuto monitoraggio da inviare al R.P.C.T.</p>	<p>Responsabile Direzione Personale</p>
Progressioni di carriera	<p>Più delicata è l'attribuzione di incarichi professionali, che si presta ad una maggior discrezionalità, comunque sono già previsti avvisi pubblici e procedure di comparazione.</p> <p>Per premiare la correttezza del dipendente nella sua valutazione complessiva ai fini dell'indennità di risultato nonché delle progressioni di carriera occorre verificare</p>	<p>Decorrenza immediata. Indicatore di</p>	<p>Responsabile Direzione Personale</p>

Acquisti di beni e servizi	<p>Nella fase di selezione le amministrazioni sono chiamate a porre in essere misure concrete per prevenire conflitti di interesse o possibili applicazioni distorte delle diverse disposizioni del Codice. In questa fase sono diversi i possibili eventi rischiosi che si possono verificare, diversi sono gli elementi che possono considerarsi rivelatori di una possibile non corretta gestione della procedura e diversi possono essere gli indicatori per la identificazione del rischio. Quindi l'individuazione di misure per prevenire il rischio "corrittivo" è fondamentale.</p>	<p>Occorre pertanto predisporre misure per una corretta gestione dei conflitti potenziali e/o effettivi attraverso l'enucleazione delle fattispecie tipiche di conflitto d'interessi e la divulgazione di informazioni finalizzate a consentire ai tecnici e professionisti sanitari di agire con la consapevolezza richiesta. E' opportuna la predisposizione di una modulistica per le dichiarazioni di assenza di conflitti d'interesse e la definizione della procedura per la raccolta, tenuta ed aggiornamento delle dichiarazioni.</p> <p>Inoltre nella fase di istituzione delle Commissioni di gara l'Azienda dovrà pubblicare i nominativi e i curricula dei commissari;</p>	<p>Invio a R.P.C. di report contenente il rapporto tra il numero di procedure attivate nell'anno e il numero per le quali è pervenuta una sola offerta, per la stessa categoria in merceologica, da quell'anno, entro il 30/11 di ogni anno.</p>
Acquisti di beni e servizi	<p>La verifica dell'aggiudicazione costituisce un momento essenziale di accertamento della correttezza della procedura espletata. In questa fase vi sono possibili eventi rischiosi che si possono verificare, diversi sono gli elementi che possono considerarsi rivelatori di una possibile non corretta gestione della procedura e diversi possono essere gli indicatori utili per la identificazione del rischio. Quindi l'individuazione di misure per prevenire il rischio "corrittivo" è fondamentale</p>	<p>Predisposizione della modulistica per la raccolta delle dichiarazioni di assenza di conflitto d'interessi: termine slittato al 31 maggio 2018.</p> <p>Decorrenza dalla data di adozione del P.T.P.C.T. Riferimento ANAC n. 1190 del 16/11/2016</p>	<p>Invio a R.P.C. di report contenente il numero di ricorsi contro esclusioni relative alla mancanza di requisiti del ricorrente, dalla procedura di gara o contro aggiudicazioni a soggetti ai quali viene contestata la mancanza</p>

Acquisti di beni e servizi	<p>La fase dell'esecuzione del contratto espone particolarmente al rischio di eventi corruttivi, diversi sono gli elementi che possono considerarsi rivelatori di una possibile non corretta gestione della fase e diversi possono essere gli indicatori utili per la identificazione del rischio. Quindi l'individuazione di misure per prevenire il rischio "corruttivo" è fondamentale</p>	<p>dei requisiti riferiti all'anno precedente e quello in corso rispetto all'adozione P.T.P.C.T. trasmettere entro il 30/11 di ogni anno.</p>	<p>Direttore dell'esecuzione di ogni contratto.</p>
Acquisti di beni e servizi	<p>La fase di rendicontazione del contratto nella quale l'amministrazione verifica la conformità o regolare esecuzione della prestazione richiesta ed effettua i pagamenti a favore dei soggetti esecutori, espone a possibili eventi corruttivi. Diversi sono gli elementi che possono considerarsi rivelatori di una possibile non corretta gestione della fase e diversi possono essere gli indicatori utili per la identificazione del rischio. Quindi l'individuazione di misure per prevenire il rischio "corruttivo" è fondamentale</p>	<p>Invio a R.P.C.T. di report contenente il valore dello scostamento tra il contratto concluso e quello inizialmente aggiudicato da trasmettere entro il 30/11 di ogni anno.</p>	<p>Direttore dell'esecuzione di ogni contratto.</p>
Gestione finanziamenti pubblici e privati			
Gestione finanziamenti pubblici e privati, (donazioni e finanziamenti)	<p>Verifica che gli stessi non generino costi ulteriori o acquisizioni vincolate, specialmente nella donazione di beni strumentali</p>	<p>Invio attestazione dell'avvenuta verifica annuale entro il 30/11 di ogni anno.</p>	<p>Responsabile Direzione Acquisti Appalti</p>

AREE DI RISCHIO SPECIFICHE

Attività libero professionale e Liste d'attesa

**ALLEGATO A ALLA DELIBERAZIONE N. 68
30 GEN 2018 pag. n. 68**

Area sanitaria <p>L'attività libero professionale specie con riferimento alle connessioni con il sistema di gestione delle liste di attesa e alla trasparenza delle procedure di gestione delle prenotazioni e identificazione dei livelli di priorità delle prestazioni può rappresentare un'area a rischio di comportamenti "corruativi".</p>	<p>Con riferimento all'ALPI prevedere sistemi di controllo e verifica</p> <p>Invio report semestrali, entro il 30/06 ed il 31/12 di ogni anno, attestanti l'avvenuta effettuazione dei controlli e delle verifiche</p> <p>Le liste d'attesa dovranno essere rese disponibili, a richiesta, al R.P.C.T.</p>	<p>Direttore Direzione Ospedaliera Responsabile Ufficio Controllo di Gestione e Sistemi Informatici</p>
<p>Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni</p>		

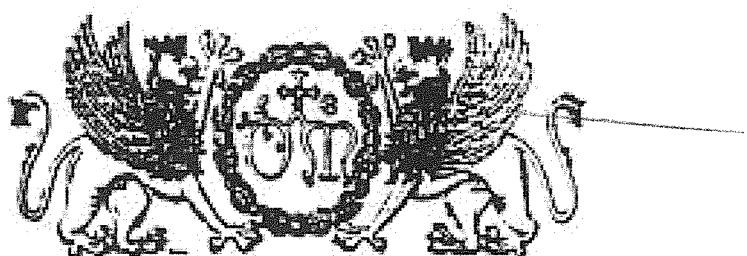
Area sanitaria <p>Il settore dei farmaci, dei dispositivi, l'introduzione di altre tecnologie, l'attività di ricerca, di sperimentazione clinica e le correlate sponsorizzazioni, sono ambiti particolarmente esposti a rischio di fenomeni corruttivi e di conflitto d'interessi. Pertanto oltre alla particolare attenzione da porre nel ciclo degli acquisti, nella gestione informatizzata del magazzino ai fini della corretta movimentazione delle scorte e dell'informatizzazione del ciclo di terapia fino alla somministrazione occorre attivare ulteriori misure atte a prevenire il rischio corruttivo.</p>	<p>Controlli e verifiche sulla corretta applicazione delle procedure.</p> <p>Invio di dichiarazione da parte della Direzione Farmacia e della Direzione Medica di Presidio attestante l'effettuazione dei controlli e delle verifiche da inviare entro il 30/11 di ogni anno.</p>	<p>Direttore Direzione Medica Ospedaliera Responsabile Direzione Farmacia</p>
--	---	---



Attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero

Area sanitaria	Attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero	Invio entro il termine, ulteriormente slittato al 31/03/2018 di un documento contenente le cautele poste in atto per prevenire possibili eventi corruttivi relativi alla gestione dei servizi obitorioi.	Direttore Ospedaliera	Direzione e Servizi Alberghieri	Medica Direzione Economato
	<p>Il decesso in ambito ospedaliero può comportare il verificarsi di eventi rischiosi per i quali è necessario prevedere misure al fine di impedirne il verificarsi. Sia nel caso di gestione esternalizzata che internalizzata devono essere rafforzati gli strumenti di controllo nei confronti degli operatori coinvolti. Una possibile misura correttiva rivolta agli operatori interni può essere quella della rotazione del personale;</p>				

ALLEGATO A ALLA DELIBERAZIONE
30 GEN. 2018 N. 199 PAG. N. 70



Sigillo dell'Ospedale di S. Maria della Misericordia di Perugia

AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA

Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità 2018 – 2020

Il Responsabile Aziendale della Trasparenza
Dott.ssa Serena Zenzeri



Indice

Introduzione

1 - Organizzazione e Funzioni dell’Azienda Ospedaliera di Perugia

2 – Mission

3 – Organizzazione aziendale

4 – Innovazione tecnologica e organizzativa

5 – I dati e le informazioni

6 – Accesso Civico

7 – Albo Pretorio on-line

8 – Posta Elettronica Certificata

9 – Informazioni relative all’Ufficio Relazioni con il Pubblico

10 – Politica della qualità e benessere organizzativo

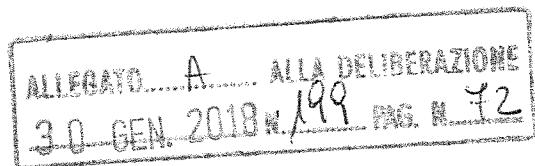
11 – Collegamenti con il piano delle prestazioni e dei risultati

12 – Modalità di predisposizione e pubblicazione del Programma della Trasparenza e dell’Integrità

13 – Iniziative per favorire la trasparenza e la cultura dell’integrità e della legalità

14 – Ascolto degli stakeholder

15 – Sistema di monitoraggio interno sull’attuazione del Programma



Introduzione

Richiamato quanto contenuto nell'introduzione al Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità 2013 – 2015 pubblicato da questa Azienda in ottemperanza a quanto prescritto all'art.10 del decreto legislativo n. 33 del 14/03/2013, quanto contenuto nei Programmi Triennali per la Trasparenza e l'Integrità 2014 – 2016, 2015-2017 e 2016 – 2018 e 2017-2019 sempre pubblicati da questa Azienda.

Ricordato che l'accezione di trasparenza alla quale si fa riferimento è quella di accessibilità totale delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguitamento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche. E' qualificata come istituto in attuazione del principio democratico, quale condizione di garanzia delle libertà individuali e collettive, nonché dei diritti civili, politici e sociali ed espressione del diritto ad una buona amministrazione.

Tale accezione 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.).

L'accessibilità totale presuppone l'accesso da parte della collettività a tutte le informazioni pubbliche. Il modo principale con il quale si ottempera tale disciplina è la pubblicazione sui siti istituzionali di una serie di dati, individuati in base a precisi obblighi normativi. Lo scopo quindi della norma sulla trasparenza è quello di favorire la partecipazione e l'effettivo controllo sull'operato delle Pubbliche Amministrazioni, affinché il perseguitamento del pubblico interesse si realizzi in modo efficiente ed efficace, senza spreco di risorse e in un continuo miglioramento.

In questo modo, attraverso la pubblicazione on-line, si offre la possibilità agli stakeholder di conoscere sia le azioni ed i comportamenti strategici adottati con il fine di sollecitarne ed agevolarne la partecipazione ed il coinvolgimento, sia l'andamento della performance ed il raggiungimento degli obiettivi espressi nel ciclo di gestione delle performance.

Ribadito inoltre che le disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità hanno fatto del principio della trasparenza uno degli assi portanti delle politiche di prevenzione della corruzione così come anche riportato nella delibera n.50/2013 "Linee Guida per l'aggiornamento del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2014-2016.

Conseguentemente il Piano Triennale per la Trasparenza e l'Integrità deve essere coordinato con quello Triennale della Prevenzione della Corruzione.

La delibera n.50/2013 della CIVIT (oggi ANAC) tenuto conto delle rilevanti modifiche normative fornisce linee guida e indicazioni per l'aggiornamento del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità e per il suo coordinamento con il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione.

Richiama l'attenzione sull'opportunità che all'interno del Programma vengano previste misure di monitoraggio e di vigilanza sull'attuazione degli obblighi di trasparenza (art.10, cc.2 e 7 e art. 43, c.2 del D.Lgs. n. 33/2013) in relazione all'autonomia organizzativa delle singole amministrazioni e ricorda che concorrono alla corretta attuazione del Programma, oltre al Responsabile della Trasparenza, tutti gli uffici dell'amministrazione, sia centrali che periferici e i relativi dirigenti.

Il presente Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità è stato elaborato quindi tenendo conto delle diverse normative che possono costituire la disciplina di riferimento e in coerenza agli indirizzi e linee guida degli Organismi preposti; in particolare è stato elaborato avendo a riferimento tutte le normative e le delibere richiamate nei precedenti Programmi con le ulteriori indicazioni contenute nella delibera n.50/2013 "Linee guida per l'aggiornamento del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità 2014/2016 della Commissione Indipendente per la Valutazione la

Trasparenza e l'Integrità delle Amministrazioni Pubbliche- Autorità Nazionale Anticorruzione (oggi ANAC).

Tiene inoltre in considerazione anche della deliberazione n.243 del 15/05/2014 del Garante per la Protezione dei Dati Personalni "Linee guida in materia di trattamento di dati personali, contenuti anche in atti e documenti amministrativi, effettuato per finalità di pubblicità e trasparenza sul web da soggetti pubblici e da altri enti obbligati", pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n.134 del 12/06/2014.

Tiene altresì conto della determinazione n.12 del 28 ottobre 2015 dell'A.N.A.C. Autorità Nazionale Anticorruzione che, nel precisare che la trasparenza è uno degli assi portanti della politica anticorruzione impostata dalla L.190/2012, raccomanda di inserire il Programma per la Trasparenza all'interno del PTPC, come specifica sezione, circostanza attualmente prevista solo come possibilità dall'art.10, comma2 del D. Lgs. 14/03/013, n.33)

Il presente Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità, inserito pertanto come specifica sezione all'interno del P.T.P.C., manifesta le iniziative e gli atti attraverso i quali l'Azienda Ospedaliera si fa garante dell'attuazione del principio di trasparenza come sopra delineato ed inteso come accessibilità totale ad una serie di dati dell'organizzazione e all'attività delle proprie Strutture, in funzione di servizio agli utenti e di trasparenza per la collettività. In questo senso il Programma si prefigge di garantire l'accessibilità alle notizie utili a consentire la partecipazione dei cittadini e degli stakeholder ad ogni fase del ciclo di gestione delle performance aziendali; la piena conoscenza dei servizi resi, le caratteristiche qualitative e le modalità di erogazione degli stessi, promuovendo al tempo stesso l'integrità e la legalità dell'attività amministrativa.

Tiene conto inoltre della delibera ANAC n.831 del 3 agosto 2016 nella quale viene ribadito che la trasparenza è *una misura di estremo rilievo fondamentale per la prevenzione della corruzione. Essa è posta al centro di molte indicazioni e orientamenti internazionali in quanto strumentale alla promozione dell'integrità, allo sviluppo della cultura della legalità in ogni ambito dell'attività pubblica.*

All'attuale quadro normativo in materia di trasparenza il D. Lgs. n.97/2016 ha apportato rilevanti innovazioni: un nuovo ambito soggettivo di applicazione degli obblighi e delle misure in materia di trasparenza; il perseguimento dell'obiettivo di razionalizzare gli obblighi di pubblicazione vigenti mediante la concentrazione e riduzione degli oneri gravanti sulle amministrazioni pubbliche anche con l'introduzione di due misure di semplificazione (possibilità di pubblicazione di informazioni riassuntive aggregate in sostituzione di quella integrale; consente all'ANAC di modulare gli obblighi di pubblicazione in relazione alla natura dei soggetti, alle dimensioni e alle attività svolte). Il decreto ha poi disciplinato un nuovo accesso civico, molto più ampio di quello della precedente formulazione, riconoscendo a chiunque, indipendentemente dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti, l'accesso ai dati e ai documenti detenuti dalle P.A., nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e privati, e salvi i casi di segreto o di divieto di divulgazione previsti dall'ordinamento. L'adeguamento alle modifiche introdotte da detto decreto dovrà avvenire entro il 23/12/2016 sia con riferimento agli obblighi di trasparenza sia all'accesso civico.

Tiene conto altresì della determinazione ANAC n.1309 del 28/12/2016 "Linee Guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'Accesso Civico di cui all'art.5 co.2 del D. Lgs. 33/2013" e della delibera ANAC n.1310 del 28/12/2016 "Prime Linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel D. Lgs. 33/2013 come modificato dal D. Lgs. 97/2016".

1. Organizzazione e funzioni dell'Azienda

In merito si riporta quanto contenuto nei precedenti Programmi Triennali con alcune integrazioni necessarie in considerazione degli adempimenti, compiti e sviluppi posti in essere nel corso delle annualità 2013, 2014, 2015, 2016 e 2017.

L’Azienda Ospedaliera di Perugia “S. Maria della Misericordia” (di seguito “Azienda Ospedaliera di Perugia”), si ricorda, nasce con la pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 3/3/1994 nel quale, ai sensi dell’art. 4 comma 1 del D. Lgs. 502/1992, viene riconosciuta quale Ospedale di rilievo nazionale e di alta specializzazione da costituire in Azienda Ospedaliera. L’Azienda diventa operativa dal 13/2/1995 quando con il Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 104 viene nominato il primo Direttore Generale e definita la sede legale.

L’Azienda Ospedaliera di Perugia, è dotata di personalità giuridica pubblica e di autonomia imprenditoriale, amministrativa, contabile, tecnica, patrimoniale e gestionale (cfr. art. 3, comma 1 bis, D. Lgs. 502/92) ed è posta sotto la vigilanza della Regione medesima, quale ente strumentale dell’ente regionale, che mantiene funzioni di indirizzo tecnico, di promozione e di supporto.

Con l’emanazione della Legge Regionale 19 dicembre 1995 n. 51 “Norme in materia di contabilità, di amministrazione dei beni, di attività contrattuale e di controllo delle Aziende sanitarie regionali” pubblicata nel B.U.R. Umbria 27 dicembre 1995, n. 64, S.O. n. 1. e successive modifiche e integrazioni si è data piena attuazione ai fondamentali principi di riforma sanitaria (D.Lgs. 502/92, D.Lgs. 229/99 e s.m.i.), con particolare riferimento al processo di aziendalizzazione delle ex Unità Sanitarie Locali.

Con successive norme, delle quali si richiama la più recente, l’Azienda Ospedaliera di Perugia “Santa Maria della Misericordia”, ai sensi dell’art. 20 della Legge Regionale n. 11 del 09 aprile 2015 e s.m.i., è sempre riconosciuta quale Azienda del Servizio Sanitario Regionale di rilievo nazionale di alta specialità con personalità giuridica pubblica e autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale, tecnica e imprenditoriale.

Nell’ambito della programmazione sanitaria regionale (art. 20 L.R.U. n.11/2015) organizza i propri servizi e l’attività di competenza attenendosi ai seguenti criteri:

- a) autonomia organizzativa dei livelli decisionali, al fine dell’efficienza operativa;
- b) strutturazione in forma dipartimentale anche a valenza interaziendale, per aree omogenee, sulla base delle disposizioni della richiamata legge regionale e della programmazione regionale;
- c) istituzione in attuazione della legge n.251/2000 del Servizio infermieristico, tecnico sanitario, riabilitativo, ostetrico (SITRO), come struttura di staff della direzione aziendale dotata di autonomia tecnico organizzativa e gestionale, che può essere articolato anche su base dipartimentale, per la promozione, l’attuazione e lo sviluppo di modelli di organizzazione ed innovazione dei processi assistenziali;
- d) decentramento decisionale verso i dipartimenti e le strutture al fine di favorire la più ampia partecipazione e l’apporto delle professionalità del Servizio sanitario regionale ai processi organizzativi e operativi.

Deve sottolinearsi che la natura giuridica dell’Azienda Ospedaliera di Perugia è destinata a mutare in quanto la stessa è stata individuata, in attuazione del D. Lgs. 517/1999 quale Azienda Ospedaliero-Universitaria dall’ art. 20 L.R.U. n.11/2015, il quale prevede che la costituzione, l’attivazione, l’organizzazione e il funzionamento è disciplinato da un Protocollo d’Intesa previsto dal D. Lgs. 517/1999 stipulato dalla Giunta Regionale con l’Università degli Studi di Perugia.

Il processo formativo dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria ne prevede la concreta costituzione in seguito alla sottoscrizione di Protocolli Attuativi, stipulati tra il Direttore Generale ed il Rettore dell’Università degli Studi di Perugia.

I Protocolli Attuativi disciplinano in particolare l’atto aziendale ed il regolamento di organizzazione e funzionamento dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria nonché la ripartizione paritetica dei risultati economici della gestione, come risultano dal bilancio consuntivo annuale.

L’Azienda Ospedaliero-Universitaria verrà, poi, ad essere formalmente costituita con Decreto del Presidente della Giunta Regionale, su conforme Deliberazione della Giunta Regionale, che prende atto della avvenuta sottoscrizione dei Protocolli Attuativi. La formale costituzione decorre dal giorno successivo alla pubblicazione nel Bollettino Ufficiale della Regione Umbria. La concreta

ALLEGATO..... A ALLA DELIBERAZIONE
30 GEN. 2018 N. 199 PAG. N. 45

attivazione dell’Azienda Ospedaliero–Universitaria avviene con la costituzione degli Organi, al termine dell’espletamento delle relative procedure.

In data 14 maggio 2013 è stato sottoscritto dal Magnifico Rettore dell’Università degli Studi di Perugia e dalla Presidente della Giunta Regionale il Protocollo Generale d’Intesa in attuazione dell’art.1, comma 1 del D. Lgs. 21 dicembre 1999 n.517, del D.P.C.M. 24 maggio 2001, della Legge 30 dicembre 2010 n. 240 e della Legge regionale 12 novembre 2012, n. 18. Le parti hanno successivamente ridefinito alcuni aspetti dell’accordo e tale ridefinizione è stata formalizzata con il nuovo Protocollo Generale d’Intesa, sottoscritto in data 20 aprile 2015.

In data 22 luglio 2016 è stato sottoscritto dai rappresentanti delle Aziende Sanitarie di Perugia e Terni e dell’Università degli Studi di Perugia il primo dei tre protocolli attuativi vale a dire il Protocollo Attuativo per la disciplina dell’organizzazione e del funzionamento delle costituende Aziende Ospedaliere-Universitarie di Perugia e Terni, i cui contenuti sono stati resi efficaci dalla deliberazione di Giunta Regionale n.893 del 1° agosto 2016, recepita dall’Azienda Ospedaliera unitamente al citato Protocollo con deliberazione 31 agosto 2016 n.1558.

Il percorso di costituzione delle Aziende Ospedaliere-Universitarie attualmente in corso, richiede ancora l’adozione di atti e di una serie di ulteriori adempimenti in corso di definizione.

Inoltre in data 22 luglio 2016 tra l’Università degli Studi di Perugia e l’Azienda Ospedaliera di Perugia è stato concordato lo schema tipo di Protocollo per l’attribuzione delle responsabilità di Dipartimento dell’Azienda Ospedaliera di Perugia, al fine di assegnare l’incarico di Responsabile di Dipartimento e per assicurare il funzionamento del Collegio di Direzione, organo del quale i Responsabili di Dipartimento sono membri di diritto.

Con deliberazione di Giunta Regionale n.894 del 1° agosto 2016 avente ad oggetto “*Protocollo d’Intesa tra Università degli Studi di Perugia e Azienda Ospedaliera di Perugia per la nomina provvisoria dei Responsabili dei Dipartimenti assistenziali ad attività integrata. Valutazione ex art. 37 della l.r. 11/2015*”, la Regione Umbria ha ritenuto lo schema tipo del Protocollo d’Intesa tra l’Università degli Studi di Perugia e l’Azienda Ospedaliera di Perugia per la nomina provvisoria dei Responsabili dei Dipartimenti assistenziali ad attività integrata, allo stato degli atti, congruo, data la dichiarata continuità con l’organizzazione dipartimentale aziendale attuale dell’Azienda Ospedaliera di Perugia; in data 12 ottobre è stato sottoscritto dai rappresentanti dell’Azienda Ospedaliera di Perugia e l’Università degli Studi di Perugia il “*Protocollo d’Intesa tra Università degli Studi di Perugia e Azienda Ospedaliera di Perugia per la nomina dei Responsabili dei Dipartimenti assistenziali ad attività integrata*”, recepito con atto deliberativo del Direttore Generale n.1834 del 13 ottobre 2016.

Con deliberazione n.1835 del 13 ottobre 2016 dell’Azienda Ospedaliera di Perugia si è proceduto alla costituzione e designazione dei componenti il Collegio di Direzione aziendale.

Di seguito si forniscono alcune informazioni di carattere generale.

La sede amministrativa dell’Azienda è situata in Piazzale Giorgio Menghini nn.8/9 – 06129 Perugia

La sede legale è situata presso l’Ospedale S. Maria della Misericordia – S. Andrea delle Fratte – 06132 Perugia.

Il sito internet istituzionale è il seguente: www.ospedale.perugia.it

Il logo aziendale è quello di seguito raffigurato:



Stemma dell’Ospedale di S. Maria della Misericordia di Perugia

2. Mission

Si conferma anche nel Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità 2018–2020 la mission aziendale stante il diritto fondamentale cui si riferisce.

L'Azienda Ospedaliera assicura la tutela della salute come diritto fondamentale della persona e interesse della collettività ai sensi dell'articolo 32 della Costituzione e delle disposizioni statali e regionali.

I principi ispiratori dell'Azienda si basano sulla centralità del cittadino ed il soddisfacimento dei suoi bisogni assistenziali. La mission aziendale persegue il miglioramento della salute del cittadino garantendo e offrendo prestazioni e servizi. A tal proposito si ricorda quanto riportato nei Piani Triennali della Trasparenza 2013-2015, 2014-2016, 2015-2017, 2016-2018 e 2017-2019 ed in particolare nelle relazioni annuali dalle quali emergeva che le attività assistenziali ospedaliere si attestavano sempre più nelle tre principali funzioni caratterizzanti la mission aziendale: l'ospedale dell'emergenza; l'ospedale di alta specialità e di attrazione sia per i residenti umbri che extraregionali; l'ospedale del territorio con la medio/bassa specialità.

Inoltre l'Azienda Ospedaliera di Perugia sta sempre più integrando, attraverso la stipula di protocolli d'intesa interaziendali, la propria attività con quella delle aziende territoriali umbre non solo per poter garantire una migliore continuità assistenziale tra ospedale e territorio ma anche per rispondere all'annoso problema delle liste di attesa chirurgiche che in alcuni casi provoca la fuga dei pazienti verso gli ospedali di altre regioni.

Per quanto concerneva i servizi, era già stato evidenziato l'aumento; infatti, erano stati offerti ai cittadini, Unità di degenza psichiatrica – Servizio psichiatrico di diagnosi e cura, il Parto indolore H24 del Servizio anestesiologico, sia nel miglioramento della qualità delle procedure assistenziali e della loro valutazione: la diffusione del progetto “Ospedale senza Dolore” a tutte le Unità di degenza con la misurazione routinaria del dolore; il controllo di qualità della documentazione clinica e la valutazione delle strutture accreditate, la partecipazione all'Osservatorio Nazionale Buone Pratiche in Sanità dell'Agenas con la pubblicazione di sette buone pratiche e al network degli Ospedali con i Tre Bollini il massimo riconoscimento che l'Osservatorio Nazionale sulla salute della donna – ONDA assegna alle Strutture di eccellenza nella cura delle patologie femminili.

Inoltre erano stati messi in campo interventi organizzativi innovativi quali l'Organizzazione Snella – Lean Organization, noto come metodo Toyota, all'interno dell'Area Emergenza/Urgenza ed era stata istituita la figura “on demand” dell'Infermiere Amico, una figura di vicinanza a chi entra in Pronto Soccorso, per ottimizzare i flussi nei momenti critici con la riduzione dei tempi di attesa e di attraversamento in Pronto Soccorso che aveva portato al riconoscimento della menzione speciale da parte dell'Associazione Italiana Formatori al Premio Basile 2011 come “modello di innovazione organizzativa in sanità”. L'adozione di percorsi diagnostico terapeutici “snelli” scientificamente validati, era stata sperimentata nella riorganizzazione del percorso del paziente con traumatologia ortopedica con notevole aumento del livello di efficienza della Struttura.(fonte Relazioni Annuali).

Anche nella Relazione al Bilancio d'Esercizio 2012 era stato ribadito che l'Azienda Ospedaliera di Perugia, senza scopo di lucro, ha la finalità di proteggere, promuovere e migliorare la salute della popolazione residente e presente nel territorio regionale mediante programmi e azioni coerenti con gli obiettivi dettati dalla legislazione sanitaria e sociosanitaria nazionale e regionale.

Per il raggiungimento delle finalità sopra ricordate, l'Azienda Ospedaliera di Perugia ha disciplinato la propria organizzazione ed il proprio funzionamento improntando l'attività ai criteri di efficacia, efficienza ed economicità, nel rispetto del vincolo di bilancio e dell'equilibrio economico.

La mission dell'Azienda Ospedaliera di Perugia si concretizza, in sostanza, nella funzione pubblica di tutela della salute, mediante l'adozione di criteri di ottimizzazione dei risultati da un punto di vista clinico - epidemiologico ed economico-finanziario.

Lo scopo è quello di fornire prestazioni ed attività efficaci, essenziali ed appropriate in modo efficiente ed economico.

La visione strategica dell’Azienda mira a creare un ambiente organizzativo basato sull’appropriatezza delle prestazioni e dei servizi erogati in risposta ai bisogni dei cittadini, promuovendo modelli organizzativi innovativi sulla base anche di una corretta gestione delle risorse disponibili.

I principi ispiratori che orientano l’Azienda sono in sintesi basati sui seguenti valori:

- la centralità del cittadino nel servizio sanitario attraverso una pratica professionale attenta;
- l’equità degli interventi da garantire attraverso l’appropriatezza delle prestazioni e delle attività erogate in una logica di miglioramento continuo compatibile con le risorse disponibili;
- la trasparenza dei processi decisionali e delle politiche aziendali esplicitando i livelli di responsabilità ed autonomia dei professionisti;
- la solidarietà garantendo l’accessibilità e la fruibilità dei servizi a tutti i cittadini;
- l’innovazione continua sia in ambito clinico-assistenziale che gestionale-organizzativo nel rispetto del principio della distinzione tra attività di programmazione, indirizzo e controllo, di competenza degli organi istituzionali, ed attività di organizzazione e gestione, di competenza dei dirigenti;
- la valorizzazione, responsabilizzazione e coinvolgimento della dirigenza e delle risorse professionali dell’azienda a tutti i livelli;
- l’orientamento delle attività in senso progettuale e, quindi, per obiettivi, correlate direttamente da una parte ai bisogni dell’utenza, mutevoli e differenziati, e dall’altra, alle effettive risorse a disposizione;
- la promozione del modello dipartimentale nell’Azienda;
- la sicurezza delle prestazioni intesa come l’insieme di regole, procedure e comportamenti finalizzati a garantire la tutela dei pazienti e dei lavoratori.

L’Azienda Ospedaliera di Perugia, integrata con la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell’Università degli Studi di Perugia e le sue Scuole di Specializzazione, per il complesso di tecnologie, di specifiche professionalità e per tipologia di prestazioni fornite, è un punto di eccellenza sia per la Sanità Umbra che per quella Nazionale.

Per quanto riguarda i progetti, anche in considerazione del fatto che le Aziende Ospedaliero/Universitarie sono sistemi organizzativi che hanno come “mission” la didattica, la ricerca e l’assistenza, si ricorda quanto già riportato nel precedente Programma 2015-2017 e cioè che sono stati realizzati/implementati:

1) Ospedale paperless. Percorso di informatizzazione.

Si è implementato tutto il processo di informatizzazione del percorso clinico del paziente ricoverato. Si parte dall’accettazione informatizzata al Pronto Soccorso, fino all’acquisizione di tutti i referti elaborati dai servizi diagnostici.

Sono stati implementati i percorsi informatizzati per quasi tutte le strutture di degenza, di messa in sicurezza per le prescrizioni e somministrazioni dei farmaci. Sono stati inoltre informatizzati i blocchi operatori. In definitiva si sta completando la Cartella Clinica Informatizzata che andrà ad alimentare il “Fascicolo elettronico” per ciascun residente umbro (previsto dal Decreto n.69/2013).

2) Ospedale senza dolore: la iniziativa cardine è la misurazione sistematica del dolore al letto del malato ed eseguita, come la febbre, almeno due volte al giorno, una attività ormai praticata in tutte le unità di degenza. Questo progetto mira a dare una visibilità al dolore, pari agli altri segni vitali ed è il presupposto per il conseguente trattamento. In questo ambito l’Azienda Ospedaliera di Perugia ha effettuato corsi di formazione a più di mille operatori, tra medici ed infermieri.

3) **Ospedale Accreditato.** Dopo le nove strutture già accreditate o con certificazione europea, nel 2014 è iniziato il percorso per l'accreditamento di tutti i Dipartimenti sanitari che coinvolge tutti i professionisti medici e infermieri.

Il processo di accreditamento standardizza ed uniforma le procedure assistenziali elevando la qualità e la sicurezza delle cure.

4) **Ospedale Aperto.** Consiste nell'umanizzazione del percorso di accoglienza e delle funzioni alberghiere sia per i degenti che per i visitatori. Sono stati ridefiniti gli orari per la distribuzione del vitto; sono stati ampliati gli orari di visita nei giorni feriali; le terapie intensive e le rianimazioni si sono aperte ai visitatori; sono stati pubblicati sul sito aziendale i moduli per il consenso informato. L'Ospedale di Perugia ha inoltre acquisito un **account Twitter “@ospedaleperugia”** per interagire con i cittadini.

5) **Ospedale Ecosostenibile.** La raccolta differenziata è stata attivata in tutti i reparti con punte di adesione che arrivano anche al 40%. Tale risultato colloca l'Ospedale di Perugia tra i primi ospedali italiani di grande dimensione che hanno raggiunto questo obiettivo.

Nel corso dell'anno è stato attivato un impianto fotovoltaico di ultima generazione per energia rinnovabile di circa 4mila metri sui tetti senza impatto ambientale.

Inoltre è attiva una nuova Centrale di Trigenerazione che oltre ad economie di gestione, permette di ridurre l'immissione di CO₂ nell'atmosfera di 4mila e 400 tonnellate per anno.

Grazie alla convenzione con Umbria Acque è stato installato il primo distributore di acqua "mineralizzata" che permette di ridurre l'impatto ambientale di migliaia bottiglie di plastica.

6) **Ospedale Donna.** Per il sesto anno consecutivo l'Azienda Ospedaliera di Perugia, unico Ospedale dell'Umbria, ha ottenuto, da una commissione di esperti dell'Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna (ONDA), i 3 Bollini Rosa, massimo riconoscimento per la presenza di servizi nell'ambito di specialità di maggiore rilievo clinico ed epidemiologico per la popolazione femminile, per l'appropriatezza del percorso diagnostico-terapeutico, per i servizi, e per l'accoglienza delle pazienti e per la tutela della loro dignità".

Il risultato dei 3 Bollini Rosa risulta maggiormente significativo se si considera che appena dieci sono state le strutture ospedaliere del Centro Italia (Toscana, Marche e Lazio) che hanno conseguito lo stesso risultato.

L'aumento del parto indolore H24, con la diminuzione dei parti cesarei; la costituzione di team multidisciplinari per la cura del tumore al seno e della tiroide e la gestione delle emergenze ostetriche emorragiche e l'acquisizione di apparecchiature di ultima generazione nella diagnostica del tumore al seno, hanno accresciuto il brand dei servizi del nostro Ospedale.

A tale proposito è significativa anche l'attivazione delle Stanze di Lucina, un'area ubicata all'interno della Degenza di Ostetricia e Ginecologia, allestita per il percorso assistenziale di parti fisiologici, gestiti esclusivamente dall'Ostetrica, per le donne che ne fanno richiesta. Tale scelta risponde al concetto di appropriatezza delle cure all'interno del Percorso Nascita mediante specifici percorsi assistenziali differenziati per profili di rischio, evitando la medicalizzazione non necessaria con una conduzione ostetrica protetta, nel rispetto delle condizioni di sicurezza.

Inoltre FIASO si è fatta promotrice della raccolta sistematica di quelle pratiche che, nella quotidianità delle Aziende sanitarie e ospedaliere, hanno prodotto, risultati importanti e validi in diversi ambiti, clinici, organizzativi, economici e di sicurezza per i pazienti.

Per l'Azienda Ospedaliera di Perugia sono stati inseriti e pubblicati nel "Libro Bianco" tre progetti (Formazione ed inserimento del personale neoassunto; Ricerca-Intervento: "Umanizzazione delle cure in terapia intensiva"; Ospedale senza dolore), con un riconoscimento particolare identificato con il bollino blu per il progetto della formazione ed inserimento del neoassunto.

L'attività dell'anno 2015 illustrata dalla Direzione Aziendale nel corso di un incontro aperto in data 23 dicembre 2015, evidenzia che il 2015 si caratterizza come l'anno delle innovazioni tecnologiche ed organizzative. L'Azienda Ospedaliera di Perugia ha ultimato infatti la realizzazione dell'edificio denominato CREO per un investimento di oltre 14 milioni di euro completando così la piastra dei servizi di diagnostica, arricchita dal recente allestimento del laboratorio multidisciplinare di biologia "omica" e "computazionale" per la medicina personalizzata (investimento di oltre 1 milione e 500 mila euro). Tali apparecchiature, come precisato dal Direttore Generale, consolidano l'eccellenza raggiunta dall'Azienda Ospedaliera nella medicina di precisione nel campo oncologico ed onco-ematologico e permettono di sviluppare progetti di ricerca traslazionale per le malattie rare e le patologie neurodegenerative.

L'Azienda Ospedaliera di Perugia anche nel 2015 ha conseguito importanti performance di qualità assistenziale ed ha raggiunto, a fronte di un finanziamento di circa 8 milioni di euro in meno rispetto al 2014, l'equilibrio di gestione con un esercizio finanziario pari a 308 milioni e 617 mila Euro.

INNOVAZIONI ORGANIZZATIVE ATTUATE NEL 2015

Mantenendo come filo conduttore il cittadino al centro sono stati riorganizzati i Dipartimenti di Chirurgia e di Medicina.

Uno degli obiettivi prioritari è stato quello di eliminare i ricoveri inappropriati ed il fenomeno dei "letti aggiuntivi" in corsia.

Con l'istituzione dell'**Osservazione Breve Internistica** e l'attivazione dell'**Unità di Degenza Infermieristica** si è completamente azzerato il disagio delle "barelle".

In particolare il regime di OBI riduce i ricoveri potenzialmente inappropriati garantendo la sicurezza per il paziente ed il percorso diagnostico più congruo. **Sono stati osservati** complessivamente nelle osservazioni brevi attivate oltre 5300 pazienti dei quali solo il 22% è passato a ricovero.

Per quanto concerne l'unità di degenza infermieristica si sottolinea che sono stati presi in carico, in sette mesi, 318 pazienti con una degenza media pari a 6,86 ed una degenza media esclusi gli oltre-soglia pari a 4,84.

Nel corso del 2015 si è portata a compimento anche la riorganizzazione delle chirurgie secondo un'ottica dipartimentale al fine di migliorare i volumi di attività e gli indicatori di performance monitorati dai principali sistemi di valutazione nazionali.

La percentuale dei DRG medici da reparti chirurgia (generale e specialistica) è scesa dal 29,4% del 2014 al 26,6% del 2015.

Rispondendo ai criteri epidemiologici relativi al cancro al seno e seguendo le indicazioni raccomandate dal Parlamento Europeo e dalla Conferenza Stato Regioni, è stata attivata una BREAST UNIT autonoma con i propri letti dedicati anche in previsione di un aumento dell'attività assistenziale.

La Breast Unit dell'Azienda Ospedaliera di Perugia esegue oltre 530 procedure all'anno con più di 150 primi interventi per tumore maligno del seno, perfettamente in linea con gli standard nazionali. Il Direttore Generale ha precisato che un impegno costante è stato profuso per migliorare percorsi di umanizzazione che hanno condotto ad importanti risultati; tra questi si menziona che con la precedente attivazione delle stanze di Lucina in un'area ubicata all'interno della Degenza di Ostetricia e Ginecologia, allestita per il percorso assistenziale di parti fisiologici, gestiti esclusivamente dall'Ostetrica, per le donne che ne fanno richiesta, dall'attivazione sono stati condotti 30 parti.

E' stata sottolineata la significativa riduzione dei parti cesarei passati dal 33,8% del 2014 al 29,6% del 2015 (-4,2%) su un totale di 2080 parti. La percentuale dei parti cesarei primari è scesa dal 22,5% al 19,2% del 2015 con un dato nazionale pari al 25,69% (dato PNE_Agenas 2015). Il numero dei parti indolori, garantiti in maniera gratuita e continuativa, ha raggiunto il numero dei 428 rispetto ai 385 del 2014, rappresentando il 20,6% dei parti totali contribuendo così alla riduzione dei cesarei. Con tali prospettive, per il settimo anno consecutivo, l'Ospedale di Perugia è

“Ospedale Donna”, unico Ospedale dell’Umbria, ad aver ottenuto da una commissione di esperti dell’Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna (ONDA), i 3 Bollini Rosa, massimo riconoscimento per la presenza di servizi nell’ambito di specialità di maggiore rilievo clinico ed epidemiologico per la popolazione femminile, per l’appropriatezza del percorso diagnostico-terapeutico, per i servizi, e per l’accoglienza delle pazienti e per la tutela della loro dignità.

L’Azienda Ospedaliera di Perugia, è stato precisato dal Direttore Generale, si è distinta nel corso dell’anno per molteplici eventi che ancora di più hanno identificato la azienda come **Ospedale Aperto**; oltre alle rianimazioni aperte con orari estremamente flessibili per i visitatori si ricorda l’attività di pet-therapy sottolineando la possibilità che è stata data ad una giovane paziente di tenere nella propria stanza di degenza il proprio cane , notizia questa che ha richiamato l’attenzione dei principali media con oltre 1 milione e 700 mila visualizzazioni.

DATI DI ATTIVITA’

Diminuiscono i ricoveri inappropriati di degenza ordinaria attestandosi a quota 34.768(rispetto ai 35.382 del 2014).

Grazie ai processi di Lean Organization nei blocchi operatori, si è assistito ad un aumento degli interventi e delle procedure chirurgiche che si attestano su 20.500 (20.155 interventi nel 2014, mentre nel 2006 erano 17.313).

Oltre 400 sono stati gli interventi chirurgici effettuati con il ROBOT Leonardo da Vinci sia nell’area urologica, che ginecologica e di chirurgia generale.

Particolarmente significativa è stata l’eliminazione dei Day-Hospital diagnostici con i 2.500 ricoveri nel 2007 al quasi totale azzeramento nell’anno in corso. Questo dato pone l’Azienda Ospedaliera di Perugia in una posizione di primato rispetto a tutte le aziende delle regioni facenti parte del Network valutato dal MeS (Management e Sanità_Scuola Sant’Anna di Pisa)

Tale tipologia di ricovero viene considerata inappropriata dalla linee guida ministeriali (modalità per eludere le liste di attesa ed il pagamento dei tickets ambulatoriali).

Il tasso di utilizzo dei posti letto è aumentato passando al 94%, rispetto al 93,4% del 2014, a testimonianza del notevole impegno assistenziale delle Strutture di degenza con la complessità della casistica trattata(peso DRG 1,22) stabile rispetto all’anno precedente.

La degenza media è rimasta costante intorno ai 7 giorni .

La degenza media preoperatoria si è attestata a 1,21 (1,24 nel 2014) mentre il dato di riferimento delle Aziende del Network MeS , confrontabili con la nostra, è pari a 1,31

I giorni di attesa per interventi chirurgici per pazienti con diagnosi oncologica : 27 giorni rispetto ai 37 del 2010.

Gli accessi al Pronto Soccorso sono stati circa 62.000 rispetto ai 63.000 del 2014. I codici rossi sono aumentati così come i codici verdi mentre i gialli e i bianchi , i più inappropriati, sono in sensibile diminuzione;

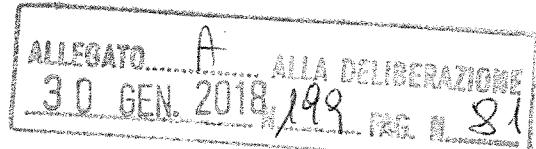
L’attività specialistica ambulatoriale si è attestata intorno ai 7,5 milioni di prestazioni, comprendendo la diagnostica di laboratorio. Il progetto Ospedale DOPO LE 20 è continuato per tutto il 2015, consentendo un aumento delle prestazioni per esterni, in particolare quelle di tipo radiologico.

Sono poi stati illustrati i progetti di qualità realizzati/implementati nel 2015:

“Ospedale paperless”- Percorso di Informatizzazione

Nel 2015 si è implementato l’intero processo di informatizzazione del percorso clinico del paziente ricoverato. L’integrazione in un’unica piattaforma ha permesso la realizzazione del Dossier Clinico dell’Azienda Ospedaliera di Perugia con un modello unico aziendale per la lettera di dimissione e la tracciabilità di tutte le attività. Si parte dall’accettazione informatizzata al Pronto Soccorso, fino all’acquisizione di tutti i referti elaborati dai servizi diagnostici che i cittadini possono visualizzare online.

Il 50% dei referti di radiologia vengono consultati on-line così come oltre la metà dei referti di laboratorio. Più del 30% dei referti di anatomia patologica vengono visualizzati su web.



Sono stati implementati i percorsi informatizzati per tutte le Strutture di degenza, di messa in sicurezza per le prescrizioni e somministrazioni dei farmaci. Sono stati inoltre informatizzati i blocchi operatori.

La terapia informatizzata ha ormai sostituito la scheda cartacea in tutte le strutture di degenza con oltre 250.000 somministrazioni registrate mensilmente tramite lettore barcode.

Nel corso del 2015 è stata messa a regime la modalità online per tutte le richieste di prestazioni per interni con oltre 180 richieste online al giorno per oltre 65.000 richieste all'anno garantendo il monitoraggio in tempo reale dell'appropriatezza e dei tempi di risposta, la dematerializzazione e la rendicontazione tempestiva e puntuale.

A settembre è inoltre partito il progetto relativo alla Cartella Infermieristica Informatizzata attivo su sei strutture di degenza che permette la compilazione online di tutta la documentazione assistenziale.

In definitiva si sta completando la Cartella Clinica Informatizzata che andrà ad alimentare il "Fascicolo elettronico" per ciascun residente umbro.

Nel corso dell'anno si sono chiusi importanti progetti come il wi-fi free per pazienti ed ospiti e le **App per il cittadino** tra cui l'**HELPPGPS**, la nuova app che si propone come strumento fondamentale per chi richiede soccorso in una situazione di pericolo e allo stesso tempo per chi si presta a fornirlo. Attraverso la pressione di un semplice tasto, la centrale viene allerta della situazione di emergenza che l'utente sta segnalando.

"Ospedale Accreditato"

Nel 2015 è stato ultimato il percorso per l'accreditamento di tutti i Dipartimenti sanitari che coinvolge tutti i professionisti medici e infermieri.

Il processo di accreditamento standardizza ed uniforma le procedure assistenziali elevando la qualità e la sicurezza delle cure.

"Ospedale Ecosostenibile"

E' stato ultimato anche l'allestimento di un nuovo impianto fotovoltaico nell'edificio CREO che permette di azzerare il consumo di energia elettrica per l'illuminazione.

Come illustrato nel Piano della Performance anno 2017, l'anno 2016, come peraltro l'anno 2015 è stato caratterizzato da innovazioni tecnologiche ed organizzative. Uno dei principali obiettivi da perseguire nel corso dell'anno 2017 è il trasferimento degli ambulatori siti in Via Enrico dal Pozzo al Polo Unico che sarà sicuramente funzionale all'attività ambulatoriale dell'Azienda Ospedaliera di Perugia, con conseguente ricaduta anche sull'attività di ricovero che giornalmente si svolge presso il Santa Maria della Misericordia. Infatti lo spostamento di alcune attività ambulatoriali è stato proceduto da un accurato e minuzioso censimento degli spazi disponibili presso il Polo Unico, da una rimodulazione di essi, dagli spostamenti di alcuni e da una maggiore condivisione degli stessi. Gli ultimi mesi dell'anno 2016 e i primi mesi dell'anno 2017 sono stati dedicati alla velocizzazione di questo trasferimento. Tutto ciò ha segnato definitivamente il passaggio dal Policlinico Monteluce all'Ospedale Santa Maria della Misericordia, marcando un punto storico per la città stessa. Al termine di questo spostamento si ha un ospedale concentrato in unico plesso, più fruibile e in alcuni casi meno disagevole per l'utenza che non si trova costretta a dovere andare da una parte all'altra della città per svolgere visite ed esami.

L'anno 2016 è stato segnato dalla riorganizzazione dell'area chirurgica che ha consentito di adeguarsi ai nuovi parametri proposti sia da Agenas – Piano Nazionale Esiti che dal Bersaglio MES e migliorato gli indicatori esistenti e i volumi di attività previsti dagli standard nazionali per determinate patologie. La strada da perseguire sarà sicuramente quella di continuare a implementare un modello dipartimentale come già previsto dalle norme esistenti. L'adozione di questo nuovo modello si coniugherà comunque con l'Osservazione Breve Intensiva che sta di per se dando buoni risultati, limitando soprattutto i ricoveri inappropriati nei reparti chirurgici. La Week Surgery multidisciplinare diventerà una sorta di contenitore di chirurgia a basso grado di assistenza in cui confluiranno principalmente i pazienti di classe B (intervento a 60 giorni entro la prenotazione del

ricovero) che rappresentano una importante componente nelle liste di attesa chirurgica. Questa riorganizzazione si pone come obiettivo quello di veicolare l'attività chirurgica verso una intensità di cura dove spazi di degenza e di attività il più possibile indistinti per vocazione e caratterizzati per diversa intensità assistenziale. La Direzione Sanitaria in collaborazione con le Strutture coinvolte e l'Ufficio Controllo di Gestione e Sistema Informativo ha messo a punto un panel di indicatori per il monitoraggio puntuale e continuo sia della Week Surgery che dell'Osservazione Breve Intensiva in modo tale da poter intervenire e correggere tempestivamente eventuali scostamenti dal target assegnato. Nel 2017 questo nuovo percorso organizzativo è stato ampliato e si è cercato sempre più di avere delle strutture chirurgiche attinenti agli indicatori del Piano Nazionale Esiti, evitando parcellizzazioni della casistica.

Innovare in sanità è avvicinabile al termine di appropriatezza e solo adeguando o implementando i modelli già esistenti, quali l'Osservazione Breve, si può tendere a ciò. L'Azienda Ospedaliera di Perugia si è già dotata, oltre che di quella di pronto soccorso, di alcune di esse di tipo specialistico (internistica, pediatrica, chirurgica, urologica e oncoematologia pediatrica) che già stanno contribuendo alla riduzione progressiva di questi ricoveri inappropriati e questa nuova organizzazione flessibile sta dando i suoi risultati. Analizzando i dati dei primi 9 mesi del 2016 delle Osservazioni si evince come su 5.969 trattati solamente 1.281 (21,5%) sono poi stati inviati a ricovero, mentre il restante 78,5% è stato dimesso; questo sta a significare come questa nuova organizzazione ha fatto sì che molti ricoveri impropri siano stati evitati, fornendo ai pazienti un'assistenza adeguata alle proprie esigenze e in parte a limitare il fenomeno dei letti aggiuntivi. Infine le Osservazioni Brevi potranno contribuire alla riduzione di quei ricoveri ordinari medici con degenza di un giorno come sta ormai accadendo da alcuni anni facendo attestare questa tipologia di ricoveri a circa l'11% del totale degli ordinari di tipo medico.

Un altro obiettivo di appropriatezza dell'area chirurgica, su cui si sta già lavorando e di sicuro si continuerà a lavorare è la riduzione dei ricoveri chirurgici ordinari con ammissione e dimissione nella stessa giornata o di quelli definiti one daysurgery (con pernottamento). In particolare bisognerà sviluppare un modello organizzativo nuovo nell'area ortopedica dove questo fenomeno è più marcato rispetto ad altri. Sono già allo studio progetti di intervento per poter migliorare sensibilmente questo obiettivo senza comunque rinunciare alla sicurezza del paziente e degli operatori.

Dal 1 Maggio 2016 è attivo il protocollo di intesa tra l'Azienda Ospedaliera di Perugia e l'ASL Umbria 1 per l'attivazione della chirurgia pediatrica presso l'Area Chirurgica dell'Ospedale di Assisi; tale progetto rappresenta una prima misura per la realizzazione di un'attività in regime di ricovero diurno e ambulatoriale presso l'Ospedale di Assisi per lo sviluppo di un'attività di chirurgia pediatrica attraverso lo sviluppo di un percorso assistenziale efficace ed appropriato in integrazione con l'Azienda Ospedaliera di Perugia. Inoltre tale progetto ha come obiettivo la riduzione delle liste d'attesa chirurgica per le patologia pediatrica di media e bassa complessità. Inizialmente è stato stabilito un accesso a settimana in base alla numerosità delle liste operatorie; le sedute potranno essere rimodulate a seconda della quantità di bambini in lista. Questo nuovo tipo di collaborazione tra Azienda ospedaliera e Azienda territoriale, la creazione di un "pool di professionisti itineranti" che spostandosi da un struttura di un presidio a una di un altro può contribuire allo sviluppo di una cultura dell'integrazione e della multidisciplinarietà, garantendo comunque l'applicazione di percorsi diagnostico – terapeutico – assistenziali appropriati ed idonei per il paziente e inoltre come già sottolineato in precedenza a concorrere all'annoso problema dell'abbattimento delle liste di attesa chirurgica. La ratifica del protocollo d'intesa rientra inoltre nello sviluppo di strategie condivise che favoriscono il contenimento della mobilità passiva extraregionale, attraverso una rete integrata delle attività dei diversi Presidi Ospedalieri, con particolare riferimento alle prestazioni di ricovero di Ortopedia e Protesi Ortopediche, Oncologia chirurgica e medica, Chirurgia Pediatrica e Riabilitazione. Questo della chirurgia pediatrica può rappresentare sicuramente un nuovo passo verso la reale integrazione Ospedale – Territorio che potrà portare benefici a entrambe le parti.

L'Azienda Ospedaliera di Perugia continua a essere un "Ospedale Donna", che per l'ottavo anno si è visto assegnare, unico ospedale in Umbria, da una commissione di esperti dell'Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna (ONDA) i 3 Bollini Rosa, massimo riconoscimento per la presenza di servizi nell'ambito di specialità di maggiore rilievo clinico ed epidemiologico per la popolazione femminile, per l'appropriatezza del percorso diagnostico-terapeutico, per i servizi, e per l'accoglienza delle pazienti e per la tutela della loro dignità. L'Azienda Ospedaliera di Perugia si è distinta nel corso dell'anno per molteplici eventi che ancora di più hanno identificato la nostra azienda come Ospedale Aperto; oltre alle rianimazioni aperte con orari estremamente flessibili per i visitatori si ricorda l'attività di pet-therapy soprattutto in Oncoematologia Pediatrica, clown in corsia, cinema per i pazienti psichiatrici. Tutte queste iniziative, insieme a tutte le altre che sono state intraprese nel corso dell'anno 2017 fanno sì che l'Azienda Ospedaliera di Perugia sia sempre più un ospedale con il cittadino al centro del sistema, dove umanizzazione e cura si fondono in un connubio imprescindibile per rispondere sempre più alle esigenze dell'utenze e alle trasformazioni del SSN.

Anche il 2017 è stato un anno in cui il monitoraggio sugli indicatori proposti sia da Agenas – Piano Nazionale Esiti che dal Bersaglio MES è stato sempre più stringente. I principali indicatori sono stati ribaltati nel processo di budget alle Strutture, perché solo un continuo e costante controllo, non coercitivo ma costruttivo può portare al miglioramento delle performance aziendali. L'adeguarsi agli standard proposti può conseguentemente portare non solo a un miglioramento dei risultati dell'Azienda Ospedaliera ma soprattutto a una migliore allocazione delle risorse a disposizione che di questi tempi, insieme all'innovazione, alla creatività organizzativa è l'unico strumento per rimanere sostenibili e mantenersi in linea con gli standard ospedalieri declinati dal Ministero della Salute. La miriade di indicatori ormai a disposizione può consentire il vero salto di qualità, lo scarto imprescindibile per rimanere ai primi posti della sanità nazionale e non solamente in termine di volumi ma soprattutto in termini di esito. Questo percorso può essere e deve essere fatto insieme agli attori principali del sistema sanitario, professionisti, direzioni e Regione.

Le Aziende Ospedaliero/Universitarie sono sistemi organizzativi tra i più complessi che hanno come "mission" la didattica, la ricerca e l'assistenza. Sono chiamate ad un miglioramento continuo che solo il circolo virtuoso delle conoscenze e delle buone pratiche può alimentare. Per questo si ritiene di ricordare alcuni dei progetti di qualità realizzati nel 2016: si è implementato l'intero processo di informatizzazione del percorso clinico del paziente ricoverato. L'integrazione in un'unica piattaforma ha permesso la realizzazione del Dossier Clinico dell'Azienda Ospedaliera di Perugia con un modello unico aziendale per la lettera di dimissione e la tracciabilità di tutte le attività. Si parte dall'accettazione informatizzata al Pronto Soccorso, fino all'acquisizione di tutti i referti elaborati dai servizi diagnostici che i cittadini possono visualizzare on line. Il completamento della richiesta informatizzata di consulenza per pazienti ricoverati ha di fatto eliminato il cartaceo che ancora era presente in Azienda, garantendo una migliore tracciabilità delle richieste, certezza nella quantificazione dei tempi refertazione, in modo tale da correggere quei comportamenti che in qualche modo potevano influenzare la durata della degenza del paziente. Il progetto relativo alla Cartella Infermieristica Informatizzata è continuato nel corso dell'anno 2016 e ha subito un'accelerata nel corso del 2017 in modo tale di avere la possibilità di compilare on line tutta la documentazione assistenziale. In definitiva si sta completando, l'ambizioso processo della Cartella Clinica Informatizzata che andrà ad alimentare il "Fascicolo elettronico" per ciascun residente umbro.

Nel corso dell'anno 2017 è stata portata a compimento anche tutta quella serie di interfacce mancanti tra i vari sistemi informativi e informatici presenti in Azienda in modo tale da avere un sistema organico che non solo faccia da contenitore di tutta l'informazione sanitaria ma che sia in grado di restituire tutta una serie di dati, sia per l'adempimento ai debiti informativi verso Regione e Ministero che per il controllo strategico degli obiettivi assegnati e per poter apportare azioni tempestive ed efficaci in caso di marcati sforamenti. L'entrata in vigore del nuovo tracciato informatico della scheda di dimissione ospedaliera (Flusso A) comporterà non solo uno sforzo

organizzativo significativo ma anche uno scatto culturale da parte degli operatori sanitari, i quali saranno chiamati a compilare campi specifici quali per esempio la rilevazione del dolore, stadiazione del tumore dove presente, pressione arteriosa sistolica in pazienti con diagnosi di infarto acuto del miocardio, creatinina serica per alcune patologie ecc. Tutto questo come precedentemente detto comporterà per tutti gli operatori sia essi sanitari che tecnico – amministrativi un lavoro e un impegno maggiore rispetto a quanto sinora profuso.

L'AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA IN CIFRE

Come emerge dal Piano della performance riferito all'anno 2018, adottato dall'Azienda con Deliberazione n. 138 del 19.01.2018, l'attività di ricovero per l'anno 2016 si può sintetizzare con i dati riportati nella tabella sottostante:

Attività di ricovero Azienda Ospedaliera di Perugia. Anni 2015 – 2016

DEGENZA ORDINARIA	ANNO 2015	ANNO 2016	diff.	diff. (%)
Posti Letto	751,4	743,1	-8,3	
Ricoveri (Ammessi,Dimessi,Trasferiti)	38.934	37.881	-1.053	-2,7
Giornate di degenza ricoveri	257.636	251.343	-6.293	-2,4
Giornate di degenza dimessi	257.010	250.737	-6.273	-2,4
Dimessi (Totale SDO)	34.843	33.563	-1.280	-3,7
Dimessi medici 0-2 giorni	6.115	5.830	-285	-4,7
Dimessi chirurgici 0-1 giorno	2.942	2.560	-382	-13,0
Dimessi chirurgici ordinari	12.500	11.755	-745	-6,0
% dimessi con DRG chirurgico sul totale dei dimessi	35,9%	35,0%		-0,9%
Numero parti	2.076	1.971	-105	-5,1
Numero parti cesarei	621	568	-53	-8,5
% parti cesarei	29,9%	28,8%		-1,1%
Trapianti	111	140	29	26,1
Trapianti rene	8	20	12	150,0
Trapianti midollo osseo	92	103	11	12,0
Trapianti cornea	11	17	6	54,5
Peso medio DRG	1,22	1,26	0,04	

Peso medio DRG chirurgici	1,89	2,02	0,12	
Degenza media	7,38	7,47	0,09	
Tasso di utilizzo	93,94%	92,42%		-1,52%
Alta specialità Regione Umbria	2.461	2.476	14	0,6
Medio bassa specialità Usl Umbria 1	27.000	25.931	-1.068	-4,0
Medio bassa specialità Usl Umbria 2	1.857	1.981	124	6,7
Alta specialità Fuori Regione	460	432	-29	-6,3
Medio bassa specialità Fuori Regione	3.064	2.743	-321	-10,5
Posti Letto	49,3	48,8	-0,5	
Dimessi Day Hospital/Day Surgery	5.373	5.739	366	6,8
Day Hospital/Day Surgery con 1 accesso	4.920	5.224	304	6,2
Day Hospital/Day Surgery a ciclo	453	515	62	13,7
Ricoveri con DRG chirurgico	3.187	3.358	171	5,4
% DRG chirurgici sul totale dei dimessi DH/DS	59,3%	58,5%		0,0
Accessi totali	9.805	10.734	929	9,5
Accessi medi	1,82	1,87	0,05	
Peso medio DRG	0,86	0,87	0,01	

Fonte Archivio SDO

L'attività di ricovero svolta all'interno dell'Azienda Ospedaliera di Perugia è rivolta principalmente a residenti dell'ASL Umbria 1 (82,6%). Il restante 17% è così suddiviso: 7,3% per residenti nell'ASL Umbria 2, 8,6% per pazienti provenienti da fuori regione e il rimanente 1,5 per cittadini stranieri. I residenti dell'ASL Umbria provengono principalmente dal Distretto del Perugino (59,6%) seguiti da quelli residenti nel Distretto del Lago Trasimeno (13,3%) e da quelli provenienti dalla Media Valle del Tevere (10,7%). Importante rilevare come nel corso del tempo l'Azienda Ospedaliera di Perugia stia cercando di ridurre il volume di attività di ricovero in regime ordinario, in modo tale da poter recuperare giusti livelli di appropriatezza; per far si nel corso degli ultimi anni sono state istituite alcune osservazione brevi di tipo specialistico (pronto soccorso, pediatrica, urologica, chirurgica e internistica) affinché i pazienti possano essere inseriti nei percorsi e nei setting assistenziali più appropriati.

Nella tabella vengono presentati i dati dell'attività, in percentuale, di ricovero dell'anno 2016 scomposti per provenienza, regime di ricovero e dipartimento di dimissione, da dove si evince

(valutando anche i numeri assoluti) come le attività per pazienti provenienti da fuori regione siano percentualmente più importanti nel Dipartimento di Scienze Onco Emato Gastroenterologiche e in quello di Scienze Chirurgiche.

Scomposizione percentuale per provenienza, regime di ricovero e Dipartimento di dimissione dell'Azienda Ospedaliera di Perugia. Anno 2016

STRUTTURA DI DIMISSIONE	ASL UMBRIA 1			ASL UMBRIA 2			FUORI REGIONE			STRANIERI		
	Ordinari	DH/DS	Totale	Ordinari	DH/DS	Totale	Ordinari	DH/DS	Totale	Ordinari	DH/DS	Totale
DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE	87,7	91,5	88,3	5,1	4,2	4,9	5,4	4,2	5,3	1,8	0,0	1,5
DIPARTIMENTO DI SCIENZE CARDIO TORACO VASCOLARI	83,7	90,0	84,1	7,2	3,9	7,0	8,0	5,8	7,9	1,0	0,2	1,0
DIPARTIMENTO DI SCIENZE ONCO EMATO GASTROENTEROLOGICHE	72,2	64,1	68,8	11,2	12,3	11,7	14,7	21,5	17,6	1,8	2,1	1,9
DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE ED ORGANI SENSORIALI	78,4	78,8	78,5	9,9	11,5	10,3	10,1	9,1	9,9	1,5	0,6	1,4
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE	87,6	82,5	87,0	6,3	4,8	6,1	4,2	5,0	4,3	2,0	7,7	2,7
DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA E MEDICINA SPECIALISTICA 1	89,7	75,2	89,1	4,5	10,9	4,8	4,5	14,0	4,9	1,3	0,0	1,3
DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA E MEDICINA SPECIALISTICA 2	86,8	85,4	86,7	6,1	10,8	6,3	5,8	3,8	5,7	1,4	0,0	1,3
DIPARTIMENTO DI SCIENZE CHIRURGICHE	78,9	80,3	79,2	7,1	7,2	7,1	12,7	12,1	12,5	1,4	0,3	1,1
DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E DI LABORATORIO	62,5	50,0	60,8	20,3	50,0	24,3	17,2	0,0	14,9	0,0	0,0	0,0
UNITA' DI DEGENZA INFERNIERISTICA	92,3	0,0	92,3	2,9	0,0	2,9	4,4	0,0	4,4	0,4	0,0	0,4
TOTALE AZIENDA	83,5	77,4	82,6	7,1	8,7	7,3	8,0	12,0	8,6	1,4	1,9	1,5

Fonte Archivio SDO

L'alta specialità rappresenta per un'azienda ospedaliera un fattore qualificante soprattutto in una azienda come quella di Perugia, che non solo rappresenta l'ospedale di riferimento per la regione, ma si pone come uno dei maggiori complessi sanitari compresi tra Roma e Firenze. L'attività di alta specialità nell'Azienda Ospedaliera di Perugia rappresenta l'8,7% dell'attività in regime ordinario ed è maggiormente concentrata nei dipartimenti di Scienze Cardio Toraco Vascolari, Neuroscienze ed Organi Sensoriali e in quello di Emergenza e Accettazione (tabella 6). In quest'ultimo dipartimento l'attività di alta specialità riguarda il 30% dell'attività totale in regime ordinario, mentre nei dipartimenti di Scienze Cardio Toraco Vascolari, di Scienze Onco Emato Gastroenterologiche e di Neuroscienze ed Organi Sensoriali essa varia tra il 13% e il 16%.

Attività di alta specialità (regime ordinario) nell'Azienda Ospedaliera di Perugia. Anni 2015 – 2016.

STRUTTURA DI DIMISSIONE	UMBRIA		EXTRAREGIONE		TOTALE	
	ANNO 2015	ANNO 2016	ANNO 2015	ANNO 2016	ANNO 2015	ANNO 2016
DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE	317	369	32	31	349	400
DIPARTIMENTO DI SCIENZE CARDIO TORACO VASCOLARI	1.023	968	176	148	1.199	1.116
DIPARTIMENTO DI SCIENZE ONCO EMATO GASTROENTEROLOGICHE	186	172	83	98	269	270

DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE ED ORGANI SENSORIALI	398	410	87	85	485	495
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE	173	153	33	25	206	178
DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA E MEDICINA SPECIALISTICA 1	91	110	6	7	97	117
DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA E MEDICINA SPECIALISTICA 2	87	114	14	15	101	129
DIPARTIMENTO DI SCIENZE CHIRURGICHE	186	180	29	23	215	203
TOTALE AZIENDA	2.461	2.476	460	432	2.921	2.908

Fonte Archivio SDO

Attività di alta specialità nell'Azienda Ospedaliera di Perugia. Anni 2015 – 2016.

STRUTTURA DI DIMISSIONE	ALTA SPECIALITA'		RICOVERI ORDINARI		% ALTA SPECIALITA'	
	ANNO 2015	ANNO 2016	ANNO 2015	ANNO 2016	ANNO 2015	ANNO 2016
DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE	349	400	1.386	1.306	25,2	30,6
DIPARTIMENTO DI SCIENZE CARDIOTORACO VASCOLARI	1.199	1.116	6.970	7.116	17,2	15,7
DIPARTIMENTO DI SCIENZE ONCO EMATO GASTROENTEROLOGICHE	269	270	1.954	2.010	13,8	13,4
DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE ED ORGANI SENSORIALI	485	495	3.789	3.792	12,8	13,1
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE	206	178	7.107	6.421	2,9	2,8
DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA E MEDICINA SPECIALISTICA 1	97	117	3.629	3.150	2,7	3,7
DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA E MEDICINA SPECIALISTICA 2	101	129	3.126	3.434	3,2	3,8
DIPARTIMENTO DI SCIENZE CHIRURGICHE	215	203	6.455	5.724	3,3	3,5
DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E DI LABORATORIO	0	0	87	64	0,0	0,0
UNITA' DI DEGENZA INFERMIERISTICA	0	0	340	546	0,0	0,0
TOTALE AZIENDA	2.921	2.908	34.843	33.563	8,4	8,7

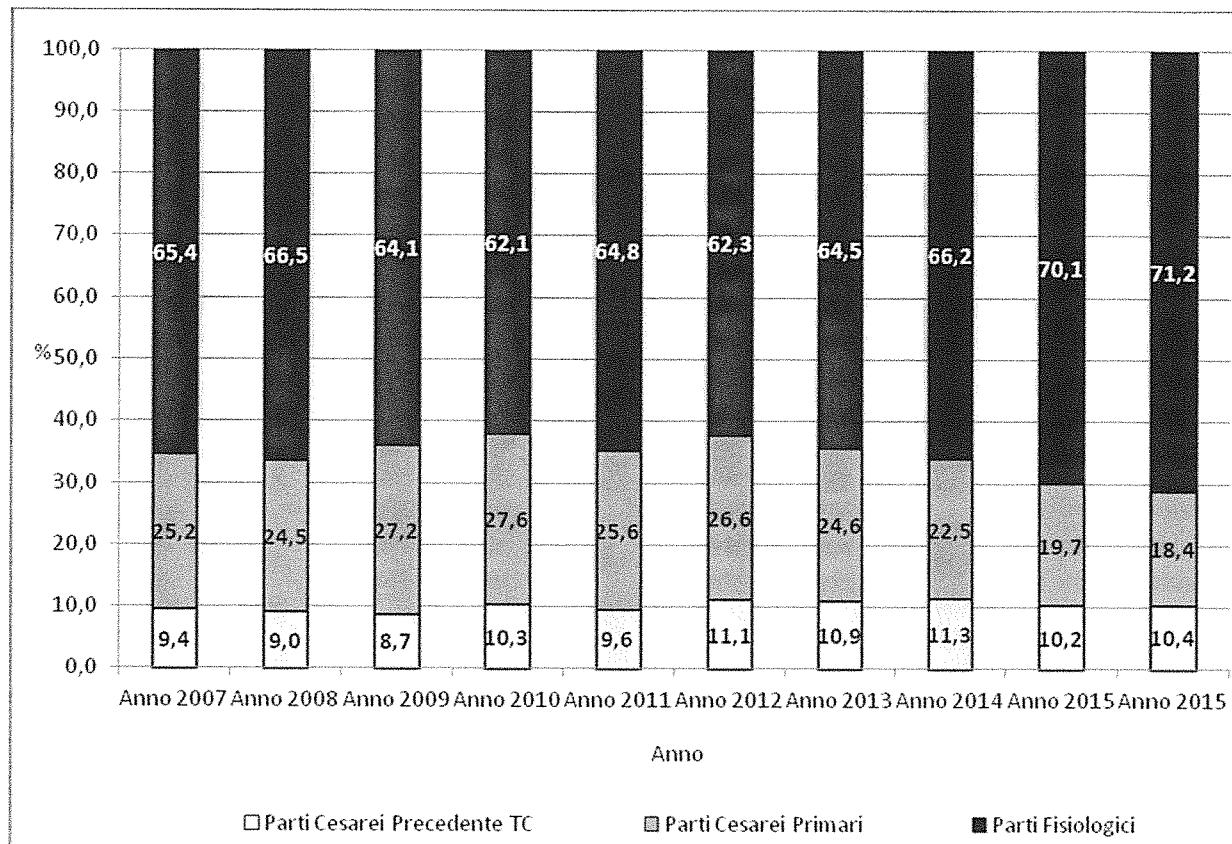
Fonte Archivio SDO

Nell'anno 2016 sono stati eseguiti 20.046 tra interventi chirurgici (regime ordinario e day surgery), procedure ambulatoriali, quali interventi di cataratta, tunnel carpale, iniezione intravitreale di sostanze terapeutiche, laser a eccimeri e interventi otorinolaringoiatrici, e DRG medici con impegno di risorse equivalenti ai DRG chirurgici. L'anno 2016 ha anche visto la delocalizzazione

degli interventi chirurgici, infatti sono stati siglati con l'ASL Umbria 1 protocolli d'intesa interaziendali per l'espletamento di attività di chirurgica pediatrica presso il presidio ospedaliero di Assisi, di chirurgia otorinolaringoiatrica presso il presidio ospedaliero di Pantalla, di chirurgia ginecologica presso il presidio di Castiglion del Lago, e di attività di ricovero e di specialistica ambulatoriale per lo scompenso cardiaco presso il presidio ospedaliero di Assisi. Questa joint venture tra le due aziende ha portato per l'ospedale di Perugia ha contribuito, in parte, a una contrazione degli interventi chirurgici ma ha dato risposte sul fronte delle liste d'attesa. Infatti questo nuovo tipo di collaborazione tra Azienda ospedaliera e Azienda territoriale, la creazione di un "pool di professionisti itineranti" che spostandosi da un struttura di un presidio a una di un altro può contribuire allo sviluppo di una cultura dell'integrazione e della multidisciplinarietà, garantendo comunque l'applicazione di percorsi diagnostico – terapeutico – assistenziali appropriati ed idonei per il paziente e inoltre come già sottolineato in precedenza a concorrere all'annoso problema dell'abbattimento delle liste di attesa chirurgica. La ratifica del protocollo d'intesa rientra inoltre nello sviluppo di strategie condivise che favoriscano il contenimento della mobilità passiva extraregionale, attraverso una rete integrata delle attività dei diversi Presidi Ospedalieri, con particolare riferimento alle prestazioni di ricovero di Ortopedia e Protesi Ortopediche, Oncologia chirurgica e medica, Chirurgia Pediatrica e Riabilitazione. Questo nuovo modello può rappresentare sicuramente un nuovo passo verso la reale integrazione Ospedale – Territorio che potrà portare benefici a entrambe le parti. Inoltre recentemente l'Azienda Ospedaliera di Perugia ha stipulato dei protocolli d'intesa interaziendali anche l'ASL Umbria 2 per l'espletamento nel presidio ospedaliero di Foligno delle attività di chirurgia maxillo – facciale, chirurgia vascolare e per la radioterapia intraoperatoria (IORT), per rispondere al meglio alle esigenze assistenziali della popolazione dei territori di competenza attraverso la riduzione della mobilità passiva e per un utilizzo ottimale dei servizi nella rete regionale ospedaliera, sia intermini di spazi che di risorse umane.

Nel 2016 ci sono stati nell'Azienda Ospedaliera di Perugia 1.971 parti, in calo del 5% rispetto all'anno precedente ma in linea con la tendenza nazionale (fonte Istat: 485.780 nati nel 2015 e 474.000 nel 2016 con circa 91.000 nascite in meno tra il 2008 e il 2015). L'anno 2016 ha però messo in evidenza un aumento della percentuale dei parti fisiologici (71,2% contro il 70,1% dell'anno precedente) e di conseguenza una diminuzione dei tagli cesarei (28,8% nel 2016) e in particolare dei cosiddetti parti cesarei primari che passano dal 19,7% del 2015 al 18,4% del 2016 (figura 4). La performance dell'anno 2016 è sicuramente positiva se confrontata con i dati del Rapporto Annuale sull'Attività di Ricovero Ospedaliero del Ministero della Salute (dati riferiti all'anno 2015) che vedono la percentuale dei tagli cesarei in Italia pari al 35,4% e del 29,0% in Umbria e quella dei parti cesarei primari del 22,2% in Italia e del 19,1% in Umbria.

Scomposizione percentuale dei parti fisiologici e dei parti cesarei primari e con precedente TC. Anni 2007 – 2016



L’Azienda Ospedaliera di Perugia continua a essere un “Ospedale Donna”, che per il nono anno si è visto assegnare, unico ospedale in Umbria, da una commissione di esperti dell’Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna (ONDA) i 3 Bollini Rosa, massimo riconoscimento per la presenza di servizi nell’ambito di specialità di maggiore rilievo clinico ed epidemiologico per la popolazione femminile, per l’appropriatezza del percorso diagnostico-terapeutico, per i servizi, e per l’accoglienza delle pazienti e per la tutela della loro dignità. L’Azienda Ospedaliera di Perugia si è distinta nel corso dell’anno per molteplici eventi che ancora di più hanno identificato la nostra azienda come Ospedale Aperto; oltre alle rianimazioni aperte con orari estremamente flessibili per i visitatori si ricorda l’attività di pet-therapy soprattutto in Oncoematologia Pediatrica, clown in corsia, cinema per i pazienti psichiatrici. Tutte queste iniziative, insieme a tutte le altre che saranno intraprese nel corso dell’anno 2018 fanno sì che l’Azienda Ospedaliera di Perugia sia sempre più un ospedale con il cittadino al centro del sistema, dove umanizzazione e cura si fondono in un connubio imprescindibile per rispondere sempre più alle esigenze dell’utenze e alle trasformazioni del SSN.

Una attività che caratterizza di sicuro una Azienda Ospedaliera è quella trapiantologica e presso l’Azienda Ospedaliera di Perugia è stata individuata dal 15/03/2013 la Struttura Regionale di Riferimento per i Trapianti (SRRT) dotata di un proprio regolamento, di protocolli operativi (secondo le indicazioni del Centro Nazionale Trapianti) e di idonee risorse umane e strumentali. Attualmente in azienda vengono effettuate tre tipologie di trapianto: renale, midollo osseo e cornea. Nel 2016 si sono stati eseguiti 140 trapianti (111 nel 2015) di cui 103 di midollo osseo (59 autologhi e 44 allogenici), 20 di rene e 17 di cornea.

Nell’anno 2016 al Pronto Soccorso dell’Azienda Ospedaliera di Perugia vi sono stati 62.139 accessi (170 accessi medi giornalieri). Il 91% di essi è rappresentato da pazienti residenti in Umbria, di questi il 75% proviene dai comuni Perugia (32.903 accessi), Corciano, Magione e Marsciano. Il giorno, contrariamente a quanto si potrebbe immaginare, che risulta più frequentato (Tabella 1) è il lunedì (15,6% degli accessi) seguito rispettivamente dal venerdì (14,7%) e dal

mercoledì (14,4%). Un dato interessante da rilevare è come il sabato si concentri in Pronto Soccorso un'alta percentuale di codici bianchi (1.207 casi pari al 16,5%). Oltre il 70% degli accessi avviene tra le 8 e le 20 (44.412 accessi). Interessante rilevare come il 57,7% degli accessi totali si verifichi per codici bianchi e verdi (livelli di urgenza di medio – bassa gravità) si concentrando nelle dodici ore che vanno dalle otto di mattina alle otto di sera congestionando di fatto l'attività di pronto soccorso. Il dato che maggiormente salta agli occhi è che ci si è rivolti, principalmente al Pronto Soccorso per casi di medio – bassa gravità, infatti il 69,1% degli accessi sono quelli relativi al codice verde, mentre un altro 11,8% è rappresentato dai codici bianchi.

Attività di triage di Pronto Soccorso. Anno 2016

Codice	Numero	%
Rosso	845	1,4
Giallo	8.386	13,5
Verde	42.915	69,1
Bianco	7.331	11,8
Ex Urgenze da reparto	2.662	4,3
Totale	62.139	100,0

Fonte First Aid

In un'ottica di recupero dell'appropriatezza del ricovero l'Azienda Ospedaliera di Perugia ha ormai messo in campo da anni di forme alternative al ricovero ospedaliero. Il primo segnale di questo cambiamento è stato l'istituzione dell'Osservazione Breve in Pronto Soccorso, seguita poi dall'avvio di quella pediatrica, chirurgica, urologica e infine nel luglio 2015 di quella internistica

Attività di Osservazione Breve. Anni 2015 – 2016

Osservazione Breve	Dimesso		Ricoverato		Dimissione Volontaria		Altro		Totale	
	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2015	Anno 2016
Pronto Soccorso	981	1.095	149	173	175	198	6	2	1.311	1.468
Internistica	717	1.422	145	308	9	41	2	5	873	1.776
Chirurgica	706	1.084	447	643	53	97	2	0	1.208	1.824
Urologica	543	762	133	170	87	125	25	7	788	1.064
Pediatrica	1284	1.443	443	386	27	25	11	11	1.765	1.865
Totale	4.231	5.806	1.317	1.680	351	486	46	25	5.945	7.997
% esito	71,2	72,6	22,2	21,0	5,9	6,1	0,8	0,3	100,0	100,0

Questo processo di ridefinizione di risorse e di setting assistenziali innovativi, resosi necessario per regolamentare i flussi dei pazienti sia in entrata che in uscita, ha portato nel maggio del 2015, con Deliberazione del Direttore Generale n.770 del 04/05/2015 alla attivazione dell'Unità di Degenza Infermieristica; tale azione nasce non solo dall'esigenza di garantire la continuità assistenziale a quei soggetti che terminato il percorso clinico acuto non possono essere adeguatamente assistiti a domicilio ma anche per poter migliorare l'utilizzo dei posti letto in area medica, ottimizzando la degenza media, l'appropriatezza dei ricoveri al fine ridurre anche il fenomeno dei letti aggiunti, senza dimenticare il tentativo di integrare le strutture ospedaliere con quelle territoriali condividendo percorsi assistenziali integrati per le dimissioni protette. Nello stesso periodo, con Deliberazione del Direttore Generale n.930 del 05/06/2015 viene cessata la Struttura Complessa di Medicina Interna e Scienze Oncologiche e i posti letto nella sua dotazione assegnati in egual misura alla Struttura Complessa di Medicina Interna e a quella di Medicina Interna, Vascolare e d'Urgenza – Stroke Unit sotto forma di letti tecnici di osservazione breve. Tali sforzi organizzativi sono possibili solamente grazie alla predisposizione al cambiamento e a una forte volontà di cambiare rotta in direzione di quelli che sono non solo i nuovi modelli ma soprattutto per garantire sempre al cittadino – utente il giusto e corretto intervento fornito nei modi e nei tempi adeguati sulla base degli standard riconosciuti con un bilancio positivo tra benefici, rischi e costi.

LA VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

Il Decreto Legislativo n. 150/2009 stabilisce che le pubbliche amministrazioni valutino annualmente la performance individuale e organizzativa di strutture e dipendenti, adottando un apposito sistema di valutazione e misurazione, e proprio per questo l'Azienda Ospedaliera di Perugia si è dotato di un sistema di budgeting adeguato alla rilevazione della performance organizzativa, ispirandosi anche a quanto stabilito dalla Giunta Regione Umbria con Delibera n.52/2012 in cui si impartivano alle Aziende sanitarie indirizzi unitari per l'adozione di sistemi di valutazione del personale. La performance non può comunque essere sintetizzata in due universi individuo e organizzazione ma deve essere ragionata come la fusione di questi mondi, in quanto un'organizzazione complessa e variegata come quella sanitaria senza l'individuo non funziona e per contro l'individuo da solo se non inserito nell'organizzazione da luogo a pochi benefici, per se stesso e per gli altri.

L'utilizzo integrato di sistemi di valutazione individuali e di equipe porta sicuramente ad un miglioramento di alcune performance, dei processi di qualità, alla migliore gestione delle risorse nei processi organizzativi, alla verifica degli obiettivi gestionali e alla valorizzazione delle competenze e delle potenzialità individuali. In sintesi si può affermare che la performance rappresenta il contributo che una organizzazione e/o struttura apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi, nonché alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'organizzazione è stata costituita.

Misurare la performance in un'Azienda Ospedaliera significa misurare il grado di raggiungimento degli obiettivi che ci si è posti, in riferimento anche a quali obiettivi la Regione assegna alla Direzione per l'anno in corso. Proprio per queste motivazioni bisogna dotarsi di un sistema di monitoraggio snello e quanto più puntuale per potere correggere in corsa eventuali significativi scostamenti, per apportare quelle modifiche organizzative o comportamentali che consentano di attestarsi intorno allo standard atteso oppure rinegoziare e ritrarare l'obiettivo anche per cause esogene non imputabili direttamente all'organizzazione.

Nell'Azienda Ospedaliera di Perugia la performance dei principali indicatori viene monitorata costantemente attraverso un sistema di reporting sia verso il top management che verso le Strutture in modo tale da poter avere sempre un feedback tra gli attori del sistema azienda. Tale strumento da solo però non basta, perché senza un standard a cui avvicinarsi, un *goal* da realizzare, i dati sarebbero solo sterili numeri senza un apparente significato e proprio per questo affianco al sistema di monitoraggio dei principali indicatori di attività, di efficacia, efficacia, appropriatezza,

esito, qualità e processo è stato costruito il processo di budgeting. Grazie ad esso i numeri che derivano dagli indicatori assumono un significato più ampio perché essi non solo descrivono un andamento, una tendenza ma si paragonano e si raffrontano con uno standard, consentono operazioni di benchmark tra unità omologhe dell'Azienda stessa non al fine di creare graduatorie, ma per migliorare la performance dell'unità stessa e di conseguenza dell'Azienda nel suo complesso. Solamente avendo sistemi che permettono dei confronti consente nell'ambito di una "sana competizione" il miglioramento e in un momento storico come questo dove l'attenzione su indicatori ed esiti si fa più stringente ben venga che all'interno delle Aziende sanitarie si sviluppino strumenti non solo atti alla misurazione della performance ma utili alla valorizzazione dell'individuo e dell'organizzazione di cui esso fa parte.

IL SISTEMA DI BUDGETING DELL'AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA

COERENZA TRA PIANO DELLA PERFORMANCE, PROGRAMMAZIONE ECONOMICA – FINANZIARIA E SISTEMA DI BUDGETING

Si è sopra richiamato come il Piano della Performance sia uno degli strumenti previsti dal D.Lgs n. 150/2009 per la valutazione della performance; l'articolo 5 comma 1 (obiettivi definiti in coerenza con quelli del bilancio) e l'articolo 10 comma 1 lettera a) (adozione di un documento denominato piano della performance da adottare in coerenza con i contenuti e il ciclo della performance finanziaria e di bilancio dove siano individuati indirizzi e obiettivi strategici e operativi) del suddetto decreto stabiliscono quindi i paletti all'interno di cui ci si debba muovere per definire il piano della performance in maniera integrata con il processo di programmazione, con il sistema di budgeting e con il bilancio di previsione. Il ciclo di gestione della performance deve essere strutturato in modo tale che gli obiettivi assegnati siano correlati e collegati alla pianificazione strategica. Le principali componenti per poter gestire il ciclo sono quindi: il bilancio di previsione annuale, linee strategiche di indirizzo, piano della performance e sistema di budgeting per l'assegnazione degli obiettivi per le singole strutture.

Di seguito si forniscono notizie/dati/informazioni riprese dal Piano della Performance anno 2018, adottato dall'Azienda con Deliberazione n. 138 del 19.01.2018.

BILANCIO ANNUALE DI PREVISIONE E BILANCIO DI ESERCIZIO

L'Azienda Ospedaliera di Perugia con Deliberazione del Direttore Generale n. 1111 del 24/05/2017 ha approvato il Bilancio di Esercizio anno 2016 e con Deliberazione del Direttore Generale n. 2260 del 14/12/2016 ha adottato il bilancio preventivo economico dell'anno 2017 e del programma triennale dei lavori. Per la redazione di quest'ultimo è stata recepita la Deliberazione della Giunta Regionale n. 1298 del 14/11/2016 in cui erano contenuti gli indirizzi vincolanti per la predisposizione del bilancio di previsione per l'esercizio 2017. Il monitoraggio degli scostamenti rispetto al bilancio di previsione viene effettuato tramite strumenti contabili quali modelli ministeriali – regionali CE per il Conto Economico, report di monitoraggio mensile della spesa del personale e alcuni report di contabilità analitica per centro di costo con particolare interesse ai consumi di farmaci, presidi e diagnostici.

LINEE STRATEGICHE DI INDIRIZZO

Le linee strategiche d'indirizzo espongono gli obiettivi strategici aziendali da perseguire e da ribaltare alle strutture coinvolte nel processo di budgeting .

PIANO DELLA PERFORMANCE

Il Piano della Performance è lo strumento di collegamento tra gli obiettivi strategici, che si intende perseguire, contenuti nel bilancio annuale di previsione, gli obiettivi assegnati dalla Regione dell’Umbria e il processo di budget aziendale. Gli obiettivi che sono riportati nel piano della performance rappresentano l’architrave su cui costruire e sviluppare il processo di budgeting per l’anno successivo. Essi devono essere costruiti per misurare la performance della struttura a cui sono stati assegnati, inoltre devono essere collegati al sistema di valutazione e incentivazione del personale. Le prerogative fondamentali di tali obiettivi sono l’oggettività e la misurabilità, devono essere infine costruiti per essere raggiungibili.

PROCESSO DI BUDGETING

Una gestione aziendale efficace, efficiente e sostenibile richiede il potenziamento delle procedure del Controllo di Gestione con una implementazione in progresso del processo di budget e l’introduzione di sistemi operativi di “governo clinico”. Si rende infatti indispensabile, assicurare strumenti gestionali atti a sviluppare le azioni necessarie per costruire una organizzazione flessibile in grado di garantire la pronta e tempestiva adozione delle continue innovazioni organizzative e gestionali del Sistema Sanitario Regionale. La programmazione per “budget”, quale guida per l’organizzazione delle attività aziendali, prevede l’individuazione di obiettivi e risorse, all’interno di ben definite compatibilità istituzionali e finanziarie, il tutto finalizzato a una maggiore responsabilità dei dirigenti e al miglioramento continuo della qualità dell’assistenza. Il processo di budgeting è quindi quel processo che annualmente definisce gli obiettivi che ogni struttura deve perseguire.

Il budget è il momento dei “patti chiari” tra il top management e le sue articolazioni, in questa occasione si innesca una negoziazione – condivisione di obiettivi e risultati da raggiungere, valutando da entrambe le parti quali siano i passi da percorrere per raggiungere ciò che ci è posto come target. Il budget assegnato è sintetizzato in apposite schede dove gli obiettivi vengono suddivisi per dirigenza e comparto e a cui vengono assegnati dei pesi; esso rappresenta il primo momento della valutazione del personale. I risultati ottenuti saranno poi collegati con il sistema di valutazione e di incentivazione del personale dell’azienda al fine di corrispondere il giusto premio a ogni dipendente.

VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA E INDIVIDUALE

Nell’Azienda Ospedaliera di Perugia la performance dei principali indicatori viene monitorata costantemente attraverso un sistema di reporting sia verso il top management che verso le Strutture in modo tale da poter avere sempre un feedback tra gli attori del sistema azienda. Tale strumento da solo però non basta, perché senza uno standard a cui avvicinarsi, un *goal* da realizzare, i dati sarebbero solo sterili numeri senza un apparente significato e proprio per questo affianco al sistema di monitoraggio dei principali indicatori di attività, di efficacia, efficienza, appropriatezza, esito, qualità e processo è stato costruito il processo di budgeting. Grazie ad esso i numeri che derivano dagli indicatori assumono un significato più ampio perché essi non solo descrivono un andamento, una tendenza ma si paragonano e si raffrontano con uno standard, consentono operazioni di benchmark tra unità omologhe dell’azienda stessa non al fine di creare graduatorie, ma per migliorare la performance dell’unità stessa e di conseguenza dell’Azienda nel suo complesso. Solamente avendo sistemi che permettono dei confronti consente nell’ambito di una “sana competizione” il miglioramento e in un momento storico come questo dove l’attenzione su indicatori ed esiti si fa più stringente ben venga che all’interno delle aziende sanitarie si sviluppino strumenti non solo atti alla misurazione della performance ma utili alla valorizzazione dell’individuo e dell’organizzazione di cui esso fa parte. Le linee guida di riferimento sono:

- a)Decreto Legislativo n. 150/2009 “Ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”;
- b)Delibera della Giunta Regione Umbria n. 52/2012 definizione di indirizzi unitari per le aziende sanitarie sull’adozione di sistemi di valutazione del personale;
- c)Decreto del Presidente della Repubblica n. **105/2016** valutazione della performance delle Pubbliche Amministrazioni;
- d)Linee Guida per il Piano della Performance – Ministeri n.1 Giugno 2017;
- e)Deliberazioni del Direttore Generale n.68 e n.69 del 15 Gennaio 2014 definizione del processo e la metodologia di valutazione del personale della dirigenza e del comparto.

OBIETTIVI STRATEGICI

Gli obiettivi strategici che la Direzione strategica intende perseguire sono:

- a) riorganizzazione delle chirurgie: diversificazione dei percorsi di chirurgia programmata e chirurgia di urgenza; riorganizzazione logistica delle due strutture, individuazione di un pool di chirurghi per la gestione della osservazione breve specialistica, identificazione di unità monotematiche specialistiche dedicate a specifiche patologie (disease unit);
- b) riorganizzazione delle medicine: il riassetto logistico delle strutture di medicina consentirà la istituzione di un’area di osservazione breve intensiva direttamente correlata al pronto soccorso, rispondendo sia ai parametri normativo – organizzativi sia al miglioramento della appropriatezza della presa in carico del paziente superando la logica delle osservazioni brevi specialistiche, che potrebbe rappresentare il primo step verso la creazione di una vera e propria medicina di urgenza;
- c) rafforzamento dei protocolli interaziendali con le aziende territoriali;
- d) identificazione e costituzione del reparto per detenuti all’interno del vecchio Silvestrini;
- e) primary nursing ossia un modello che prevede che un singolo infermiere sia responsabile dell’erogazione, qualità e appropriatezza dell’assistenza per tutta la durata della degenza di un paziente;
- f) cruscotto direzionale attraverso lo sviluppo di un software di consultazione, per la direzione strategica e le strutture complesse, dell’attività di ricovero, dell’andamento del budget e tutti gli indicatori misurabili e collegabili ai database aziendali;
- g) implementazione del dossier clinico informatizzato del paziente.

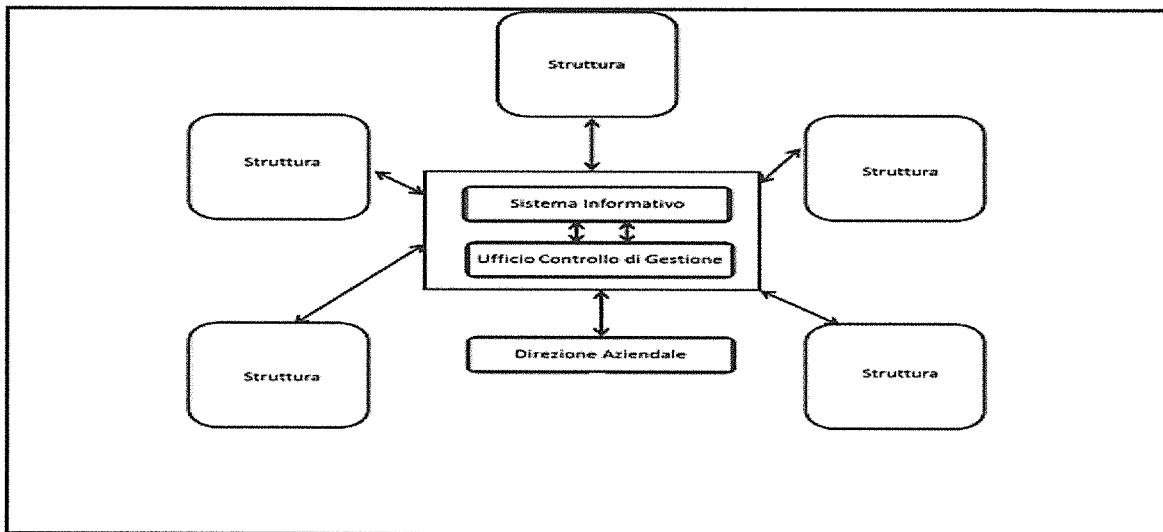
PROCESSO AZIENDALE DI BUDGETING

NEGOZIAZIONE E CONDIVISIONE DEL BUDGET D’ESERCIZIO

La Direzione dell’Azienda Ospedaliera di Perugia, attua il processo di budgeting inteso come principale strumento d’integrazione tra i diversi processi aziendali. Il modello adottato per il Controllo di Gestione dall’Azienda, non si limita alla sola analisi della performance economica/finanziaria ma, attraverso questa metodologia, ha previsto, a sostegno del “governo clinico”, un sistema di monitoraggio, individuando un insieme di indicatori di processo e di esito delle prestazioni erogate per migliorarne continuamente l’appropriatezza e l’efficacia delle stesse. Il processo di budgeting è il punto cardine attraverso il quale il top management pianifica le risorse, le linee strategiche e gli obiettivi, previsti in ambito nazionale, regionale e aziendale, su base annuale e con assegnazione mirata alle diverse articolazioni aziendali, conferendo gli obiettivi da perseguire, le risorse con cui raggiungerli e che alla fine dell’esercizio avranno effetti sul sistema di valutazione e di incentivazione del personale. Il budget, come in precedenza detto, rappresenta il momento dei

patti chiari tra direzione e strutture, è proprio qui che le strategie delineate trovano il proprio compimento. Un processo di budget però non può esistere se non è supportato da un sistema di reporting tempestivo ed efficace, un sistema di tipo bidirezionale che vede al centro il Controllo di Gestione e il Sistema Informativo. Il supporto di un monitoraggio costante consente sicuramente di allocare meglio le risorse anche in corso d'opera, di tarare meglio obiettivi già assegnati anche a causa di fattori esogeni non preventivabili in fase di assegnazione.

Sistema di comunicazione per il processo di budgeting



Le fasi del processo di budgeting sono le seguenti:

1. esplicitazione obiettivi nel piano della performance;
2. trasmissione delle proposte degli obiettivi da parte delle Strutture Complesse alla Direzione aziendale;
3. elaborazione da parte dell'Ufficio Controllo di Gestione e Sistema Informativo delle schede di budget per Struttura Complessa e Dipartimento;
4. condivisione e formalizzazione degli obiettivi e delle risorse di budget tra la Direzione e le Strutture Complesse con l'elaborazione del budget d'esercizio;
5. monitoraggio trimestrale degli obiettivi assegnati, attraverso il sistema di reporting , per la verifica degli scostamenti dallo standard assegnato.

Il processo di budgeting dell'Azienda coinvolge a cascata tutti i dipendenti ed è così articolato:

1. Budget di Dipartimento
2. Budget di Struttura Complessa

La valutazione dei risultati del budget viene infine trasmessa all'Ufficio Valutazione del Personale e al Nucleo di Valutazione Aziendale (NVA) per poi poter procedere alla valutazione di seconda istanza e, con il supporto tecnico dell'Ufficio Controllo di Gestione, valutare le eventuali controdeduzioni a obiettivi non raggiunti presentate dalle Strutture.

LA SCHEDA DI BUDGET

La scheda di budget è lo strumento attraverso cui vengono definiti gli obiettivi da perseguire assegnati alla struttura, le risorse a disposizione con cui poterli conseguire e i parametri di valutazione dei risultati. La scheda di budget di ogni struttura è così composta:

- *Scheda A*: scheda risorse umane (fotografia statica del personale al primo giorno dell'anno);
- *Scheda B*: scheda economica per farmaci, presidi, diagnostici e altro materiale (assegnazione delle risorse economiche con cui perseguire gli obiettivi);
- *Scheda C*: obiettivi generali e/o specifici previsti per la dirigenza (declinazione degli obiettivi assegnati ai dirigenti della struttura);
- *Scheda D*: obiettivi generali e/o specifici previsti per il Comparto (declinazione degli obiettivi assegnati il personale del comparto della struttura).

Gli obiettivi contenuti nelle Schede C e D sono finalizzati a migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria nelle sue varie accezioni e in particolar modo a favorire l'integrazione tra gli operatori. Tale integrazione può essere di diversi tipi: *logistica* (utilizzo integrato degli spazi e delle risorse in dotazione), *organizzativa* (coordinamento dell'utilizzo di risorse tecnologiche e umane per il miglioramento dell'organizzazione dell'Azienda e della singola struttura), *clinica* (coordinamento spazio temporale dell'atto medico per il processo produttivo sul percorso di cura del paziente al fine di favorire la riprogettazione dei percorsi assistenziali o diagnostico terapeutici) e *culturale* (progressiva condivisione di quei comportamenti clinico – assistenziali e organizzativi attraverso l'individuazione e adozione di protocolli, linee guida, percorsi diagnostico terapeutici e modelli organizzativi che facciano sì che l'azienda oltre ad essere al passo dei tempi sia anche innovativa e sostenibile).

Gli elementi principali di novità per il processo di budgeting anno 2018 sono l'assegnazione di obiettivi specifici e personali per le figure apicali della struttura (direttore o responsabile e coordinatore) e l'inserimento nella scheda del comparto di obiettivi specifici per gli operatori socio sanitari (OSS) e ausiliari. Quindi gli obiettivi generali assegnati avranno una pesatura diversa tra le figure apicali e le altre figure.

TEMPISTICA DEL PROCESSO DI BUDGETING

La fase propedeutica al processo di budgeting è contrassegnata, oltre che dalla stesura del piano della performance da un periodo di confronto e dialogo con le strutture sanitarie e tecnico – amministrative dell'Area Centrale per poter condividere con loro e raffinare gli obiettivi da proporre alle strutture sanitarie. Il budget è un processo di programmazione e organizzazione dell'attività aziendale attraverso cui la Direzione definisce, tenuto conto delle risorse necessarie, l'insieme degli obiettivi che, in un certo periodo di tempo, le strutture dovranno perseguire, nella maniera più efficace ed efficiente possibile. La definizione dei programmi di attività, ottenuta attraverso un tale processo, è finalizzata al miglioramento della qualità assistenziale nel suo complesso. Proprio per le suddette motivazioni il processo di budgeting, oltre alla mera assegnazione degli obiettivi, è un momento di confronto e di ascolto reciproco tra top management e strutture dell'organizzazione. Gli obiettivi che vengono assegnati, prevalentemente, si riferiscono ad un periodo annuale, ma alcuni di essi sono o la naturale prosecuzione di alcuni assegnati negli anni precedenti o il primo passo per una realizzazione che vedrà i propri frutti negli anni successivi. Quindi, una volta condivisa la metodologia di budget con il top management, sentite e accolte totalmente o parzialmente le proposte delle strutture di area centrale, l'Ufficio Controllo di Gestione predispone le schede di budget con gli obiettivi per il budget d'esercizio, che verranno poi discusse, condivise e formalizzate tra la Direzione Aziendale e i Responsabili e Coordinatori di Struttura Complessa. Gli obiettivi, per il personale del comparto afferente al Dipartimento delle Professioni Sanitarie sono stati individuati attraverso il confronto tra i vari coordinatori e il Dipartimento delle Professioni Sanitarie.



E' previsto, per le Strutture assegnatarie di un budget, un monitoraggio trimestrale dell'andamento degli indicatori che misurano i singoli obiettivi da parte dell'Ufficio Controllo di Gestione. Inoltre alle strutture con attività di ricovero vengono restituiti a cadenza bimensile dei report per il monitoraggio della propria attività. La Direzione è invece informata, con cadenza mensile o bisettimanale sull'andamento generale e analitico delle attività e sull'andamento dei consumi dei beni sanitari.

Per aumentare l'autorevolezza del processo di budgeting e proseguire nel processo culturale, avviato in azienda, di "managerializzazione" delle figure apicali delle strutture, a partire dall'anno 2018 verrà richiesto ai direttori di Struttura Complessa di organizzare almeno tre riunioni l'anno per discutere dei dati di attività e delle performance conseguite dalla struttura.

VALUTAZIONE FINALE DEL GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI

Per ogni azione definita nella scheda di budget è previsto uno o più indicatori con il relativo valore di riferimento con cui valutare alla fine dell'anno le attività delle varie strutture ed avere quindi, la dimensione del raggiungimento degli obiettivi per la promozione del Governo Clinico. Spetta all'Ufficio Controllo di Gestione per conto della Direzione Aziendale, allo scadere dell'anno, effettuare la verifica dell'ottemperanza degli obiettivi. Per le Strutture Complesse sia di area sanitaria sia di area amministrativa, tenuto conto delle priorità d'azione della strategia aziendale, è stato attribuito ai vari obiettivi un peso peculiare per ognuno di essi. La valutazione finale della componente della dirigenza e di quella del comparto di ogni Struttura si otterrà sommando i valori ottenuti per ognuno degli obiettivi assegnati alla stessa. La valutazione del raggiungimento degli obiettivi generali di specifici di Struttura definiti e assegnati, per l'area Sanitaria viene espressa in percentuale, da un minimo di 0 ad un massimo di 100 con valori intermedi in relazione al grado di raggiungimento degli obiettivi stessi. Il punteggio totale assegnato alle Strutture di area sanitaria e di area amministrativa sarà pari a 100. Ogni Struttura di area sanitaria avrà due punteggi assegnati uno per la Dirigenza e l'altro per il Comparto e ciò comporterà una diversa valutazione delle due componenti. Per la dirigenza il punteggio finale sarà composto dalla somma del punteggio della Scheda B (consumi beni sanitari) a cui è assegnato un peso pari a 10 e quello della Scheda C il cui valore complessivo è pari a 90, mentre per il comparto il punteggio finale sarà calcolato su quanto totalizzato per gli obiettivi riportati nella scheda C fino ad un massimo di 100 punti. Per l'area amministrativa la somma degli obiettivi è pari a 100.

Per ogni obiettivo viene assegnato dalla Direzione e dall'Ufficio Controllo di Gestione un valore prestabilito a seconda dell'importanza strategica che esso riveste. Ogni obiettivo può prevedere più indicatori di misurazione, alcuni quantitativi, altri definiti in termini di adempimenti per i quali il valore atteso è rappresentato da un giudizio che potrà assumere le seguenti modalità: raggiunto, parzialmente raggiunto o non raggiunto che verrà valutato dall'Ufficio Controllo di Gestione. In allegato verrà inserito il regolamento che disciplinerà il calcolo degli obiettivi, sia essi di tipo quantitativo che di tipo qualitativo.

GESTIONE DEL CICLO DELLA PERFORMANCE. DALLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA A QUELLA INDIVIDUALE.

L'Azienda Ospedaliera di Perugia, tramite l'Ufficio Controllo di Gestione ha messo a punto un sistema di monitoraggio intermedio degli obiettivi assegnati, al fine di favorire il pieno raggiungimento di essi o di rimodularli in caso di un vistoso scostamento dal target assegnato e per adottare utili e tempestive misure di intervento correttivo. L'analisi sugli scostamenti generalmente è trimestrale ma nulla impedisce che il monitoraggio sia più frequente al fine di poter meglio

valutare l'eventuale distanza tra quanto atteso e quanto sino a quel punto realizzato. Questo consente alla direzione aziendale di poter porre in atto, in maniera tempestiva e concordata con i Direttori di Struttura interessati, idonee misure correttive per migliorare la gestione o modificare alcuni comportamenti sempre con il fine di migliorare i livelli performance individuale e aziendale. Nel corso dell'anno, come precedentemente affermato, a fronte di cause esogene non preventivabili in fase di negoziazione, è facoltà della direzione aziendale rinegoziare gli obiettivi non più in linea con quanto ci si era posti.

A conclusione dell'esercizio è compito dell'Ufficio Controllo di Gestione eseguire la valutazione di prima istanza, tenendo conto non solo del valore raggiunto per ogni obiettivo ma anche di alcune variabili (es. aumento pazienti, chiusura periodica di una o più sale operatorie ecc.) che hanno influito sulla perfomance finale. Una volta conclusa questa fase saranno inviati ai responsabili di Struttura, ai coordinatori i risultati ottenuti e questi avranno facoltà di presentare eventuali controdeduzioni per quei obiettivi che non hanno raggiunto; allo stesso tempo sarà inviato alla Direzione Aziendale e al Nucleo di Valutazione Aziendale un documento riepilogativo sulle performance raggiunte dalle varie strutture nel budget di esercizio. Trascorsi i tempi tecnici di presentazione delle controdeduzioni il Nucleo di Valutazione Aziendale, avvalendosi dell'Ufficio Controllo di Gestione in qualità di organo tecnico, valuterà la documentazione trasmessa e avrà facoltà di decidere se accettare totalmente o parzialmente o non accettare le controdeduzioni presentate. Terminata questa fase, si darà avvio alla valutazione di ogni dipendente, che tramite apposite credenziali dovrà accedere a un portale informatico e "autovalutarsi". Successivamente è compito del valutatore (direttore di struttura, coordinatore, posizione organizzativa) decidere, dopo confronto con il valutato, se il punteggio dell'autovalutazione è da confermarsi o meno. Una volta terminata questa fase di valutazione della performance organizzativa di struttura si potrà procedere alla valutazione individuale del dipendente come declinato da apposito regolamento.Terminate tutte le fasi di questo processo di valutazione individuale, si calcolerà il punteggio finale di performance di ogni dipendente calcolando tramite media ponderata del risultato ottenuto dal processo di budgeting (performance di struttura di appartenenza) e punteggio individuale. A questo punto, salvo eccezioni di contestazione e relativo contraddiritorio, ogni dipendente sarà inserito nell'apposita fascia di valutazione e si darà seguito alla relativa retribuzione di risultato.

3. Organizzazione aziendale

Si conferma e si ripropone il modello di organizzazione aziendale già esplicitato nell'ambito dei precedenti Programmi Triennali per la Trasparenza e l'Integrità.

L'Azienda Ospedaliera di Perugia ha rideterminato l'organizzazione aziendale con Delibera del Direttore generale n. 703 del 7/6/2006 e successive modificazioni /integrazioni e rivisitazioni, ultima delle quali la deliberazione n.1557 del 31 agosto 2016.

L'organizzazione aziendale è costituita da tre direzioni centrali: Direzione Generale, Direzione Amministrativa e Direzione Sanitaria.

La base della organizzazione è sostenuta da due livelli organizzativi: il primo livello è costituito dalle Direzioni di linea – Le strutture in linea si articolano in Strutture Complesse e Strutture Semplici. Il secondo livello è costituito dalle Direzioni di Staff e dalle direzioni di Uffici.

Il contesto organizzativo gestionale privilegiato è rappresentato, nell'ambito ospedaliero, dalla struttura dipartimentale, con individuazione di Dipartimenti e l'implementazione di una compiuta organizzazione dipartimentale.

Il Dipartimento è individuato quale ambito organizzativo in cui sono attribuite ai professionisti specifiche responsabilità gestionali sia nelle aree di miglioramento e valutazione delle loro performance e sia nelle modalità di integrazione della loro operatività.

In tale contesto, anche alla luce di quanto asserito nel Protocollo d'intesa tra Regione dell'Umbria ed Università degli Studi di Perugia, l'organizzazione dipartimentale rappresenta il modello ordinario di gestione operativa dell'Azienda al fine di assicurare l'esercizio integrato delle attività assistenziali, con quelle di competenza della Facoltà di Medicina e Chirurgia di didattica e di ricerca.

I Dipartimenti ad Attività integrata svolgono tutte le funzioni necessarie a garantire l'esercizio coordinato ed integrato delle attività di assistenza con quelle di ricerca e di formazione coerenti con la specifica area assistenziale. Inoltre assicurano la pratica attuazione ed il rispetto delle specifiche normative e regolamenti aziendali, ed in particolare: sicurezza nei luoghi di lavoro, radioprotezione, gestione dei rifiuti sanitari, libera professione intramoenia, tutela della privacy, accesso agli atti, etc.

La riorganizzazione aziendale dei Dipartimenti persegue quindi l'obiettivo di semplificare la situazione organizzativa complessiva dell'Azienda, per una configurazione moderna e con una sempre più marcata connotazione di alta specialità.

Nel contesto dell'organizzazione dipartimentale è presente anche il Dipartimento delle Professioni Sanitarie con la finalità di promuovere lo sviluppo delle aree professionali sanitarie attraverso azioni di supporto tecnico-scientifico, predisposizione di strumenti di programmazione, organizzazione, gestione e verifica dell'assistenza, nell'ambito dei programmi di prevenzione, cura e riabilitazione. Il Dipartimento delle Professioni Sanitarie, articolato nelle aree professionali infermieristica, ostetrica, tecnica e della riabilitazione, è una struttura organizzativa dell'Azienda Ospedaliera posta in linea alla Direzione Generale e svolge funzioni di staff alla Direzione Sanitaria. E' costituito dall'insieme del personale infermieristico, ostetrico, tecnico sanitario e della riabilitazione, nonché dagli operatori socio-sanitari, operatori tecnici addetti all'assistenza e dal personale ausiliario specializzato dei servizi socio-assistenziali.

L'Azienda Ospedaliera di Perugia è attualmente articolata in 48 Unità Operative Complesse (di cui 27 a direzione universitaria) con nove dipartimenti assistenziali integrati (DAI) istituiti e attivati con atto del 14/11/2007 n.1.169 e regolamentati con atto 16/01/2008 n.29. Essi sono:

- Dipartimento Emergenza e Accettazione;
- Dipartimento di Scienze Cardio-Toraco-Vascolari;
- Dipartimento di Scienze Onco-Emato-Gastroenterologiche;
- Dipartimento di Neuroscienze e Organi Sensoriali;
- Dipartimento Materno – Infantile;
- Dipartimento di Medicina Interna e Medicina Specialistica 1;
- Dipartimento di Medicina Interna e Medicina Specialistica 2;
- Dipartimento di Scienze Chirurgiche;
- Dipartimento di Diagnostica per Immagini e di Laboratorio.

Gli organi che compongono il Dipartimento sono: il Direttore di Dipartimento, il Consiglio di Dipartimento e l'Assemblea di Dipartimento. Il Direttore è un Responsabile di Struttura complessa e viene nominato dal Direttore Generale dell'Azienda in caso di Dipartimento ospedaliero e d'intesa col Rettore dell'Università nel Dipartimento universitario, secondo le modalità previste dalle normative nazionali e regionali vigenti. Il Direttore è scelto in base a requisiti di esperienza e capacità clinica, gestionale, scientifica e formativa, di norma nell'ambito di una terna proposta dal Consiglio di Dipartimento, nella quale siano rappresentate le componenti ospedaliera e universitaria. Per l'individuazione della terna ciascun membro del Consiglio può esprimere una sola preferenza. Le modalità di elezione sono regolamentate da specifico documento. La durata dell'incarico è triennale ed è rinnovabile e sottoposta a revoca. In sede di prima applicazione la durata dell'incarico è annuale. Il Direttore garantisce il funzionamento del Dipartimento stesso ed esercita le funzioni di rappresentanza. Il Direttore è sovraordinato ai direttori di struttura limitatamente agli aspetti di natura gestionale attinenti al DAI ed assume responsabilità in ordine ai seguenti processi:

1. presiede il Consiglio di Dipartimento lo convoca almeno ogni due mesi e cura l'attuazione delle decisioni assunte;
2. convoca almeno una volta all'anno l'Assemblea del Dipartimento;
3. verifica la conformità dei comportamenti e dei risultati con gli indirizzi generali forniti dalla Direzione Aziendale;
4. è responsabile del raggiungimento degli obiettivi di assistenza;
5. promuove le attività del Dipartimento e vigila sull'osservanza delle leggi e regolamenti;
6. assicura il perseguitamento della qualità dell'assistenza anche attraverso il ricorso a metodologie e strumenti del governo clinico, promuovendo l'adozione di linee guida e la definizione di percorsi clinico – assistenziali, al fine di adeguare i comportamenti professionali a criteri di appropriatezza ed efficacia, sulla base delle migliori evidenze scientifiche disponibili;
7. negozia con la direzione Aziendale, insieme ai Direttori di Struttura Complessa il budget globale di Dipartimento per le attività assistenziali;
8. predisponde annualmente una relazione sul raggiungimento degli obiettivi negoziati;
9. formula criteri clinici di priorità di accesso alle prestazioni e vigila sulla loro corretta applicazione anche al fine dei tempi di attesa;
10. promuove l'innovazione tecnico-professionale ed organizzativa;
11. promuovere la valorizzazione professionale;
12. cura lo sviluppo delle relazioni interne ed esterne.

Il Direttore di Dipartimento è responsabile della gestione del budget assegnato al Dipartimento, che costituisce il piano di attività per la gestione complessiva del Dipartimento stesso.

Altro organo dell'Azienda Ospedaliera di Perugia è il Collegio di Direzione formato dal Direttore Generale, Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo, dai Direttori dei Dipartimenti Assistenziali e dal Responsabile del S.I.T.R.O.; tale organo è preposto alle attività cliniche di governo, programmazione e valutazione delle attività tecnico – sanitarie e di alta integrazione sanitaria.

L'organizzazione dell'Azienda Ospedaliera di Perugia si articola in:

- dipartimenti assistenziali integrati (DAI);
- strutture Complesse e Staff della Direzione Generale, Direzione Amministrativa e Direzione sanitaria;
- strutture complesse;
- strutture semplici dipartimentali;
- strutture semplici;
- incarichi di alta specializzazione;
- incarichi professionali;
- posizioni organizzative;

Il personale dell'Azienda Ospedaliera di Perugia al 31/12/2016 era composto da 2.863 unità tra personale ospedaliero (2.639 dipendenti) e personale universitario in convenzione (224 unità) a cui vanno aggiunti 38 contratti di collaborazione coordinata e continuativa e contratti libero professionali.

4. Innovazione tecnologica e organizzativa

Si conferma e ribadisce quanto contenuto nell'ambito dei Programmi Triennali per la Trasparenza e l'Integrità precedenti e cioè che negli ultimi anni l'Azienda si è profondamente rinnovata negli arredi, tecnologie e comfort.

Dalla relazione della Direzione Aziendale del 23/12/2015 emerge che l'Azienda Ospedaliera ha proseguito nell'aggiornamento tecnologico delle apparecchiature elettromedicali con importanti investimenti sia nell'area di diagnostica per immagini che di laboratorio per un totale di oltre 9 milioni come viene riportato nel dettaglio della tabella con oltre 2 milioni e 270 mila euro di investimenti in programmazione.

Investimento	€
DIGITALIZZAZIONE VETRINI ANATOMIA PATOLOGICA	446.564,24
AUTOMATIZZAZIONE ESAMI MICROBIOLOGICI	3.154.906,80
LABORATORIO MEDICINA DI PRECISIONE	1.557.667,75
VIDEOENDOSCOPIA 3D NEUROCHIRURGIA	183.000,00
ECOCARDIOGRAFO 3D CARDIOLOGIA	157.990,00
ANGIOGRAFICO ROBOTIZZATO CHIRURGIA VASCOLARE	1.082.262,00
GAMMA CAMERA MEDICINA NUCLEARE	849.974,00
ECOGRAFO PEDIATRICO	105.561,72
DUE TAC MULTISTRATO	1.106.540,00
MIGLIORAMENTO INFRASTRUTTURA VIRTUALIZZAZIONE AZIENDALE	420.496,18
Totale	9.064.962,69
Inoltre sono iniziate le procedure di acquisizione per	
ANGIOGRAFO BIPLANO NEURORADIOLOGIA	1.320.000,00
ANGIOGRAFO PER ELETTRONEFROLOGIA	950.000,00
Totale	2.270.000,00

Negli ultimi mesi del 2016 sono stati completati i lavori tecnologico – strutturali per l’adeguamento a sala chirurgica ibrida di una sala del “Blocco Moggi” del 4 piano, al fine di migliorare la qualità delle prestazioni offerte al paziente chirurgico.

5. I dati e le informazioni

I dati e le informazioni pubblicate su sito istituzionale sono selezionate in ottemperanza alle prescrizioni di legge in materia di trasparenza e indicazioni contenute nella delibera n.1310 dell’ANAC “Prime Linee guida recanti indicazioni sull’attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel D. Lgs. 33/2013 come modificato dal D. Lgs. n.97/2016” il cui allegato sostituisce la mappa ricognitiva degli obblighi di pubblicazione previsti per le pubbliche amministrazioni dal D. Lgs. n.33/2013, contenuta nell’allegato 1 della delibera n.50/2013.

Le categorie di dati da pubblicare sono volte a creare e favorire un rapporto diretto fra il cittadino e la pubblica amministrazione, nonché una gestione del pubblico che consenta un miglioramento continuo nell’erogazione dei servizi all’utenza. Questi obblighi non vanno intesi come eccezioni rispetto alla regola di riservatezza ma come applicazioni di una regola di pubblicità che può avere molte ulteriori esplicazioni. Resta fermo che, nel caso di informazioni che contengano anche dati personali, devono essere rispettati i principi e le linee guida in materia di tutela della riservatezza secondo quanto già indicato nella delibera n.105/2010, paragrafi 3.1 e 3.2 e tenendo altresì conto della delibera del 2 marzo 2011 del Garante per la protezione dei dati personali “linee guida in materia di trattamento di dati personali contenuti anche in atti e documenti amministrativi, effettuato da soggetti pubblici per finalità di pubblicazione e diffusione sul web, del contenuto del parere del garante su uno schema di decreto legislativo concernente il riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle P.A. del 7 febbraio 2013 ed inoltre della deliberazione n. 243 del 15/05/2014 del Garante per la Protezione dei Dati Personalii “Linee guida in materia di trattamento di dati personali, contenuti anche in atti e documenti amministrativi, effettuato per finalità di pubblicità e trasparenza sul web da soggetti pubblici e da altri enti obbligati”, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 134 del 12/06/2014.

E’ quindi importante porre l’accento sulla protezione dei dati personali in modo tale che i dati pubblicati e i modi di pubblicazione risultino pertinenti e non eccedenti rispetto alle finalità indicate dalla legge, in ossequio alla disciplina in materia di protezione dei dati personali (D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196).

- la pubblicazione on-line dovrà essere effettuata in coerenza con quanto riportato nel documento linee Guida per i siti web delle PA (art. 4 Direttiva 8/09 del Ministro per la Pubblica Amministrazione e l’Innovazione, in particolare con le indicazioni, contenute nel suddetto documento, relative ai seguenti aspetti
 - trasparenza e contenuti minimi dei siti;
 - aggiornamento e visibilità dei contenuti;
 - accessibilità e usabilità;
 - classificazione e semantica;
 - formati aperti;
 - contenuti aperti

In base a quanto disposto con deliberazione del Direttore Generale n.846 del 18 giugno 2013 “Prime misure per la gestione del nuovo sito internet aziendale e per l’attuazione del D. Lgs. 14 marzo 203, n. 33, tutti i dirigenti responsabili delle Strutture Amministrative dell’Azienda hanno l’obbligo di provvedere alla pubblicazione inerente le fattispecie contemplate nel decreto in base alla rispettiva competenza in materia. Nel caso di obblighi di trasparenza di natura trasversali, tali cioè da interessare più strutture amministrative, i dirigenti interessati dovranno tempestivamente

predisporre una proposta di attuazione del Decreto Legislativo n. 33 del 14/03/2013 da sottoporre all'approvazione del Direttore Amministrativo.

Nelle tabelle di seguito (**Allegato 1**) si riportano gli obiettivi di trasparenza e contenuti specifici da pubblicare sul sito web aziendale ed in particolare:

- le categorie di dati da pubblicare (riferimento delibera ANAC n.1310 del 28/12/2016 il cui allegato sostituisce la mappa ricognitiva degli obblighi di pubblicazione previsti per le pubbliche amministrazioni dal D. Lgs. n.33/2013, contenuta nell'allegato n. 1 della delibera n.50/2013);
- la relativa fonte normativa con descrizione del contenuto degli obblighi di pubblicazione;
- la Struttura che produce ed aggiorna tali dati ;
- tempistica di pubblicazione/aggiornamento.

6. Accesso Civico

L'obbligo previsto dalla normativa previgente al D. Lgs. n. 97/2016 poneva in capo all'Azienda di pubblicare specifici documenti, informazioni o dati e comportava il diritto di chiunque di richiedere i medesimi, nei casi in cui era stata omessa la loro pubblicazione. Il Decreto legislativo n. 97/2016 è intervenuto a modificare alcuni aspetti dell'accesso civico, così come era delineato dall'articolo 5 del D. Lgs. n.33/2013. Il decreto infatti riscrive la disciplina dell'accesso civico ampliandone la portata, tanto da renderla potenzialmente illimitata ed equivalente a quella che nei sistemi anglosassoni è definita *Freedom of information act (Foia)*. Nella sua nuova formulazione infatti, l'art.5, fermo restando il diritto di richiedere la pubblicazione di dati omessi , consente a chiunque di accedere a dati, detenuti dalle Pubbliche Amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e privati giuridicamente rilevanti, al fine di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche. Anche nel nuovo assetto disegnato dal D. Lgs. n. 97/2016 la richiesta di accesso civico non richiede motivazione e non è sottoposta a limiti in ordine alla legittimazione soggettiva del richiedente. Ne viene ribadita la gratuità, disponendo espressamente che il rilascio di dati o documenti in formato elettronico o cartaceo è gratuito, salvo il rimborso del costo effettivamente sostenuto e documentato dall'Amministrazione per la riproduzione su supporti materiali. Pertanto con la nuova formulazione del D.Lgs. n. 97/2016, fermo restando l'accesso documentale disciplinato dalla Legge 241/1990 che consiste nel "*diritto degli interessati di prendere visione e di estrarre copia di documenti amministrativi*, subordinata ad una istanza motivata e ad "*un interesse diretto, concreto ed attuale, corrispondente ad una situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento al quale è chiesto l'accesso*", viene individuato, accanto all'acceso civico di cui all'art.5, comma 1 del Decreto Trasparenza (D. Lgs. n. 33/2013), consentito ai documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria, un ulteriore "accesso generalizzato" di cui all'art.5, comma 2 del Decreto Trasparenza, universale e relativo a tutti gli atti e dati in possesso della Pubblica Amministrazione. Le funzioni relative all'acceso civico vengono assicurate da tutti i Responsabili delle Direzioni aziendali. L'istanza, trasmissibile anche per via telematica potrà essere indirizzata alternativamente: 1) alla Direzione che detiene i dati, i documenti o le informazioni, 2) all'Ufficio Relazioni con il Pubblico; 3) al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, nel caso in cui la richiesta abbia ad oggetto dati, informazioni o documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria. I dirigenti responsabili provvedono, entro trenta giorni dall'istanza, a pubblicare sul sito i dati, le informazioni o i documenti richiesti e a comunicare al richiedente l'avvenuta pubblicazione dello stesso, indicandogli il relativo collegamento ipertestuale. Nel caso in cui la richiesta abbia ad oggetto documenti o atti dei quali non è prevista la pubblicazione obbligatoria (documenti ulteriori) i dirigenti responsabili, verificato se vi sono eventuali soggetti contro interessati, essendo obbligati a dar loro comunicazione della richiesta di accesso, e trascorsi 10 giorni nel caso di presenza e avviso ai contro interessati, possono

provvedere a dar seguito alla richiesta. Il procedimento si conclude in trenta giorni o in quaranta in caso di presenza di contro interessati. I limiti all'accesso civico sono disciplinati dall'art. 5 bis del D. Lgs. n.33/2013 così come modificato dal D. Lgs. n.97/2016, che individua una elencazione tassativa e che permette di rifiutare l'accesso civico, nel caso in cui esso possa comportare un pregiudizio concreto alla tutela di interessi pubblici inerenti le situazioni ivi indicate; può altresì essere rifiutato per salvaguardare gli interessi privati inerenti le situazioni indicate sempre nell'articolo sopra citato. Inoltre si deve tenere conto di quanto previsto nella determinazione ANAC n.1309 del 28/12/2016 "Linee Guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'Accesso Civico di cui all'art.5 co.2 del D. Lgs. 33/2013".

Tutte le informazioni inerenti l'accesso civico ed il modulo per la richiesta sono pubblicate in Amministrazione Trasparente - Altri contenuti accesso civico.

E' inoltre in fase di adozione da parte dell'Azienda il Regolamento sull'accesso civico.

7. Albo Pretorio on-line

L'Azienda ha attivo l'Albo Pretorio on-line quale strumento operativo funzionale alla pubblicazione di atti e provvedimenti amministrativi avente effetto di pubblicità legale. Pertanto sul sito web istituzionale dell'Azienda è presente un'apposita sezione denominata "Albo Pretorio on-line".

8. Posta Elettronica Certificata

La Posta Elettronica Certificata (PEC) è lo strumento che consente di inviare e ricevere messaggi di testo, documentazione ed allegati, con lo stesso valore legale della raccomandata con avviso di ricevimento. Rappresenta quindi uno strumento capace di generare rilevanti risparmi sul piano economico ed inoltre consente di semplificare i rapporti tra privati e la pubblica Amministrazione. La casella di Posta Elettronica è gestita dall'Ufficio Protocollo che afferisce alla Direzione Affari Generali. L'indirizzo di Posta Elettronica, pubblicato sul sito istituzionale, al quale far pervenire comunicazioni ufficiali, tramite e-mail certificata è il seguente: aosp.perugia@postacert.umbria.it In relazione al grado di utilizzo dello strumento, tanto nei rapporti con le altre Pubbliche Amministrazioni che con i cittadini, l'Azienda ha esteso l'utilizzo della PEC ed ha assegnato alle direzioni aziendali che producono, per il tipo di attività, documentazione oggetto di corrispondenza, indirizzi di PEC nominativi.

La finalità è quella di informatizzare il più possibile i servizi al cittadino piuttosto che limitarsi alla informatizzazione dei mezzi di trasmissione.

9. 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 encomi 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 ceto 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.

10. Politica della qualità e benessere organizzativo

L’Azienda ha da tempo individuato indirizzi, strategie e 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.

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 analoghe 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 D. Lgs. 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 D. Lgs. n.33/2013 nella sezione “Amministrazione Trasparente”. Tale obbligo è venuto meno ai sensi del D. Lgs. n. 97/2016.

11. 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.

Anche la predisposizione del Programma Triennale della Trasparenza e dell'Integrità 2018 – 2020, affidata al Responsabile della Trasparenza individuato con deliberazione del Direttore Generale 18 giugno 2013 n. 846 ha richiesto e richiede il coinvolgimento delle Strutture coinvolte nella predisposizione e aggiornamento del documento che sono:

- Struttura Complessa Affari Generali
- Struttura Complessa Personale
- Struttura Complessa Acquisti e Appalti
- Struttura Complessa Tecnico Patrimoniale
- Struttura Complessa Contabilità e Bilancio
- Struttura Complessa Bioingegneria e Ingegneria Clinica
- Struttura Complessa Economato e Servizi Alberghieri
- Struttura Semplice Formazione e Qualità
- Ufficio di staff Sistemi Informatici
- Ufficio Supporto Amministrativo alla Direzione Aziendale
- Ufficio Medicina Legale, Risk Management e Documentazione Clinica
- Ufficio di staff Controllo di Gestione e Sistema Informativo
- Ufficio di staff Supporto Tecnico Amministrativo al Controllo di Gestione
- Struttura Semplice Servizio di Prevenzione e Protezione
- Direzione Medica Ospedaliera
- Direzione Farmacia Ospedaliera
- Dipartimenti Assistenziali
- Strutture Complesse Sanitarie
- Servizio Infermieristico, Tecnico sanitario, Riabilitativo, Ostetrico

12. Modalità di predisposizione e pubblicazione del Programma della Trasparenza e dell'Integrità

Le Strutture competenti alla produzione dei dati, nel caso di necessità di pubblicazione sul sito di nuovi contenuti o di modifica di quelli presenti devono attenersi alle stesse indicazioni presenti nel Piano 2017-2019 e cioè devono procedere preliminarmente ad acquisire l'assenso dei Responsabili della pubblicazione individuati con deliberazione del Direttore Generale n. 846/2013. Le determinazioni assunte devono essere comunicate al Responsabile della Trasparenza ai fini del monitoraggio interno ed anche per l'aggiornamento del Programma Triennale. Viene ancora ribadito che ciascun Responsabile di Struttura è responsabile dell'attuazione della parte del Programma Triennale con riferimento alla pubblicazione delle informazioni di propria competenza. Nel corso del 2016 si è provveduto ad adeguare ed integrare ulteriormente le parti ancora da inserire in conformità al dettato normativo prevedendo di completare presumibilmente quelle parti ancora carenti nel corso del 2017-2018.

13. Iniziative per favorire la trasparenza e la cultura dell'integrità e della legalità

Pubblicazione sul sito istituzionale del Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici di cui al D.P.R. 16/04/2013, n. 62, che si inserisce nella logica dell'adempimento dell'obbligo di trasparenza.

Le iniziative a sostegno della trasparenza, della legalità e della promozione della cultura dell'integrità che si intendono perseguire nell'ambito del Piano 2018 – 2020 sono la continuazione di quelle che si erano prospettate nei precedenti Piani.

Nell'anno 2016, nella piattaforma FAD aziendale, www.ecmperugia.it, nel contesto del corso FAD "L'Amministrazione digitale: lo stato dell'arte", si è reso attivo un intero modulo dedicato alla Trasparenza e relative tematiche. Il corso è stato attivato in piattaforma dall'ottobre 2014 e vi risultano oltre 1000 iscritti fino al mese di agosto 2016. Inoltre dall'ottobre 2013 è attivo in piattaforma il corso FAD "Il nuovo codice di comportamento dei pubblici dipendenti, la disciplina e il procedimento disciplinare, con oltre 1300 iscritti fino al mese di agosto 2016.

Nell'anno 2017 sono stati messi a disposizione dell'intera compagine aziendale corsi in FAD – e-learning su anticorruzione, comportamento e disciplina. I dati complessivi, dal 2012 ad oggi, indicano oltre 2700 dipendenti iscritti, di cui 1200 hanno concluso utilmente i percorsi; sono state eseguite circa 6670 verifiche di apprendimento.

Nel 2017, degli oltre 200 iscritti ai predetti corsi FAD, il 45% sono infermieri, il 20% medici e dirigenti sanitari, il 20% altro personale tecnico-sanitario e il 15% altro personale di comparto.

Nel 2017, grazie ad una convenzione con la Scuola di Pubblica Amministrazione di Villa Umbra, sono stati messi a disposizione alcuni eventi formativi residenziali in materia di trasparenza, FOIA e privacy ed anticorruzione ai quali ha preso parte (n. 3) la Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (in materia di anticorruzione e trasparenza) e la Responsabile dell'Ufficio Prevenzione della Corruzione, Trasparenza e Trattamento dei Dati Personalini (n. 4) su anticorruzione, trasparenza e privacy.

Si prevede di effettuare nel corso dell'anno 2018 ulteriori corsi di formazione in materia di anticorruzione trasparenza, anche attraverso diverse sessioni per consentire a tutti i profili e ruoli professionali la partecipazione.

Anche nell'anno 2017 la giornata della Trasparenza è stata organizzata in modalità on-line tramite sito Web aziendale con le stesse modalità dell'anno 2016.

Inoltre le attività di promozione che si intende attivare, con il supporto della competente Struttura Formazione e Qualità dell'Azienda nel corso dell'anno 2018 e poi proseguire negli anni 2019 e 2020 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 mese di febbraio 2018. 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. Si è proposto l'avvio entro il mese marzo 2018. Di prevedere la Giornata della Trasparenza per il mese di ottobre 2018. Di prevedere la formazione del personale dirigenziale per la corretta conoscenza e applicazione del Codice di Comportamento; se ne ripropone l'avvio entro il mese di aprile 2018.

Infine si prevede anche un corso per il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, per i Responsabili delle Strutture Complesse Amministrative, per 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 mese di maggio 2018.

Formazione specifica per i 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 mese di aprile 2018.

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.

14. Ascolto degli stakholder

Al fine di rendere possibile un ascolto attivo degli stakholder interni (sindacati, dipendenti) ed esterni (cittadini, associazioni, imprese...) l'Azienda perfezionerà 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.

15. Sistema di monitoraggio interno sull'attuazione del Programma

Premesso che con il termine aggiornamento del dato non si intende necessariamente la modifica del dato, essendo sufficiente un controllo dell'attualità delle informazioni pubblicate, anche a tutela di eventuali interessi individuali coinvolti. Si ricorda quanto già esplicitato nei precedenti Programmi Triennali della Trasparenza e Integrità e cioè che per dar conto dell'avvenuta verifica dell'attualità delle informazioni pubblicate è necessario che in ogni pagina della sezione “Amministrazione Trasparente” sia indicata la relativa data di pubblicazione.

Il decreto legislativo n.33/2013 ha infatti individuato quattro diverse frequenze di aggiornamento:

- cadenza annuale per i dati che, per loro natura, non subiscono modifiche frequenti o la cui durata è tipicamente annuale;
- cadenza semestrale, per i dati che sono suscettibili di modifiche frequenti ma per i quali la norma non richiede espressamente modalità di aggiornamento eccessivamente onerose in quanto la pubblicazione implica per l'Amministrazione un notevole impegno, a livello organizzativo e di risorse dedicate;
- cadenza trimestrale per i dati soggetti a frequenti cambiamenti;
- aggiornamento tempestivo per i dati che è indispensabile siano pubblicati nell'immediatezza dell'adozione.

Laddove la norma non menziona in maniera esplicita l'aggiornamento, si deve intendere che l'Amministrazione sia tenuta alla pubblicazione e, di conseguenza, a un aggiornamento tempestivo. Per quanto attiene la durata dell'obbligo di pubblicazione, l'art.8, c.3 del D. Lgs. n.33/2013 dispone che i dati, le informazioni e i documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente, siano pubblicati per un periodo di cinque anni, decorrenti dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione, e comunque fino a che gli atti pubblicati producono i loro effetti.

Alla scadenza del termine di durata dell'obbligo di pubblicazione, i documenti e le informazioni e i dati sono comunque conservati e resi disponibili all'interno di distinte sezioni del sito archivio, collocate e debitamente segnalate nell'ambito della sezione “Amministrazione Trasparente”, fatti salvi gli accorgimenti in materia di tutela dei dati personali nonché l'eccezione prevista in relazione ai dati di cui all'art.14 del D. Lgs. n.33/2013, che per espressa previsione di legge, non debbono essere riportati nella sezione archivio. Detto articolo è stato solo in parte modificato in relazione

ALLEGATO..... A..... ALLA DELIBERAZIONE
30 GEN 2018 N. 198 PAG. N. 109

all'introduzione dell'istituto dell'accesso civico generalizzato. La durata ordinaria della pubblicazione rimane fissata in cinque anni, decorrenti dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello in cui decorre l'obbligo di pubblicazione e salvo quanto già previsto sulla durata della pubblicazione collegata alla durata degli effetti degli atti pubblicati e ai termini previsti in materia di tutela dei dati personali. Una importante modifica è quella apportata all'art.8, comma 3, dal D. Lgs. n. 97/2016: trascorso il quinquennio o i diversi termini sopra richiamati, gli atti, i dati e le informazioni non devono essere conservati nella sezione archivio del sito che quindi viene meno. Dopo i predetti termini, la trasparenza è assicurata mediante la possibilità di presentare l'istanza di accesso civico generalizzato.

Come già precisato nei precedenti Programmi il monitoraggio per l'attuazione del programma è svolto a cura del Responsabile della Trasparenza con il supporto delle competenze interne aziendali. In particolare il monitoraggio consiste nella richiesta di report e nella verifica dei contenuti pubblicati sul sito finalizzata anche alla verifica dell'usabilità del complesso delle informazioni pubbliche.

Livello 1	Livello 2	Denominazione del singolo obbligo	Articolo/norma di riferimento (ove non indicato altro: D.lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)	Struttura che produce ed aggiorerna i dati	Aggiornamento (ove non indicato altro: D.lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)
Disposizioni generali	Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT)	art. 10, c.8, lett.a)	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012 (link alla sotto-sezione Altri contenuti/Anticorruzione)	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
Atti generali	Riferimenti normativi su organizzazione e attività generali	Atti amministrativi generali	art. 12, c.1	Riferimenti normativi con i relativi link alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normattiva" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni. Direttive, circolari, programmi, istruzioni e ogni atto che dispone in generale sulla organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procedimenti, ovvero nei quali si determina l'interpretazione di norme giuridiche che riguardano o dettano disposizioni per l'applicazione di esse.	Direzioni / Uffici che elaborano l'atto
	Documenti di programmazione strategico-gestionale	Oneri Informativi per cittadini ed imprese		Direttive, documento di programmazione, obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	Direzioni / Uffici che elaborano l'atto
Statuti e leggi regionali	art. 12, c.2			Estremi e testi ufficiali aggiornati degli Statuti e delle norme di legge regionali, che regolano le funzioni, l'organizzazione e lo svolgimento delle attività di competenza dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8)
Codice disciplinare e codice di condotta	d.lgs n.165/2001:	Scadenzario obblighi amministrativi	art. 12, c.1 art. 55, c.2	Codice disciplinare, recante l'indicazione delle infrazioni del codice disciplinare e relative sanzioni (pubblicazione on line in alternativa all'affissione in luogo accessibile a tutti (art. 7, l. n. 300/1970) Codice di condotta inteso quale codice di comportamento Scadenzario con l'indicazione delle date di efficacia dei nuovi obblighi amministrativi a carico di cittadini e imprese introdotti dalle amministrazioni secondo le modalità definite con DPCM 8 novembre 2013	Direzioni / Uffici che elaborano l'atto
Organizzazione	Articolazione degli Uffici	Organigramma (da pubblicare sotto forma di organigramma, in modo tale che a ciascun ufficio sia assegnato un link ad una pagina contenente tutte le informazioni previste dalla norma)	art. 13, c.1, lett. b) art. 13, c.1, lett. c)	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche	Controllo di gestione e Servizio Informativo
			art. 13, c.1, lett. b)	Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8)
	Telefono e posta elettronica	Telefono e posta elettronica	art. 13, c.1, lett. d)	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di istituzionali	Controllo di gestione e Servizio Informativo
Consulenti e collaboratori	Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Consulenti e collaboratori (da pubblicare in tabelle)		Elenco degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa) per i quali è previsto un compenso con indicazione dei soggetti percepitori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato	Ufficio Relazioni con il Pubblico
			art. 15, c.2	Direzione Personale / Formazione e Qualità / Direzione Contabilità e Bilancio / Direzione Economico / Ufficio Supporto Amministrativo alla Direzione Aziendale	Tempestivo (ex art. 8)

Livello 1	Livello 2	Denominazione del singolo obbligo	Articolo/norma di riferimento (ove non indicato altro: D.lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)	Struttura che produce ed aggiorna i dati	Aggiornamento (ove non indicato altro: D.lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)
		Per ciascun titolare di incarico:			
	art. 15, c. 1, lett. b)	1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo		Direzione Personale / Formazione e Qualità / Direzione Contabilità e Bilancio / Direzione Economico S.A. / Ufficio Supporto Amministrativo alla Direzione Aziendale	Tempestivo (ex art. 8)
	art. 15, c. 1, lett. c)	2) dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato		Direzione Personale / Formazione e Qualità / Direzione Contabilità e Bilancio / Direzione Economico S.A. / Ufficio Supporto Amministrativo alla Direzione Aziendale	Tempestivo (ex art. 8)
	art. 15, c. 1, lett. d)	3) compensi comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (comunicate alla Funzione pubblica) (communicate alla Funzione pubblica)		Direzione Personale / Formazione e Qualità / Direzione Contabilità e Bilancio / Direzione Economico S.A. / Ufficio Supporto Amministrativo alla Direzione Aziendale	Tempestivo (ex art. 8)
	art. 15, c.2			Direzione Personale / Formazione e Qualità / Direzione Contabilità e Bilancio / Direzione Economico S.A. / Ufficio Supporto Amministrativo alla Direzione Aziendale	Tempestivo (ex art. 8)
	d.lsg. n. 165/2001: art. 53, c. 14	Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse		Direzione Personale / Formazione e Qualità / Direzione Contabilità e Bilancio / Direzione Economico S.A. / Ufficio Supporto Amministrativo alla Direzione Aziendale	Tempestivo
	d.lsg. n. 165/2001: art. 53, c. 14			Direzione Personale / Formazione e Qualità / Direzione Contabilità e Bilancio / Direzione Economico S.A. / Ufficio Supporto Amministrativo alla Direzione Aziendale	Tempestivo
Personale	Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle)	Incarichi amministrativi di vertice	Per ciascun titolare di incarico:		
	art. 14, c.1, lett. a) art. 14, c.1-bis	Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Direzione Personale	Tempestivo (ex art. 8)	
	art. 14, c.1, lett. b) art. 14, c.1-bis	Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Direzione Personale	Tempestivo (ex art. 8)	

Livello 1	Livello 2	Denominazione del singolo obbligo	Articolo/norma di riferimento (ove non indicato altro: D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)	Struttura che produce ed aggiora i dati	Aggiornamento (ove non indicato altro: D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)
			ALLEGATO A DELIBERAZIONE N. 199 DEL 09 GEN. 2018 PAG. N. 112		
		Art. 14, c.1, lett. c) art. 14, c.1-bis	Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Direzione Personale	Tempestivo (ex art. 8)
			Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Direzione Personale	Tempestivo (ex art. 8)
		Art. 14, c.1, lett. d) art. 14, c.1-bis	Dati relativi all'assunzione di altre cariche, preso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Direzione Personale	Tempestivo (ex art. 8)
		Art. 14, c.1, lett. e) art. 14, c.1-bis	Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Direzione Personale	Tempestivo (ex art. 8)
		art. 14, c.1, lett. f) art. 14, c.1-bis	1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di soggetto, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Direzione Personale	Nessuno (va presentata una sola volta entro tre mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato)
		legge n. 441/1982 art. 2, c.1, punto 1	2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Direzione Personale	Entro tre mesi dalla nomina o dal conferimento dell'incarico
		art. 14, c.1, lett. f) art. 14, c.1-bis	3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Direzione Personale	Annuale
		legge n. 441/1982 art. 3			
		d.lgs. n. 39/2013 art. 20, c.3	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Direzione Personale	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)
		d.lgs. n. 39/2013 art. 20, c.3	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconcompatibilità al conferimento dell'incarico	Direzione Personale	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. N. 39/2013)
		art. 14, c. 1-ter, secondo periodo	Montante complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Direzione Personale	Annuale (non oltre il 30 marzo)

Livello 1	Livello 2	Denominazione del singolo obbligo	Articolo/norma di riferimento (ove non indicato altro: D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)	Obblighi di pubblicazione (ove non indicato altro: D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)	Struttura che produce ed aggiorna i dati	Aggiornamento (ove non indicato altro: D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)
	Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrittivamente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali	(dà pubblicare in tabelle che distinguono le seguenti situazioni: dirigenti, dirigenti individuati discorsionalmente, titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali)	Per ciascun titolare di incarico:		
		Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrittivamente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali	art. 14, c.1, lett. a)	Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Direzione Personale	Tempestivo (ex art. 8)
		Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrittivamente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali	art. 14, c.1, lett. b)	Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Direzione Personale	Tempestivo (ex art. 8)
		Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrittivamente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali	art. 14, c.1-bis	Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Direzione Personale	Tempestivo (ex art. 8)
		Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrittivamente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali	art. 14, c.1-bis	Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Direzione Personale	Tempestivo (ex art. 8)
		Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrittivamente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali	Art. 14, c.1, lett. d)	Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Direzione Personale	Tempestivo (ex art. 8)
		Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrittivamente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali	Art. 14, c.1, lett. e)	Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Direzione Personale	Tempestivo (ex art. 8)
		Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrittivamente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali	art. 14, c.1, lett. f)	1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'opposizione della formula esul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al verbo [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Direzione Personale	Nessuno (va presentata una sola volta entro tre mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato)
		Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrittivamente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali	art. 14, c.1-bis	2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)]	Direzione Personale	Entro tre mesi dalla nomina o dal conferimento dell'incarico
		Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrittivamente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali	legge n. 441/1982	3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Direzione Personale	Annuale
		Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrittivamente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali	art. 3		Direzione Personale	Tempestivo (art. 20, c.1, d.lgs n. 39/2013)
		Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrittivamente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali	d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Direzione Personale	Tempestivo (art. 20, c.1, d.lgs n. 39/2013)
		Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrittivamente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali	d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Direzione Personale	Tempestivo (art. 20, c.1, d.lgs n. 39/2013)
		Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrittivamente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali	art. 20, c.3	Amontare complessivo degli enolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Direzione Personale	Annuale (non oltre il 30 marzo)
		Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrittivamente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali	art. 14, c. 1-ter, secondo periodo	ELENCO DELLE POSIZIONI DIRIGENZIALI, INTEGRATO DA RELATIVI TITOLI E CURRICULA, ATTRIBUITE A PERSONE, ANCHE ESTERNE ALLE PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI, INDIVIDUATE DISCREZIONALMENTE DALL'ORGANO DI INDIRIZZO POLITICO SENZA PROCEDURE PUBBLICHE DI SELEZIONE	Direzione Personale	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del D.Lgs. 97/2016
		Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrittivamente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali	art. 15, c. 5			

ALLEGATO A
DELIBERAZIONE N. 198 PAG. N. 113
30 GEN. 2018

Livello 1	Livello 2	Denominazione del singolo obbligo	Articolo/norma di riferimento (ove non indicato altro: D.lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)	Obblighi di pubblicazione (ove non indicato altro: D.lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)	Struttura che produce ed aggiorna i dati	Aggiornamento (ove non indicato altro: D.lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)
		Posti di funzione disponibili	d.lgs. n. 165/2001: art. 19, c. 1-bis	Numero e tipologia dei posti di funzione che si rendono disponibili nella dotazione organica e relativi criteri di scelta	Direzione Personale	Tempestivo
Dirigenti cessati	Dirigenti cessati dal rapporto di lavoro (documentazione da pubblicare sul sito web)	Dirigenti cessati dal rapporto di lavoro (documentazione da pubblicare sul sito web)	art. 14, c.1, lett. a)	Atto di nomina, con l'indicazione della durata dell'incarico	Direzione Personale	Nessuno
	art. 14, c.1, lett. b)	Curriculum vitae			Direzione Personale	Nessuno
	Art. 14, c.1, lett. c)			Compensi di qualsiasi natura concessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Direzione Personale	Nessuno
	Art. 14, c.1, lett. d)	Importi di vinggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Direzione Personale	Nessuno
	Art. 14, c.1, lett. e)			Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Direzione Personale	Nessuno
	art. 14, c.1, lett. f)			1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico.	Direzione Personale	
	legge n. 441/1982			2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili).	Direzione Personale	
	art. 2, c.1, punto 2				Nessuno	
	art. 14, c.1, lett. f)					
	legge n. 441/1982			3) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Direzione Personale	
	art. 4					
Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi dirigenziali	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi dirigenziali	art. 47, c. 1	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie, nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Direzione Personale	Nessuno (va presentata una sola volta entro tre mesi dalla cessazione dell'incarico)
Posizioni organizzative	Posizioni organizzative	art. 14, c. 1-quinquies		I curriculum dei titolari di posizioni organizzative, redatti in conformità al vigente modello europeo.	Direzione Personale	Tempestivo (ex art. 8)
Dotazione organica	Conto annuale del personale	art. 16, c. 1		Conto annuale del personale e delle relative spese sostenute, nell'ambito del quale sono rappresentati dati relativi alla dotazione organica e ai personale effettivamente in servizio e al relativo costo, con l'indicazione della sua distribuzione tra le diverse qualifiche e aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Direzione Personale	Annuale (art. 16, c. 1)
	Costo personale a tempo indeterminato	art. 16, c. 2		Costo complessivo del personale a tempo indeterminato in servizio, articolato per aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Direzione Personale	Annuale (art. 16, c. 2)
Personale non a tempo indeterminato	Personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	art. 17, c. 1		Personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, ivi compreso il personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Direzione Personale	Annuale (art. 17 c. 1)

A
30 GEN 2018 N. 99 PAG. N. 114

Livello 1	Livello 2	Denominazione del singolo obbligo	Articolo/norma di riferimento (ove non indicato altro: D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)	Obblighi di pubblicazione (ove non indicato altro: D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)	Struttura che produce ed aggiorna i dati	Aggiornamento (ove non indicato altro: D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)
	Tassi di assenza	Tassi di assenza (da pubblicare in tabelle)	Costo del personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle) art. 17, c. 2	Costo complessivo del personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Direzione Personale	Trimestrale (art. 15 c. 2)
	Contrattazione collettiva	Contrattazione collettiva	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti) (da pubblicare in tabelle) art. 18 d.lgs. n. 165 / 2001: art. 53, c. 14 art. 21, c. 1	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti) (da pubblicare in tabelle) Elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascun dipendente (dirigente e non dirigente), con l'indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso spettante per ogni incarico	Direzione Personale	Tempestivo (ex art. 8)
	Contrattazione integrativa	Contratti integrativi	Costi contratti integrativi art. 21, c. 2 d.lgs. n. 150 / 2009: art. 21, c.2 art. 55, c. 4	Riferimenti necessari per la consultazione dei contratti e accordi collettivi nazionali e le eventuali interpretazioni autentiche.	Direzione Personale	Tempestivo (ex art. 8)
	Organismo Indipendente di Valutazione della performance (OIV) o struttura analoga	OIV o struttura analoga (da pubblicare in tabelle)	Organismo Indipendente di Valutazione della performance (OIV) o struttura analoga Art.10, c. 8, lett. c)	Specifiche informazioni sui costi della contrattazione integrativa, certificate dagli organi di controllo interno, trasmesse al Ministero dell'Economia e delle Finanze, che predispone, allo scopo, uno specifico modello di rilevazione, d'intesa con la Corte dei Conti e con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica	Direzione Personale	Annuale (art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009)
	Bandi di concorso	Bandi di concorso (da pubblicare in tabelle)	Delibera CIVIT n. 12/2013 Par. 14.2	Nominativi Curricula	Direzione Affari Generali Direzione Affari Generali	Tempestivo (ex art. 8) Tempestivo (ex art. 8)
Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance Delibera CIVIT n. 104/2010 Par. 1	Bandi di concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione nonché i criteri di valutazione della Commissione e le tracce delle prove scritte	Direzione Personale	Tempestivo (ex art. 8)	
	Piano della Performance	Piano della Performance	art. 10, c. 8, lett. b)	Sistema di misurazione e valutazione della Performance (art. 7, d.lgs. n. 150/2009)	Ufficio Controllo di Gestione e Servizio Informativo	Tempestivo (ex art. 8)

Livello 1	Livello 2	Denominazione del singolo obbligo	Articolo/norma di riferimento (ove non indicato altro: D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)	Obblighi di pubblicazione (ove non indicato altro: D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)	Struttura che produce ed aggiora i dati	Aggiornamento (ove non indicato altro: D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)
	Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance	art. 10, c. 8, lett. b)	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 159/2009)	Ufficio Controllo di Gestione e Servizio Informativo	Tempestivo (ex art. 8)
	Ammontare complessivo dei premi	Ammontare complessivo (da pubblicare in tabelle)	art. 20, c. 1	Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati	Direzione Personale	Tempestivo (ex art. 8)
	Dati relativi ai premi	Dati relativi ai premi (da pubblicare in tabelle)	art. 20, c. 2	Ammontare dei premi effettivamente distribuiti Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi	Direzione Personale	Tempestivo (ex art. 8)
	Benessere organizzativo	Benessere organizzativo	art. 20, c. 3	Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti Livelli di benessere organizzativo	Direzione Personale	Tempestivo (ex art. 8)
Enti controllati	Enti pubblici vigilati	Enti pubblici vigilati (da pubblicare in tabelle)	art. 22, c.1, lett. a)	Elenco degli enti pubblici, comunque denominati, istituiti, vigilati e finanziati dall'amministrazione ovvero per i quali l'amministrazione abbia il potere di nomina degli amministratori dell'ente, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Direzione Contabilità e Bilancio	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del D.Lgs. 9/7/2016
				Per ciascuno degli enti:		
				1) ragione sociale	Direzione Contabilità e Bilancio	Annuale (art. 22, c. 1)
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Direzione Contabilità e Bilancio	Annuale (art. 22, c. 1)
				3) durata dell'impegno	Direzione Contabilità e Bilancio	Annuale (art. 22, c. 1)
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Direzione Contabilità e Bilancio	Annuale (art. 22, c. 1)
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante (con l'esclusione dei rimborси per vitto e alloggio)	Direzione Contabilità e Bilancio	Annuale (art. 22, c. 1)
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Direzione Contabilità e Bilancio	Annuale (art. 22, c. 1)
				7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo (con l'esclusione dei rimborси per vitto e alloggio)	Direzione Contabilità e Bilancio	Annuale (art. 22, c. 1)
	d.lgs. n. 39/2013:	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (link al sito dell'ente)		Direzione Contabilità e Bilancio	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	
	d.lgs. n. 39/2013:	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)		Direzione Contabilità e Bilancio	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	
		Collegamento con i siti istituzionali degli enti pubblici vigilati		Direzione Contabilità e Bilancio	Annuale (art. 22, c. 1)	

Livello 1	Livello 2	Denominazione del singolo obbligo	Articolo/norma di riferimento (ove non indicato altro: D.lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)	Struttura che produce ed aggiorna i dati	Aggiornamento (ove non indicato altro: D.lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)
Società partecipate	Società partecipate (da pubblicare in tabelle)	art. 22, c. 1, lett. b)	Obblighi di pubblicazione (ove non indicato altro: D.lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)		
			Elenco delle società di cui l'amministrazione detiene direttamente quote di partecipazione anche minoritaria, con l'indicazione dell'entità, delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate, ad esclusione delle società partecipate da amministrazione pubbliche, quotate in mercati regolamentati e loro controllate (ex art. 22, c. 6, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione Contabilità e Bilancio	Annuale (art. 22, c. 1)
			Per ciascuna delle società:		
			1) ragione sociale	Direzione Contabilità e Bilancio	Annuale (art. 22, c. 1)
			2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Direzione Contabilità e Bilancio	Annuale (art. 22, c. 1)
			3) durata dell'impegno	Direzione Contabilità e Bilancio	Annuale (art. 22, c. 1)
		art. 22, c. 2	4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Direzione Contabilità e Bilancio	Annuale (art. 22, c. 1)
			5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Direzione Contabilità e Bilancio	Annuale (art. 22, c. 1)
			6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Direzione Contabilità e Bilancio	Annuale (art. 22, c. 1)
			7) incarichi di amministratore della società e relativo trattamento economico complessivo	Direzione Contabilità e Bilancio	Annuale (art. 22, c. 1)
		d.lsg. n. 39/2013:	8) dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità dell'incarico (link al sito dell'ente)	Direzione Contabilità e Bilancio	Tempestivo (art. 20, c. 2, d.lgs n. 39/2013)
		art. 20, c. 3	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)	Direzione Contabilità e Bilancio	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs n. 39/2013)
		art. 20, c. 3	Collegamento con i siti istituzionali delle società partecipate	Direzione Contabilità e Bilancio	Annuale (art. 22, c. 1)
Provvedimenti		art. 22, c. 1, lett. d-bis	Provvedimenti in materia di costituzione di società partecipazione pubblica, acquisto di partecipazioni in società già costituite, gestione delle partecipazioni pubbliche, alienazione di partecipazioni sociali, quotazione di società a controllo pubblico in mercati regolamentati e razionalizzazione periodica delle partecipazioni pubbliche, previsti dal decreto legislativo adottato ai sensi dell'articolo 18 della legge 7 agosto 2015, n. 124 (art. 20 d.lgs 175/2016)	Direzione Contabilità e Bilancio	Tempestivo (ex art. 8)
		d.lsg. n. 175/2016:	Provvedimenti con cui le amministrazioni pubbliche socie fissano obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento, ivi comprese quelle per il personale, delle società controllate	Direzione Contabilità e Bilancio	Tempestivo (ex art. 8)
		art. 19, c. 7	Provvedimenti con cui le società a controllo pubblico daranno come il concreto perseguimento degli obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sui complessi delle spese di funzionamento	Direzione Contabilità e Bilancio	Tempestivo (ex art. 8)
Enti di diritto privato controllati	Enti di diritto privato controllati (da pubblicare in tabelle)	art. 22, c. 1, lett. c)	Elenco degli enti di diritto privato, comunque denominati, in controllo dell'amministrazione, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Direzione Contabilità e Bilancio	Annuale (art. 22, c. 1)
			Per ciascuno degli enti:		
			1) ragione sociale	Direzione Contabilità e Bilancio	Annuale (art. 22, c. 1)
			2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Direzione Contabilità e Bilancio	Annuale (art. 22, c. 1)
			3) durata dell'impegno	Direzione Contabilità e Bilancio	Annuale (art. 22, c. 1)
		art. 22, c. 2	4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Direzione Contabilità e Bilancio	Annuale (art. 22, c. 1)

Livello 1	Livello 2	Denominazione del singolo obbligo	Articolo/norma di riferimento (ove non indicato altro: D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)	Obblighi di pubblicazione (ove non indicato altro: D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)	Struttura che produce ed aggiorna i dati	Aggiornamento (ove non indicato altro: D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Direzione Contabilità e Bilancio	Annuale (art. 22, c. 1)
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Direzione Contabilità e Bilancio	Annuale (art. 22, c. 1)
				7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo	Direzione Contabilità e Bilancio	Tempistivo (art. 22, c. 1)
d.lgs. n. 39/2013:				Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità dell'incarico (link al sito dell'ente)	Direzione Contabilità e Bilancio	Tempistivo (art. 20, c. 1, d.lgs n. 39/2013)
art. 20, c. 3				Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)	Direzione Contabilità e Bilancio	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs n. 39/2013)
art. 22, c. 3				Collegamento con i siti istituzionali degli enti di diritto privato controllati	Direzione Contabilità e Bilancio	Annuale (art. 22, c. 1)
Attività e procedimenti	Rappresentazione grafica	Dati aggregati attività amministrativa	art. 22, c. 1, lett. d)	Una o più rappresentazioni grafiche che evidenziano i rapporti tra l'amministrazione e gli enti pubblici vigilati, le società partecipate, gli enti di diritto privato controllati	Direzione Contabilità e Bilancio	Annuale (art. 22, c. 1)
Tipologie di procedimento	Rappresentazione grafica	Dati aggregati attività amministrativa	art. 24, c. 1	Dati relativi alla attività amministrativa, in forma aggregata, per settori di attività, per competenza degli organi e degli uffici, per tipologia di procedimenti	Controllo di Gestione e Servizio Informativo	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del D.Lgs. 9/2016
(da pubblicare in tabelle)	Tipologie di procedimento			Per ciascuna tipologia di procedimento:		
Art. 35, c. 1, lett. a)				1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili	tutte le Direzioni e gli Uffici dell'Area Centrale per i procedimenti di competenza	Tempistivo (ex art. 8)
Art. 35, c. 1, lett. b)				2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria	tutte le Direzioni e gli Uffici dell'Area Centrale per i procedimenti di competenza	Tempistivo (ex art. 8)
Art. 35, c. 1, lett. c)				3) l'ufficio del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	tutte le Direzioni e gli Uffici dell'Area Centrale per i procedimenti di competenza	Tempistivo (ex art. 8)
Art. 35, c. 1, lett. c)				4) ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con l'indicazione del nome del responsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	tutte le Direzioni e gli Uffici dell'Area Centrale per i procedimenti di competenza	Tempistivo (ex art. 8)
Art. 35, c. 1, lett. e)				5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardino	tutte le Direzioni e gli Uffici dell'Area Centrale per i procedimenti di competenza	Tempistivo (ex art. 8)
Art. 35, c. 1, lett. f)				6) termine fissato in sede di disciplina normativa del procedimento per la conclusione con l'adozione di un provvedimento espresso e ogni altro termine procedimentale rilevante	tutte le Direzioni e gli Uffici dell'Area Centrale per i procedimenti di competenza	Tempistivo (ex art. 8)
Art. 35, c. 1, lett. g)				7) procedimenti per i quali il provvedimento dell'amministrazione può essere sostituito da una dichiarazione dell'interessato ovvero il procedimento può concludersi con il silenzio-assenso dell'amministrazione	tutte le Direzioni e gli Uffici dell'Area Centrale per i procedimenti di competenza	Tempistivo (ex art. 8)

ALLEGATO
A
30 GEN. 2018 N. 199 PAG. N. 18

Livello 1	Livello 2	Denominazione del singolo obbligo	Articolo / norma di riferimento (ove non indicato altro: D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)	Struttura che produce ed aggiorna i dati	Aggiornamento (ove non indicato altro: D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)	
		Obblighi di pubblicazione (ove non indicato altro: D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)				
		Art. 35, c. 1, lett. h)	8) strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale, riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato, nel corso del procedimento nei confronti del provvedimento finale, ovvero nei casi di adozione del provvedimento oltre il termine prefissato per la sua conclusione e i modi per attuarlo	tutte le Direzioni e gli Uffici dell'Area Centrale per i procedimenti di competenza	Tempestivo (ex art. 8)	
		Art. 35, c. 1, lett. i)	9) link di accesso al servizio on line, ove sia già disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attivazione	tutte le Direzioni e gli Uffici dell'Area Centrale per i procedimenti di competenza	Tempestivo (ex art. 8)	
		Art. 35, c. 1, lett. l)	10) modalità per l'effettuazione dei pagamenti eventualmente necessari, con i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	tutte le Direzioni e gli Uffici dell'Area Centrale per i procedimenti di competenza	Tempestivo (ex art. 8)	
		Art. 35, c. 1, lett. m)	11) nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonché modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	tutte le Direzioni e gli Uffici dell'Area Centrale per i procedimenti di competenza	Tempestivo (ex art. 8)	
		Per i procedimenti ad istanza di parte:				
		Art. 35, c. 1, lett. d)	1) atti e documenti da allegare all'istanza e modulistica necessaria, compresi i fac-simile per le autocertificazioni	tutte le Direzioni e gli Uffici dell'Area Centrale per i procedimenti di competenza	Tempestivo (ex art. 8)	
		Art. 35, c. 1, lett. d)	2) uffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e modalità di accesso con indicazione degli indirizzi, recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale a cui presentare le istanze	tutte le Direzioni e gli Uffici dell'Area Centrale per i procedimenti di competenza	Tempestivo (ex art. 8)	
	Monitoraggio tempi procedimentali	Monitoraggio tempi procedimentali	I.n. 190/2012: art. 24, c. 2 art. 1, c. 28	Risultati del monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedimentali	tutte le Direzioni e gli Uffici dell'Area Centrale per i procedimenti di competenza	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del D.Lgs. 97/2016
		Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Recapiti dell'ufficio responsabile art. . 35, c. 3	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	tutte le Direzioni e gli Uffici dell'Area Centrale per i procedimenti di competenza	Tempestivo (ex art. 8)
		Provvedimenti	Provvedimenti organi indirizzo politico art. 23, c. 1 legge n. 190/2012: art. 1, c. 16	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (link alla sotto-sezione "Bandi di Gara e Contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	tutte le Direzioni e gli Uffici dell'Area Centrale per i procedimenti di competenza	Tempestivo (ex art. 8)
		Provvedimenti organi indirizzo politico art. 23, c. 1 legge n. 190/2012: art. 1, c. 16	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.	tutte le Direzioni e gli Uffici dell'Area Centrale per i procedimenti di competenza	Semestrale (art. 23, c. 1)	
		Provvedimenti organi indirizzo politico art. 23, c. 1 legge n. 190/2012: art. 1, c. 16		tutte le Direzioni e gli Uffici dell'Area Centrale per i procedimenti di competenza	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del D.Lgs. 97/2016	

Livello 1	Livello 2	Denominazione del singolo obbligo	Articolo/ norma di riferimento (ove non indicato altro: D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)	Obblighi di pubblicazione (ove non indicato altro: D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)	Struttura che produce ed aggiorerna i dati	Aggiornamento (ove non indicato altro: D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)
Provvedimenti amministrativi	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Provvedimenti dirigenti amministrativi	art. 23, c. 1	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi; anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (link alla sotto-sezione "Bandi di Gara e Contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	tutte le Direzioni e gli Uffici dell'Area Centrale per i procedimenti di competenza	Semestrale (art. 23, c. 1)
Provvedimenti dirigenti amministrativi	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Provvedimenti dirigenti amministrativi	legge n. 190/2012: art. 1, c. 16	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.	tutte le Direzioni e gli Uffici dell'Area Centrale per i procedimenti di competenza	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del D.Lgs. 97/2016
Bandi di gara e contratti	Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare	Dati previsti dall'articolo 1, comma 32, della legge 6 novembre 2012, n. 190 (da pubblicare secondo le "Specifiche tecniche per la pubblicazione dei dati ai sensi dell'art. 1, comma 32, della Legge n. 190/2012", adottate secondo quanto indicato nella delib. Anac 39/2016)	Delibera ANAC n. 39/2016: art. 4	Codice Identificativo Gara (CIG)	Direzione Acquisti e Appalti	Tempestivo
	Informazioni sulle singole procedure	Struttura proponente, Oggetto del bando, Procedura di scelta del contraente, Elenco degli operatori invitati a presentare offerte/Numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, Adjudicatario, Importo di aggiudicazione, Tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, Importo delle somme liquidate	legge n. 190/2012: art. 1, c. 32	Direzione Acquisti e Appalti	Tempestivo	
	"Delibera ANAC n. 39/2016:	Tabelle riassuntive rese liberamente scaricabili in un formato digitale standard aperto con informazioni sui contratti relativi all'anno precedente (nello specifico: Codice identificativo Gara (CIG), struttura proponente, oggetto del bando, procedura di scelta del contraente, elenco degli operatori invitati a presentare offerte/numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, adjudicatario, importo di aggiudicazione, tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, importo delle somme liquidate)	legge n. 190/2012: art. 1, c. 32	Direzione Acquisti e Appalti	Annuale (art. 1 c. 32, legge n. 190/2012)	
Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatione distintamente per ogni procedura	Atti relativi alla programmazione di lavori, opere, servizi e forniture	Programma biennale degli acquisti di beni e servizi; programma triennale dei lavori pubblici e relativi aggiornamenti annuali	d.lgs. n. 50/2016: artt. 21, c. 7 e 29, c. 1	Per ciascuna procedura:	Direzione Acquisti e Appalti	Tempestivo
	Atti relativi alle procedure per l'affidamento di appalti pubblici di servizi, forniture, lavori e opere, di concorsi pubblici di progettazione, di concorsi di idee e di concessioni. Compresi quelli tra enti nell'ambito del settore pubblico di cui all'art. 5 del d.lgs. n. 50/2016	d.lgs. n. 50/2016: art. 37, c. 1, lett. b)	Avvisi di preinformazione - Avvisi di preinformazione (art. 141, d.lgs. n. 50/2016); Bandi ed avvisi di preinformazioni (art. 141, d.lgs. n. 50/2016)	Direzione Acquisti e Appalti	Tempestivo	
		d.lgs. n. 50/2016: art. 37, c. 1, lett. b)	Delibera a contrarre o atto equivalente (per tutte le procedure)	Direzione Acquisti e Appalti	Tempestivo	

**ALLEGATO A ALLA DELIBERAZIONE
30 GEN. 2018 N. 198 PAG. N. 120**

Livello 1	Livello 2	Denominazione del singolo obbligo	Atticolo/norma di riferimento (ove non indicato altro: D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)	Obblighi di pubblicazione (ove non indicato altro: D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)	Struttura che produce ed aggiorna i dati	Aggiornamento (ove non indicato altro: D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)
		Atti relativi alle procedure per l'affidamento di appalti pubblici di servizi, forniture, lavori e opere, di concorsi pubblici di progettazione, di concorsi di idee e di concessioni. Compresi, quelli tra enti pubblico di cui all'art. 5 del d.lgs. n. 50/2016	art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 50/2016: artt. 29, c. 1	Avvisi e bandi Avviso (art. 19, c. 1, d.lgs n. 50/2016); Avviso di indagini di mercato (art. 36, c. 7, d.lgs n. 50/2016 e Linee guida ANAC); Avviso di formazione elenco operatori economici e pubblicazione elenco (art. 36, c. 7, d.lgs n. 50/2016 e Linee guida ANAC); Bandi ed avvisi (art. 36, c. 9, d.lgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi (art. 73, c. 1, e 4, d.lgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi (art. 127, c. 1, d.lgs n. 50/2016); Avviso periodico indicativo (art. 127, c. 2, d.lgs n. 50/2016); Avviso relativo all'esito della procedura: Pubblicazione a livello nazionale di bandi e avvisi; Bando di concorso (art. 153, c. 1, d.lgs n. 50/2016); Avviso di aggiudicazione (art. 153, c. 2, d.lgs n. 50/2016); Bando di concessione, invito a presentare offerta, documenti di gara (art. 171, c. 1 e 5, d.lgs n. 50/2016); Avviso in merito alla modifica dell'ordine di importanza dei criteri: Bando di concessione (art. 173, c. 3, d.lgs n. 50/2016); Bando di gara (art. 183, c. 2, d.lgs n. 50/2016); Avviso costituzione del privilegio (art. 186, c. 3, d.lgs n. 50/2016); Bando di gara (art. 188, c. 3, d.lgs n. 50/2016)	Direzione Acquisti e Appalti	Tempestivo
		art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 50/2016: artt. 29, c. 1	Avviso sui risultati della procedura di affidamento - Avviso sui risultati della procedura di affidamento con indicazione dei soggetti invitati (art. 36, c. 2, d.lgs n. 50/2016); Bando di concorso e avviso sui risultati del concorso (art. 141, d.lgs n. 50/2016); Avvisi relativi l'esito della procedura, possono essere raggruppati su base trimestrale (art. 142, c. 3, d.lgs n. 50/2016); Verbal di gara	Direzione Acquisti e Appalti	Tempestivo	
		art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 50/2016: artt. 29, c. 1	Avvisi sistema di qualificazione - Avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione, di cui all'Allegato XIV, parte II, lettera H; Bandi, avviso periodico indicativo; avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione; Avviso di aggiudicazione (art. 140, c. 1, 3 e 4, d.lgs n. 50/2016)	Direzione Acquisti e Appalti	Tempestivo	
		art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 50/2016: artt. 29, c. 1	Affidamenti Gli atti relativi agli affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile, con specifiche dell'affidatario, delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie (art. 163, c. 10, d.lgs n. 50/2016); tutti gli atti connessi agli affidamenti in house in formato open data di appalti pubblici e contratti di concessione tra enti (art. 192 c. 3, d.lgs n. 50/2016)	Direzione Acquisti e Appalti	Tempestivo	
		art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 50/2016: artt. 29, c. 1	Informazioni ulteriori - Contributi e resoconti degli incontri con portatori di interessi intamamente ai progetti di fattibilità di grandi opere e ai documenti predisposti dalla stazione appaltante (art. 22, c. 1, d.lgs n. 50/2016); informazioni ulteriori, complementari o aggiuntive rispetto a quelle previste dal Codice; Elenco ufficiali operatori economici (art. 90, c. 10, d.lgs n. 50/2016)	Direzione Acquisti e Appalti	Tempestivo	
		Provvedimento che determina le esclusioni dalla procedura di affidamento e le ammissioni all'esito delle valutazioni dei requisiti soggettivi, economico-finanziari e tecnico-professionali.	art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 50/2016: artt. 29, c. 1	Provvedimenti di esclusione e di ammissione (entro 2 giorni dalla loro adozione)	Direzione Acquisti e Appalti	Tempestivo

Livello 1	Livello 2	Denominazione del singolo obbligo	Articolo/norma di riferimento (ove non indicato altro: D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)	Struttura che produce ed aggiorna i dati	Aggiornamento (ove non indicato altro: D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)
	Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti.	Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti.	art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 50/2016: artt. 29, c. 1	Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti.	Direzione Acquisti e Appalti
Contratti	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	legge n. 208/2015: art. 1, c. 505 (disposizione speciale rispetto all'art. 21 del d.lgs. 50/2016)	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	Direzione Acquisti e Appalti	Tempestivo
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Criteri e modalità	Atti di concessione (da pubblicare in tabelle creando un collegamento con la pagina nella quale sono riportati i dati dei relativi provvedimenti finali)	Atti con i quali sono determinati i criteri e le modalità cui le amministrazioni devono attenersi per la concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari e l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati	tutte le Direzioni e gli Uffici dell'Area Centrale per i procedimenti di competenza	Tempestivo (art. 26, c. 3)
	Atti di concessione	art. 26, c. 2	Atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e comunque di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro		Tempestivo (art. 26, c. 3)
		Per ciascun atto:			Tempestivo (art. 26, c. 3)
		1) nome dell'impresa o dell'ente e i rispettivi dati fiscali o il nome di altro soggetto beneficiario			Tempestivo (art. 26, c. 3)
		2) importo del vantaggio economico corrisposto			Tempestivo (art. 26, c. 3)
		3) norma o titolo a base dell'attribuzione			Tempestivo (art. 26, c. 3)
		4) ufficio e funzionario o dirigente responsabile del relativo procedimento amministrativo			Tempestivo (art. 26, c. 3)
		5) modalità seguita per l'individuazione del beneficiario			Tempestivo (art. 26, c. 3)
		Uffici dell'Area Centrale per i procedimenti di competenza			Tempestivo (art. 26, c. 3)
		6) link al progetto selezionato			Tempestivo (art. 26, c. 3)
		7) link al curriculum vitae del soggetto incaricato			Tempestivo (art. 26, c. 3)
		Eletto (in formato tabellare aperto) dei soggetti beneficiari degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e di attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro			Annuale (art. 27, c. 2)
Bilanci	Bilancio preventivo e consuntivo	Bilancio preventivo	art. 29, c. 1 d.p.c.m. 26 aprile 2011: art. 5, c. 1	Documenti e allegati del bilancio preventivo, nonché dati relativi al bilancio di previsione di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Direzione Contabilità e Bilancio Tempestivo (ex art. 8)

Livello 1	Livello 2	Denominazione del singolo obbligo	Articolo/norma di riferimento (ove non indicato altro: D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)	Struttura che produce ed aggiorna i dati	Aggiornamento (ove non indicato altro: D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)
	Corte dei conti	Rilievi Corte dei Conti		Ufficio Supporto Amministrativo alla Direzione Aziendale	Tempestivo (ex art. 8)
Servizi erogati	Carta dei servizi e standard di qualità	Carta dei servizi e standard di qualità	art. 32, c. 1	Formazione e Qualità / Ufficio Controllo di Gestione e Servizio informativo	Tempestivo (ex art. 8)
Class action	Class action		d.lgs. N. 198/2009: art. 1, c. 2	Notizia del ricorso in giudizio proposto dai titolari di interessi giuridicamente rilevanti ed omogenei nei confronti delle amministrazioni e dei concessionari di servizio pubblico al fine di ripristinare il corretto svolgimento della funzione o la corretta erogazione di un servizio	
Costi contabilizzati	Costi contabilizzati (da pubblicare in tabelle)	Liste di attesa	d.lgs. N. 198/2009: art. 4, c. 6	Sentenza di definizione del giudizio	
Servizi in rete	Risultati delle indagini sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete e statistiche di utilizzo dei servizi in rete	(obbligo di pubblicazione a carico di enti, aziende e strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del Servizio Sanitario)	d.lsg. n. 82/2005: art. 7, c. 3 come modificato dall'art. 8, c. 1, del d.lgs. 179/2016	Criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata	Ufficio Controllo di Gestione e Servizio Informativo / Direzione Personale / Direzione Medica Ospedaliera
Pagamenti dell'Amministrazione	Dati sui pagamenti (da pubblica in tabelle)	Dati sui pagamenti in forma sintetica e aggregata		Ufficio Sistemi Informatici	Tempestivo (ex art. 8)
Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale	Dati sui pagamenti in forma sintetica e aggregata (da pubblica in tabelle)	art. 41, c. 1-bis	Dati sui propri pagamenti in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Direzione Contabilità e Bilancio	Trimestrale (in fase di prima attuazione Semestrale)
Indicatore di tempestività dei pagamenti	Indicatore di tempestività dei pagamenti		Dati relativi a tutte le spese e a tutti i pagamenti effettuati, distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Direzione Contabilità e Bilancio	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)
			Indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi, prestazioni professionali e forniture (indicatore annuale di tempestività dei pagamenti)	Direzione Contabilità e Bilancio	Annuale (art. 33, c. 1)

**ALLEGATO A
30 GEN. 2018
N. 198 PAG. N. 194**

Livello 1	Livello 2	Denominazione del singolo obbligo	Articolo/norma di riferimento (ove non indicato altro: D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)	Obblighi di pubblicazione (ove non indicato altro: D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)	Struttura che produce ed aggiorna i dati	Aggiornamento (ove non indicato altro: D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)
		Ammontare complessivo dei debiti	art. 33	Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	Direzione Contabilità e Bilancio	Trimestrale (art. 33, c. 1)
		IBAN e pagamenti informatici	IBAN e pagamenti informatici	Ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici	Direzione Contabilità e Bilancio	Annuale (art. 33, c. 1)
		IBAN e pagamenti informatici	art. 36 d.lgs. n. 82/2005: art. 5, c. 1	Nelle richieste di pagamento: i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante collettivo postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Direzione Contabilità e Bilancio	Tempestivo (ex art. 8)
Opere pubbliche	Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici (art. 1, l. n. 144/1999)	Att. 38, c. 1	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici, incluse le funzioni e i compiti specifici ad essi attribuiti, le procedure e i criteri di individuazione dei componenti e i loro nominativi (obbligo previsto per le amministrazioni centrali e regionali)	Direzione Tecnico Patrimoniale	Tempestivo (ex art. 8)
	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Atti di programmazione delle opere pubbliche (da pubblicare in tabelle, sulla base dello schema tipo redatto dal Ministero dell'economia e della finanza d'intesa con l'Autorità nazionale anticorruzione)	art. 38, c. 2 e 2-bis d.lgs. n. 50/2016: art. 21, c. 7 e art. 29	Atti di programmazione delle opere pubbliche (link alla sotto-sezione "Bandi Gara e Contratti"). - Programma triennale dei lavori pubblici, nonchè i relativi aggiornamenti annuali, ai sensi art. 21 d.lgs. n 50/2016 - Documento pluriennale di pianificazione ai sensi dell'art. 2 del d.lgs. n. 228/2011, (per i Ministeri)	Direzione Tecnico Patrimoniale	Tempestivo (ex art. 8)
	Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche	Tempi, costi unitari e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completeate. (da pubblicare in tabelle, sulla base dello schema tipo redatto dal Ministero dell'economia e della finanza d'intesa con l'Autorità nazionale anticorruzione)	art. 38, c. 2	Informazioni relative ai tempi e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completeate	Direzione Tecnico Patrimoniale	Tempestivo (art. 38, c. 1)
	Prevenzione della corruzione	Piano triennale di Prevenzione della corruzione e della trasparenza	art. 10, c. 8, lett. a)	Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completeate	Direzione Tecnico Patrimoniale	Tempestivo (art. 38, c. 1)
	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	art.43, c. 1	I. n. 190/2012: art. 1, c. 8	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	Annuale
	Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità	Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità (addotti)		Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità (addotti)	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	Tempestivo

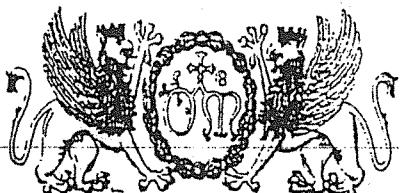
Livello 1	Livello 2	Denominazione del singolo obbligo	Anticolo/norma di riferimento (ove non indicato altro: D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)	Obblighi di pubblicazione (ove non indicato altro: D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)	Struttura che produce ed aggiorna i dati	Aggiornamento (ove non indicato altro: D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)
	Relazione del Responsabile della Prevenzione della Corruzione	I. n. 190/2012: art. 1, c. 14	Relazione del Responsabile della Prevenzione della Corruzione recante i risultati dell'attività svolta (entro il 15 dicembre di ogni anno)	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	Ufficio Supporto Amministrativo alla Direzione Aziendale	Annuale (ex art. 1, c. 14, l. n. 190/2012)
	Provvedimenti adottati dall'A.N.A.C. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti	I. n. 190/2012: art. 1, c. 3	Provvedimenti adottati dall'A.N.A.C. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	Ufficio Supporto Amministrativo alla Direzione Aziendale	Tempestivo
Altri contenuti - Accesso civico	Atti di accertamento delle violazioni	d.lgs. n. 39/2013: art. 18, c. 5	Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013	Ufficio Supporto Amministrativo alla Direzione Aziendale	Ufficio Supporto Amministrativo alla Direzione Aziendale	Tempestivo
Accesso civico semplice" concernente dati, documenti e informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria	Accesso civico "generalizzato" concernente dati e documenti ulteriori	art. 5, c. 1 legge n. 241/1990 art. 2, c. 9-bis	Nome dei Responsabili della prevenzione della corruzione e della trasparenza cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale e nome del titolare del potere sostitutivo, attivabile nel casi di ritardo o mancata risposta, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	Ufficio Supporto Amministrativo alla Direzione Aziendale	Tempestivo
Altri contenuti - Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati	Registro degli accessi	Linee Guida ANAC FOIA (Del. 1309/2016)	Elenco delle richieste di accesso (atti, civico e generalizzato) con indicazione dell'oggetto e della data della richiesta nonché del relativo esito con la data della decisione	Direzioni/Uffici competenti	Direzioni/Uffici competenti	Tempestivo
Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati	Catalogo di dati, metadati e banche dati	d.lgs. n. 82/2005: art. 53, c. 1-bis modificato dall'art. 43 del d.lgs. 17/9/2016	Catalogo dei dati, dei metadati definitivi e delle relative banche dati in possesso delle amministrazioni, da pubblicate anche tramite link al Repertorio nazionale dei dati territoriali (www.endt.gov.it), al catalogo dei dati della PA e delle banche dati www.dati.gov.it e http://basidati.agid.gov.it/catalogo gestiti da AGID	Ufficio Sistemi Informatici	Ufficio Sistemi Informatici	Tempestivo
Regolamenti	d.lgs. n. 82/2005: art. 53, c. 1-bis modificato dall'art. 43 del d.lgs. 17/9/2016	Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati fatti salvi i dati presenti in Anagrafe Tributaria	Ufficio Sistemi Informatici	Ufficio Sistemi Informatici	Ufficio Sistemi Informatici	Annuale
Obiettivi di accessibilità (da pubblicare secondo le indicazioni contenute nella circolare dell'Agenzia per l'Italia Digitale n. 1/2016 e s.m.i.)	d.l. n. 179/2012: art. 9, c. 7 convertito co modificazioni dalla legge 17.12.2012 n. 221	Obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici per l'anno corrente (entro il 31 marzo di ogni anno) e lo stato di attuazione del "Piano per l'utilizzo del telelavoro" nella propria organizzazione	Ufficio Sistemi Informatici	Ufficio Sistemi Informatici	Ufficio Sistemi Informatici	Annuale (ex art. 9, c. 7, d.l. n. 179/2012)

ALLEGATO
30 GEN

A... ALLA DELIBERAZIONE
2018 n. 198 pag. n. 196

Livello 1	Livello 2	Denominazione del singolo obbligo	Articolo/norma di riferimento (ove non indicato altro: D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)	Obblighi di pubblicazione (ove non indicato altro: D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)	Struttura che produce ed aggiorna i dati	Aggiornamento (ove non indicato altro: D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)
Altri contenuti - Dati ulteriori	Dati ulteriori	Dati ulteriori (NB: nel caso di pubblicazione di dati non previsti da norme di legge si deve procedere alla anonimizzazione dei dati personali eventualmente presenti, in virtù di quanto disposto dall'art. 4, c. 3, del d.lgs. n. 33/2013)	art. 7-bis, c. 3 I. n. 190/2012: art. 1, c. 9, lett. f)	Dati, informazioni e documenti ulteriori che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi della normativa vigente e che non sono riconducibili alle sottosezioni indicate	tutte le Direzioni e gli Uffici dell'Area Centrale per i procedimenti di competenza	

ALLEGATO A ALLA DELIBERAZIONE
30 GEN. 2018, N. 199 PAG. N. 124



Stemma dell'Ospedale di S. Maria della Misericordia di Perugia

Azienda Ospedaliera di Perugia

Dir. Gen. e Sede Amm. via Piazzale G. Menghin n. 8/9 - 06129 PERUGIA
Sede Legale: S. Maria della Misericordia in S. Andrea delle Fratte 06156 PERUGIA
Partita IVA 02101050546 Tel. 075 5781 - Sito Internet: www.ospedale.perugia.it

UFFICIO DELIBERAZIONI

ATTESTAZIONI RELATIVE ALLA DELIBERA N. 199 DEL

30 GEN. 2018

La deliberazione sopra indicata, alla quale questo documento è allegato

CONSTA DI FOGLI 135 incluso il presente ed inclusi gli allegati

Perugia,

30 GEN. 2018

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO DELIBERATIVO
DOTT.SSA SERENA ZENZERI

E' ESECUTIVA IMMEDIATAMENTE, non essendo soggetta a controllo

HA CONSEGUITO ESECUTIVITA' IL _____

PER PROVVEDIMENTO POSITIVO DELLA GIUNTA REGIONALE N. _____ DEL _____

CHE HA RICEVUTO LA DELIBERA IL _____

PER DECORRENZA DEL TERMINE DI LEGGE PER IL CONTROLLO SENZA RILIEVI DA PARTE
DELLA GIUNTA REGIONALE, CHE HA RICEVUTO LA DELIBERA IL _____

ALTRO (esecutività dopo richiesta di chiarimenti, parziale annullamento dell'atto,
annullamento integrale, ecc.. – Specificare gli estremi dei provvedimenti)

Perugia,

30 GEN. 2018

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO DELIBERATIVO
DOTT.SSA SERENA ZENZERI

La deliberazione sopra indicata, alla quale questo documento è allegato,

VIENE PUBBLICATA all'albo pretorio dell'Azienda Ospedaliera di Perugia il _____

30 GEN. 2018

per la durata di 15 giorni.

Perugia,

30 GEN. 2018

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO DELIBERATIVO
DOTT.SSA SERENA ZENZERI

Questo copia della delibera sopra indicata è conforme al suo originale esistente presso questo ufficio e consta
di n. _____ pagine inclusa la presente

Perugia,

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO DELIBERATIVO
DOTT.SSA SERENA ZENZERI