



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

# Azienda Ospedaliera di Perugia

Direzione Generale e Sede Ammin.va: Piazzale Menghini, 8/9 – 06129 PERUGIA  
Sede Legale: Ospedale S. Maria della Misericordia – S. Andrea delle Fratte – 06156 PERUGIA  
Part. IVA 02101050546 – tel.: 075/5781 – Sito Internet: [www.ospedale.perugia.it](http://www.ospedale.perugia.it)  
PEC: [aosp.perugia@postacert.umbria.it](mailto:aosp.perugia@postacert.umbria.it)

## DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

n. 000099 del 31/01/2024

adottata in Perugia

### OGGETTO:

ADOZIONE DEL “PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE” (PIAO) 2024-2026

Ufficio Proponente: DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Istruttore della pratica: GLAUCO ROSSI

Responsabile del procedimento: GLAUCO ROSSI

Dirigente dell'Ufficio Proponente: ROSA MAGNONI

La Delibera comporta costi: No

Modalità di Pubblicazione: Integrale

VISTA la proposta n. 0000110 del 31/01/2024 a cura di DIRETTORE AMMINISTRATIVO

hash.pdf (SHA256): ec07723e61b74c2c5c505d70f5b7c1a6846a09621863541c52e290988b645e29

firmata digitalmente da: GLAUCO ROSSI, ROSA MAGNONI

che ne attesta la regolarità dell'iter istruttorio

IL DIRETTORE SANITARIO: ARTURO PASQUALUCCI

Parere: FAVOREVOLE

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO: ROSA MAGNONI

Parere: FAVOREVOLE

## DELIBERA

Di fare integralmente propria la menzionata proposta che allegata al presente atto ne costituisce parte integrante e di disporre così come in essa indicato, avendone acquisito i pareri

IL DIRETTORE GENERALE

GIUSEPPE DE FILIPPIS\*

\* Documento sottoscritto con firma digitale



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

# Azienda Ospedaliera di Perugia

Direzione Generale e Sede Ammin.va: Piazzale Menghini, 8/9 – 06129 PERUGIA  
Sede Legale: Ospedale S. Maria della Misericordia – S. Andrea delle Fratte – 06156 PERUGIA  
Part. IVA 02101050546 – tel.: 075/5781 – Sito Internet: [www.ospedale.perugia.it](http://www.ospedale.perugia.it)  
PEC: [aosp.perugia@postacert.umbria.it](mailto:aosp.perugia@postacert.umbria.it)

**Oggetto:** Adozione del “Piano integrato di attività e organizzazione” (PIAO) 2024-2026

## Premesso che:

l’art. 6 del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito con modificazione con la legge n.113 del 6 agosto 2021, ha introdotto il “Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO)”;

il Piano deve essere adottato e pubblicato, entro il 31 gennaio di ogni anno, da tutte le pubbliche amministrazioni con più di 50 dipendenti (escluse le scuole di ogni ordine e grado e le istituzioni educative), ed è chiamato a definire, su base triennale e con aggiornamento annuale, diversi aspetti dell’attività e dell’assetto organizzativo delle pubbliche amministrazioni, con l’obiettivo di *“assicurare la qualità e la trasparenza dell’attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e di procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso”*;

con Comunicato del Presidente ANAC del 10 gennaio 2024 è stato confermato il termine del 31 gennaio 2024 per l’adozione del PIAO 2024-2026, in conformità a quanto previsto dal legislatore.

## Richiamati:

- il decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80 “Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all’attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l’efficienza della giustizia”, convertito con modificazione con la legge n.113 del 6 agosto 2021;
- la Legge 6 novembre 2012, n. 190, recante *“Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”* e s.m.i.;
- il D.lgs. n. 150/2009 avente ad oggetto *“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.;
- il DPR 24 giugno 2022, n. 81 *“Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione”*;
- il DPCM 30 giugno 2022, n. 132 *“Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione”*.

## Considerato che:

- con l’introduzione del Piano, il legislatore ha compiuto la scelta di riformare gli atti di programmazione delle PA, in un’ottica di semplificazione, in un nuovo documento unico che dovrebbe ricomprendere singoli documenti quali:

- Piano della performance;
- Piano organizzativo del lavoro agile;
- Piano triennale dei fabbisogni di personale;
- Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza;

- il Piano rappresenta un documento strategico triennale, da aggiornare annualmente, che detta gli obiettivi generali e le linee di indirizzo previste nei vari ambiti di cui al citato art. 6 del D.L. 80/2021 e che consenta una maggiore flessibilità e sinergia.

**Dato atto che:**

- con Delibera del Direttore Generale f.f. n. 25 del 22/12/2021 è stato costituito un Gruppo di lavoro, successivamente modificato con Delibera del Direttore Generale f.f. n. 507 del 24/05/2022 e Delibere del Direttore Generale n. 336 del 27/10/2022 e n. 1290 del 13/11/2023, per l'elaborazione del Piano integrato di attività e organizzazione, costituito da componenti designati dalle sottoelencate strutture aziendali e coordinato dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza:
  - Direzione Personale – Dott.ssa Annamaria Gelsi;
  - Economato e Servizi Alberghieri – Dott.ssa Laura Mattioli;
  - Direzione Acquisti e Appalti – Dott.ssa Nell Boguniewicz;
  - Tecnico Patrimoniale – Dott. Pietro Diodato;
  - Sistemi Informatici e Transizione all'Amministrazione Digitale – Dott.ssa Isabella Forti;
  - Contabilità e Bilancio – Dott.ssa Alessia Dragoni;
  - Pianificazione, Programmazione e Controllo di Gestione – Dott. Fabrizio Ruffini;
  - Formazione e Qualità – Dott.ssa Rosita Morcellini e Dott. Gianluca Ontari;
  - Affari Generali – Dott. Glauco Rossi (coordinatore in qualità di Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza);
  - Igiene e Organizzazione dei Servizi Ospedalieri – Sig. Antonio Tamagnini e Dott.ssa Cristina De Lio.
- con Delibera del Direttore Generale n. 1290 del 13/11/2023 è stato dato mandato al Gruppo di lavoro per l'attivazione, progettazione ed attuazione di quanto necessario per la redazione del Piano integrato di attività e organizzazione dell'Azienda Ospedaliera di Perugia 2024 - 2026, da approvare entro il termine previsto del 31 gennaio 2023 secondo la previsione normativa vigente di cui al D.L. n. 80/2021, convertito con modificazione con la legge n. 113 del 6 agosto 2021;
- il Piano integrato di attività e organizzazione è stato predisposto per il triennio 2024-2026 e verrà aggiornato annualmente;
- per semplicità di lettura, la struttura del documento elaborato prevede alcuni contenuti in tabelle allegate allo stesso;
- il Piano così predisposto potrà essere oggetto di aggiornamenti, modifiche e integrazioni a seguito del completamento dell'organizzazione aziendale.

**Ritenuto** pertanto di adottare il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) del triennio 2024-2026, allegato al presente atto a formarne parte integrante.

**Attestato che**, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza la proposta è legittima e utile per il servizio pubblico.

**Attestata inoltre** la regolarità amministrativa del presente provvedimento ai sensi del D.Lgs. n. 123/2011.

**TUTTO CIÒ PREMESSO SI PROPONE DI:**

1. Adottare il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) del triennio 2024-2026, allegato al presente atto a formarne parte integrante.

2. Pubblicare il Piano integrato di attività e organizzazione 2024–2026 nel sito internet aziendale, nella sezione Amministrazione Trasparente, in coerenza con quanto previsto dall'art. 10 del D.Lgs. 33/2013 e s.m.i..
3. Trasmettere la presente deliberazione al Collegio Sindacale, all'Organismo Indipendente di Valutazione, al Collegio di Direzione e a tutti i Responsabili aziendali delle Strutture Complesse/Strutture Semplici/Uffici aziendali.

Il Responsabile della Prevenzione  
della Corruzione e della Trasparenza  
Dott. Glauco Rossi



**AZIENDA OSPEDALIERA  
DI PERUGIA**

PIAO\_AzOsp

***“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)***

Pagina 1 di 98

# **PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE (PIAO)**

**2024 – 2026**

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 2 di 98

## Indice

<b>Premessa .....</b>	<b>3</b>
<b>1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL’AMMINISTRAZIONE .....</b>	<b>4</b>
<b>2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE .....</b>	<b>27</b>
2.1. Valore pubblico .....	27
2.2. Performance.....	31
2.3. Rischi corruttivi e trasparenza .....	63
2.4 Piano dell’Uguaglianza di Genere e Piano delle Azioni Positive.....	88
<b>3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO .....</b>	<b>89</b>
3.1. Struttura organizzativa.....	89
3.2. Organizzazione del lavoro agile .....	91
3.3. Piano triennale dei fabbisogni di personale .....	92
3.4. Formazione del personale .....	95
<b>4. MONITORAGGIO .....</b>	<b>97</b>

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 3 di 98

## **PREMESSA**

La stesura del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) coincide con un momento di revisione dell’organizzazione sanitaria nazionale e della Regione Umbria e di conseguenza dell’Azienda Ospedaliera “Santa Maria della Misericordia” di Perugia.

Sul livello nazionale sono infatti in fase avanzata progetti di programmazione legati ai fondi PNRR, inoltre è stato approvato il DM 23 maggio 2022 n. 77 sull’organizzazione territoriale, ed è in fase di revisione il DM n.70/2015 sull’organizzazione ospedaliera.

Sul piano regionale è in discussione la delibera regionale relativa alla proposta di nuovo piano sanitario regionale, che dovrebbe modificare l’assetto delle aziende sanitarie stesse allineandosi con gli indirizzi programmatici nazionali e con DGR della Regione Umbria n. 1399 del 28/12/2023 è stata definita la programmazione della rete regionale ospedaliera ai sensi del DM 70/2015.

Con DGR della Regione Umbria n.59 del 30/01/2024 “Modifiche al “Protocollo generale d'intesa fra Regione Umbria ed Università degli Studi di Perugia, in attuazione dell'articolo 1, comma 1, del d.lgs. 21 dicembre 1999, n. 517, del DPCM 24 maggio 2001 ed ai sensi della Legge 30 dicembre 2010, n. 240 e della Legge Regionale 12 Novembre 2012, n. 18” siglato in data 20 aprile 2015 – Sostituzione dell’Allegato “C” sono stati ridefiniti i Dipartimenti assistenziali, le Strutture Complesse e le Strutture Semplici Dipartimentali delle Aziende Ospedaliere di Perugia e Terni.

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 4 di 98

## 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL’AMMINISTRAZIONE

**Direzione Generale e Sede Amministrativa:** Piazzale Menghini, 8/9 – 06129 PERUGIA

**Sede Legale:** Ospedale S. Maria della Misericordia – S. Andrea delle Fratte – 06156 PERUGIA

**Legale rappresentante:** Dr. Giuseppe De Filippis (Direttore Generale)

**Codice Fiscale / Partita IVA:** 02101050546

**Numero di telefono:** 075 5781 (centralino)

**Sito istituzionale:** <https://www.ospedale.perugia.it>

**PEC / domicilio digitale:** [aosp.perugia@postacert.umbria.it](mailto:aosp.perugia@postacert.umbria.it)

**IPA:** <https://indicepa.gov.it/ipa-portale/consultazione/indirizzo-sede/ricerca-ente/scheda-ente/490>

### Cenni storici

Nel 1303 alcuni chierici e laici secolari della Perugia Augusta, per sollevare le miserie dei poveri e degli innocenti, fondarono una Confraternita e costruirono una casa di ricovero in Via Oberdan, presso un'antica porta della città vicino alla chiesa di S. Ercolano, che fu la prima sede dell'Ospedale cittadino. Il Vescovo di Perugia, Mons. Bulgaro, lodò ed incoraggiò l'iniziativa e l'11 marzo 1305 emanò la bolla di Fondazione dell'Ospedale di Santa Maria della Misericordia. Nell'anno 1854 entrarono nell'Ospedale perugino le Suore Figlie della Carità, determinando un incremento qualitativo dell'assistenza infermieristica. Nel 1923 si abbandonò l'antico ospedale di Via Oberdan, diventato troppo piccolo per le esigenze crescenti della popolazione, per il Convento di Monteluca, adattato alle esigenze del Nuovo Ospedale: furono realizzati il reparto di Medicina,

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 5 di 98

Chirurgia e di Ostetricia. Al reparto chirurgico erano abbinate anche Oculistica e Otorinolaringoiatria. Al reparto medico, invece erano abbinate Pediatria, Dermatologia e Malattie Infettive. Successivamente si è passati dal piano caritatevole dell'assistenza ospedaliera a quello di un servizio pubblico con le caratteristiche di una Azienda, volta ad assolvere insieme con l'Università degli Studi ai compiti di diagnosi e cura delle malattie, assistendo globalmente il malato, in termini di degenza, day-hospital e prestazioni ambulatoriali. A fine 2008 si conclude tutto il trasferimento dell'attività sanitaria dal quartiere di Monteluca al Polo ospedaliero Santa Maria della Misericordia in località Sant'Andrea delle Fratte di Perugia. La struttura è situata nel territorio comunale che fino a qualche decennio fa veniva considerato a tutti gli effetti la periferia della città di Perugia, ma attualmente, con l'avvento della "Cittadella Sanitaria", ospita una fondamentale fetta della Sanità Umbra.

L'Azienda Ospedaliera di Perugia è stata istituita con DPCM del 3 Marzo 1994, con sede legale presso l' Ospedale S. Maria della Misericordia – S. Andrea delle Fratte – 06156 Perugia, Partita IVA 02101050546, mentre la Direzione Generale e Sede Amministrativa è sita in Piazzale Menghini 8/9 – 06129 Perugia. L'Azienda è composta dal presidio ospedaliero a blocchi dove sono presenti sia i reparti che gli ambulatori, dalla palazzina CREO dove hanno sede la direzione generale dell'Azienda Ospedaliera e i laboratori onco – ematologici e dalla palazzina dell'Ellisse di proprietà dell'università che ospita uffici amministrativi aziendali. All'interno dell'Azienda Ospedaliera di Perugia insiste la Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Perugia che costituisce un polo sanitario di alta specialità, che per le specifiche professionalità presenti e per il complesso di tecnologie innovative e tipologia di prestazioni offerte è un punto di riferimento sia per la sanità umbra sia per quella nazionale. L'Azienda Ospedaliera di Perugia assolve non solo la funzione di ospedale di alta specialità e di ospedale di riferimento Regionale ma anche quella di ospedale cittadino per la città di Perugia. Le funzioni peculiari che nel corso del tempo sono diventate preminenti e caratteristiche dell'Azienda Ospedaliera possono essere così sintetizzate:

- ospedale cittadino per il soddisfacimento dei bisogni di salute della comunità locale, intendo per quest'ultima non solo la popolazione della città di Perugia ma anche quella del Distretto del Perugino dell'USL Umbria 1;

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 6 di 98

- ospedale di alta specialità come da connotazione propria di un’azienda ospedaliera in convenzione con l’università;
- ospedale di università e ricerca;
- polo di attrazione extraregionale per alcune specialità presenti in azienda.

L’attività dell’Azienda Ospedaliera di Perugia si caratterizza per l’attività assistenziale di ricovero, per quella di specialistica ambulatoriale e di emergenza e urgenza. Inoltre all’interno dell’azienda è presente lo sviluppo di attività di alta specializzazione che passano anche per l’innovazione non solo in ambito clinico ma anche tramite quello organizzativo. L’Azienda Ospedaliera, come già detto, riveste un ruolo centrale per la Regione dell’Umbria, infatti l’erogazione di prestazioni di alta specialità e complessità la pongono a un livello più ampio rispetto alle altre strutture della rete regionale e grazie anche alla presenza di Centri di Riferimento che in unione alle prestazioni di alta specialità rafforzano il ruolo di hub della regione e punto di riferimento a livello nazionale.

### **Mission, valori e identità aziendale**

La missione dell’Azienda come scritto, nel pur datato, Atto aziendale: *“L’Azienda Ospedaliera contribuisce alla promozione, mantenimento e sviluppo della salute della collettività, perseguendo l’obiettivo del miglioramento complessivo della qualità della vita della popolazione. L’Azienda Ospedaliera valorizza le proprie risorse umane attraverso la formazione e la promozione della collaborazione fra professionisti anche al fine di garantire elevate competenze mediche e sanitarie capaci di adeguarsi allo sviluppo tecnologico, organizzativo e assistenziale nelle varie discipline.”* (Atto aziendale 02/07/2005).

Lo scopo dell’Azienda Ospedaliera come da missione istituzionale consiste nel raggiungimento di un livello di risposta alla domanda di salute intendendo per essa “il raggiungimento, da parte di tutte le popolazioni, del più alto livello possibile di salute”, definita come “uno stato di totale benessere fisico, mentale e sociale” e non semplicemente “assenza di malattie o infermità”. In questo processo di risposta ai bisogni di salute della popolazione si unisce anche la didattica che rappresenta uno strumento di costruzione e miglioramento delle competenze degli operatori e del personale in formazione specialistica non solo volta al continuo progresso

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 7 di 98

delle conoscenze cliniche e assistenziali ma anche al fine di coadiuvare, tramite tecniche e cure nuove, l'ospedale nella cura dei pazienti. L'Azienda Ospedaliera di Perugia concorre, con la sua azione alla realizzazione della missione e del perseguimento degli obiettivi del Servizio Sanitario Regionale. L'Azienda Ospedaliera di Perugia racchiude le funzioni qui sotto descritte.

### **La vocazione clinica**

*“L'Azienda indirizza la propria attività alla collaborazione e integrazione con l'Università nel rispetto del rapporto tra prestazioni sanitarie e formazione universitaria nella Facoltà di Medicina. L'Azienda nell'esercizio della propria funzione di polo didattico formativo si attiene alle linee di indirizzo concordate con Regione e Università ed ai relativi protocolli d'intesa”.*  
(Atto aziendale 02/07/2005)

E' così che, l'Azienda Ospedaliera di Perugia insieme all'Università degli Studi di Perugia conferma la propria vocazione clinica orientata a:

- alta specializzazione;
- attività trapiantologica;
- gestione dell'emergenza urgenza;
- integrazione delle attività di ricerca e di didattica con quelle assistenziali;
- qualità del servizio: l'Ospedale, con le sue professionalità e tecnologie, risponde ai bisogni dei pazienti nella fase acuta;
- ampia offerta di servizi che si esprime attraverso la complessa e variegata gamma di prestazioni sanitarie e attività, la presenza di Centri specialistici e di competenze specifiche nelle diverse branche specialistiche che costituiscono punti di eccellenza e di riferimento dell'Azienda sia a livello provinciale e regionale che nazionale;
- presenza di Centri sovraziendali di riferimento regionali e nazionali.

L'Azienda Ospedaliera di Perugia è soprattutto assistenza e ricerca e gli indicatori annuali proposti dai principali sistemi nazionali di valutazione, ne testimoniano il ruolo centrale nella rete ospedaliera umbra e nei livelli nazionale e internazionale per alcune discipline presenti in azienda. Tra le iperspecializzazioni presenti nell'Ospedale vi è l'attività del **trapianto di midollo** sia autologo che allogenico con oltre 80 procedure all'anno. Si è assistito nel corso degli anni un considerevole numero di trapianti per pazienti fuori regione e per pazienti pediatrici con il

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 8 di 98

coinvolgimento delle Strutture Complesse di Ematologia e TMO e Oncoematologia Pediatrica. Grazie al Centro di Ricerche Emato-Oncologiche (CREO), struttura di livello europeo, con il suo laboratorio GMP tra i più avanzati, sono stati conseguiti ottimi risultati di cura, con una bassa incidenza di recidive, riconosciuti a livello internazionale, di gran lunga superiori a quanto attualmente è ottenibile in altri centri trapianto nel mondo, gravati da almeno il 30% di recidive leucemiche. In uno dei numerosi laboratori del Centro è presente un robot all'avanguardia per la produzione centralizzata dei farmaci antitumorali.

L'azienda è autorizzata all'attività di **trapianto renale**, a partire dal 2013.

L'ospedale con la Struttura di Otorinolaringoiatria è anche **Centro Regionale Umbro per Impianti Cocleari**, centro di rilievo a livello nazionale nella diagnosi precoce e nello studio delle ipoacusie infantili.

Altre Strutture dell'Azienda sono state individuate dalla Regione quali Centri di riferimento regionale.

### **Riconoscimenti**

**2007 - 2025 – BOLLINI ROSA** - la Fondazione ONDA- Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna e di genere, ha riconosciuto anche per il biennio 2024 – 2025 i tre Bollini Rosa, il più importante attestato, attribuito dal 2007, agli ospedali che si distinguono per l'offerta di servizi dedicati alla prevenzione, diagnosi e cura delle principali malattie delle donne.

**Anno 2023 – CERTIFICATE** – World's Best Hospital 2023 (Based on the results of an independent analysis. Newsweek recognizes.

**Anno 2022 - PREMIO** “Smartphone d'oro” premio speciale #DiCultHer per la promozione della #CulturaDigitale.

**Anno 2020 - ALBO D'ORO** - il Sindaco del Comune di Perugia ha iscritto l'Azienda Ospedaliera di Perugia nell'Albo d'Oro della città.

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 9 di 98

**Anno 2021 – PREMIO** "Uno sguardo raro - PaSocial" come miglior progetto di comunicazione digitale in sanità per il video- spot sulla "Giornata mondiale del lavaggio delle mani".

**Anno 2021 - PREMIO** “Filippo Basile” per la formazione nella Pubblica Amministrazione vinto con il progetto “Sondaggi e questionari on line per la data governance e il supporto degli operatori sanitari coinvolti nella gestione del covid19”.

**Anno 2021 - PREMIO** “Persona e Comunità”- per il progetto “Io c’ero...il tempo sospeso” racconti di vita al tempo della pandemia – prima edizione del premio letterario dell’Ospedale di Perugia rivolto ai pazienti e al personale dipendente.

### **Stakeholders**

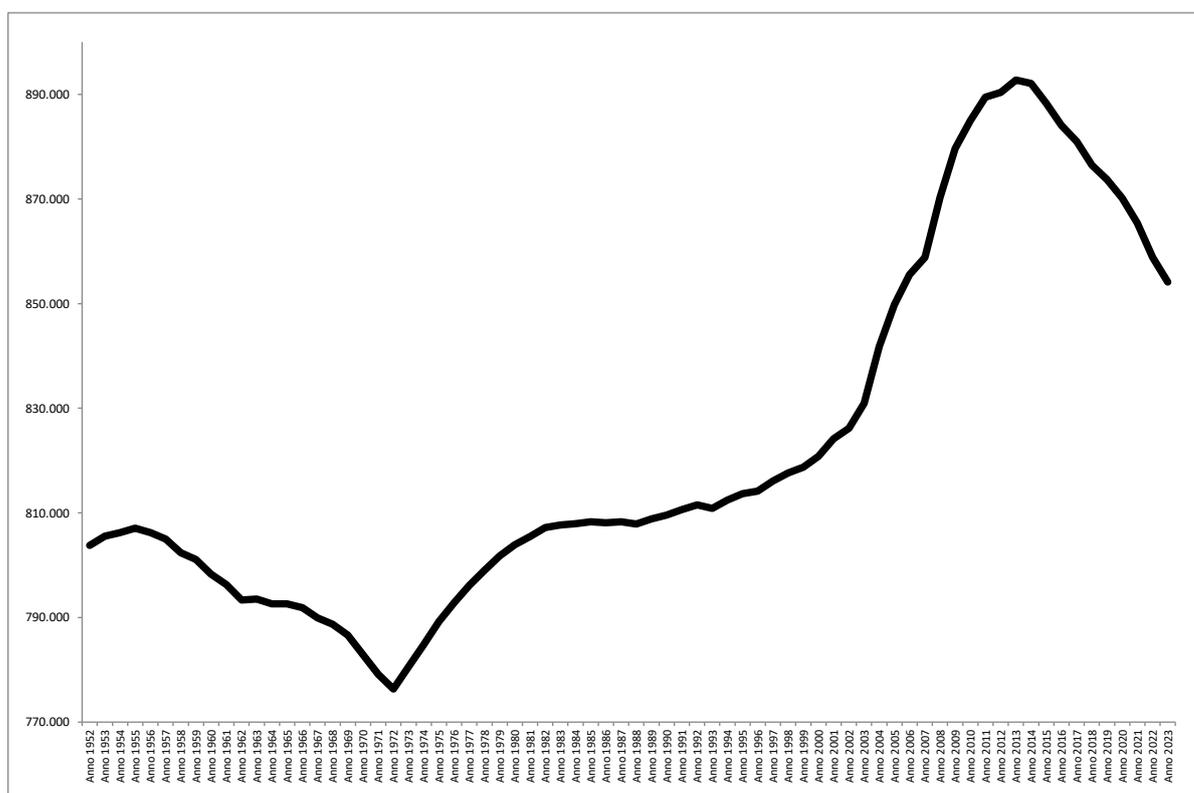
Un’azienda sanitaria pubblica come l’Azienda Ospedaliera di Perugia è, per definizione, la tipologia d’impresa che ha il maggior numero di stakeholder, coincidenti addirittura con la totalità della società, sia essi esterni che interni. Tra quelli esterni sono ricompresi quelli di fruizione (cittadini), di negoziazione istituzionale (associazioni e tipi di PA), di concorrenzialità (altri enti pubblici) e di negoziazione (fornitori e consulenti). Tra gli interni sono compresi quelli a valenza organizzativa (dipendenti e intero sistema aziendale) e quelli di alone (famiglie dei dipendenti, dei degenti in un ospedale e così via). Individuando le principali categorie, sono “portatori di interesse” nei confronti dell’Azienda ospedaliera in primis i pazienti e le loro famiglie, i dipendenti e i collaboratori, gli interlocutori istituzionali e politici, gli organismi di tutela e le associazioni di volontariato, le organizzazioni sindacali, i media e i cittadini tutti. In questo contesto l’Università di Perugia si pone, non solo come uno stakeholder esterno tra le istituzioni operante in regime convenzionale, ma anche e soprattutto come soggetto proattivo impegnato nella costruzione di un sistema integrato alla Azienda Ospedaliera di Perugia. L’Azienda Ospedaliera si prefigge, come da sua missione, di tenere conto delle esigenze di tutte queste categorie di soggetti, ricorrendo nella comunicazione all’uso di strumenti e linguaggi diversi al fine di raggiungere i molteplici pubblici di riferimento, tenendo conto delle predisposizioni e dei codici interpretativi propri di ciascun interlocutore.

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 10 di 98

In questo quadro generale s’inserisce l’Azienda Ospedaliera di Perugia, ma prima di analizzare in maniera più analitica la situazione di essa va inquadrata la situazione sociale, economica e demografica della Regione dell’Umbria.

La popolazione dell’Umbria (Figura 1) è aumentata costantemente nel quarantennio compreso tra il 1973 e il 2013 in cui passa da 776mila unita a 893mila invertendo il calo demografico che si era verificato nel ventennio precedente (1952 – 1972). Dal 2014 in avanti si assiste invece a una progressiva e continua erosione che in solo dieci anni perde circa 38.000 abitanti come i residenti nel comune nel quarto comune umbro ovvero Città di Castello. Un dato significativo e anche allarmante risiede nel fatto che questo calo è iniziato prima (2014) che nelle altre regioni dell’Italia centrale (2016) e dell’Italia (2015), quando il saldo migratorio (in particolare quelli dall’estero) – che aveva sostenuto la crescita della popolazione – si contrae e non riesce più a compensare il saldo naturale strutturalmente negativo (calato negli ultimi anni e incrementato dai decessi imputabili alla pandemia COVID19).

Figura 1. Popolazione residente in Umbria. Periodo 1952 – 2023

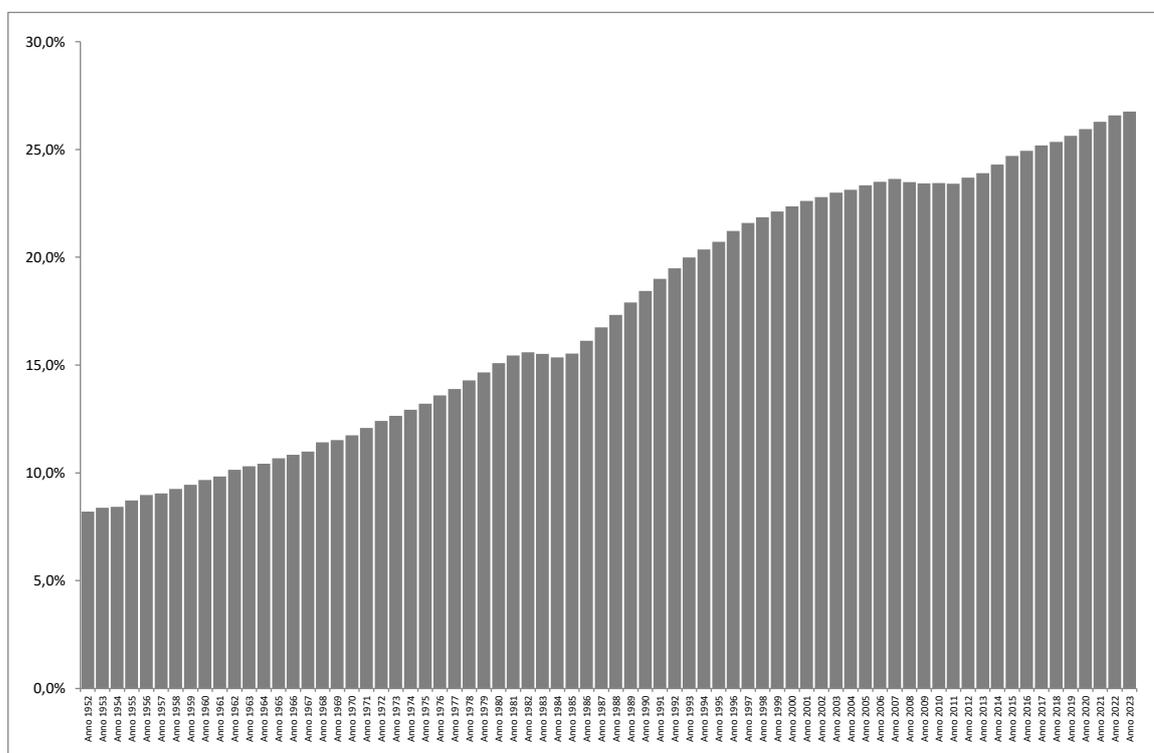


Fonte: ISTAT



La regione Umbria dagli ultimi dati presenti nel sito ISTAT nell’anno 2023 ha una popolazione di 854.137 abitanti di cui il 26,8% con oltre 65 anni e proprio per questo la regione risulta una delle più vecchie di Italia. Nella figura 2 è rappresentato l’andamento della popolazione umbra con 65 e più anni dal 1952 al 2023 e da dove si evince come dal 2016 il peso di essi sulla popolazione è superiore a un quarto del totale.

Figura 2. Incidenza della popolazione residente in Umbria con 65 e più anni. Periodo 1952 – 2023



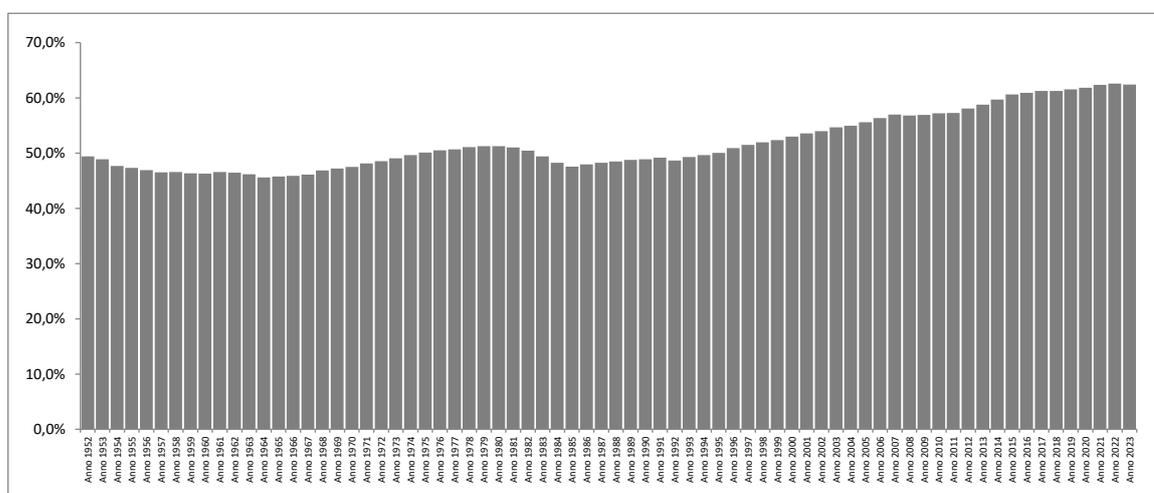
Fonte: ISTAT

L’indice di vecchiaia della Regione Umbria dell’anno 2023 è pari a 229,5 (dato nazionale 193,3 con un’età media di 48 anni dato nazionale di (46,4). La speranza di vita alla nascita delle donne (anno 2022: 85,3) è in decremento sia rispetto all’anno 2020 che all’anno 2021, mentre quella degli uomini è in leggero aumento rispetto all’anno 2021 (+0,2) e pari a quello dell’anno 2020 (81,2 anni). L’indice di dipendenza strutturale – ossia la misura di quanti individui ci sono in età non attiva – mostra (Figura 3) come ormai da anni sia stato superato il valore del 50% ovvero quella soglia che evidenzia uno squilibrio generazionale e che mette in luce quale sia il carico sociale ed economico teorico della popolazione in età attiva. Il trend dell’indice di dipendenza



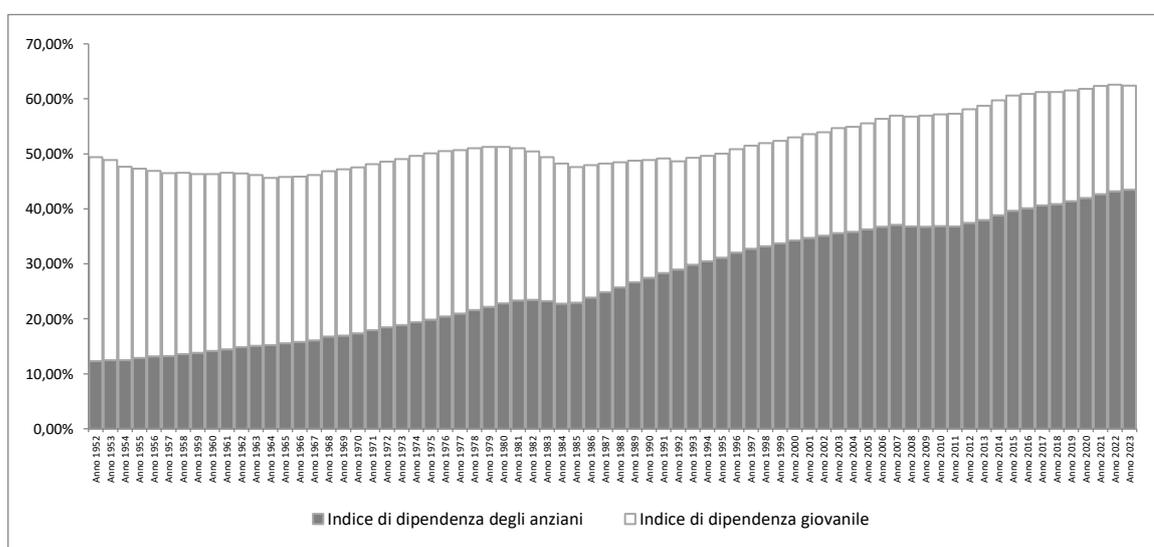
strutturale è in aumento ormai da oltre 30, infatti l’inizio dell’aumento della crescita dell’indice è iniziato nel 1992. Inoltre dalla figura 4 emerge come scomponendo l’indice di dipendenza strutturale in due, anziani e giovanile, si osserva come stia aumentando l’incidenza di quello degli anziani e diminuendo quello giovanile.

Figura 3. Indice di Dipendenza Strutturale della popolazione residente in Umbria. Periodo 1952 – 2023



Fonte: ISTAT

Figura 4. Indice di Dipendenza degli anziani e indice di dipendenza giovanile residente in Umbria con 65 e più anni. Periodo 1952 – 2023

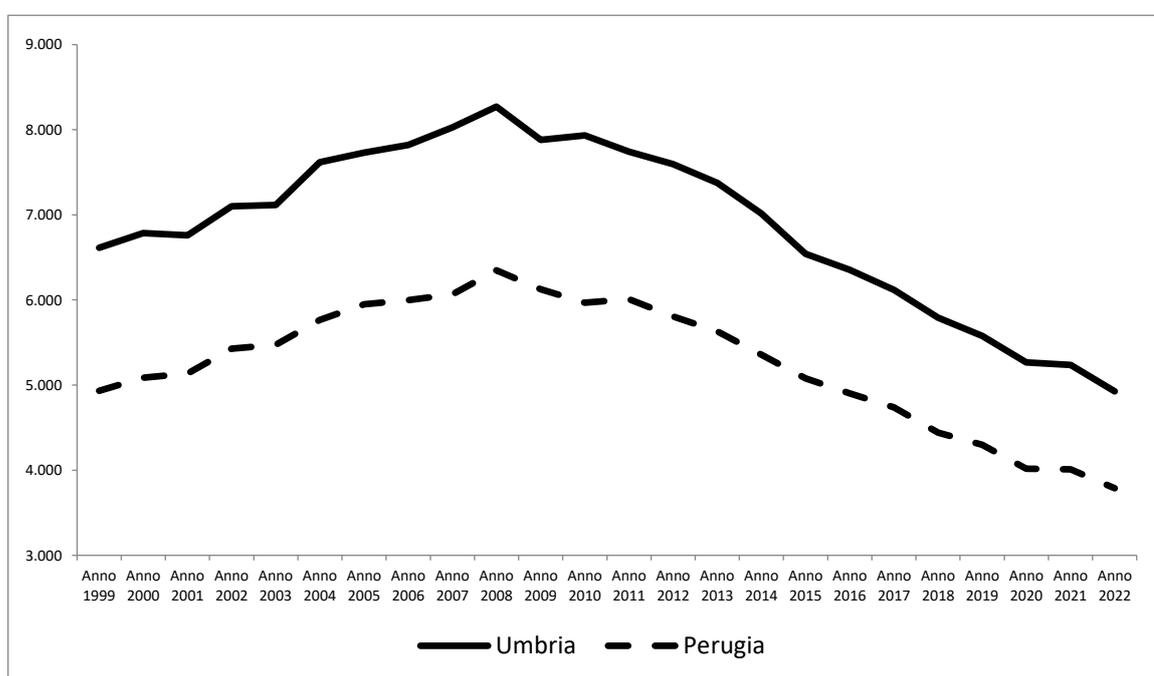


Fonte: ISTAT



In questo contesto si inserisce il tema della denatalità infatti il tasso di natalità si attesta sia per il 2022 al 5,74‰ (6,8‰ in Italia) e in decremento costante ormai da molti anni. Nella figura 5 viene rappresentato l’andamento delle nascite in Umbria e nella Provincia di Perugia nel periodo 1999 – 2022 e si osserva come dal 2010 il numero di nati sia in diminuzione sia nella regione che nella provincia di Perugia.

Figura 5. Nati vivi in Umbria e in Provincia di Perugia. Periodo 1999 – 2022

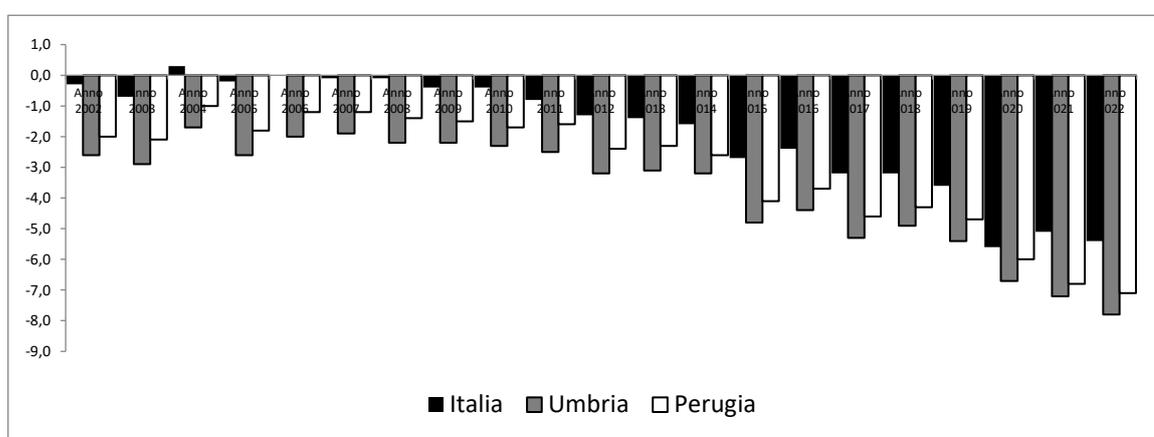


Fonte: ISTAT

Anche il numero medio di figli per donna è in diminuzione sino ad attestarsi per il 2021 a 1,18 figli per donna. In parte quest’ultimo dato può essere spiegato oltre che con le problematiche sociali ed economiche anche con il fatto che calando la popolazione stia anche calando il numero di donne in età fertile. Il campanello di allarme che risuona in maniera importante è la maggiore diminuzione in Italia dei primi figli in Umbria (-41,6%) dal 2008. Quello che si è già verificato e si va prefigurando per l’Umbria nel breve – medio termine è il superare il “punto di non ritorno demografico” ovvero avere una popolazione con oltre il 30% di abitanti con un’età superiore ai 60 anni.

Il tasso di crescita naturale (rapporto tra il saldo naturale e la popolazione media di quell'anno, per mille individui) mostra come sia nella regione che nella provincia di Perugia il valore sia maggiore del valore nazionale e sia inoltre in continuo aumento e ciò sta a significare che sempre più l'Umbria è una regione che cresce poco demograficamente.

Figura 6. Tasso di crescita naturale Italia, Umbria, Provincia di Perugia. Periodo 2002 - 2022



Fonte: ISTAT

Un altro aspetto su cui porre attenzione è quello della mortalità e dall'osservazione della tabella 1 si evince come sia in Umbria che nella provincia di Perugia vi sia un aumento, nel triennio 2019 – 2021, del tasso di mortalità per 1.000 abitanti a differenza del trend nazionale dove a fronte di un dato in aumento nel 2020 si è assistito nel 2021 a una diminuzione di esso.

Tabella 1. Indicatori di Mortalità: Italia, Umbria e Provincia di Perugia. Periodo 2019 – 2021

Territorio	Tasso di mortalità (per mille abitanti)			Speranza di vita alla nascita			Speranza di vita a 65 anni			Speranza di vita a 85 anni			Età media al decesso			Probabilità di morte a 0 anni (per mille)			Punto di Lexis*		
	Ann o 2019	Ann o 2020	Ann o 2021	Ann o 2019	Ann o 2020	Ann o 2021	Ann o 2019	Ann o 2020	Ann o 2021	Ann o 2019	Ann o 2020	Ann o 2021	Ann o 2019	Ann o 2020	Ann o 2021	Ann o 2019	Ann o 2020	Ann o 2021	Ann o 2019	Ann o 2020	Ann o 2021
Italia	10,6	12,5	11,9	83,2	82,1	82,5	21,0	20,0	20,4	6,7	6,2	6,5	81,4	81,6	81,3	2,8	2,6	2,4	89	88	88
Umbria	11,8	12,7	13,3	84,0	83,4	83,2	21,7	21,2	21,0	6,8	6,7	6,5	83,1	83,1	83,0	2,1	2,7	2,0	89	88	89
Perugia	11,3	12,2	13,1	84,4	83,8	83,2	22,0	21,4	20,9	6,9	6,8	6,4	83,1	83,1	83,0	1,9	2,8	2,0	90	90	90

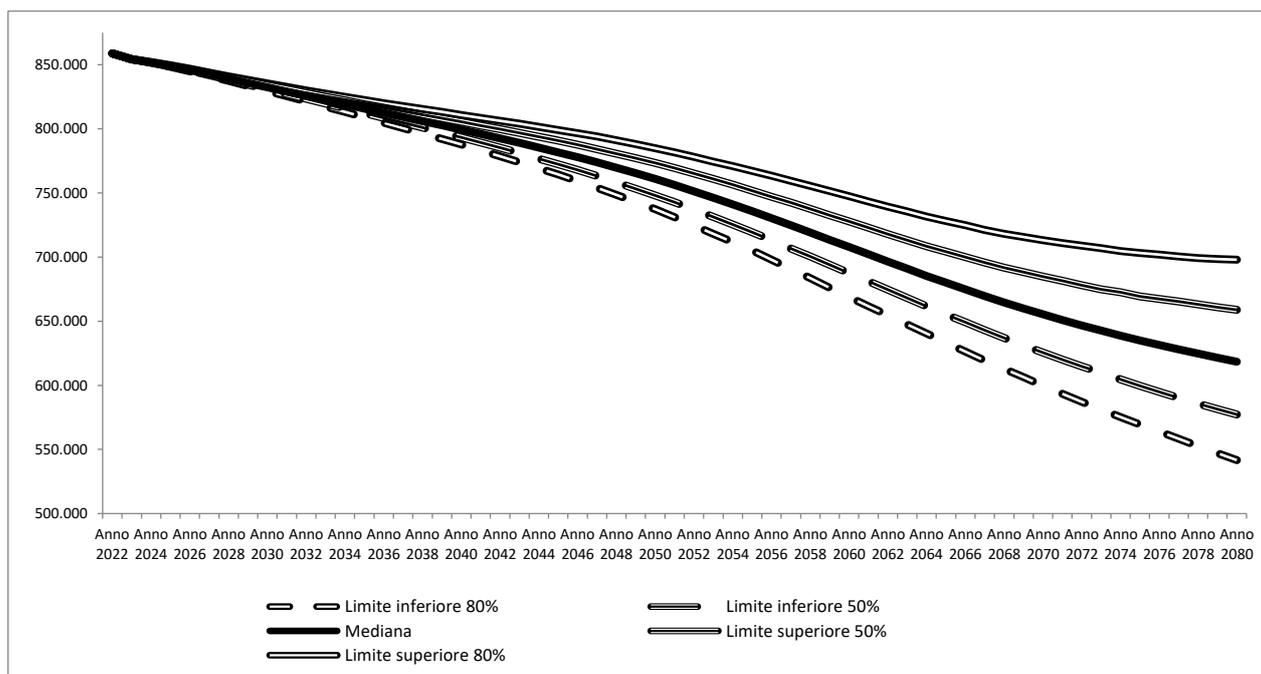
\* \*tarda età modale al decesso di un'ipotetica coorte di 100.000 individui calcolato dalla tavola di mortalità associata e non sulla reale popolazione residente.

Fonte: ISTAT



Infine le previsioni demografiche (Figura 7) mostrano come la regione potrebbe arrivare a perdere da qui al 2080 oltre 100.000 abitanti.

Figura 7. Previsioni popolazione umbra. Periodo 2022 - 2080



Fonte: ISTAT

Il tessuto economico della regione Umbria è composto dai settori metalmeccanici, chimici e siderurgici, siti principalmente nell'Umbria meridionale; settori alimentari concentrati per la maggior parte nella zona del capoluogo di regione, della meccanica (folignate e alta valle del Tevere), dell'agricoltura diffusa in tutto il territorio della regione ma in particolare nella zona orientale dell'Umbria e dell'alta valle del Tevere. Un importante settore, che probabilmente non ha ancora espresso le proprie potenzialità, è quello del turismo che rappresenta un volano importante per un ulteriore sviluppo dell'economia umbra. Secondo il report 32 del novembre 2023 di Banca Italia, nell'anno in corso è proseguita la fase di progressivo indebolimento dell'attività economica umbra in atto dalla metà dello scorso anno. In base all'indicatore trimestrale dell'economia regionale (ITER) nel primo semestre il prodotto è cresciuto dell'1,3 per cento rispetto allo stesso periodo del 2022, in linea con il dato italiano ma in forte rallentamento. Nei primi nove mesi dell'anno le vendite del settore industriale hanno messo in luce un aumento modesto, inoltre l'attività a causa delle debolezza della domanda interna che estera ha perso

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 16 di 98

slancio e ciò si è riflesso sul grado di fiducia delle imprese e gli investimenti sono stati frenati dalla congiuntura in atto e dall'aumentato costo dei finanziamenti.

Il settore edile, come già lo scorso anno, ha evidenziato una crescita, pur se meno accentuata di quanto registrato nel biennio precedente anche in virtù del minore apporto dell'incentivo fiscale a cui si è contrapposta la crescita degli investimenti degli enti pubblici territoriali, che hanno cominciato a beneficiare dei progetti finanziati dal PNRR. L'edilizia è ancora spinta dalla ricostruzione post-sisma e gli interventi ancora da eseguire riguardano maggiormente quegli edifici che hanno subito rilevanti danni e il cui ripristino risente della complessità burocratica e realizzativa. La redditività delle imprese è in fase di rafforzamento e le componenti che hanno contribuito sono la minore difficoltà relativa all'approvvigionamento, i minore rincari energetici e la dinamica salariale ancora modesta. Di contro il potere di acquisto delle famiglie, nonostante l'inflazione (in Umbria a settembre il dato è stimato in 5,9% contro il 5,3% della media nazionale) sia in fase di rallentamento rispetto ai valori massimi dell'anno scorso, continua a essere eroso; diminuiscono i depositi bancari a favore di attività più remunerative. La dinamica del commercio ha subito un importante rallentamento (commercio al dettaglio) e ciò si è riflesso sui consumi. Quest'ultimi dalle previsioni della Confcommercio avrebbero un aumento in linea con quello nazionale anche se la crescita di essi ha subito un forte rallentamento.

Il turismo invece ha dato un contributo positivo al settore terziario grazie soprattutto all'incremento di presenze sia italiane che straniere. Il settore turistico ha visto crescere le attivazioni nette dei contratti nel settore a termine. Il turismo, come nel biennio precedente il trend risulta essere migliore rispetto a quanto registrato a livello nazionale. La componente di turisti stranieri è quella con la crescita più marcata, interessando tutte le tipologie di strutture e l'intero territorio, a eccezione del comprensorio del Lago Trasimeno dove vi è stata una contrazione del 4,3%. Le aree la cui “vivacità” turistica è stata più rilevante sono quelle del ternano e dell'assisano. Una spinta importante a questa attrazione di turisti stranieri la ha data l'aeroporto regionale che nei primi nove mesi dell'anno ha visto aumentare di circa il 54% (superiore di due volte e mezzo il valore 2019) il numero di passeggeri transitati.

Il numero degli occupati ha ripreso ad aumentare (+3,1% rispetto all'anno precedente) anche più della media nazionale (+2,0%). Tale incremento ha riguardato principalmente i



lavoratori dipendenti e ciò ha consentito di recuperare i valori pre pandemici. I lavoratori autonomi che rappresentano circa un quinto del totale, sono ulteriormente diminuiti (-4,5%). Il tasso di attività (rapporto tra le persone appartenenti alle forze di lavoro e la corrispondente popolazione di riferimento) è in aumento rispetto al periodo pre pandemico. Il numero di persone in cerca di occupazione è lievemente diminuito (-0,7 per cento). Il tasso di disoccupazione è sceso al 6,5 per cento (7,9 in Italia), 0,2 punti percentuali in meno rispetto a quanto registrato nel primo semestre del 2022. Il tasso di occupazione 15 – 64 anni (Tabella 2) mostra per il 2022 un dato migliore di quello nazionale e pari a quello dell’aggregazione territoriale dell’Italia Centrale, mentre i valori del secondo trimestre 2023 mostrano un arretramento rispetto al dato del centro Italia e un riduzione del margine rispetto ai valori del valore nazionale.

Tabella 2. Tasso di occupazione per aggregazione territoriale e classe di età. Periodo Anno 2022 – Primo Semestre 2023

Aggregazione territoriale	Anno 2022				Secondo Trimestre 2023			
	15-64 anni	15-34 anni	35-49 anni	50--64 anni	15-64 anni	15-34 anni	35-49 anni	50--64 anni
Italia	60,1%	43,7%	75,2%	61,5%	61,6%	45,3%	76,5%	63,2%
Centro	64,8%	46,2%	80,0%	66,9%	66,3%	47,5%	82,7%	67,8%
Umbria	64,9%	45,5%	82,5%	65,8%	64,9%	n.d.	n.d.	n.d.

Fonte: ISTAT

Lo studio PASSI (studio di sorveglianza in sanità pubblica relativo alla raccolta di informazioni della popolazione adulta su stili di vita fattori di rischio comportamentali connessi all’insorgenza delle malattie croniche non trasmissibili e sul grado di conoscenza e adesione ai programmi di intervento che il Paese sta realizzando per la loro prevenzione) mostra come in Umbria lo stato di salute percepito abbia valori simili a quelli rilevati a livello nazionale e per quanto riguarda i giorni medi in cattiva salute (sia generale che psichica) il dato sia migliore nel biennio 2021 – 2022 rispetto a quello rilevato nel biennio 2020 – 2021. Permangono delle criticità per quanto riguarda il consumo di alcol, l’abitudine al fumo, il sovrappeso e l’obesità. Sopra la media nazionale risultano essere i valori relativi agli screening cervicale, mammografico e coloretale, permangono alcune criticità per quanto concerne la copertura della vaccinazione antinfluenzale dove i livelli rimangono o simili o sotto la media registrata a livello nazionale.

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 18 di 98

Tabella 3. Indicatori studio PASSI. Periodo Biennio 2020 -2021 e Biennio 2021 – 2022

Area	Indicatore	Periodo 2020-2021	Periodo 2021-2022
Consumo di alcol	Consumo alcol	61,9	61,3
	Consumo fuori pasto	7,6	7,2
	Consumo abituale elevato	3,6	2,4
	Consumo binge	6,8	7,7
	Consumo a maggior rischio	15,7	15,3
	Bevitori a maggior rischio consigliati di bere meno dal medico	5,6	5,0
Abitudine al fumo	Fumatori	28,0	27,6
	Ex-Fumatori	19,5	18,4
	Chiesto se fuma	39,8	37,2
	Consiglio smettere	49,5	49,5
Attività fisica OMS	Attivo	47,3	43,9
	Parzialmente attivo	31,5	29,7
	Sedentario	21,2	26,3
	Consiglio fare attività fisica	29,9	28,2
Sovrappeso e Obesità	Sovrappeso	32,6	31,0
	Obesi	12,2	11,4
	Consiglio perdere peso a persone in eccesso ponderale	45,1	41,5
Screening mammografico	Copertura screening mammografico totale	85,1	85,8
	Copertura screening mammografico organizzato	74,1	75,8
	Copertura screening mammografico spontaneo	10,9	9,9
Screening cervicale	Copertura screening cervicale totale	83,2	87,6
	Copertura screening cervicale organizzato	67,7	70,2
	Copertura screening cervicale spontaneo	15,4	17,3
Screening colorettale	Copertura screening colorettale totale	58,9	60,2
	Copertura screening colorettale organizzato	51,3	53,4
	Copertura screening colorettale spontaneo	7,1	6,3
	Ricerca sangue occulto nelle feci negli ultimi 2 anni	50,9	51,7
	Colonscopia/rettosigmoidoscopia negli ultimi 5 anni	21,3	22,1
Vaccinazione antinfluenzale	Copertura vaccinale 18 – 64 anni	9,3	9,6
	Copertura vaccinale 18 – 64 anni con almeno una patologia cronica	28,0	27,9
	Copertura vaccinale 18 – 64 anni senza patologie croniche	5,6	6,4
Percezione dello stato di salute	Stato di salute percepito positivamente	78,6	77,3
	Numero totale medio di giorni in cattiva salute	4,9	4,4
	Numero medio di giorni in cattiva salute fisica	2,1	2,1
	Numero medio di giorni in cattiva salute psichica	3,1	2,6
	Numero medio di giorni con limitazione delle attività quotidiane	1,1	1,4



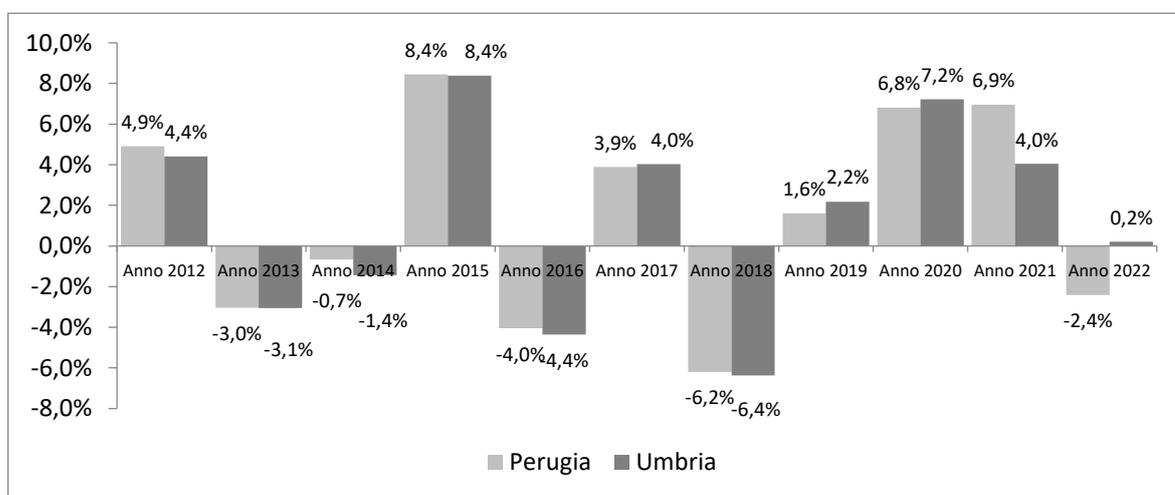
Nella tabella 4 e nella figura 8 vengono rappresentati i dati relativi ai decessi in Umbria e in Provincia di Perugia del periodo 2011 – 2023 (quest’ultimo dato riferito a gennaio – ottobre 2023) da cui si evince come il numero assoluto dei decessi è in aumento dall’anno 2018 anche se nel 2022 la provincia di Perugia fa registrare una variazione del -2,4% rispetto all’anno precedente.

Tabella 4. Decessi in Umbria e Provincia di Perugia. Periodo 2011 – 2023

Anno	Perugia		Umbria	
	Decessi	Variazione	Decessi	Variazione
Anno 2011	7.145		10.085	
Anno 2012	7.496	4,9%	10.530	4,4%
Anno 2013	7.268	-3,0%	10.208	-3,1%
Anno 2014	7.219	-0,7%	10.061	-1,4%
Anno 2015	7.829	8,4%	10.905	8,4%
Anno 2016	7.512	-4,0%	10.430	-4,4%
Anno 2017	7.804	3,9%	10.850	4,0%
Anno 2018	7.320	-6,2%	10.159	-6,4%
Anno 2019	7.438	1,6%	10.381	2,2%
Anno 2020	7.945	6,8%	11.131	7,2%
Anno 2021	8.497	6,9%	11.581	4,0%
Anno 2022	8.292	-2,4%	11.606	0,2%
Anno 2023 (Gennaio-Ottobre)	6.175		8.710	

Fonte: ISTAT

Figura 8. Decessi in Umbria e Provincia di Perugia. Periodo 2012 – 2022



Fonte: ISTAT

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 20 di 98

Nella tabella 5 vengono rappresentate la cause di morte dell’anno 2021 (ultimo dato disponibile sul sito ISTAT) e si può osservare come le tre principali cause di morte per i due aggregati territoriali siano state: malattie del sistema circolatorio, tumori e COVID – 19. Il quoziente di mortalità per 10.000 abitanti registrato in Umbria è stato pari a 132,85 invece quello italiano è stato 119,11, il tasso di mortalità standardizzato per 10.000 abitanti ha fatto registrare a livello nazionale un valore di 89,85 mentre in Umbria il dato si è attestato a 83,94.

Tabella 5. Cause di morte in Regione Umbria e in Italia. Anno 2021

Indicatore	Umbria			Italia		
	Morti	Quoziente di mortalità (per 10.000 abitanti)	Tasso standardizzato di mortalità (per 10.000 abitanti)	Morti	Quoziente di mortalità (per 10.000 abitanti)	Tasso standardizzato di mortalità (per 10.000 abitanti)
Alcune malattie infettive e parassitarie	309	3,58	2,20	14.564	2,46	1,84
Tumori	2.730	31,67	22,09	174.030	29,43	23,33
<i>Tumori maligni</i>	<i>2.615</i>	<i>30,33</i>	<i>21,26</i>	<i>164.721</i>	<i>27,86</i>	<i>22,14</i>
<i>Tumori non maligni (benigni e di comportamento incerto)</i>	<i>115</i>	<i>1,33</i>	<i>0,84</i>	<i>9.309</i>	<i>1,57</i>	<i>1,19</i>
Malattie del sangue e degli organi emat. e alcuni disturbi del sistema immunitario	57	0,66	0,39	3.957	0,67	0,49
Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	427	4,95	3,06	32.727	5,53	4,14
Disturbi psichici e comportamentali	462	5,36	3,04	25.153	4,25	3,02
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	568	6,59	4,15	31.544	5,33	3,99
Malattie del sistema circolatorio	3.517	40,79	24,13	216.814	36,67	26,67
Malattie del sistema respiratorio	867	10,06	5,99	45.132	7,63	5,57
Malattie dell'apparato digerente	364	4,22	2,73	23.525	3,98	3,04

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 21 di 98

Tabella 5. Cause di morte in Regione Umbria e in Italia. Anno 2021 (segue)

Indicatore	Umbria			Italia		
	Morti	Quoziente di mortalità (per 10.000 abitanti)	Tasso standardizzato di mortalità (per 10.000 abitanti)	Morti	Quoziente di mortalità (per 10.000 abitanti)	Tasso standardizzato di mortalità (per 10.000 abitanti)
Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo	36	0,42	0,25	1.523	0,26	0,19
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	81	0,94	0,59	3.829	0,65	0,49
Malattie dell'apparato genitourinario	240	2,78	1,61	15.091	2,55	1,84
Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio	1	0,01	0,01	9	0,00	0,00
Alcune condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale	4	0,05	0,07	657	0,11	0,16
Malformazioni congenite ed anomalie cromosomiche	18	0,21	0,18	1.291	0,22	0,22
Sintomi, segni, risultati anomali e cause mal definite	470	5,45	3,22	25.448	4,30	3,20
Covid-19	881	10,22	6,79	63.651	10,76	8,24
Cause esterne di traumatismo e avvelenamento	421	4,88	3,43	25.387	4,29	3,42
<b>Totale</b>	<b>11.453</b>	<b>132,85</b>	<b>83,94</b>	<b>704.332</b>	<b>119,11</b>	<b>89,85</b>

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 22 di 98

Un altro dato importante su cui confrontarsi e basare anche la programmazione sanitaria regionale è quello degli infortuni sul lavoro. Nell’anno 2022 il numero di denunce per infortunio sul lavoro in Umbria sono state 10.715 con un incremento del 17,9% rispetto a quelle dell’anno 2021 (la variazione a livello nazionale era pari 24,6% mentre per l’aggregato area centrale il dato era del +28,4%). Il rapporto in Umbria tra denunce per infortunio e per 1.000 occupati è stato nel 2022 di 30,4‰, sovrapponibile al dato nazionale 30,5‰ mentre nell’aggregato territoriale centro il dato è pari al 27,8‰. Un dato preoccupante su cui porre attenzione è il rapporto tra infortuni sul lavoro con esito mortale ogni 10.000 abitanti infatti in Umbria il valore si attesta al 21,5‰ rispetto al 18,4‰ dell’Italia Centrale e il 17,2‰ a livello nazionale.

### **Organizzazione**

L’Azienda Ospedaliera di Perugia è strutturata, come previsto dal vigente atto aziendale, secondo una organizzazione dipartimentale comprendente 9 dipartimenti ai quali si aggiungono servizi e strutture interaziendali a carattere universitario e regionale. Al 31 dicembre 2023 il personale, ospedaliero e universitario convenzionato, in servizio presso l’Azienda Ospedaliera di Perugia era di 2.947 unità di cui 2.789 (94,6%) ospedalieri e 158 (5,4%) universitari convenzionati (Tabella 6). Il 78,6% del totale afferisce al comparto (2.315 unità) mentre il restante 21,4% (632 unità) alla dirigenza; in tabella 6 viene rappresentata la distribuzione del personale per ruolo, sia tra gli ospedalieri che negli universitari. Il 93,7% del personale ospedaliero ha un contratto a tempo indeterminato, il 6,3% è a tempo determinato.

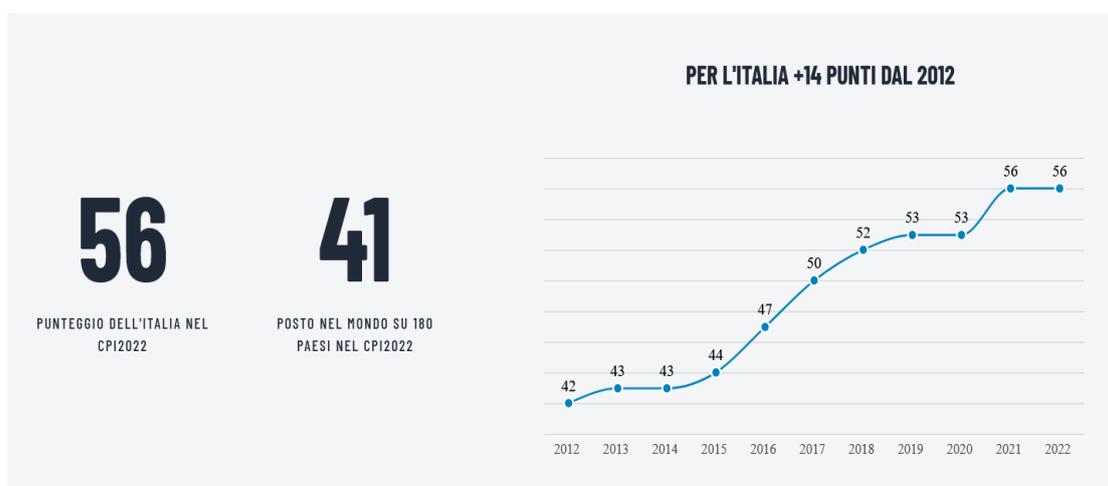
**Tabella 6. Personale Azienda Ospedaliera di Perugia al 31/12/2023**

Ruolo	Indeterminato		Determinato		Universitario		Totale
	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero
Dirigenza medica	446	78,8%	31	5,5%	89	15,7%	566
Dirigenza sanitaria	42	72,4%	5	8,6%	11	19,0%	58
Dirigenza professionale	1	50,0%	1	50,0%	0	0,0%	2
Dirigenza amministrativa	3	50,0%	3	50,0%	0	0,0%	6
Comparto sanitario	1.524	95,9%	61	3,8%	4	0,3%	1.589
Comparto tecnico addetto assistenza	315	88,2%	42	11,8%	0	0,0%	357
Comparto tecnico non addetto assistenza	150	78,1%	11	5,7%	31	16,1%	192
Comparto Amministrativo	129	74,6%	21	12,1%	23	13,3%	173
Comparto Professionale	4	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	4
<b>Totale</b>	<b>2.614</b>	<b>88,7%</b>	<b>175</b>	<b>5,9%</b>	<b>158</b>	<b>5,4%</b>	<b>2.947</b>

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 23 di 98

## CONTESTO ESTERNO

L'indice di Percezione della Corruzione (CPI) di Transparency International misura la percezione della corruzione nel settore pubblico e nella politica in numerosi Paesi di tutto il mondo, basandosi sull'opinione di esperti e assegnando una valutazione che va da 0, per i Paesi ritenuti molto corrotti, a 100, per quelli “puliti”: il punteggio dell'Italia nel 2022 è 56, come nell'anno 2021. L'andamento è positivo dal 2012 ed in dieci anni l'Italia ha guadagnato 14 punti.



L'Italia, secondo i dati dell'analisi di Transparency International diffusi il 31 gennaio 2023, si trova al 41° posto su una classifica di 180 paesi. Nell'Unione Europea l'Italia si trova al 17° posto su 27 Paesi. La media dei paesi dell'Europa occidentale è di 64 punti.

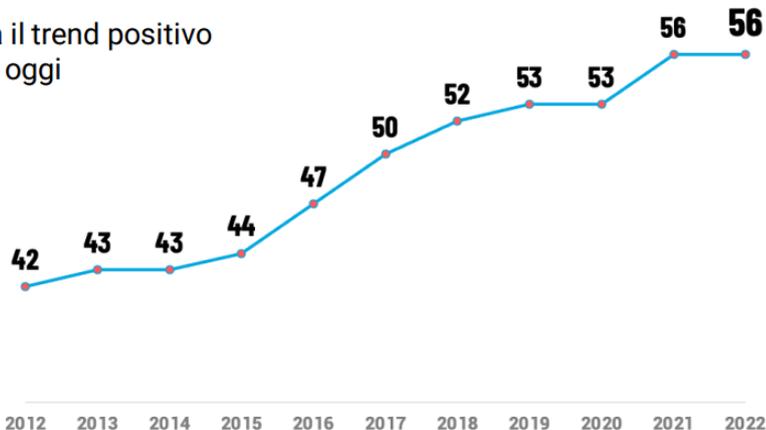
I paesi meno corrotti del mondo secondo l'indice di Transparency International sono la Danimarca con 90 punti, la Finlandia e la Nuova Zelanda con 87 punti. I più corrotti Somalia con 12 punti, Siria e Sud Sudan con 13 punti.

Il miglioramento dell'Italia è avvenuto nonostante i rischi corruttivi legati all'incremento della spesa pubblica per il COVID19. Transparency International mette in risalto come la corruzione si configuri come una minaccia per una risposta equa alla pandemia, o più in generale ad altre crisi, mettendo in risalto come la necessità di trasparenza e misure anti corruzione sono pilastri fondamentali di fronte a situazioni emergenziali.



Si conferma il trend positivo  
dal 2012 ad oggi

**+ 14 PUNTI**



**TRANSPARENCY  
INTERNATIONAL  
ITALIA**  
Associazione contro la corruzione

L'Italia, secondo i dati dell'analisi di Trasparency International diffusi il 30 gennaio 2024, anche nel 2023 conferma il punteggio di 56, e si trova al 42° posto su una classifica di 180 paesi.



Per analizzare nel dettaglio il contesto esterno con dati rilevati direttamente nella nostra regione, si è fatto riferimento al lavoro svolto da “Il Sole 24 Ore”, che ha preso in considerazione una serie di reati quali furti, rapine, tentati omicidi, infanticidi ecc. per calcolare l'indice di criminalità per ogni singola provincia italiana e ha pubblicato la classifica relativa al 2023 che vede in testa Milano, Rimini e Roma, mentre in fondo ci sono Oristano, Potenza e Pordenone.

In Umbria nell'anno 2023 le denunce complessive risultano essere 21.295 contro le 20.934 dell'anno precedente nella provincia di Perugia, e 6.578 contro le 6.142 dell'anno precedente nella



provincia di Terni, per un totale di 27.873 (complessivamente in crescita rispetto all'anno precedente) con Perugia al 42° posto e Terni al 58° posto nella classifica annuale.

**Dati Provincia di Perugia – 2023**

**42° Perugia 3.339,9 21.295**

Scegli la provincia per visualizzare i suoi piazzamenti (rank e var. annua) nelle classifiche (finale sul totale dei delitti e per tipologia di reato). Dati ogni 100mila abitanti e totale denunce, relativi all'anno precedent

RANK	INDICATORE	DENUNCE SU 100MILA AB.	TOTALE DENUNCE
> 91° ▲	Omicidi volontari consumati	0,2	1
> 87° ▲	Omicidi colposi	2,2	14
> 48° ▲	Tentati omicidi	1,6	10
> 48° ▼	Violenze sessuali	10,0	64
37° ▲	Sfruttamento della prostituzione e pornografia minorile	2,5	16
34° ▲	Minacce	131,6	839
21° ▼	Percosse	33,1	211
24° ▼	Lesioni dolose	120,5	768
52° ▲	Danneggiamenti	390,1	2.487
28° ▼	Incendi	19,0	121
32° =	Incendi boschivi	9,9	63

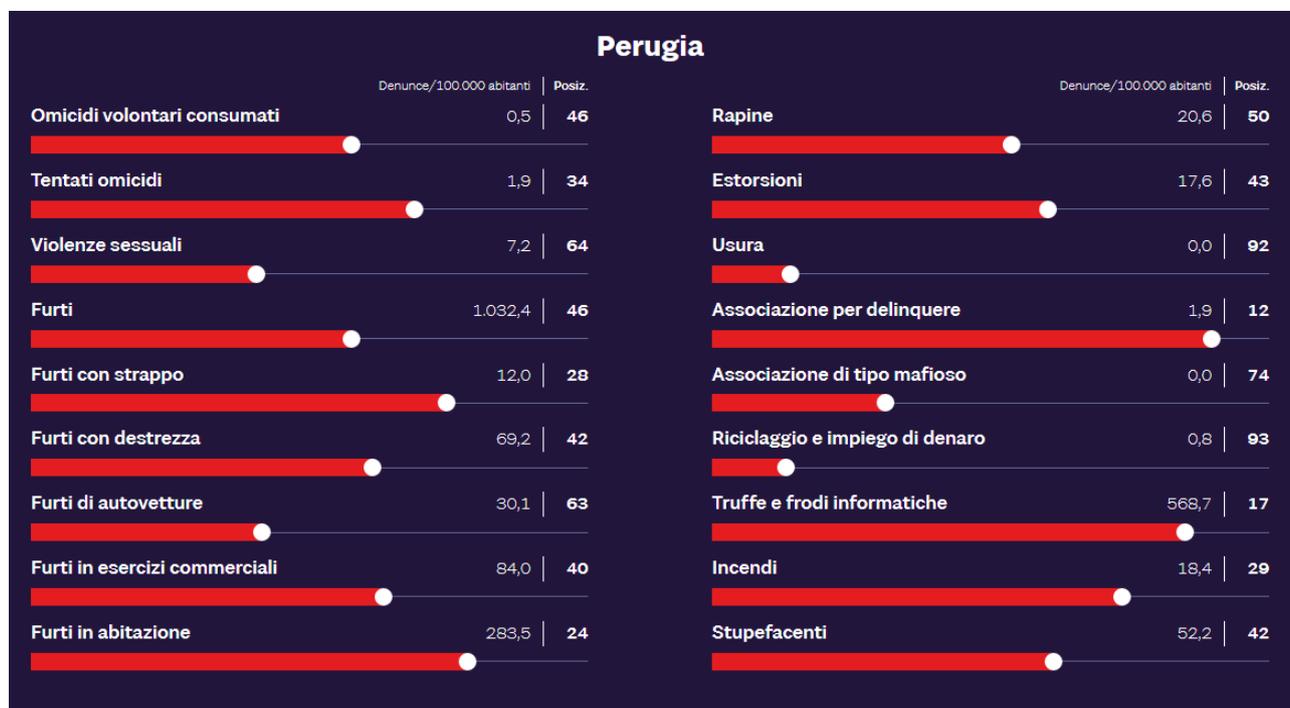
**Lab2-1**

**L'indice della criminalità 2023**

> 55° ▲	Stupefacenti	43,3	276
16° ▼	Truffe e frodi informatiche	528,1	3.367
12° =	Associazione per produzione o traffico di stupefacenti	0,3	2
31° ▼	Delitti informatici	66,2	422
93° ▲	Associazione per delinquere	0,0	0
73° ▼	Associazione di tipo mafioso	0,0	0
71° ▲	Estorsioni	16,2	103
59° ▼	Danneggiamento seguito da incendio	6,7	43
97° ▲	Riciclaggio e impiego di denaro	0,6	4
81° ▼	Contraffazione di marchi e prodotti industriali	1,6	10
73° =	Contrabbando	0,0	0
36° ▼	Usura	0,3	2
36° ▲	Violazione alla proprietà intellettuale	0,3	2



**Dati Provincia di Perugia – 2022**



Dal confronto dei dati degli ultimi due anni risulta evidente come anche in Umbria i reati siano in crescita e le nuove minacce sono costituite anche dalle truffe e frodi informatiche sia a privati che ad aziende pubbliche con particolare attenzione a quelle maggiormente esposte operanti nel settore sanitario.

	<p style="text-align: center;"><b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b></p>	<p style="text-align: center;">PIAO_AzOsp</p>
<p style="text-align: center;"><b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b></p>		<p style="text-align: center;">Pagina 27 di 98</p>

## **2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE**

### **2.1. Valore pubblico**

Fermo restando quanto esplicitato in premessa del presente documento relativamente alle modifiche organizzative in atto e future che stanno intervenendo su questa Azienda, i principi cardine a cui si ispira l’Azienda possono essere esplicitati e restano invariati a prescindere dai modelli organizzativi di riferimento.

La *vision* e la *mission* dell’Azienda stessa potranno, invece, essere via via rimodulate in funzione degli obiettivi strategici che verranno forniti dalla Regione e dall’applicazione delle norme programmatiche nazionali e regionali.

Il principio cardine che deve guidare l’Azienda è quello del concetto di salute proprio dell’OMS e cioè che: «La salute è uno stato dinamico di completo benessere fisico, mentale, sociale e spirituale, non mera assenza di malattia.»

A ciò si aggiunga la frontiera del cosiddetto “Global Health” che pone particolare attenzione all’analisi dello stato di salute e dei bisogni reali della popolazione mondiale, e alle influenze che su di essi esercitano i determinanti socio-economici, politici, demografici, giuridici ed ambientali, esplicitando le interconnessioni tra globalizzazione e salute in termini di equità, diritti umani, sostenibilità, diplomazia e collaborazioni internazionali.

L’Azienda Ospedaliera di Perugia intende perseguire ed implementare il benessere della popolazione nonché promuovere un processo di equità sociale nelle cure, attraverso l’esercizio e l’implementazione delle molteplici funzioni che la stessa gestisce da sola o in collaborazione con altre istituzioni pubbliche, in particolare l’Università.

Sotto l’aspetto assistenziale, l’Azienda è orientata sia alla gestione delle patologie ad alta complessità attraverso l’utilizzo di un approccio multidisciplinare ed il coinvolgimento di tutti gli operatori, sia alla definizione ed applicazione di modelli e linee guida per il miglioramento dei

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 28 di 98

percorsi diagnostico terapeutici, garantendo la continuità nell'emergenza-urgenza delle prestazioni diagnostico-terapeutiche e delle prestazioni di supporto nell'ambito dell'eccellenza.

L' Azienda è sede di tutti i livelli dell'organizzazione formativa, ovvero Corsi di Laurea in professioni sanitarie, Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, Scuole di Specializzazione, Dottorati di Ricerca, Formazione continua degli operatori sanitari successiva all'abilitazione professionale, anche nell'ottica dell'adempimento dell'Educazione Medica Continua prevista dal Ministero della Salute.

La ricerca viene svolta sia dal personale universitario in convenzione sia dal personale ospedaliero, dando particolare importanza alla ricerca traslazionale.

Il servizio erogato dall'Azienda si caratterizza per l'impegno all'umanizzazione di ogni fase dell'iter assistenziale, attraverso la ricerca e la promozione di tutte le modalità operative volte a garantire un “buon servizio” ai cittadini ed il “benessere organizzativo” dei lavoratori.

Nello svolgimento della propria attività istituzionale l'Azienda si ispira ai principi costituzionalmente sanciti e tutelati, volti a garantire il godimento dei diritti della persona.

In particolare si uniforma ai principi sull'erogazione dei servizi pubblici individuati dal D.P.C.M del 27.01.1994.

I servizi sono erogati secondo regole uguali per tutti. Questo principio è inteso come uguaglianza dei diritti degli utenti, cioè, non solo come diritto all'uniformità delle prestazioni, bensì come divieto di discriminazioni nell'erogazione dei servizi stessi, attivando tutte le modalità che consentano di tutelare esigenze particolari e categorie di “utenti più deboli”.

Principio strettamente riconducibile a quello di uguaglianza, vincola infatti i singoli soggetti erogatori del servizio pubblico a comportamenti e atteggiamenti che garantiscano l'uguaglianza fra gli utenti, evitando trattamenti discriminanti nei confronti degli stessi.

I servizi devono essere erogati secondo criteri di obiettività, giustizia, trasparenza e imparzialità.

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 29 di 98

I servizi sono erogati con continuità, regolarità e senza interruzioni. Questo principio è inteso come regolarità nell'erogazione delle prestazioni e dei servizi: l'Azienda si impegna alla tempestiva comunicazione di eventuali situazioni di funzionamento discontinuo ed irregolare del servizio o di singoli settori, attivando tutte le misure possibili, volte a contenere il disagio degli utenti.

Oltre a ribadire il valore della partecipazione degli utenti, tramite le organizzazioni di volontariato e tutela, si sottolinea l'impegno dell'Azienda a promuovere il coinvolgimento diretto dei singoli cittadini sia attraverso informazioni adeguate e tempestive circa le prestazioni erogate, sia tutelando la possibilità di esprimere il proprio giudizio con questionari di gradimento, fornire suggerimenti e inoltrare reclami circa eventuali disservizi, tramite l'Ufficio Relazioni con il Pubblico. E' intenzione dell'Azienda promuovere un tavolo permanente con le organizzazioni del terzo settore al fine di stabilire un canale di comunicazione continuo.

L' Azienda Ospedaliera salvaguardia i principi di efficacia ed efficienza nell'erogazione di servizi e prestazioni rispondenti alle reali necessità dell'utenza e finalizzati a garantire un ottimale rapporto tra risorse impiegate e attività svolte e risultati ottenuti.

L'azione che l'Azienda Ospedaliera di Perugia si propone di realizzare nel prossimo triennio nell'ambito delle funzioni e principi ai quali si ispira deve pertanto tenere prioritariamente in evidenza:

- Sviluppo e implementazione delle attività sanitarie per qualificare le prestazioni erogate verso un livello di ospedale Hub di secondo livello e rendere l'Azienda attrattiva a livello regionale e nazionale
- Sviluppo, anche attraverso i progetti PNRR, di un adeguato sistema di informatizzazione che si rivolga a un miglioramento dell'assistenza e della qualità della risposta agli utenti (vicinanza e tempestività nell'accesso ai servizi)
- Qualificazione delle attrezzature sanitarie attraverso l'accesso a fondi europei e attraverso un orientamento alla gestione delle priorità nel miglioramento del parco attrezzature
- Innovazione strutturale attraverso interventi di miglioramento ispirati a messa in sicurezza delle strutture ospedaliera e alla maggiore efficienza e accoglienza del paziente

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>"Piano Integrato di Attività e Organizzazione" (PIAO)</b>		Pagina 30 di 98

- Attenzione al capitale umano garantendo sia l'adeguamento del personale assunto alle reali necessità assistenziali, nei limiti consentiti dalle risorse disponibili, sia un adeguato sviluppo del personale in servizio attraverso un'applicazione contrattuale che consenta il giusto riconoscimento di ruolo e una opportunità di progressione che riconosca il merito.
- Implementazione e sviluppo di percorsi di formazione interna ed esterna
- Azioni volte al miglioramento dei consumi energetici, come indicate nel "Programma operativo aziendale per l'efficiamento del SSR", approvato con Delibera DG n. 529 del 22/12/2022 e aggiornato con Delibera DG n. 1269 del 13/11/2023.

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 31 di 98

## **2.2. Performance**

### **2.2.1 Introduzione**

Il Piano della Performance 2024 – 2026 dell’Azienda Ospedaliera di Perugia è stato redatto in base alle “Linee guida per il Piano della Performance” (n.1 giugno 2017) emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica (DPF) della Presidenza del Consiglio dei Ministri, ai sensi dell’art.3, comma 1, del DPR 105/2016 che gli attribuisce le funzioni di indirizzo, coordinamento e monitoraggio in materia di ciclo della performance.

Il Piano della Performance adottato ai sensi del **Decreto Legislativo 27 ottobre 2009 n. 150** e s.m.i. è un **documento programmatico** all’interno del quale, in conformità alle risorse assegnate, nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli di bilancio, **l’Azienda Ospedaliera di Perugia declina, su base triennale, obiettivi, indicatori e risultati attesi per la gestione delle attività**. Sugli stessi basa la misurazione, la valutazione e la rendicontazione annuale del proprio operato. Il suddetto decreto ha l’obiettivo di disciplinare i sistemi di valutazione delle strutture e dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni, allo scopo di assicurare standard qualitativi ed economici del servizio tramite strumenti di valorizzazione dei risultati e delle performance organizzative e individuali (Art. 2 D.lgs. n.150/2009). Inoltre, come contenuto nell’articolo 3, non solo la misurazione e la valutazione della performance sono volte al miglioramento della qualità dei servizi offerti dalle amministrazioni pubbliche ma anche alla crescita delle competenze professionali, attraverso la valorizzazione del merito e l’erogazione dei premi per i risultati perseguiti dai singoli e dalle unità organizzative in un quadro di pari opportunità dei diritti e doveri, trasparenza dei risultati delle amministrazioni pubbliche e delle risorse impiegate per il loro perseguimento.

Il piano della performance, essendo un atto di programmazione pluriennale, è **modificabile con cadenza annuale** in relazione a:

- Obiettivi strategici ed operativi definiti in sede di programmazione annuale;
- Modifiche del contesto interno ed esterno di riferimento;
- Modifica della struttura organizzativa e/o delle modalità di organizzazione e funzionamento dell’azienda.

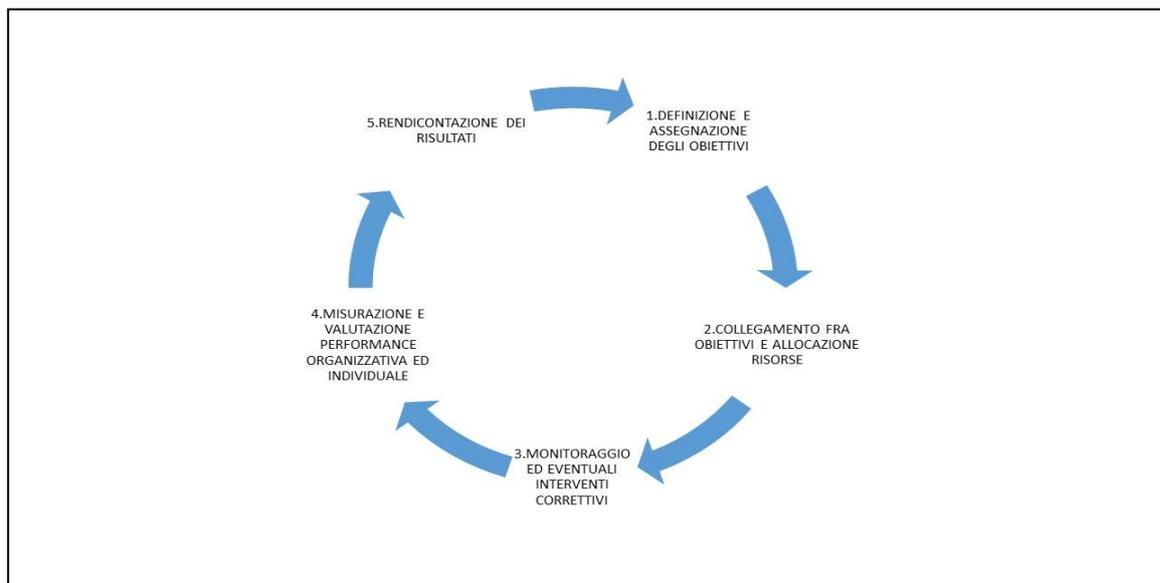
	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 32 di 98

Il governo di un’azienda incide in maniera significativa sulla qualità e quantità delle risposte ai bisogni di salute, in relazione alle risorse disponibili e tenendo conto della dinamicità del contesto, sia interno che esterno, in cui l’azienda opera. Ciò impone di dover misurare in maniera costante i risultati per reindirizzare le proprie azioni in funzione del divenire del contesto di riferimento. Un’azienda sanitaria, ospedaliera o territoriale che sia, è assimilabile a un sistema ultra-complesso e i fattori di complessità possono essere ricondotti all’interdipendenza dei processi e ciò implica un forte bisogno di integrazione e coordinamento che riconduca in una visione unitaria la molteplicità dei bisogni e la natura diversa dei servizi e prestazioni da gestire.

Uno degli scopi del Piano delle Performance è di **rendere partecipe** la comunità delle linee strategiche e dei principali obiettivi che l’Ospedale si è prefissato di raggiungere nel triennio 2023 – 2025, garantendo massima trasparenza ed ampia diffusione verso gli operatori, cittadini, utenti e gli stakeholders.

Il Piano della Performance si raccorda con la sezione Rischi Corruttivi e Trasparenza del presente PIAO.

Il piano delle performance dà l’avvio al ciclo delle performance:



Nel recente D.lgs. n. **74/2017** sono stati evidenziati alcuni punti di attenzione sulla redazione del piano della performance, quali:

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 33 di 98

- a) riallineamento temporale del ciclo della performance con il ciclo di programmazione economico – finanziaria e con quello della programmazione strategica;
- b) innalzamento del valore della programmazione e della centralità della performance organizzativa;
- c) maggiore visibilità ai risultati conseguiti nell’anno o negli anni precedenti;
- d) flessibilità sul grado di copertura del piano della performance.

L’elaborazione del Piano della Performance è effettuata in conformità alle prescrizioni ed agli indirizzi forniti dall’Autorità Nazionale Anticorruzione, e sviluppa le linee di indirizzo strategiche e programmatiche dell’Azienda Ospedaliera di Perugia.

Il Piano della Performance è uno strumento che permette di definire e rendicontare, attraverso una rappresentazione comprensibile agli stakeholder, la performance aziendale. Uno dei suoi scopi è quello di rendere noto ai cittadini, principali stakeholder, gli obiettivi che l’Azienda tende perseguire, declinando anche le azioni che intende attuare per il raggiungimento di essi.

La programmazione di un’azienda sanitaria non è solamente una programmazione di carattere economico ma anche e soprattutto di tipo organizzativo e, in alcuni casi, ci sono degli elementi esterni di benchmark che talune volte possono condizionare alcune scelte strategiche aziendali. La batteria di indicatori presenti nella piattaforma del Laboratorio MeS della Scuola Superiore Sant’Anna di Pisa insieme al Programma di Valutazione degli Esiti (PNE) di AGENAS rappresentano i principali network nella misurazione e valutazione di un’azienda sanitaria; il set d’indicatori del MeS mostra l’andamento dei principali indicatori aziendali e il loro posizionamento rispetto a determinati livelli di performance (benchmark), mentre gli indicatori annuali del PNE posizionano rispetto al livello nazionale sia i livelli di output (volumi di attività) che di outcome (indicatori di esito). Le aziende ospedaliere e quelle territoriali vengono valutate attraverso una serie di parametri e indicatori che ne stabiliscono e descrivono l’appropriatezza delle cure, l’efficacia, l’efficienza, la situazione economico – finanziaria, la customer care, lo stato di salute della popolazione assistita ecc. Il Programma Nazionale Esiti (PNE) e il network della Scuola S. Anna di Pisa (bersaglio MeS) rappresentano i maggiori sistemi di monitoraggio del sistema sanitario nazionale.

## **2.2.2 Il contesto normativo di riferimento**

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 34 di 98

La programmazione aziendale si esplicita all'interno dei seguenti vincoli normativi:

- Decreto Legislativo n.502/1992;
- Decreto Legislativo n.517/1993;
- Patto per la Salute 2014 – 2016;
- Manovre economiche nazionali (Spending Review) e Leggi di Stabilità annuali;
- Legge n.190/2012 “Disposizioni per la prevenzione e repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”;
- Decreto Legislativo n.33/2013 “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte della pubblica amministrazione”;
- Decreto Ministeriale n.70/2015 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”;
- DPCM 12/01/2017 “Definizione e aggiornamento dei livelli assistenza, di cui all’art. 1, comma 7, del decreto legislativo 30/12/1922 n.502”;
- Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019 - 2021, Presidenza del Consiglio dei Ministri 20/02/2019;
- Piano Nazionale Cronicità del 15 Settembre 2016;
- Piano Nazionale della cronicità recepito con DGR 28/11/2016-n.1600 Determinazioni;
- Legge Regionale n.18 del 12/11/2012 “ Ordinamento del Servizio Sanitario Regionale”;
- Legge Regionale n.11/2015 “Testo unico in materia di sanità e servizi sociali”;
- Legge Regionale n.10/2016 Modificazioni e integrazioni alla Legge Regionale n.11/2015;
- DGR 610 del 06.05.2019 avente ad oggetto: “Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 e recepimento del Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019 – 2021;

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 35 di 98

- 2019-2021”; Adozione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021 – 2023 e del Programma Triennale per la Trasparenza e l’Integrità 2021 – 2023;
- DGR 180 del 19.03.2020 “Piano di gestione dei posti letto della rete ospedaliera emergenza Coronavirus”;
- DGR 267 del 10.4.2020 “Procedura Regionale nuovo coronavirus (Sars-Cov-2)”;
- DGR 374 del 13.05.2020 “Linee Guida per la gestione della ripresa dell’assistenza sanitaria regionale”;
- DGR 467 del 10/06/2020 “Linee di indirizzo per le attività sanitarie nella Fase 3”;
- DGR 483 del 19/06/2020 “Piano di riorganizzazione emergenza COVID19 – potenziamento della rete ospedaliera (ai sensi dell’art.2 del decreto legge 19/05/2020 n.34);
- DGR 711 del 05/08/2020 “Piano operativo per il recupero delle prestazioni sospese e/o ridotte in periodo di lockdown;
- DGR 885 del 07/10/2020 “Formalizzazione assegnazione obiettivi ai commissari straordinari delle Aziende Sanitarie regionali per l’anno 2020”;
- DGR 1006 del 03/11/2020 “Piano di contenimento dell’ondata epidemica – declinazione degli interventi per l’utilizzo della rete ospedaliera e della rete territoriale al superamento dei livelli previsti nel DGR 924 del 16/10/2020”;
- DGR 1096 del 16/11/2020 “Piano di salvaguardia Emergenza COVID-19”;
- DGR 1297 del 23/12/2020 “Indirizzi vincolanti alle Aziende Sanitarie Regionali per la predisposizione del bilancio di previsione per l’esercizio 2021”;
- DGR 1319 del 31/12/2020 “Piano vaccinale regione Umbria”;
- DGR 133 del 26/02/2021 “Aggiornamento del piano di salvaguardia Emergenza COVID-19”;
- DGR 277 del 31/03/2021 “Assegnazione obiettivi ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Regionali per l’anno 2021”;

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 36 di 98

- DGR 434 del 12/05/2021 “DGR 271 del 31/03/2021 Assegnazione obiettivi ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Regionali per l’anno 2021 – sostituzione allegato A”;
- DGR 469 del 22/05/2021 “Piano Assistenza Ospedaliera – Dotazione posti letto e ripresa attività”;
- DGR 482 del 27/05/2021 “Piano vaccinazioni ANTI COVID-19: prosecuzione campagna”;
- DGR 1118 del 10/11/2021 “Disponibilità finanziarie di parte corrente destinate al Servizio Sanitario Regionale per l’anno 2021. Riparto”;
- DGR 1138 del 17/11/2021 “Piano Sanitario Regionale 2021 – 2025. Preadozione”;
- Decreto Legislativo n. 150/2009 “Ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”;
- Delibera della Giunta Regione Umbria n. 52/2012 definizione di indirizzi unitari per le aziende sanitarie sull’adozione di sistemi di valutazione del personale;
- Decreto del Presidente della Repubblica n. 105/2016 valutazione della performance delle Pubbliche Amministrazioni;
- Linee Guida per il Piano della Performance – Ministeri n.1 Giugno 2017;
- 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;
- Deliberazione del Commissario Straordinario n.515 del 16 Marzo 2020, Regolamento "Sistema aziendale di valutazione del personale del comparto" di cui alla delibera del D.G. 15.01.2014 n.69 - Modifiche ed integrazioni"
- DGR 1399 del 28/12/2023 “Provvedimento generale di programmazione della Rete Ospedaliera regionale ai sensi del D.M. 70/2015 - Allineamento alla DGR 212/2016 - TERZO POLO. Integrazione Ospedale/Territorio”

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 37 di 98

### 2.2.3 Attività svolte

In questo paragrafo vengono rappresentati una selezione di dati e indicatori relative alle diverse tipologie di attività erogate dall’Azienda Ospedaliera di Perugia nel quinquennio 2019 – 2023 (alcuni dati al momento della redazione del piano sono ancora da stabilizzare). Vi è sempre da sottolineare come la pandemia da COVID19 abbia avuto un importante impatto nel biennio 2020 – 2021 con effetti significativi sia sulla produzione che sugli indicatori di attività.

#### Ricoveri

Il numero di dimessi dell’anno 2023 è stato pari a 29.732 in regime ordinario e 5.714 in regime diurno. Le giornate di degenza sono state 235.941 mentre gli accessi in day hospital – day surgery sono stati 9.342. Il peso medio del DRG (indicante la complessità della casistica) è stato pari 1,38 ma considerando solamente quello dei DRG chirurgici il valore si attesta a 2,03. La capacità attrattiva dell’Azienda Ospedaliera di Perugia è del 7,6%.

**Tabella 2. Dati di attività. Periodo 2019 – 2023**

ATTIVITA' DI RICOVERO	ANNO 2019	ANNO 2020	ANNO 2021	ANNO 2022	ANNO 2023
Posti Letto Medi Ordinari (con culle)	759,1	725,5	704,9	737,9	729,1
Dimessi ordinari	31.036	26.360	28.150	30.060	29.753
Dimessi ordinari DRG Chirurgico	11.735	9.836	10.743	11.174	11.277
% Dimessi ordinari DRG Chirurgico	37,8%	37,3%	38,2%	37,2%	37,9%
Numero parti	1.861	1.791	1.887	1.777	1.719
Trapianti	134	142	168	165	173
Degenza Media	7,76	8,27	8,04	7,83	7,93
Peso Medio	1,32	1,38	1,41	1,35	1,38
Posti Letto Medi Day Hospital-Day Surgery	51	39	49	51	54
Dimessi Day Hospital/Day Surgery	5.631	3.872	5.110	5.479	5.714
Day Surgery	3.122	1.824	2.814	2.564	2.924
% DRG chirurgici diurni	55,4%	47,1%	55,1%	46,8%	51,2%
Totale DRG Chirurgici	14.857	11.660	13.557	13.738	14.201
% DRG chirurgici totali	40,5%	38,6%	40,8%	38,7%	40,0%

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 38 di 98

L'83,5% dei dimessi dell'Azienda Ospedaliera di Perugia risiede nel territorio dell'USL Umbria 1, l'8,0% dall'USL Umbria 2, il 7,6% da fuori regione e il rimanente 0,9% sono stranieri. Il 48,2% dei pazienti dimessi nell'anno 2023 proveniente dal Distretto del Perugino, l'11,3% dal Distretto del Lago Trasimeno, il 9,6% da quello della Media Valle del Tevere e l'8,0% da quello dell'Assisano. Rispetto all'anno 2022 aumenta (40 casi) l'attività di alta specialità, mentre diminuisce di oltre 1.100 casi quella di medio – bassa specialità in regime ordinario. La percentuale dei parti cesarei è in aumento, passando dal 24,9% del 2022 al 25,9% del 2023, sia la percentuale di pregressi cesarei che di primo cesareo vedono aumentare i propri valori rispetto all'anno precedente. I trapianti (midollo osseo, cornea e rene) aumentano nel 2023 rispetto al 2022 (173 nel 2023 e 165 nel 2022) con un raddoppio dei trapianti di cornea e una sensibile diminuzione dei trapianti di midollo osseo. In aumento invece gli interventi chirurgici (ricoveri ordinari, day surgery e procedure ambulatoriali) che passano da 25.308 a 27.227.

Nell'anno 2023 sono stimate 3.148.213 (Tabella 3) prestazioni di specialistica ambulatoriale di cui 2.526.122 di diagnostica di laboratorio. Nel complesso considerando anche le prestazioni/consulenze per pazienti ricoverati, le prestazioni rese in regime di cessione di servizi nell'anno 2023 l'Azienda Ospedaliera di Perugia ha erogato circa 7.000.000 prestazioni.

**Tabella 3. Specialistica Ambulatoriale. Periodo 2019 – 2023**

Tipologia Prestazioni	ANNO 2019	ANNO 2020	ANNO 2021	ANNO 2022	ANNO 2023
Specialistica ambulatoriale	3.393.475	2.711.139	3.169.877	2.842.000	3.148.213

### **Pronto Soccorso**

Gli accessi al Pronto Soccorso nell'anno 2023 sono stati 78.423 così suddivisi: 71.584 per il triage di Pronto Soccorso, 4.977 per il triage ostetrico e 1.862 per il triage pediatrico. In tabella 15 è rappresentato l'andamento anno 2019 – 2023 degli accessi di triage complessivo. Il dato complessivo dell'anno 2023 è in aumento del 16,0% (+10.830 accessi totali) rispetto all'anno 2022, mentre se si analizzano i dati singolarmente si osserva come siano aumentati del 19,4% quelli di Pronto Soccorso, del 14,2% quelli al triage ostetrico – ginecologico mentre sono quasi dimezzati (-

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 39 di 98

43,6%) quelli del triage pediatrico. In tabella 4 viene riportato il trend del quinquennio 2019 – 2023 degli accessi di triage.

**Tabella 4. Attività di Triage di Pronto Soccorso. Periodo 2019 – 2023**

	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023
Pronto Soccorso	59.555	41.234	46.034	59.931	71.584
Ostetrico - ginecologico	0	0	0	4.359	4.977
Pediatrico	0	0	0	3.303	1.862
<b>Totale</b>	<b>59.555</b>	<b>41.234</b>	<b>46.034</b>	<b>67.593</b>	<b>78.423</b>

Nell’Osservazione Breve di Pronto Soccorso sono state effettuate 1.972 osservazioni il 21,0% delle quali ha poi esitato in un ricovero. Nelle altre osservazioni breve istituite in azienda, (urologica, chirurgica, pediatrica e ginecologica) le osservazioni del 2023 sono state 2.198 con un tasso di incidenza di ricovero del 23,1%. Nel complesso sono state osservate 4.170 persone di cui 921 ricoverate (22,1%).

#### **Attività di sala operatoria**

Gli interventi e procedure effettuate in sala operatoria nell’anno 2023 (fonte registro operatorio) sono stati 27.227 in aumento del 7,6% rispetto all’anno precedente e del 10,5% se raffrontati con l’anno 2019 (Tabella 5). Oltre l’80% dell’attività di sala operatoria si svolge nei blocchi operatori (32,2% nel Blocco Vittorio Trancanelli, il 13,3% nel Blocco Moggi 3° Piano e l’8,1% nel Blocco Moggi 4° Piano), nel blocco ambulatoriale (15,5%) e nelle sale di emodinamica e di elettrofisiologia (11,8%). Il 26,7% degli interventi e procedure dell’anno 2023 sono state effettuate dalla struttura di Clinica Oculistica, il 10,5% dalla Clinica Ortopedica e Traumatologica, il 9,1% dall’Emodinamica, il 5,5% dalla Radiologia Interventistica e il 5,4% dalla struttura di Clinica Urologica ad Indirizzo Oncologico. Quest’ultima struttura fa registrare nell’anno 2023 – sia in confronto con l’anno 2019 e l’anno 2022 – un aumento di attività di sala operatoria superiore al 29%. In calo l’incidenza sul totale degli interventi delle strutture di chirurgia generale (Breast Unit) compresa che passa dal 10,2% del 2019 all’8,4% dell’anno 2023).

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>"Piano Integrato di Attività e Organizzazione" (PIAO)</b>		Pagina 40 di 98

**Tabella 5. Attività di Sala Operatoria. Periodo 2019 – 2023**

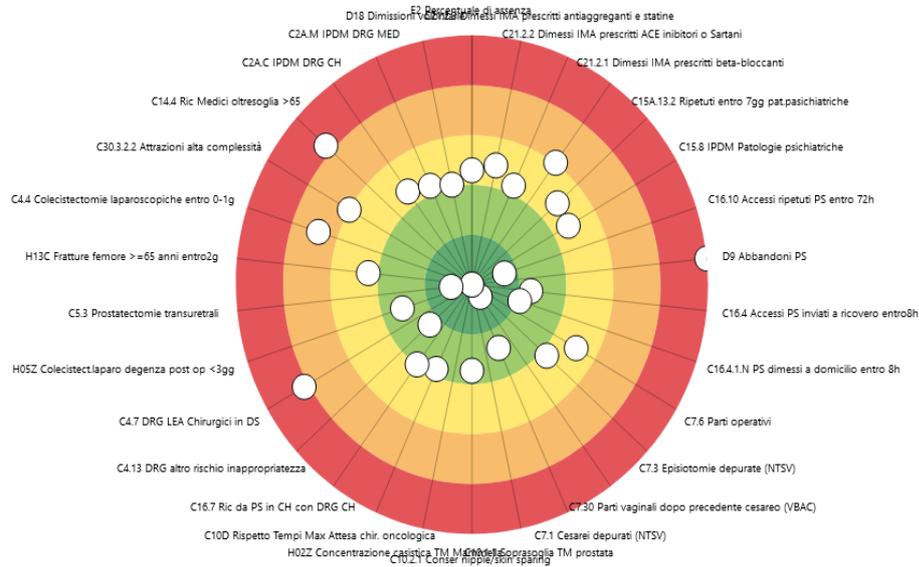
<b>Struttura</b>	<b>Anno 2019</b>	<b>Anno 2020</b>	<b>Anno 2021</b>	<b>Anno 2022</b>	<b>Anno 2023</b>
CLINICA OCULISTICA	5.518	4.390	6.055	6.841	7.268
CLINICA ORTOP. E TRAUMATOLOGICA	3.227	2.429	2.770	2.725	2.846
CARDIOLOGIA - EMODINAMICA	2.565	2.081	2.245	2.440	2.473
RADIOLOGIA INTERVENTISTICA	1.254	1.216	1.225	1.320	1.487
CLINICA UROLOGICA IND. ONCOLOGICO	1.140	823	1.078	1.143	1.474
CHIRURGIA VASCOLARE	1.387	1.075	1.048	1.190	1.315
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	981	830	1.175	910	978
NEURORADIOLOGIA	634	493	808	820	917
CARDIOLOGIA - ELETTROFISIOLOGIA	777	668	838	741	758
CHIRURGIA GENERALE E D'URGENZA	790	605	724	711	722
CHIRURGIA GENERALE	711	521	615	732	715
CLINICA OSTETRICA E GINECOLOGICA	714	621	508	527	685
NEUROCHIRURGIA	663	555	513	616	659
CLINICA OTORINOLARINGOIATRICA	864	491	482	606	588
GASTROENTEROLOGIA	32	21	280	407	529
CHIRURGIA TORACICA	580	483	453	520	519
CHIRURGIA GENERALE ED ONCOLOGICA	512	328	427	568	438
BREAST UNIT	500	431	462	392	406
ALTRO	92	59	51	38	362
CHIRURGIA MAXILLO - FACCIALE	272	273	239	299	350
CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	110	47	218	324	336
CHIRURGIA PEDIATRICA	367	281	283	339	320
CARDIOCHIRURGIA	270	212	311	353	310
PNEUMOLOGIA E UTIR	152	126	103	190	284
CLINICA DERMATOLOGICA	162	148	229	162	182
CENTRO PROCR. MEDICAL.ASSISTITA	372	222	322	307	171
ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	0	4	3	87	135
<b>TOTALE</b>	<b>24.646</b>	<b>19.433</b>	<b>23.465</b>	<b>25.308</b>	<b>27.227</b>

**Il Bersaglio MeS Scuola Sant'Anna Pisa – Programma Nazionale Esiti (PNE – AGENAS)**

Nella figura 1 viene rappresentato il bersaglio MeS anno 2022, della Scuola Sant'Anna di Pisa dell'Azienda Ospedaliera di Perugia, mentre nelle tabelle 6 – 8 vengono descritti i volumi, la degenza media pre e post-operatoria e gli indicatori di processo/esito e rilevati dal PNE – AGENAS.

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 41 di 98

**Figura 2: Bersaglio MeS (Network Scuola S. Anna di Pisa) dell’Azienda Ospedaliera di Perugia. Anno 2022.**



**Tabella 6. Volumi di Attività Azienda Ospedaliera di Perugia Programma Nazionale Esiti Edizione 2023 – SDO 2022.**

Indicatore	Casi
Volume di PTCA eseguite per condizioni diverse dall'Infarto Miocardico Acuto	299
PTCA: volume di ricoveri con almeno un intervento di angioplastica	813
PTCA in pazienti STEMI: volume di ricoveri	296
PTCA in pazienti NSTEMI: volume di ricoveri	193
Rivascolarizzazione arti inferiori: volume di ricoveri	294
Bypass aorto-coronarico: volume di interventi	82
STEMI: volume di ricoveri	341
NSTEMI: volume di ricoveri	302
Infarto Miocardico Acuto a sede non specificata: volume di ricoveri	50
Infarto Miocardico Acuto: volume di ricoveri	693
Volume di ricoveri per Infarto Miocardico Acuto complicato da scompenso cardiaco	71
Riparazione di aneurisma aorta addominale non rotto: volume di ricoveri	117
Riparazione di aneurisma aorta addominale rotto: volume di ricoveri	10
Rivascolarizzazione carotidea: stenting e angioplastica	78
Rivascolarizzazione carotidea: endoarterectomia	139
Rivascolarizzazione carotidea: volume di ricoveri	216
Scompenso cardiaco congestizio: volume di ricoveri	655

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>"Piano Integrato di Attività e Organizzazione" (PIAO)</b>		Pagina 42 di 98

**Tabella 6. Volumi di Attività Azienda Ospedaliera di Perugia Programma Nazionale Esiti  
Edizione 2023 – SDO 2022. (segue)**

Indicatore	Casi
Scompensato cardiaco: volume di ricoveri	787
Intervento chirurgico di legatura o stripping di vene: volume di ricoveri	49
Trombosi Venose Profonde: volume di ricoveri	129
Embolia polmonare: volume di ricoveri	196
Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: volume di ricoveri	266
Emorragia sub aracnoidea: volume di ricoveri	61
Ictus ischemico: volume di ricoveri	539
Ictus ischemico: volume di ricoveri con trombolisi	51
Riparazione di aneurisma cerebrale non rotto: volume di ricoveri	83
Riparazione di aneurisma cerebrale rotto: volume di ricoveri	26
BPCO: volume di ricoveri in day hospital	5
BPCO: volume di ricoveri ordinari	338
Colecistectomia totale: volume di ricoveri	337
Colecistectomia laparoscopica: volume di ricoveri	279
Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario: volume di ricoveri	279
Colecistectomia laparoscopica in regime day surgery: volume di ricoveri	48
Colecistectomia laparotomica: volume di ricoveri	59
Intervento chirurgico per tumore cerebrale: volume di craniotomie	79
Intervento chirurgico per TM colon: interventi in laparoscopia	46
Intervento chirurgico per TM retto: interventi in laparoscopia	8
Intervento chirurgico per TM polmone: volume di ricoveri	101
Intervento chirurgico per TM stomaco: volume di ricoveri	49
Intervento chirurgico per TM pancreas: volume di ricoveri	8
Intervento chirurgico per TM colon: volume di ricoveri	137
Intervento chirurgico per TM esofago: volume di ricoveri	2
Intervento chirurgico per TM fegato: volume di ricoveri	12
Intervento chirurgico per TM mammella: volume di ricoveri	265
Intervento chirurgico per TM colecisti: volume di ricoveri	3
Intervento chirurgico per TM prostata: volume di ricoveri	66
Intervento chirurgico per TM rene: volume di ricoveri	47
Intervento chirurgico per TM vescica: volume di ricoveri	25
Intervento chirurgico per TM retto: volume di ricoveri	12
Intervento chirurgico per TM prostata: volume di ricoveri per prostatectomia radicale	66
Intervento chirurgico per TM cavo orale: volume di ricoveri	20
Intervento chirurgico per TM laringe (open ed endoscopico): volume di ricoveri	18
Intervento chirurgico per TM ovaio: volume di ricoveri	5

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 43 di 98

**Tabella 6. Volumi di Attività Azienda Ospedaliera di Perugia Programma Nazionale Esiti Edizione 2023 – SDO 2022. (segue)**

Indicatore	Casi
Intervento chirurgico per TM tiroide: volume di ricoveri	64
Intervento chirurgico per TM utero: volume di ricoveri	34
Intervento chirurgico per TM laringe (open): volume di ricoveri	10
Parti: volume di ricoveri	1.796
Parti con taglio cesareo: volume di ricoveri	445
Artodesi vertebrale: volume di interventi	79
Artroscopia di ginocchio: volume di ricoveri	326
Interventi per frattura del collo del femore: volume di ricoveri	608
Frattura del collo del femore: volume di ricoveri	641
Frattura della tibia e perone: volume di ricoveri	89
Intervento di protesi di anca: volume di ricoveri	322
Intervento di protesi di ginocchio: volume di ricoveri	98
Intervento di protesi di spalla: volume di ricoveri	27
Isterectomia: volume di ricoveri	166
Prostatectomia: volume di ricoveri	95
Tonsillectomia: volume di ricoveri in età pediatrica	9
Tonsillectomia con adenoidectomia: volume di ricoveri in età pediatrica	7
Adenoidectomia senza tonsillectomia: volume di ricoveri in età pediatrica	9
AIDS: volume di ricoveri	13
Appendicectomia laparotomica: volume di ricoveri in età pediatrica	35
Appendicectomia laparoscopica: volume di ricoveri in età pediatrica	25
Trapianto di cornea: volume di ricoveri	34
Intervento chirurgico per impianto cocleare: volume di ricoveri	12
Interventi cardiocirurgici in età pediatrica: volume di ricoveri	1
Intervento chirurgico su orecchio medio: volume di ricoveri	116
Intervento chirurgico per seni paranasali: volume di ricoveri	52
Trapianti di midollo osseo: volume di ricoveri	125
Trapianto del rene: volume di ricoveri	7
Scialoadenectomia: volume di interventi	38
Tonsillectomia: volume di interventi	14

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>"Piano Integrato di Attività e Organizzazione" (PIAO)</b>		Pagina 44 di 98

**Tabella 7. Tempi di Attesa e Degenza Post Operatoria Azienda Ospedaliera di Perugia  
Programma Nazionale Esiti Edizione 2023 – SDO 2022**

<b>Indicatore</b>	<b>Interventi</b>	<b>% Interventi</b>	<b>Mediana Grezza</b>	<b>Mediana ADJ</b>
Intervento chirurgico per TM colon in laparoscopia: degenza postoperatoria in giorni	43	100,0	7	7
Frattura della tibia e perone: tempi di attesa per intervento chirurgico	65	100,0	5	5

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 45 di 98

**Tabella 8. Indicatori di Processo ed Esito Azienda Ospedaliera di Perugia Programma Nazionale Esiti Edizione 2023 – SDO 2022.**

Indicatore	N	% Grezza	% Adj	RR	p	RR Prec.	p Prec.
Proporzione di PTCA in STEMI su totale PTCA	807	36,43				0,93	0,284
STEMI: proporzione di trattati con PTCA entro 90 minuti dall'accesso nella struttura di ricovero/service	273	59,34	59,71	1,16	0,003	0,99	0,865
STEMI: proporzione di PTCA entro 90 minuti sul totale dei trattati con PTCA entro 12h dall'accesso nella struttura di ricovero/service	209	77,51	77,67	1,07	0,068	0,99	0,87
Arteriopatia degli arti inferiori III e IV stadio: amputazione degli arti inferiori entro 6 mesi dal ricovero	45	2,22	2,24	0,5	0,482	1,59	0,743
Arteriopatia degli arti inferiori III e IV stadio: rivascularizzazione degli arti inferiori entro 6 mesi dal ricovero	45	8,89	8,32	0,5	0,155	0,45	0,3
Arteriopatia degli arti inferiori III e IV stadio: mortalità entro 6 mesi dal ricovero	45	0					
Bypass aorto-coronarico isolato: mortalità a 30 giorni	153	4,58	5,41	2,49	0,018	2,28	0,329
Bypass aorto-coronarico isolato: mortalità a 30 giorni - con nuove variabili	153	4,58	4,74	2,19	0,062	1,77	0,528
Embolia polmonare: mortalità a 30 giorni dal ricovero	74	12,16	10,31	0,97	0,936	1,02	0,958
Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni	496	6,45	5,06	0,66	0,101	0,85	0,527
Infarto Miocardico Acuto: mortalità a un anno	535	6,17	6,22	0,68	0,055	0,97	0,911
Mortalità a 1 anno nei sopravvissuti a 30 giorni da Infarto Miocardico Acuto complicato da scompenso cardiaco	37	13,51	12,53	0,64	0,323	0,47	0,57
STEMI: Mortalità a 30 giorni	246	6,5	5,5	0,6	0,049	0,74	0,364
Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni (diagnosi principale)	449	4,9	3,93	0,57	0,01	0,79	0,419
Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni - con nuove variabili	496	6,45	4,54	0,59	0,049	0,84	0,516
Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni	222	1,35	1,32	0,81	0,715		
Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	527	8,35	8,13	0,76	0,066	1,1	0,677
Scompenso cardiaco congestizio: riammissioni ospedaliere a 30 giorni	426	12,44	12,78	0,98	0,89	0,98	0,925
Embolia polmonare: riammissioni a 30 giorni dal ricovero	68	10,29	9,95	1,14	0,72	0,8	0,618
Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni	298	3,69	4,12	1,7	0,079	0,94	0,917
Ictus ischemico: mortalità a 1 anno	299	13,71	13,16	0,78	0,122	1,04	0,844
Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	397	9,07	8,32	0,79	0,174	0,95	0,832

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 46 di 98

**Tabella 8. Indicatori di Processo ed Esito Azienda Ospedaliera di Perugia Programma Nazionale Esiti Edizione 2023 – SDO 2022. (segue)**

Indicatore	N	% Grezza	% Adj	RR	p	RR Prec.	p Prec.
Ictus ischemico: riammissioni ospedaliere a 30 giorni	374	9,36	9,37	1,3	0,11	1,57	0,108
BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	250	7,2	6,66	0,57	0,017	0,45	0,005
BPCO riacutizzata: riammissioni ospedaliere a 30 giorni	240	13,33	12,58	0,99	0,945	1,1	0,702
Proporzione di colecistectomie eseguite in reparti con volume di attività superiore a 90 interventi annui (UO coerente)	279	92,47				1,02	0,548
Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario: complicanze a 30 giorni	342	1,46	1,51	0,75	0,527		
Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario: altro intervento a 30 giorni	340	1,47	1,48	1,26	0,606	1,31	0,766
Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri in day surgery	192	21,35	16,39	0,57	0	1,23	0,399
Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	191	82,72	82,46	1	0,896	1,12	0,037
Intervento chirurgico per tumore cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	193	2,07	1,3	0,42	0,088	0,89	0,904
Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a 30 giorni	256	0,39	0,41	0,43	0,401		
Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalità a 30 giorni	116	4,31	4,32	0,77	0,557	1,23	0,865
Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni	239	5,86	3,21	0,77	0,396	0,92	0,897
Intervento chirurgico per TM retto: mortalità a 30 giorni	18	0					
Proporzione pazienti sottoposte a ricerca linfonodo sentinella durante ricovero per intervento TM mammella	227	62,12					
Proporzione pazienti sottoposte a svuotamento ascellare durante ricovero per intervento TM mammella	227	0					
Proporzione pazienti con interessamento linfonodale riscontrato durante ricovero per intervento TM mammella	227	22,91					
Intervento chirurgico per TM prostata: riammissioni a 30 giorni	58	3,45	3,05	0,83	0,789	0,91	0,925
Intervento chirurgico per TM rene: mortalità a 30 giorni	114	2,63	3,74	4,81	0,007	1,01	0,993
Intervento chirurgico per TM pancreas: mortalità a 30 giorni	24	4,17					
Intervento chirurgico per TM fegato: mortalità a 30 giorni	48	2,08					
Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella in reparti con volume di attività > 135 interventi annui (UO coerente)	265	99,62					
Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chir.conservativo per tumore maligno della mammella	122	12,3	12,94	2,31	0,001	0,46	0,107

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 47 di 98

**Tabella 8. Indicatori di Processo ed Esito Azienda Ospedaliera di Perugia Programma Nazionale Esiti Edizione 2023 – SDO 2022. (segue)**

Indicatore	N	% Grezza	% Adj	RR	p	RR Prec.	p Prec.
Prop.interv.di ricostr. o inser. di espans. nel ric.indice per intervento chir.demolitivo per tum. invasivo della mammella - con nuove var.	84	50	61,66	1,16	0,198	0,84	0,186
Prop. di nuovi inter.di resezione entro 90 giorni da un intervento chir.conservativo per tum.maligno della mammella - con nuove var.	118	11,02	11,39	2,23	0,003	0,54	0,168
Proporzione di parti vaginali in donne con pregresso taglio cesareo	181	25,41	24,6	2,33	0	1,23	0,285
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	1.576	18,91	16,44	0,71	0	0,93	0,412
Parto vaginale: ricoveri successivi durante il puerperio	2.431	0,33	0,32	0,64	0,211	1,22	0,78
Parto con taglio cesareo: ricoveri successivi durante il puerperio	1.343	0,67	0,66	0,81	0,53	2,23	0,38
Proporzione di episiotomie nei parti vaginali	1.223	8,59	8,56	0,75	0,002	1,04	0,751
Intervento di artroscopia del ginocchio: reintervento entro 6 mesi	422	1,42	1,29	1,34	0,469		
Frattura del collo del femore: mortalità a 30 giorni	479	5,22	4,92	0,79	0,234	1,08	0,782
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni dall'accesso nella struttura di ricovero	528	53,22	52,49	0,8	0	0,76	0
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore dall'accesso nella struttura di ricovero	528	36,36	35,78	0,71	0	0,72	0
Intervento di protesi di anca: riammissioni a 30 giorni	212	7,08	5,8	1,64	0,056	0,95	0,88
Intervento di protesi di anca: revisione entro 2 anni dall'intervento	212	2,83	2,92	1,53	0,295	1,91	0,309
Intervento di protesi di ginocchio: riammissioni a 30 giorni	62	1,61	1,74	1,31	0,788	0,52	0,588
Intervento di protesi di ginocchio: revisione entro 2 anni dall'intervento	37	5,41	5,12	1,79	0,402	3,78	0,272
Intervento di protesi di spalla: riammissioni a 30 giorni	45	8,89	9,11	5,27	0,001	1,22	0,839
Insufficienza renale cronica: mortalità a 30 giorni dal ricovero	613	11,75	10,22	0,78	0,042	0,81	0,183
Intervento di appendicectomia laparoscopica in età pediatrica: riammissioni a 30 giorni	24	0					
Intervento di appendicectomia laparotomica in età pediatrica: riammissioni a 30 giorni	25	4	3,4	0,88	0,899	1,29	0,857

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 48 di 98

## 2.2.4 Organizzazione

Per ciò che riguarda l’organizzazione dell’Azienda Ospedaliera di Perugia si rimanda a quanto descritto nella sezione 3 Organizzazione e Capitale Umano.

## 2.2.5 Pianificazione Triennale

In questa sezione saranno descritti gli obiettivi strategici che l’Azienda Ospedaliera di Perugia intende perseguire nel triennio 2024 – 2026. Questi obiettivi provengono dalle linee programmatiche elaborate a livello nazionale, regionale e aziendale.

Obiettivi e linee programmatiche livello nazionale:

- rispetto dei tempi delle liste di attesa dei ricoveri secondo le indicazioni del Piano Nazionale Governo delle Liste di Attesa;
- rispetto dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali con particolare attenzione a quelle riferite ai RAO;
- miglioramento delle performance degli indicatori della Scuola Sant’Anna di Pisa – Bersaglio MeS;
- miglioramento degli indicatori di outcome elaborati dal Programma Nazionale Esisti – AGENAS;

Obiettivi e linee programmatiche livello regionale:

- gestione pazienti cronici solo nella fase di acuzie durante il quale il setting assistenziale sia quello di un’azienda con setting II livello;
- collaborazione con le altre aziende del SSR;
- applicazione rete dei laboratori
- collaborazione la Scuola Umbra di Pubblica Amministrazione;
- rispetto del tetto di spesa del personale
- aumento produttività di alta specialità regionale ed extra regionale;
- rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari;

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 49 di 98

- governo delle liste di attesa delle prestazioni ambulatoriali;
- miglioramento delle performance del sistema;
- abbattimento della mobilità passiva extraregionale;

Gli obiettivi regionali sono in parte quelli che la Regione dell’Umbria ha assegnato al Direttore Generale altri sono obiettivi inseriti nel piano di efficientamento (Deliberazione del Direttore Generale n.1269 del 13/11/2023).

Obiettivi e linee programmatiche livello aziendale:

- indicatori e adempimenti relativi a governo clinico e appropriatezza;
- indicatori e adempimenti sulla qualità delle cure;
- riduzione del costo del personale;
- Centralizzazione gare CRAS;
- Rispetto del tetto della farmaceutica convenzionata e riduzione del costo complessivo;
- potenziamento della vocazione chirurgica di alta specialità;
- applicazione del nuovo assetto organizzativo con valorizzazione delle competenze professionali;
- razionalizzazione dell’impiego delle risorse umane allineando il numero del personale agli standard per unità operativa con revisione del numero di guardie interdivisionali;
- azioni volto al miglioramento organizzazione e politiche di genere conseguenti alla valutazione stress – correlato;
- benessere organizzativo;
- integrazione con USL Umbria 1 per effettuazione di procedure di medio – bassa complessità presso Ospedale della Media Valle del Tevere;
- progetto area medica;
- applicazione del percorso chirurgico;
- potenziamento integrazione tra Ufficio Dimissioni Protette e COT

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 50 di 98

- miglioramento degli indicatori in termini di performance ed esiti;
- efficientamento della spesa del personale;
- revisione reti cliniche ospedaliere;
- recepimento e atti conseguenti alla DGR 1399 del 28/12/2023 “Provvedimento generale di programmazione della Rete Ospedaliera regionale ai sensi del D.M. 70/2015 - Allineamento alla DGR 212/2016 - TERZO POLO. Integrazione Ospedale/Territorio”
- recepimento e atti conseguenti alla DGR 1406 del 28/12/2023 “Linee di indirizzo regionali per il regolamento di sala operatoria. Adozione”
- Revisione regolamento privacy;
- Adeguamento Codice Amministrazione Digitale;
- Revisione del sistema di valutazione.

### **2.2.6 Albero delle Performance**

Richiamando quanto esposto nel paragrafo precedente, dove vengono delineati gli obiettivi strategici, nel seguente verrà presentato l’albero delle performance.

La seguente rappresentazione è una mappa logica delle aree su cui l’organizzazione si impegna a concentrare la propria attenzione per migliorare i risultati attesi, e declinare operativamente la propria missione in obiettivi e misure relative agli stessi.

In questa prospettiva, l’albero delle performance individua le aree strategiche, in precedenza individuate, i collegati obiettivi strategici e quelli operativi.

Il singolo obiettivo operativo è poi operazionalizzato attraverso specifici indicatori che compongono il cruscotto direzionale dell’organizzazione e la base del processo di programmazione annuale di budget.

Nel primo grafico sono state individuate le aree di intervento, rappresentate dai quattro cerchi, e i rispettivi obiettivi specifici relativi a ciascun obiettivo generale.

Gli obiettivi strategici sono stati quindi delineati sulla base, non solo della vision aziendale, ma anche in coerenza con le linee dettate a livello regionale. Questi, integrati con le esigenze aziendali e dunque in linea con i piani di budget, si sviluppano negli obiettivi operativi che sono poi declinati

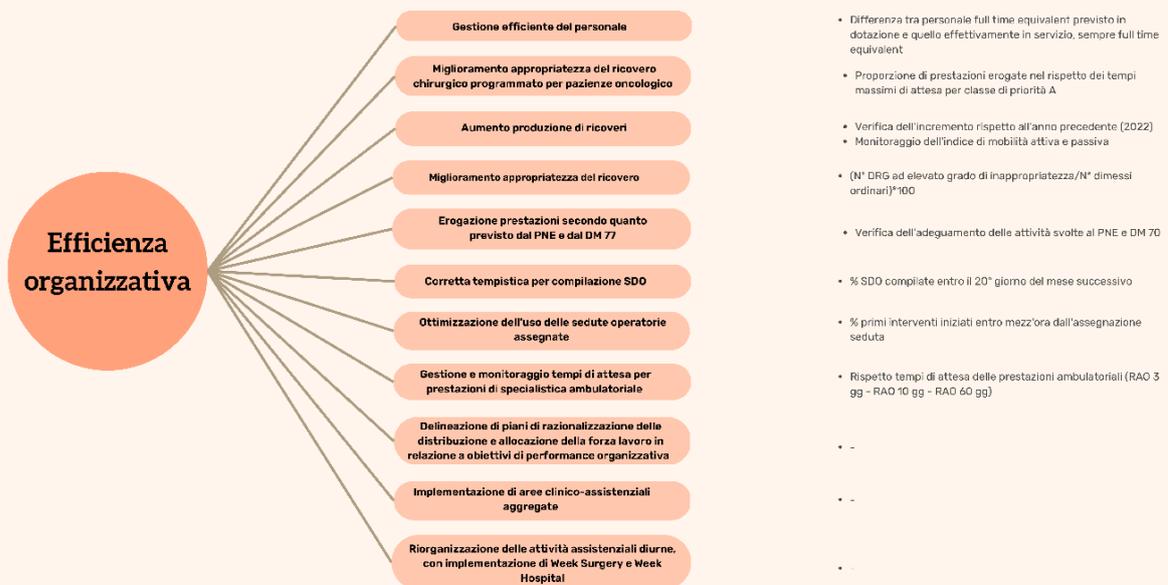


nel processo di budget attraverso gli indicatori inseriti nelle schede di budget di ciascuna unità operativa.

Obiettivi specifici e generali

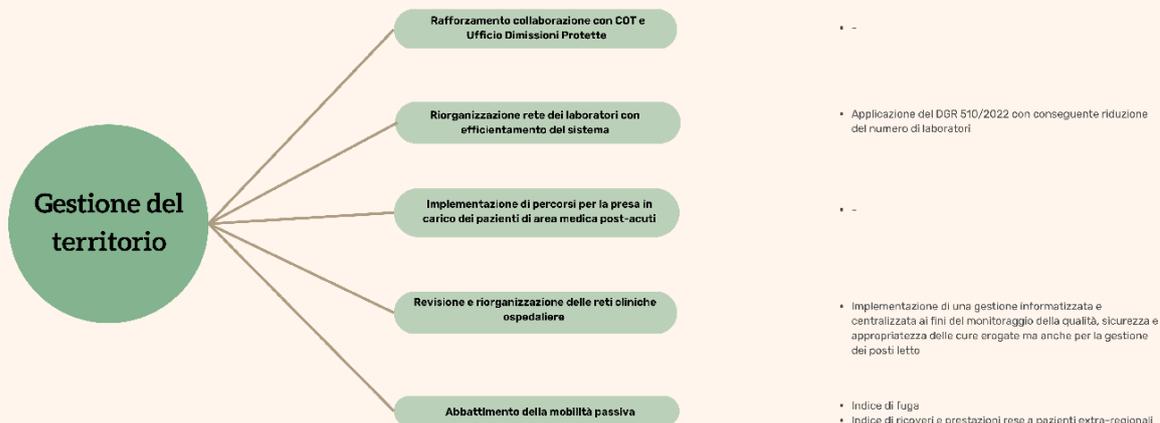


Obiettivi operativi e rispettivi indicatori

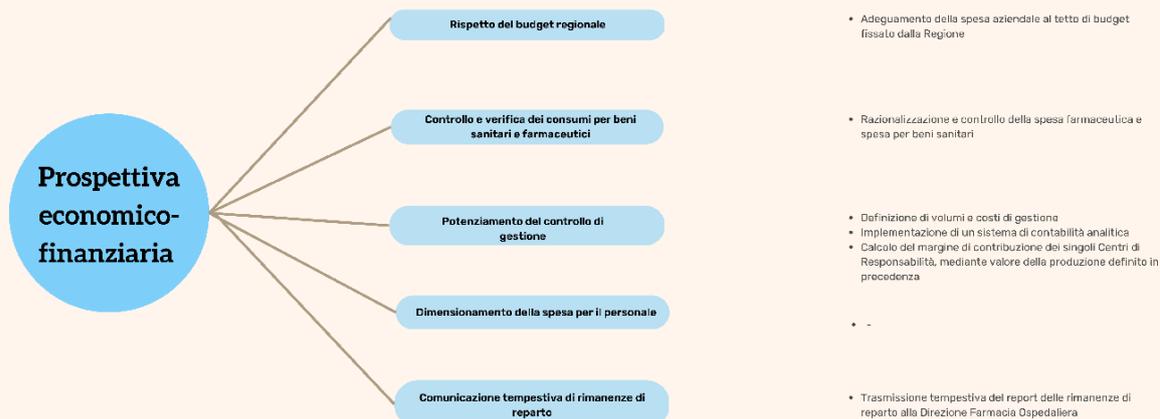




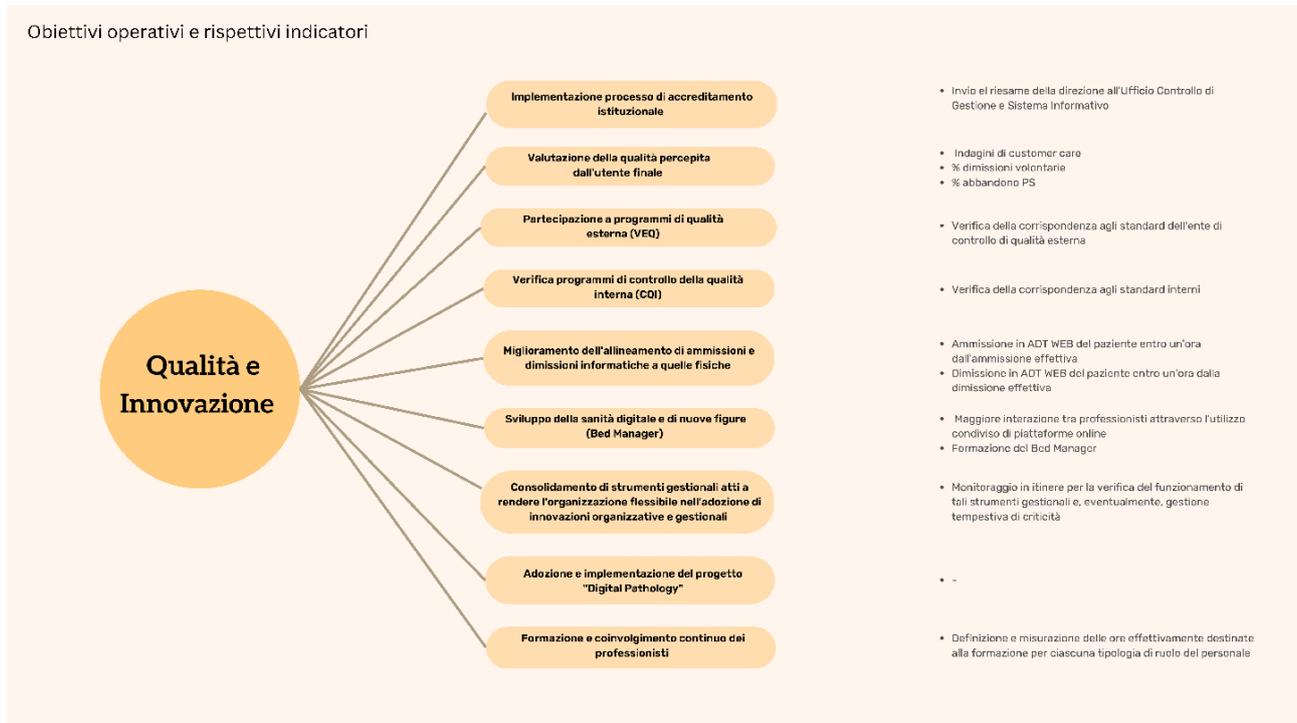
Obiettivi operativi e rispettivi indicatori



Obiettivi operativi e rispettivi indicatori



	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	<b>PIAO_AzOsp</b>
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 53 di 98



## 2.2.7 Pianificazione Annuale

In questa sezione saranno descritti gli obiettivi operativi annuali che l'Azienda Ospedaliera di Perugia intende perseguire nell'anno 2024.

Le aree prescelte e che saranno inserite nelle schede di budget dell'anno 2023 sono:

- governo clinico e appropriatezza;
- razionalizzazione ed efficientamento della spesa per beni sanitari;
- formazione;
- esiti e performance;

Uno degli obiettivi su cui la direzione aziendale pone particolare attenzione e lo identifica come un obiettivo centrale è quello dell'appropriatezza, infatti riuscire a garantire al paziente, durante il suo percorso di cura, le risorse appropriate al caso consente di evitare il rischio di un eventuale “spreco” di risorse e possibile “sotto trattamento” rispetto al reale bisogno di salute del paziente. Tra gli obiettivi che l'Azienda Ospedaliera intende inserire nel processo di budget dell'anno 2024 vi sono:

- riduzione del tempo di permanenza dei pazienti in pronto soccorso per quei codici di medio – bassa gravità;

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 54 di 98

- riduzione del numero di ricoveri impropri provenienti da Pronto Soccorso;
- riduzione della percentuale di ricoveri da Pronto Soccorso;
- migliorare l’appropriatezza del ricovero con la diminuzione del numero dei DRG ad alto rischio di inappropriatezza.;
- riduzione della durata degenza media in ottica di un migliore utilizzo del posto letto;
- miglioramento degli indicatori di performances dell’area chirurgica;
- garanzia dei volumi previsti dal DM 70 e dal Programma Nazionale Esiti;
- riduzione dei tempi di attesa per ricoverati programmati di Classe A (operati entro 30 giorni dalla prenotazione) per patologia oncologica;

Uno degli obiettivi che l’Azienda Ospedaliera di Perugia si pone per l’anno 2024 è quello di potenziare ulteriormente l’offerta di specialistica ambulatoriale anche al fine di abbattere le liste di attesa anche in coerenza con quanto previsto dai piani previsti dalla Regione dell’Umbria; per questo motivo sarà inserito alle strutture l’obiettivo di aumentare l’attività di specialistica ambulatoriale rispetto all’anno precedente. Inoltre, per l’anno 2024 le strutture di ricovero avranno come obiettivo quello di aumentare la propria attività di ricovero o in termini di volumi o in termini di peso medio. L’incremento delle prestazioni di ricovero che di specialistica ambulatoriale porteranno sicuramente a un aumento dei consumi di beni sanitari ed è proprio per questo che il risultato finale verrà valutato confrontando i rapporti costi/ricavi dell’anno 2024 con quello dell’anno 2022 in modo tale da capire se a un eventuale aumento di spesa corrisponda a un aumento della propria attività. Per quanto riguarda i costi facendo seguito a DGR 305/22 saranno monitorate – come già fatto nell’anno precedente – le prescrizioni di farmaci file F che i medici dell’azienda ospedaliera prescrivono e che vengono poi dispensate dal territorio. Queste riduzioni saranno richieste in base alla disciplina ministeriale della struttura, come riportato nella DGR sopra citata, e in riferimento alla riduzione/aumento della spesa pro capite dell’anno precedente. Tutte queste azioni seguono quanto già proposto alle Strutture nell’anno precedente e in continuità con le linee di indirizzo regionale.

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 55 di 98

Questi obiettivi, insieme agli altri assegnati alle Strutture Complesse, vanno a inserirsi nel processo di budget dell’Azienda Ospedaliera. Infatti, una gestione aziendale efficace, efficiente e sostenibile richiede il potenziamento delle procedure del Controllo di Gestione con un’implementazione in progress del processo di budget e l’introduzione di sistemi operativi di “governo clinico”. Si rende indispensabile, assicurare strumenti gestionali atti a sviluppare le azioni necessarie per costruire un’organizzazione flessibile in grado di garantire la pronta e tempestiva adozione delle continue innovazioni organizzative e gestionali del Sistema Sanitario Regionale. Il processo di budgeting non è solamente la tappa che annualmente definisce gli obiettivi che ogni struttura deve perseguire, ma anche il momento dei “patti chiari” tra il top management e le sue articolazioni e in questa occasione si innesca una fase di negoziazione – condivisione di obiettivi e risultati da raggiungere. Tale processo è sia di tipo top – down che bottom – up.

Il processo di budgeting rappresenta il momento formale in cui gli obiettivi individuati dalla Direzione Strategica vengono condivisi con le Strutture. Il budget è l’espressione formalizzata non solamente degli obiettivi, ma anche i programmi da attuare, quantificando anche quali possano essere gli effetti economico – patrimoniali delle azioni messe in campo, nel corso dell’esercizio, per il raggiungimento degli obiettivi. Il budget si compone delle seguenti fasi:

- Individuazione obiettivi strategici aziendali e specifici di struttura;
- Negoziazione obiettivi con le Strutture;
- Assegnazione obiettivi alle Strutture attraverso la scheda di budget;
- Monitoraggio trimestrale degli obiettivi;
- Valutazione del raggiungimento degli obiettivi assegnati.

Il processo di budgeting si attua a più livelli di responsabilità: dipartimenti, strutture semplici e strutture semplici dipartimentali.

Gli obiettivi sono relativi a: volumi di attività, appropriatezza, appropriatezza prescrittiva, recupero o miglioramento dell’attrazione extraregionale, potenziamento dell’offerta ambulatoriale per il recupero delle liste di attesa e sviluppo della sanità digitale. Gli obiettivi inseriti nelle schede di budget sono di tipo quantitativo, ovvero devono essere definiti, misurabili e confrontabili con uno

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 56 di 98

standard di riferimento. Inoltre nel processo di budgeting oltre agli indicatori suddetti sono quantificate le risorse umane, i costi di consumi di beni sanitari, tecnologie presenti. Nel corso dell'anno con l'implementazione della contabilità analitica potranno essere quantificati gli altri costi come personale, beni economici, pulizie, servizi ecc.

La Direzione Strategica sovrintende il processo di budgeting definendo gli obiettivi strategici, obiettivi specifici di struttura, definisce il piano della performance e infine approva il budget per tutte le articolazioni aziendali.

Il Comitato di Budget è un altro degli attori coinvolti nelle varie fasi del processo di budgeting. Il suo è un ruolo di supporto tecnico in tutte le fasi in cui si sviluppa il budget, ha la funzione di presiedere il processo di budgeting traducendo in obiettivi specifici le linee strategiche aziendali. Il Comitato di Budget definisce su mandato della Direzione Strategica gli obiettivi specifici e aziendali delle Strutture, definisce il calendario degli incontri di budget, approva le schede di budgeting in base alle proposte della Direzione Aziendale e delle Strutture, presiede alle riunioni di negoziazione del budget, valuta e ratifica il raggiungimento degli obiettivi sulla base della verifica fatta dal valutatore di prima istanza.

Il processo di budgeting è collegato al ciclo della performance che ha inizio con l'individuazione e la definizione degli obiettivi attraverso i quali si misura, valuta e rendiconta la performance. Esso si articola nelle seguenti fasi:

- Definizione obiettivi;
- Misurazione obiettivi (analisi degli scostamenti dei risultati dallo standard);
- Valutazione raggiungimento obiettivi;
- Rendicontazione obiettivi.

Il processo di budgeting è strettamente legato alla valutazione del personale: infatti essere valutati non solo consente di misurare in maniera oggettiva le capacità gestionali dei dirigenti, ma aiuta anche a misurare le loro capacità organizzative, direzionali e professionali. Lo scopo che l'Azienda Ospedaliera di Perugia persegue, attraverso l'utilizzo di strumenti di misurazione e valutazione della performance è migliorare la qualità dei servizi offerti e garantire la crescita delle competenze professionali attraverso la valorizzazione del merito.

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 57 di 98

L’Azienda Ospedaliera di Perugia adottando il Piano della Performance esplicita, attraverso questo strumento organizzativo – gestionale, i bisogni di salute della popolazione – cittadina, regionale e di fuori regione – chiarisce la propria missione, gli obiettivi e le strategie aziendali. Inoltre rende noto anche il processo che seguito per l’identificazione di essi. Essendo, il Piano delle Performance, uno strumento di orientamento e guida dell’Azienda, deve essere fruibile non solamente agli utenti esterni (portatori di interesse a qualunque livello) ma anche per gli operatori interni. Infatti, se per i primi il Piano delle Performance deve essere uno strumento attraverso il quale l’Azienda Ospedaliera di Perugia delinea le strategie prioritarie, per i secondi – gli operatori interni – il Piano delle Performance determina le responsabilità di essi nel perseguimento degli obiettivi strategici aziendali.

La misurazione e valutazione della performance si esplicita a più livelli:

- istituzionale – regionale, attraverso il Piano Sanitario Regionale e le norme vigenti;
- aziendale, attraverso la pianificazione strategica che delinea gli obiettivi prettamente aziendali e facendo propri alcuni di quelli regionali;

Successivamente si inserisce il livello operativo aziendale, che attraverso la programmazione annuale e il budget definisce gli obiettivi per le strutture, sia esse sanitarie che tecnico – amministrative.

Infine, l’ultimo passaggio riguarda la misurazione della performance che si suddivide in due grandi aree:

- organizzativa: ossia il livello di performance ottenuto dall’Azienda Ospedaliera di Perugia, ossia dai singoli Dipartimenti, Strutture Complesse, Strutture Semplici Dipartimentali, Strutture Semplici ed Uffici di Staff in cui essa si articola. Essa è valutata attraverso gli obiettivi assegnati alla struttura e inseriti nella scheda di budget;
- individuale: il livello di performance ottenuto da ogni singolo dipendente e che riguarda principalmente i comportamenti, valutato attraverso un questionario di autovalutazione che poi verrà a sua volta rivalutato dal valutatore.

Il sistema di valutazione del personale è stato introdotto nell’Azienda Ospedaliera di Perugia nel 2014 con le Deliberazioni del Direttore Generale n.68 e n.69 del 15 Gennaio 2014 con la definizione del processo e la metodologia di valutazione del personale della dirigenza e del

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 58 di 98

comparto. Questo meccanismo di premialità ha dato l’avvio a un riconoscimento differenziato e finalizzato alla corresponsione degli incentivi nelle due componenti della performance: organizzativa e individuale. Per quest’ultima sono state redatte e adottate apposite schede di valutazione del personale. L’utilizzo di strumenti di pianificazione, programmazione e misurazione della performance, sia organizzativa sia individuale, concorrono a promuovere il merito e il miglioramento delle performance, soprattutto se si utilizzano sistemi premianti di selezione atti a premiare e valorizzare i dipendenti, sia essi della dirigenza sia essi del comparto. A conclusione del processo valutativo annuale ogni dipendente accede alle quote premiali strettamente connesse sia alla performance organizzativa che individuale.

La performance organizzativa esprime il risultato che un’intera organizzazione, attraverso le sue singole articolazioni, consegue ai fini del raggiungimento di determinati obiettivi e del soddisfacimento dei bisogni dei cittadini. L’art. 8 de D. Lgs 150/2009 descrive la performance organizzativa come rappresentata dai seguenti elementi:

- Attuazione di politiche e conseguimento di obiettivi collegati ai bisogni collettività;
- Attuazione di piani e programmi misurata attraverso l’effettivo grado di attuazione di essi, rispetto delle fasi e dei tempi previsti, confronto con standard qualitativi e quantitativi precedentemente stabiliti e del livello di assorbimento delle risorse;
- Rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e servizi, anche con l’utilizzo di sistemi interattivi;
- Modernizzazione e miglioramento qualitativo dell’organizzazione e delle competenze professionali e le capacità nell’attuare programmi e piani;
- Sviluppo quali – quantitativo di relazione con gli stakeholders, anche attraverso forme di partecipazione collaborazione;
- Utilizzo efficiente delle risorse con particolare attenzione al contenimento e riduzione dei costi e all’ottimizzazione della tempistica dei procedimenti amministrativi;
- Qualità e quantità delle prestazioni e dei servizi erogati;
- Perseguimento degli obiettivi di promozione delle pari opportunità.

Il processo di budgeting, attraverso lo strumento della scheda di budget, misura la performance organizzativa delle articolazioni aziendali; essa è valutata attraverso gli obiettivi assegnati alla

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 59 di 98

singola articolazione. La performance organizzativa è il primo step del processo di valutazione del personale.

La performance individuale misura il contributo fornito da ciascun dipendente in termini di:

- Raggiungimento di obiettivi specifici di equipe o individuali;
- Qualità del contributo individuale che ogni elemento della equipe assicura alla unità organizzativa di appartenenza, attraverso le competenze dimostrate, i comportamenti professionali e organizzative e le proprie capacità relazionali;
- Capacità del valutatore nel differenziare le valutazioni del personale assegnato.

La scheda di autovalutazione è lo strumento attraverso cui viene valutata la performance individuale di ogni dipendente, che verrà poi rivalutata dal valutatore di prima istanza (Direttore di Struttura Complessa, Coordinatore, Incarico di Organizzazione).

### **2.2.8 ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE (O.I.V.)**

Il D. lgs n.150 del 27/10/2009 – in attuazione della Legge 04/03/2009 n.15 – agli articoli 14 e 14bis – prevede in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni che quest’ultime debbano di dotarsi di un Organismo Indipendente di Valutazione della Performance, per tutti gli adempimenti analiticamente descritti nei citati articoli, tra i quali il monitoraggio sul funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e della integrità dei controlli interni. L’O.I.V. è nominato dall’organo di indirizzo previa prova di selezione a cui possono partecipare i soggetti iscritti nell’elenco tenuto e aggiornato dal Dipartimento della Funzione Pubblica, dura in carica tre anni ed è rinnovabile una sola volta. L’O.I.V. monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso, anche formulando proposte e raccomandazioni ai vertici amministrativi; valida la Relazione sulla performance a condizione che la stessa sia redatta in forma sintetica, chiara e di immediata comprensione ai cittadini e agli altri utenti finali; garantisce la correttezza dei processi di misurazione e valutazione con particolare riferimento alla significativa differenziazione dei giudizi nonché dell'utilizzo dei premi; propone, sulla base del sistema di misurazione e valutazione, all'organo di indirizzo politico-amministrativo, la valutazione annuale dei dirigenti di vertice e l'attribuzione ad essi dei premi. L’O.I.V. è responsabile della corretta applicazione delle linee guida,

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 60 di 98

delle metodologie e degli strumenti predisposti dal Dipartimento della funzione pubblica, supporta l'amministrazione sul piano metodologico e verifica la correttezza dei processi di misurazione, monitoraggio, valutazione e rendicontazione della performance organizzativa e individuale: in particolare formula un parere vincolante sull'aggiornamento annuale del Sistema di misurazione e valutazione. Promuove l'utilizzo da parte dell'amministrazione dei risultati derivanti dalle attività di valutazione esterna delle amministrazioni e dei relativi impatti ai fini della valutazione della performance organizzativa. Gli obiettivi strategici aziendali in parte derivano dagli obiettivi definiti a livello nazionale, regionale e aziendale.

Per l'anno 2024 la scheda di budget è composta da:

**Scheda A:** Dotazione organica assegnata alla struttura suddivisa per figura professionale e inquadramento (ospedaliero tempo indeterminato, ospedaliero tempo determinato, universitario);

**Scheda B:** Consumi dei beni sanitari

**Scheda C:** Obiettivi specifici di struttura.

Gli obiettivi della scheda sono suddivisi per dirigenza e comparto. Di seguito sono riportate le schede di base del processo di budgeting 2024.

## Scheda A

 <i>Azienda Ospedaliera di Perugia</i>	<b>Budget Anno 2024</b> <b>Struttura</b> <b>Scheda A - Risorse Umane</b> <b>Direttore:</b>
--	---

Situazione al 01/01/2024

Figura Professionale	Personale in dotazione organica				Totale
	Indeterminato	Determinato	Universitari	Comandato fuori in azienda/in aspettativa	
MEDICO					0
INFERMIERE					0
OSS					0
<b>Totale Personale Struttura</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 61 di 98

## Scheda B

	<b>Budget Anno 2024</b> <b>Struttura</b> <b>Scheda B - Consumi di Beni Sanitari</b> <b>Direttore:</b>		
<b>Fattore Produttivo</b>	<b>Budget 2023</b>	<b>Consuntivo 2023</b>	<b>Budget 2024</b>
Farmaci	94.995		
File F - Intra Global Budget	0		
File F - Extra Global Budget	0		
Dispositivi	195.223		
Diagnostici	78.011		
Altro Materiale	3.492		
<b>Totale Consumi</b>	<b>371.720</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Punteggio obiettivo consumi (dirigenza)</b>			<b>20</b>
<b>Punteggio obiettivo consumi (comparto)</b>			<b>5</b>
L'obiettivo sarà valutato confrontando la tendenza alla diminuzione del rapporto costi/ricavi			

## Scheda C

	<b>Budget Anno 2024</b> <b>Struttura</b> <b>Scheda C - Obiettivi di Struttura</b> <b>Direttore:</b>				
Codice obiettivo	Obiettivo	Indicatore misurazione	Standard	Peso Dirigenza	Peso Comparto
AZI001	Migliorare l'integrazione del personale	Trasmissione del verbale di condivisione della riunione	Trasmissione entro il 15/03/2024	7	10
AZI004	Corretta tempistica della compilazione delle SDO	% SDO compilate entro il 20 giorno del mese successivo	100% in tutte le 12 rilevazioni	8	
AZI004	Corretta compilazione della SDO	Partecipazione obbligatoria al corso di formazione per codifica SDO del referente individuato dalla struttura	Partecipazione al corso di formazione	8	
AZI005	Comunicare tempestivamente le rimanenze di reparto	Trasmissione tempestiva del report delle rimanenze di reparto alla Direzione Farmacia Ospedaliera	Trasmissione entro il 20/12/2024		35
AZI008	Migliorare l'ammissione e dimissione informatica contestualmente a quella fisica in ADT - WEB	Ammissione in ADT-WEB del paziente entro un'ora dalla ammissione	>=95% ammissione		20
AZI009		Dimissione in ADT-WEB del paziente entro un'ora dalla dimissione	>=95% dimissione		20
AZI010	Attuare il piano di contenimento dei tempi di attesa per la riduzione dei tempi di degenza	Rispetto dei tempi di refertazione per livello di prenotazione entro i tempi stabiliti da delibera aziendale	>=90% entro i tempi stabiliti per i codici gialli e bianchi	7	
AZI013	Implementare il processo di accreditamento istituzionale	Invio del riesame della direzione all'Ufficio Controllo di Gestione e Sistema Informativo	Invio entro il 31/01/2025	6	10

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 62 di 98

## Scheda C

 <b>Budget Anno 2024</b> <b>Struttura</b> <b>Scheda C - Obiettivi di Struttura</b> <b>Direttore:</b>					
Codice obiettivo	Obiettivo	Indicatore misurazione	Standard	Peso Dirigenza	Peso Comparto
AZI018	Migliorare l'appropriatezza del ricovero medico	DRG LEA Potenzialmente inappropriati in regime ordinario	<=2023	6	
AZI022	Migliorare l'appropriatezza del ricovero medico	Diminuire i ricoveri per BPCO	<=2023	2	
AZI023	Migliorare l'appropriatezza del ricovero medico	Diminuire i ricoveri per scompenso cardiaco	<=2023	2	
EFF001	Potenziamento dell'offerta per il contenimento delle liste di attesa per specialistica ambulatoriale	Incremento delle prestazioni ambulatoriali per esterni rispetto a quelle dell'anno 2022	Incremento del 5 % delle prestazioni ambulatoriali per esterni rispetto a quelle dell'anno 2023	7	
EFF002	Aumento della produzione dei ricoveri	Incremento della produzione per ricoveri rispetto a quelle dell'anno 2022	>=2023 confrontato con peso medio DRG	7	
EFF004	Monitoraggio Tempi di Attesa prestazioni di specialistica ambulatoriale	Rispetto dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali (RAO 3gg-RAO 10gg -RAO 60gg)	Attesa media <=Tempo massimo attesa	7	
AZI100	Informatizzare tutte le agende di prenotazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale	Eliminazione di tutte le agende cartacee di prenotazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale	Eliminazione di tutte le agende cartacee di prenotazione prestazioni di specialistica ambulatoriale entro il 31/10/2023	5	
MES001		Indice performance degenza media - DRG medici	<=target stabilito	3	
MES003	Migliorare l'appropriatezza del ricovero medico	% diminuzione dimessi oltre soglia	<=2023	3	
MES004		% ricoveri ripetuti per stessa MDC entro 30 giorni	<=2023	2	
<b>Punteggio obiettivi di struttura</b>				<b>80</b>	<b>95</b>
<b>Punteggio obiettivo consumi di beni sanitari</b>				<b>20</b>	<b>5</b>
<b>Punteggio Totale</b>				<b>100</b>	<b>100</b>

L'Azienda si riserva di nominare, secondo quanto previsto dall'art.3 del D.lgs n. 222 del 13/12/2022, nell'ambito del personale in servizio un dirigente amministrativo o un altro dipendente, che abbia esperienza sui temi dell'inclusione sociale e dell'accessibilità delle persone con disabilità per la definizione delle modalità e delle azioni di cui al comma 2 lettera f dell'articolo 6 del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113.

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 63 di 98

## **2.3. Rischi corruttivi e trasparenza**

### **Analisi del contesto esterno ed interno**

Per l’analisi del contesto esterno ed interno dell’Azienda Ospedaliera di Perugia si rinvia a quanto riportato nella sezione 1. “SCHEDA ANAGRAFICA DELL’AMMINISTRAZIONE”.

### **Individuazione Referenti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza**

L’Azienda, in considerazione del carattere complesso della sua organizzazione sanitaria ed amministrativa, stabilisce di individuare quali Referenti i Responsabili di tutte le Direzioni/Strutture Complesse (amministrative e sanitarie) aziendali, così come indicate nella sezione 1. “SCHEDA ANAGRAFICA DELL’AMMINISTRAZIONE”.

**I Referenti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza**, 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, all’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 particolare quelli addetti alle aree a più elevato rischio di corruzione ed illegalità, all’attività di analisi e valutazione, nonché di proposta per implementare la sezione “Rischi corruttivi e trasparenza” del PIAO.

Oltre a quanto sopra, avanzano proposte per la rotazione del personale esposto a rischio, segnalano al RPCT ogni evento o dato utile per l’espletamento delle proprie funzioni.

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.

Affinché tale apporto sia fattivo, è necessario rimuovere in termini culturali le resistenze che ANAC stessa ha rilevato, attraverso processi formativi ma anche attraverso soluzioni organizzative e procedurali che consentano una maggiore partecipazione in tutte le fasi di predisposizione della

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 64 di 98

sezione “Rischi corruttivi e trasparenza” del PIAO, ciò anche al fine di consentire di individuare e definire le misure concrete e sostenibili per l’organizzazione.

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)** li 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 sovrintende alle strategie di contrasto della corruzione e dell’illegalità e quale Responsabile della Trasparenza sovrintende 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.

### **Consultazione pubblica in materia di trasparenza e anticorruzione**

Per stimolare il contributo degli utenti esterni, con avviso pubblicato sul sito internet aziendale a partire dal 14 dicembre 2023, l’Azienda Ospedaliera di Perugia ha avviato una consultazione pubblica al fine di favorire la partecipazione da parte dei cittadini alle attività aziendali volte a garantire il rispetto dei principi di legalità, integrità e trasparenza e nell’ottica della predisposizione della sezione "RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA" del presente Piano Integrato di Attività e Organizzazione.

Nell’avviso si è invitata la cittadinanza alla visione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2023-2025, pubblicato nell’apposita sezione di "Amministrazione Trasparente", ed a far pervenire eventuali osservazioni e/o suggerimenti che possano promuovere e migliorare le iniziative dell’Azienda in materia di Anticorruzione e Trasparenza inviandole per posta elettronica al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ([rpct@ospedale.perugia.it](mailto:rpct@ospedale.perugia.it)).

### **Rischi corruttivi**

**La revisione del processo di gestione del rischio secondo le indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi di cui all’Allegato 1 al Piano Nazionale Anticorruzione 2019, gli “Orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza 2022” approvati dal**

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 65 di 98

**Consiglio di ANAC il 02/02/2022, il Piano Nazionale Anticorruzione 2022 approvato da ANAC con delibera n. 7 del 17/01/2023, l’aggiornamento 2023 del Piano Nazionale Anticorruzione approvato da ANAC con delibera n. 605 del 19/12/2023.**

Il PNA 2019 ha introdotto nell’Allegato 1 indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi implicanti un’importante revisione del precedente sistema, che risulta ampiamente integrato e aggiornato, specialmente in riferimento alla fase della valutazione del rischio.

Per il dettaglio sulle indicazioni metodologiche previste per l’approccio alla gestione del rischio, si rinvia alla lettura integrale dell’Allegato 1 del PNA 2019, ed alle successive integrazioni del PNA 2022. Nello specifico, se da un lato restano invariate le macro - fasi del processo di gestione del rischio, per ciascuna fase, tuttavia, vengono fornite indicazioni di metodo puntuali sulla loro realizzazione che tutte le amministrazioni, operando secondo il principio di gradualità nel tempo, sono tenute a rispettare per giungere a quelli che possiamo definire i 3 obiettivi del processo di gestione del rischio:

- **Obiettivo Macro fase 1. Analisi del contesto:** tale fase comprende sia l’analisi del contesto esterno, sia l’analisi del contesto interno, quest’ultima caratterizzata dalla mappatura completa e approfondita dei processi.
- **Obiettivo Macro fase 2. Valutazione del rischio:** consiste nell’effettuazione di un’analisi dei rischi corruttivi fondata su un approccio di tipo qualitativo, ossia fondata su valutazioni motivate dei soggetti coinvolti nel processo di analisi.
- **Obiettivo Macro fase 3. Trattamento del rischio:** mira a individuare misure idonee a prevenire il rischio corruttivo cui l’organizzazione è esposta e programmare tempi e modalità della loro attuazione.

Data la complessità dell’Azienda Ospedaliera di Perugia, determinata da una profonda eterogeneità delle attività e dei relativi processi che ne caratterizzano l’organizzazione, nell’ambito della quale partecipano a pieno titolo personale medico, sanitario, tecnico e amministrativo, per il quale vige una diversa disciplina giuridica, la Direzione Strategica ha ritenuto imprescindibile, come tra l’altro suggerito da A.N.AC., il recepimento della metodologia indicata nell’Allegato 1 del PNA 2019, secondo un approccio graduale.

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 66 di 98

Sulla base di tale considerazione nella sezione “Rischi corruttivi e trasparenza” del PIAO 2022-2024 si è ritenuta prioritaria la revisione del processo di gestione del rischio corruzione secondo la nuova metodologia per:

- Area di rischio dei Contratti pubblici;
- Area di rischio Reclutamento personale a tempo determinato;
- Area di rischio Controlli verifiche, ispezioni e sanzioni sui servizi appaltati.

Al fine di individuare una mappatura spendibile anche in altri ambiti, oltre a quello di prevenzione della corruzione, le operazioni di cui sopra sono state poste in essere con il coinvolgimento dei responsabili delle strutture e con i componenti del Gruppo di lavoro per l’elaborazione del PIAO, che più da vicino si occupano del processo e delle varie fasi che lo contraddistinguono, traducendoli in schemi per ogni singola procedura.

**- Obiettivo strategico: “Revisione dei processi relativi all'area contratti pubblici”**

A tale scopo è stato istituito il gruppo di lavoro trasversale che ha coinvolto le seguenti strutture:

- Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (R.P.C.T.)
- Direzione Acquisti e Appalti

**- Obiettivo strategico: “Revisione dei processi relativi al reclutamento personale a tempo determinato”**

A tale scopo è stato istituito il gruppo di lavoro trasversale che ha coinvolto le seguenti strutture:

- Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (R.P.C.T.)
- Direzione Personale

**- Obiettivo strategico: “Revisione dei processi relativi all'area Controlli verifiche, ispezioni e sanzioni sui servizi appaltati”**

A tale scopo è stato istituito il gruppo di lavoro trasversale che ha coinvolto le seguenti strutture:

- Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (R.P.C.T.)
- Direzione Economato e Servizi Alberghieri

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 67 di 98

Nell’aggiornamento della sezione “Rischi corruttivi e trasparenza” per la predisposizione del PIAO 2023-2025 si è ritenuto di implementare la revisione del processo di gestione del rischio corruzione secondo la nuova metodologia per:

- Area di rischio dei Contratti pubblici – (Direzione Tecnico Patrimoniale e Direzione Bioingegneria e Ingegneria Clinica);

Al fine di individuare una mappatura spendibile anche in altri ambiti, oltre a quello di prevenzione della corruzione, le operazioni di cui sopra sono state poste in essere con il coinvolgimento dei responsabili delle strutture e con i componenti del Gruppo di lavoro per l’elaborazione del PIAO, che più da vicino si occupano del processo e delle varie fasi che lo contraddistinguono, traducendoli in schemi per ogni singola procedura.

**- Obiettivo strategico: “Revisione dei processi relativi all'area contratti pubblici”**

A tale scopo è stato istituito il gruppo di lavoro trasversale che ha coinvolto le seguenti strutture:

- Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (R.P.C.T.)
- Direzione Tecnico Patrimoniale
- Direzione Bioingegneria e Ingegneria Clinica

Nell’aggiornamento della sezione “Rischi corruttivi e trasparenza” per la predisposizione del PIAO 2024-2026 si è ritenuto di verificare quanto inserito nei precedenti PIAO e di implementare la revisione del processo di gestione del rischio corruzione secondo la nuova metodologia per:

- Area di rischio dei Contratti pubblici – (S.C. Tecnico Patrimoniale, S.C. Direzione Bioingegneria, Sistemi Informatici e Transizione all’Amministrazione Digitale, S.C. Acquisti e Appalti);
- Area di rischio Reclutamento personale a tempo determinato – (S.C. Personale);
- Area di rischio Controlli verifiche, ispezioni e sanzioni sui servizi appaltati – (S.C. Economato e Servizi Alberghieri);
- Area di rischio Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio – (S.C. Contabilità e Bilancio, S.C. Igiene e Organizzazione dei Servizi Ospedalieri).

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 68 di 98

Al fine di individuare una mappatura spendibile anche in altri ambiti, oltre a quello di prevenzione della corruzione, le operazioni di cui sopra sono state poste in essere con il coinvolgimento dei responsabili delle strutture e con i componenti del Gruppo di lavoro per l’elaborazione del PIAO, che più da vicino si occupano del processo e delle varie fasi che lo contraddistinguono, traducendoli in schemi per ogni singola procedura.

**- Obiettivo strategico: “Revisione dei processi relativi all'area contratti pubblici”**

A tale scopo è stato istituito il gruppo di lavoro trasversale che ha coinvolto le seguenti strutture:

- Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (R.P.C.T.)
- S.C. Acquisti e Appalti
- S.C. Tecnico Patrimoniale
- S.C. Bioingegneria, Sistemi Informatici e Transizione all’Amministrazione Digitale

**- Obiettivo strategico: “Revisione dei processi relativi al reclutamento personale a tempo determinato”**

A tale scopo è stato istituito il gruppo di lavoro trasversale che ha coinvolto le seguenti strutture:

- Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (R.P.C.T.)
- S.C. Personale

**- Obiettivo strategico: “Revisione dei processi relativi all'area Controlli verifiche, ispezioni e sanzioni sui servizi appaltati”**

A tale scopo è stato istituito il gruppo di lavoro trasversale che ha coinvolto le seguenti strutture:

- Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (R.P.C.T.)
- S.C. Economato e Servizi Alberghieri

**- Obiettivo strategico: “Revisione dei processi relativi all'area Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio”**

A tale scopo è stato istituito il gruppo di lavoro trasversale che ha coinvolto le seguenti strutture:

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 69 di 98

- Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (R.P.C.T.)
- S.C. Contabilità e Bilancio
- S.C. Igiene e Organizzazione dei Servizi Ospedalieri

Di seguito viene descritta la metodologia applicata, alla luce delle modifiche dettate dall’ANAC, attraverso il PNA 2019 ed il PNA 2022.

## MACRO FASE 1 - MAPPATURA DEI PROCESSI

La macro fase della “mappatura dei processi”, che rappresenta l’aspetto centrale della sotto fase dell’analisi del contesto interno, si articola nelle seguenti ulteriori tre fasi:

identificazione

descrizione

rappresentazione

Secondo quanto riportato nell’All. 1 del P.N.A. 2019: *“Un processo può essere definito come una sequenza di attività interrelate ed interagenti che trasformano delle risorse in un output destinato ad un soggetto interno o esterno all’amministrazione (utente)”*. Sempre l’allegato n.1 prevede che, per identificare i processi, è opportuno partire dall’analisi della documentazione esistente dell’organizzazione (organigramma, funzionigramma, catalogo dei procedimenti amministrativi, *job description* relative alle posizioni coinvolte nei processi, regolamenti, ecc.) al fine di effettuare una prima catalogazione, in macro-aggregati, dell’attività svolta. È consigliato, inoltre, effettuare delle analisi di benchmark relative a modelli di processi di altre Amministrazioni.

Tenuto conto di quanto sopra, per la fase relativa all’identificazione dei processi sono stati analizzati:

- le schede di mappatura del rischio corruzione approvate nell’ambito del precedente processo di gestione del rischio riferite ai precedenti PTPCT approvati dall’Azienda Ospedaliera di Perugia;
- il funzionigramma aziendale e le tabelle dei procedimenti amministrativi;

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 70 di 98

- la parte speciale del PNA 2015, dedicata ai contratti pubblici e le linee guida ANAC n. 15/2019 che individuano le fasi del processo di affidamento ritenute più “vulnerabili”;
- gli “Orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza 2022” approvati dal Consiglio di ANAC il 02/02/2022;
- il PNA 2022 e l’aggiornamento 2023;
- i regolamenti interni aziendali sui temi oggetto di mappatura.

Tale attività ha permesso di formalizzare l’elenco dei processi delle Aree di rischio di riferimento.

Dopo averli identificati, al fine di comprenderne le modalità di svolgimento, i processi sono stati descritti attraverso le fasi e attività che li compongono e l’individuazione delle responsabilità e dei soggetti che intervengono nel processo.

Gli elementi descrittivi dei processi sono stati rappresentati in tabelle, quale forma più semplice e immediata. Nelle tabelle sono stati inseriti gli elementi strettamente funzionali allo svolgimento delle fasi successive del processo di gestione del rischio (valutazione e trattamento).

Le tabelle che ne sono derivate, sono riportate nelle colonne relative alla “mappatura dei processi” nell’**ALLEGATO 1 - MAPPATURA PROCESSI E RISCHI CORRUTTIVI** del presente Piano.

## MACRO FASE 2 - VALUTAZIONE DEL RISCHIO

La macro fase della “valutazione del rischio” si articola in tre fasi:

identificazione

analisi

ponderazione

L’identificazione del rischio, o meglio degli eventi rischiosi, ha l’obiettivo di individuare quei comportamenti e/o fatti che possono verificarsi in relazione ai processi di pertinenza dell’Amministrazione, nei quali si concretizza il fenomeno corruttivo. Anche in questo caso l’Allegato 1 del PNA 2019 suggerisce per l’identificazione degli eventi rischiosi di utilizzare le fonti informative disponibili, quali ad esempio: l’esame delle segnalazioni, le interviste/incontri con

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 71 di 98

il personale dell’amministrazione, i workshop e i focus group, i confronti (benchmarking) con amministrazioni simili, le analisi dei casi di corruzione.

Tenuto conto di quanto sopra, per la fase relativa all’identificazione dei rischi sono stati analizzati:

- le schede di mappatura del rischio corruzione approvate nell’ambito del precedente processo di gestione del rischio;
- la parte speciale del PNA 2015, dedicata ai contratti pubblici e le linee guida ANAC n. 15/2019 che individuano altresì gli eventi rischiosi delle procedure di affidamento;
- gli “Orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza 2022” approvati dal Consiglio di ANAC il 02/02/2022;
- il PNA 2022 e l’aggiornamento 2023;

In merito all’analisi dei rischi identificati nella fase precedente si ritiene utile richiamare brevemente quanto previsto dall’Allegato 1 del PNA 2019.

L’Allegato 1 del PNA prevede che la medesima dovrà essere effettuata attraverso la valutazione della presenza dei cosiddetti “fattori abilitanti della corruzione”, ossia quei fattori di contesto che agevolano il verificarsi di comportamenti e/o fatti integranti fenomeni corruttivi. Viene altresì precisato che i fattori abilitanti possono essere, per ogni rischio, molteplici e combinarsi tra di loro, e vengono forniti i seguenti esempi di fattori abilitanti:

- mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli: in fase di analisi andrà verificato se presso l’amministrazione siano già stati predisposti – ma soprattutto efficacemente attuati – strumenti di controllo relativi agli eventi rischiosi;
- mancanza di trasparenza; eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento; esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;
- scarsa responsabilizzazione interna; inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;
- inadeguata diffusione della cultura della legalità; mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione.



Per la stima del livello di esposizione al rischio dei processi e delle relative attività viene indicato un approccio di tipo qualitativo che tenga conto di più variabili:

- indicatori di stima del livello di rischio quali a titolo esemplificativo:

- livello di interesse “esterno”: la presenza di interessi, anche economici, rilevanti e di benefici per i destinatari del processo determina un incremento del rischio;
- grado di discrezionalità del decisore interno alla PA: la presenza di un processo decisionale altamente discrezionale determina un incremento del rischio rispetto ad un processo decisionale altamente vincolato;
- manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata: se l’attività è stata già oggetto di eventi corruttivi in passato nell’amministrazione o in altre realtà simili, il rischio aumenta poiché quella attività ha delle caratteristiche che rendono attuabili gli eventi corruttivi;
- opacità del processo decisionale: l’adozione di strumenti di trasparenza sostanziale, e non solo formale, riduce il rischio;
- livello di collaborazione del responsabile del processo o dell’attività nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del piano: la scarsa collaborazione può segnalare un deficit di attenzione al tema della prevenzione della corruzione o comunque risultare in una opacità sul reale grado di rischiosità;
- grado di attuazione delle misure di trattamento: l’attuazione di misure di trattamento si associa ad una minore possibilità di accadimento di fatti corruttivi.

- dati oggettivi per la stima del rischio quali a titolo esemplificativo:

- i dati sui precedenti giudiziari e/o sui procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti dell’amministrazione. Le fattispecie che possono essere considerate sono le sentenze passate in giudicato, i procedimenti in corso, e i decreti di citazione a giudizio riguardanti:
- i reati contro la PA;
- il falso e la truffa, con particolare riferimento alle truffe aggravate all’amministrazione (artt. 640 e 640-bis c.p.);
- i procedimenti aperti per responsabilità amministrativo/contabile (Corte dei Conti);
- i ricorsi amministrativi in tema di affidamento di contratti pubblici.

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 73 di 98

Tali dati possono essere reperiti dall’Ufficio Legale dell’amministrazione o tramite l’Avvocatura (se presenti all’interno dell’amministrazione), o dall’Ufficio procedimenti disciplinari e l’Ufficio Approvvigionamenti/Contratti. Si può ricorrere anche alle banche dati online già attive e liberamente accessibili (es. Banca dati delle sentenze della Corte dei Conti, Banca dati delle sentenze della Corte Suprema di Cassazione).

- le segnalazioni pervenute, nel cui ambito rientrano certamente le segnalazioni ricevute tramite apposite procedure di whistleblowing, ma anche quelle pervenute dall’esterno dell’amministrazione o pervenute in altre modalità. Altro dato da considerare è quello relativo ai reclami e alle risultanze di indagini di customer satisfaction che possono indirizzare l’attenzione su possibili malfunzionamenti o sulla malagestione di taluni processi organizzativi.

- ulteriori dati in possesso dell’amministrazione (es. dati disponibili in base agli esiti dei controlli interni delle singole amministrazioni, rassegne stampa, ecc.).

Sulla base della misurazione degli indicatori e dei dati oggettivi raccolti si dovrà pervenire, per ogni processo/fase o evento rischioso individuato, ad una stima complessiva del livello di esposizione al rischio sulla base di due principali considerazioni di massima:

- un processo è tanto più esposto al rischio corruzione quanto più sono rinvenibili al suo interno elementi (indicatori e/o dati oggettivi) che generano rischio (ovvero attivano il fattore abilitante associato del rischio mappato).

- in ogni caso, vale la regola generale secondo cui ogni misurazione deve essere adeguatamente motivata alla luce dei dati e delle evidenze raccolte, seguendo un criterio generale di “prudenza”, al fine di evitare la sottostima del rischio. Pertanto anche la presenza di un solo indicatore di rischio o dato oggettivo potrà innalzare il livello di rischio.

La suddetta metodologia di valutazione del rischio corruzione approntata da ANAC, avente ad oggetto un approccio di natura qualitativa, è stata oggetto di confronto e analisi nell’ambito del Gruppo di lavoro sul PIAO.

Pertanto, tenuto conto anche delle modalità dell’approccio di tipo qualitativo per la stima del rischio corruzione, sono stati individuati e definiti:

- fattori abilitanti del rischio corruzione e i correlati indicatori e dati oggettivi per la stima del livello di rischio;

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>"Piano Integrato di Attività e Organizzazione" (PIAO)</b>		Pagina 74 di 98

- criteri per la valutazione complessiva di sintesi del livello di esposizione al rischio del processo per esprimere un giudizio di ALTO/MEDIO/BASSO, i quali vengono rappresentati nella tabella sotto riportata:

<b>FATTORI ABILITANTI</b>	<b>INDICATORI DI RISCHIO E DATI OGGETTIVI</b>	<b>CRITERI DI VALUTAZIONE PER SINGOLI INDICATORI DI RISCHIO</b>
1. Monopolio di potere	1.1 Grado di concentrazione del potere decisionale  (INDICATORE DI CATEGORIA A) *	1.1 Il dirigente/funzionario/organo che predispone o adotta gli atti o esprime pareri è anche responsabile del procedimento e non sono coinvolte nell'istruttoria altre strutture o altri enti: Rischio ALTO  1.1 Il dirigente/funzionario/organo che predispone o adotta gli atti o esprime pareri è anche responsabile del procedimento ma sono coinvolte nell'istruttoria altre strutture o altri enti <i>Oppure:</i> Il dirigente/funzionario/organo che predispone o adotta gli atti o esprime pareri non è anche responsabile del procedimento e non sono coinvolte nell'istruttoria altre strutture o altri enti:



		<p>Rischio MEDIO</p> <p>1.1 Il dirigente/funzionario/organo che predispose o adotta gli atti o esprime pareri non è il responsabile del procedimento e altre strutture o altri enti sono coinvolti nell'istruttoria: Rischio BASSO</p>
2. Natura e rilevanza degli interessi coinvolti nel processo	2.1 Tipologia di utenza/beneficiari	<p>2.1 Il processo ha come destinatari/beneficiari soggetti privati che operano per interessi personali o privati: Rischio ALTO</p> <p>2.1 Il processo ha come destinatari/beneficiari soggetti pubblici: Rischio MEDIO</p> <p>2.1. Il processo ha come destinatari uffici interni, oppure soggetti interni all'amministrazione nell'esercizio delle loro funzioni pubbliche: Rischio BASSO</p>
3. Inadeguatezza della regolazione del processo	3.1 Grado di discrezionalità e di chiarezza e complessità normativa	<p>3.1 Il processo è discrezionale in quanto non adeguatamente vincolato dalla legge o da atti amministrativi (regolamenti,</p>



		<p>direttive, circolari): Rischio ALTO</p> <p>3.1 Il processo è parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari): Rischio MEDIO</p> <p>3.1. Il processo è del tutto vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari): Rischio BASSO</p>
4. Assenza o carenza di controlli amministrativi	4.1 Livello dei controlli amministrativi, interni o esterni	<p>4.1. Il processo non è soggetto a controlli interni ed esterni: Rischio ALTO</p> <p>4.1. Il processo è soggetto a controlli interni ma non esterni: Rischio MEDIO</p> <p>4.1 Il processo è vincolato a controlli sia interni che esterni: Rischio BASSO</p>
5. Opacità, per assenza o carenza di trasparenza	5.1. Grado di trasparenza del processo	<p>5.1. Il processo non prevede l'utilizzo di strumenti di trasparenza sostanziale che permettono di tracciare fasi e soggetti del procedimento (informatizzazione, motivazione, verbalizzazione degli incontri):</p>



		<p>Rischio ALTO</p> <p>5.1 Il processo prevede l'utilizzo di strumenti di trasparenza sostanziale che permettono di tracciare solo alcune fasi e non tutti i soggetti del procedimento (informatizzazione, motivazione, verbalizzazione degli incontri):</p> <p>Rischio MEDIO</p> <p>5.1. Il processo prevede l'utilizzo di strumenti di trasparenza sostanziale che permettono di tracciare fasi e soggetti del procedimento (informatizzazione, motivazione, verbalizzazione degli incontri):</p> <p>Rischio BASSO</p>
6. Inadeguata diffusione della cultura della legalità	6.1 Manifestazione di eventi corruttivi in passato negli ultimi 5 anni. Parametri di verifica: a) Sanzioni disciplinari per reati contro la P.A. o altri dove la P.A. è parte offesa, come truffa e simili; b) Condanne, anche non passate in giudicato, per reati contro la P.A. o altri dove la P.A. è parte offesa, come	6.1. Negli ultimi 5 anni si sono verificati eventi corruttivi accertati con sentenze, anche non passate in giudicato e/o a seguito di procedimenti disciplinari: Rischio ALTO  6.1. Negli ultimi 5 anni sono pervenute segnalazioni di whistleblowers per fenomeni corruttivi o di cattiva amministrazione di cui è stata



	<p>truffa e simili;</p> <p>c) Condanne, anche non passate in giudicato, della Corte dei conti per responsabilità amministrativa-contabile</p> <p>d) Segnalazioni di whistleblowers per fenomeni corruttivi o di cattiva amministrazione (se è stata accertata la fondatezza, anche solo parziale)</p> <p>(INDICATORE DI CATEGORIA A) *</p>	<p>accertata la fondatezza, anche solo parziale:</p> <p>Rischio MEDIO</p> <p>6.1. Negli ultimi 5 anni non si ha conoscenza di eventi corruttivi accertati con sentenze di condanna e non sono pervenute segnalazioni di whistleblowers per fenomeni corruttivi o di cattiva amministrazione di cui è stata accertata la fondatezza, anche solo parziale:</p> <p>Rischio BASSO</p>
	<p>6.2. Grado di attuazione di misure generali e specifiche di contrasto alla corruzione</p>	<p>6.2. Non sono applicate misure generali e/o specifiche di trattamento del rischio:</p> <p>Rischio ALTO</p> <p>6.2 Sono applicate misure generali di trattamento del rischio:</p> <p>Rischio MEDIO</p> <p>6.2. Sono applicate misure generali e specifiche di trattamento del rischio:</p> <p>Rischio BASSO</p>
<p>7. Non adeguata formazione, informazione e responsabilizzazione degli addetti</p>	<p>7.1. Livello di formazione e coinvolgimento degli addetti.</p> <p>Parametri di verifica:</p> <p>a) Grado di partecipazione a</p>	<p>7.1. Negli ultimi 3 anni non sono stati erogati al personale corsi di formazione a carattere generale e specifico:</p>

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 79 di 98

	<p>corsi di formazione e aggiornamento specialistici dei collaboratori della struttura</p> <p>b) Realizzazione di riunioni di servizio annuali per la condivisione di obiettivi e risultati della struttura</p> <p>(INDICATORE DI CATEGORIA A) *</p>	<p>Rischio ALTO</p> <p>7.1 Negli ultimi 3 anni sono stati erogati al personale corsi di formazione a carattere generale ma non specifico:</p> <p>Rischio MEDIO</p> <p>7.1. Negli ultimi 3 anni sono stati erogati al personale corsi di formazione a carattere generale e specifico; il personale addetto è stato inoltre coinvolto in riunioni per la condivisione degli obiettivi e dei risultati:</p> <p>Rischio BASSO</p>
--	--	---

\* Gli indicatori di Categoria A sono considerati i più incisivi ai fini dell'esposizione a rischio.

**VALUTAZIONE COMPLESSIVA DI SINTESI DEL LIVELLO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO DEL PROCESSO DA ESPRIMERSI IN UNO DEI SEGUENTI GIUDIZI:**

- Livello di esposizione ALTO
- Livello di esposizione MEDIO
- Livello di esposizione BASSO

<b>ORDINE DI VALUTAZIONE</b>	<b>CRITERI PER LA VALUTAZIONE COMPLESSIVA</b>	<b>GIUDIZIO COMPLESSIVO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO</b>
<b>1</b>	<b>≥ 1 valutazione “ALTO” indicatori di cat. A</b> <i>oppure</i>	<b>ALTO</b>

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 80 di 98

	<b>≥ 3 valutazioni “ALTO” indicatori di cat. B</b>	
<b>2</b>	<b>≥ 1 valutazione “MEDIO” indicatori di cat. A</b> <i>oppure</i> <b>1 o 2 valutazioni “ALTO” indicatori di cat. B</b>	<b>MEDIO</b>
<b>3</b>	<b>3 valutazioni “BASSO” indicatori di cat. A</b> + <b>0 valutazioni “ALTO” indicatori di cat. B</b>	<b>BASSO</b>

**Il rispetto dell’ordine di valutazione è fondamentale: solo se non sono soddisfatti i criteri di cui al punto 1, è possibile verificare quelli del punto 2, e se non sono soddisfatti neppure questi, è possibile passare alla verifica dei criteri di cui al punto 3.**

La scala di misurazione del rischio fa riferimento a due principi:

- al fine di evitare la sottostima del rischio anche la presenza di un solo indicatore di rischio o dato oggettivo di tipo A potrà innalzare il livello di rischio (criterio generale di “prudenza”);
- un processo è tanto più esposto al rischio corruzione quanto più sono rinvenibili al suo interno elementi (indicatori e/o dati oggettivi) che generano rischio.

L’analisi e la misurazione dei rischi è stata effettuata applicando i fattori e criteri sopra illustrati.

Le tabelle che ne sono derivate, sono riportate nelle colonne relative alla “valutazione del rischio” nell’**ALLEGATO 1 - MAPPATURA PROCESSI E RISCHI CORRUTTIVI** del presente Piano.

## MACRO FASE 3 - TRATTAMENTO DEL RISCHIO

La fase del trattamento del rischio ha come obiettivo quello di identificare misure di prevenzione, puntuali e concrete, idonee a prevenire i rischi corruttivi individuati, in funzione sia del livello di rischio, sia dei fattori abilitanti.

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 81 di 98

Tutte le attività poste in essere attraverso la mappatura e la valutazione del rischio sono, infatti, propedeutiche all’identificazione e progettazione di misure che siano adeguate a contrastare il rischio corruttivo in concreto.

Tale fase è stata gestita in stretta collaborazione tra il RPCT e i Responsabili delle strutture che curano i processi interessati e con i componenti del Gruppo di lavoro per l’elaborazione del PIAO. Si è proceduto ad individuare le misure da applicare in corrispondenza di ogni segmento del processo interessato da un rischio di corruzione, tenuto conto delle misure suggerite da ANAC, sia obbligatorie che specifiche, e di quelle già adottate nell’Azienda Ospedaliera.

Alla luce di quanto sopra, le tabelle recanti l’individuazione e la programmazione operativa delle misure sono riportate nelle colonne relative al “trattamento del rischio” nell’**ALLEGATO 1 - MAPPATURA PROCESSI E RISCHI CORRUTTIVI** del presente Piano.

### **Nomina RASA**

Con Delibera del Direttore Generale n. 443 del 20/04/2023 l’Azienda Ospedaliera di Perugia ha nominato il Dott. Ranieri Colarizi Graziani quale "Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA)", incaricato della verifica e/o della compilazione e del successivo aggiornamento, almeno annuale, delle informazioni e dei dati identificativi della stazione appaltante stessa.

Il RASA, così come previsto dal Comunicato del Presidente dell’AVCP del 28.10.2013, è unico per ogni stazione appaltante, intesa come amministrazione aggiudicatrice o altro soggetto aggiudicatore, indipendentemente dall'articolazione della stessa in uno o più centri di costo.

Il provvedimento di nomina del RASA assume rilevanza, per finalità anticorruzione, ai sensi della legge 190 del 2012 e del Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2023-2025 dell’Azienda Ospedaliera di Perugia, adottato con Deliberazione del Direttore Generale n. 356 del 31/03/2023.

### **Disciplina della rotazione del personale**

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 82 di 98

La rotazione ordinaria del personale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione è importante per la prevenzione dei fenomeni corruttivi.

E' una misura preventiva finalizzata a limitare il consolidarsi di relazioni che possano alimentare dinamiche improprie nella gestione amministrativa, conseguente alla permanenza nel tempo di determinati dipendenti nel medesimo ruolo o funzione. 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 stabilire rapporti potenzialmente in grado di attivare dinamiche inadeguate e l'assunzione di decisioni non imparziali.

La rotazione ordinaria non deve però determinare inefficienze e/o malfunzionamenti, non deve avere una valenza punitiva, deve rispettare i diritti individuali dei dipendenti e deve essere accompagnata da percorsi di formazione che consentano una riqualificazione professionale accrescendo le conoscenze e la preparazione dei lavoratori.

In sanità l'applicabilità del principio della rotazione presenta comunque delle criticità peculiari, per cui la rotazione è di difficile applicabilità, in ragione della specificità delle competenze richieste nello svolgimento delle funzioni apicali. In particolare il settore clinico è vincolato dal possesso di titoli e competenze specialistiche, ma soprattutto di expertise consolidate.

Gli incarichi amministrativi e tecnici richiedono anch'essi, in molti casi, competenze tecniche specifiche, ma anche nel caso di competenze acquisite, le figure in grado di svolgere questi compiti sono spesso in numero molto limitato all'interno dell'Azienda.

Compatibilmente con l'esigenza di dover garantire la speditezza e l'efficacia delle funzioni amministrative e tecniche, comunque strumentali e indispensabile all'erogazione dei servizi sanitari e assistenziali, ed al fine di mantenere continuità e coerenza d'indirizzo nelle strutture, in Azienda si applica il principio di rotazione nei settori maggiormente esposti a rischio, invitando i dirigenti ad effettuare la rotazione tra i vari responsabili di procedimento, e le figure di RUP e DEC.

Nelle situazioni sopra esposte e nei casi in cui si verificano difficoltà applicative, è necessario adottare altre misure organizzative che abbiano effetti analoghi, quali la segregazione delle funzioni, la rotazione cosiddetta funzionale, una maggiore condivisione delle attività, la trasparenza interna.

Tali misure organizzative vengono applicate in attesa di concludere la mappatura dei processi aziendali, e di portare a termine la riorganizzazione aziendale approvata con Deliberazione del Direttore Generale n. 1356 del 29/11/2023 “Assetto organizzativo dell'Azienda Ospedaliera di

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 83 di 98

Perugia: modifiche ed integrazioni alla deliberazione del D.G. n. 984 del 02.07.2021 e alla macrostruttura modificata con deliberazione n. 556 del 08.06.2022. Approvazione organigramma aziendale, funzionigramma dipartimenti sanitari e funzionigramma area centrale”, presupposti fondamentali per l’individuazione delle attività per le quali è necessario effettuare la rotazione.

### **Whistleblowing**

La segnalazione di illeciti è stata introdotta nel nostro ordinamento dalla Legge 190/2012, con la finalità di prevenire il compimento di atti corruttivi e provvedere alla corretta gestione e tutela dei beni pubblici e delle risorse affidate ai pubblici funzionari, a presidio dell’interesse collettivo.

I dipendenti in servizio e i lavoratori/collaboratori delle imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore dell’Azienda, possono trovare, nella sezione “Segnalazione illeciti - Whistleblowing” del sito Amministrazione Trasparente il collegamento alla piattaforma informatica per la gestione delle segnalazioni di illeciti, conforme ai requisiti contenuti nella linee guida ANAC.

### **Pantouflage - Svolgimento di attività successive alla cessazione del rapporto di lavoro con l’Azienda**

Al fine di evitare il rischio del pantouflage, l’Azienda adotta le opportune misure prevedendo, nei contratti di assunzione della dirigenza e del comparto, l’inserimento del divieto di prestare attività lavorativa (lavoro subordinato o autonomo) per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l’apporto decisionale del dipendente.

### **Misure del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)**

Le informazioni ed i dati concernenti l’attuazione delle misure del PNRR sono pubblicati in “AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE”, sottosezione “Altri contenuti – Dati ulteriori”.

Per quanto riguarda la Missione 6 Salute, Componente 2 - Investimento 1.1.1 “Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero - Digitalizzazione DEA I e II livello” a valere sui fondi PNRR, affidati alla S.S. Sistemi Informatici e Transizione all’Amministrazione Digitale, questa Azienda si sta muovendo di concerto con le altre aziende del SSR, sotto il coordinamento della Direzione Regionale Salute e Welfare.

Gli interventi previsti, per cui sono stati chiesti e ottenuti i 5.431.065,50 Euro di finanziamenti sono stati approvati con Delibera del Direttore Generale f.f. n. 436 del 26/04/2022 e validati dalla

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 84 di 98

Regione Umbria e dal MEF. In seguito la scheda contenente gli interventi ha subito una rimodulazione, poi validata dalla Regione Umbria e deliberata con Delibera aziendale n. 906 del 16/08/2023.

Entro il 2025 si prevede di realizzare cinque progetti a valenza regionale, da acquisire tramite l’AQ Consip “Sanità Digitale – Sistemi informativi clinico-assistenziali - Lotto 2 Cartella Clinica Elettronica ed Enterprise Imaging - CENTRO - SUD”, nello specifico:

LIS per la gestione dei Laboratori Analisi a carattere regionale
LIS per il Servizio Immuno-Trasfusionale a carattere regionale
LIS per i Servizi di Anatomia Patologica e Digital Pathology a carattere regionale
RIS/PACS per la gestione della diagnostica per immagini a carattere regionale
MPI Middleware – Repository Order Entry a carattere regionale.

per le cui procedure è stata delegata la centrale di committenza CRAS di PuntoZero S.c.ar.l. (trasmissione tramite PEC del 05/12/2022 – n. prot. in uscita n. 82247/2022).

Per il supporto a tali progetti e per realizzare ulteriori interventi specifici per l’Azienda Ospedaliera, volti a modernizzare l’infrastruttura tecnologica del sistema informativo clinico, è stata effettuata l’adesione all’AQ Consip “Sanità Digitale - lotto 6 (Lotto di Supporto)” deliberata con atto n. 607 del 25/05/2023. Questo strumento è stato creato specificatamente da Consip per fornire alle Aziende Sanitarie servizi di consulenza professionale sia dal punto di vista progettuale che giuridico/normativo.

La finalità degli investimenti è quella di innalzare il livello di digitalizzazione dei processi clinici e dei servizi digitali offerti ai cittadini dall’Azienda Ospedaliera, innalzando il livello di digitalizzazione di almeno una fascia, certificando tale passaggio tramite l’organismo di valutazione internazionale HIMMS.

Per quanto riguarda la Missione 6 Salute – Investimento C2 1.1 “Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero” Sub investimento 1.1.2 “GRANDI APPARECCHIATURE SANITARIE” a valere sui fondi PNRR, affidati alla S.C. Bioingegneria, questa Azienda si sta

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 85 di 98

muovendo di concerto con le altre aziende del SSR, sotto il coordinamento della Direzione Regionale Salute e Welfare.

Gli interventi previsti riguardano n. 8 apparecchiature, per cui sono stati chiesti e ottenuti € 4.195.100,00 di finanziamenti approvati con Delibera del Direttore Generale f.f. n. 249 del 07/03/2022 e validati dalla Regione Umbria. La finalità degli investimenti è quello di rinnovare le attrezzature ospedaliere ad alto contenuto tecnologico.

L’Azienda Ospedaliera aderisce a convenzioni quadro Consip per la realizzazione dei singoli interventi, il cui stato di avanzamento al 24/01/2024 viene riportato nella tabella che segue:

<b>Missione 6 Salute</b>			
<b>Investimento C2 1.1 “Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero”</b>			
<b>Sub investimento 1.1.2 “Grandi Apparecchiature Sanitarie”</b>			
<b>Descrizione apparecchiatura</b>	<b>Assegnazione</b>	<b>Delibera acquisizione apparecchiatura</b>	<b>Stato procedura</b>
Ecotomografo	Radiologia	111/2022	Collaudo effettuato in data 28.09.2022
Ecotomografo	Reumatologia	111/2022	Collaudo effettuato in data 18.04.2023
Ecotomografo	Medicina del Lavoro	111/2022 1380/2023	Collaudo effettuato in data 18.04.2023 presso S.C. Medicina del Lavoro Cambio assegnazione ed acquisto ulteriori accessori a valere sulle economie di progetto
Ecotomografo	Cardiologia	289/2022	Collaudo effettuato in data 11.11.2022
PET/TC	Medicina Nucleare	467/2022	Consegna apparecchiatura in data 09.01.2024
Sistema radiologico fisso	Radiologia	631/2023	In corso attività per adeguamento locali (previsione fine lavori entro il 31/03/2024)
Angiografo	Cardiologia	926/2023	In corso attività per adeguamento locali (previsione fine lavori entro il 15/12/2024)
<b>Descrizione apparecchiatura</b>	<b>Assegnazione</b>	<b>Delibera acquisizione apparecchiatura</b>	<b>Stato procedura</b>
Angiografo	Cardiologia	926/2023	In corso attività per adeguamento locali (previsione fine lavori entro il 15/12/2024)

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 86 di 98

Per quanto riguarda la Missione 6 Componente 2 – Investimento 2.2.: Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario- sub Investimento 2.2. (b) Corso in infezioni ospedaliere questa Azienda si sta muovendo di concerto con le altre aziende del SSR, sotto il coordinamento della Direzione Regionale Salute e Welfare

Il finanziamento previsto per le attività formative previste dal progetto ammonta a d € 362.399,00.

Per quanto riguarda la Missione Missione 6 Componente 2 – Investimento 1.3.1 “Rafforzamento delle infrastrutture tecnologica e degli strumenti per la raccolta ,l’elaborazione l’analisi dei dati e la Simulazione FSE. Adozione e utilizzo FSE da parte delle Regioni”. Anche nella fattispecie questa Azienda si sta muovendo di concerto con le altre aziende del SSR, sotto il coordinamento della Direzione Regionale Salute e Welfare.

Il progetto è articolato in:

- 1) piano di rafforzamento delle competenze digitali parte formazione che prevede un finanziamento pari ad € 745.554,35
- 2) piano di rafforzamento delle competenze digitali parte comunicazione che prevede un finanziamento pari ad € 250.000,00

Per quanto riguarda la Missione 6 Componente 2 – Investimento 2.1 “Rafforzamento e potenziamento della ricerca biomedica del SSN”, questa Azienda è risultata essere vincitrice, su due linee di progetto, del bando del Ministero della Salute del 20/04/2022, con presa d’atto della Regione Umbria con Delibera n. 1402 del 28/12/2022.

<b>Missione 6 Salute - Componente 2</b>			
<b>Investimento 2.1 “Rafforzamento e potenziamento della ricerca biomedica del SSN”</b>			
<b>Delibera del Direttore Generale</b>	<b>Tematica</b>	<b>Progetto</b>	<b>Importo finanziato per AOPG (euro)</b>
641 del 01/06/23	Proof of Concept	PNRR-POC-2022-12375810	600.000,00 *
642 del 01/06/23	Malattie Croniche non Trasmissibili ad alto impatto sui sistemi sanitari e socio-assistenziali	PNRR-MAD-2022-12376035	300.000,00 **

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 87 di 98

\* Importo finanziato euro 1.000.000,00, l’attività progettuale sarà portata avanti da due unità operative, ovvero l’Azienda Ospedaliera di Perugia quale capofila (€ 600.000,00) e l’Azienda Ospedaliera di Pescara (€ 400.000,00).

\*\* Importo finanziato euro 1.000.000,00, l’attività progettuale sarà portata avanti da tre unità operative, ovvero l’Azienda Ospedaliera di Perugia quale capofila (€ 300.000,00), la Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta di Milano (€ 300.000,00) e il Centro Neurolesi Bonino Pulejo IRCCS di Messina (€ 400.000,00).

### **Trasparenza**

La legge 190/2012 individua, quale strumento fondamentale per la prevenzione della corruzione e dell’illegalità nella PA, la Trasparenza, intesa come accessibilità totale delle informazioni concernenti l’organizzazione e l’attività delle pubbliche amministrazioni.

Con riferimento alla organizzazione aziendale attualmente vigente, pertanto, nella tabella allegata (**Allegato 2 - TRASPARENZA 2024-2026 – Elenco obblighi di pubblicazione**) si riportano gli obiettivi di trasparenza e contenuti specifici da pubblicare sul sito web aziendale ed in particolare:

- le categorie di dati da pubblicare (riferimenti: 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; Allegato 1) della Delibera ANAC n. 264 del 20.6.2023, come modificato con delibera 601 del 19 dicembre 2023 - ATTI E DOCUMENTI DA PUBBLICARE IN “AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE” SOTTOSEZIONE “BANDI DI GARA E CONTRATTI”).
- la relativa fonte normativa con descrizione del contenuto degli obblighi di pubblicazione;
- la Struttura ed il nominativo del relativo Responsabile che produce ed aggiorna tali dati;
- la tempistica di pubblicazione/aggiornamento.

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 88 di 98

## **2.4. Piano dell’Uguaglianza di Genere e Piano delle Azioni Positive**

Il Piano dell’Uguaglianza di Genere, introdotto per favorire i processi di uguaglianza di genere nelle organizzazioni, risulta essere requisito previsto dalla Linea Guida della Commissione Europea “Horizon Europe Guidance on Gender Equality Plans (GEPs)” del 29.09.2021, oltre che di accesso ai finanziamenti dei programmi a gestione diretta della Commissione Europea. L’Azienda Ospedaliera di Perugia, con Deliberazione del Direttore Generale n. 1492 del 22/12/2023 ha adottato il Piano dell’Uguaglianza di Genere.

Gli obiettivi del Piano dell’Uguaglianza di Genere, in linea con quelli previsti dalla strategia sulla parità di genere sostenuta dalla Commissione Europea, coincidono con quelli inseriti nel Piano delle azioni positive 2022-2024, in continuità con i piani precedenti.

Il Piano delle Azioni Positive è un documento programmatico triennale mirato ad introdurre azioni positive all’interno del contesto organizzativo e di lavoro che esplica chiaramente gli obiettivi, i tempi ed i risultati attesi per realizzare progetti a beneficio di tutto il personale dell’Azienda, in materia di benessere organizzativo, parità e pari opportunità, contrasto alle discriminazioni ed alla violenza.

Il piano delle azioni positive viene proposto dal Comitato Unico di Garanzia (CUG) che ha compiti propositivi, consultivi e di verifica nell’ambito delle “garanzie” di pari opportunità, valorizzazione del benessere lavorativo e contro le discriminazioni.

Ai sensi del D.P.R. n. 81 del 24 giugno 2022 (art. 1 comma 1 lettera f) l’adempimento relativo all’adozione del Piano delle Azioni Positive, previsto dall’art. 48 comma 1 del D.Lgs. 198/2006, è assorbito dal PIAO, pertanto le Azioni positive divengono parte integrante della programmazione aziendale.

Il Piano dell’Uguaglianza di Genere (Allegato 3) è completo del Piano Triennale Azioni Positive CUG (Allegato 4) e della Relazione annuale CUG 2023 (Allegato 5).

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 89 di 98

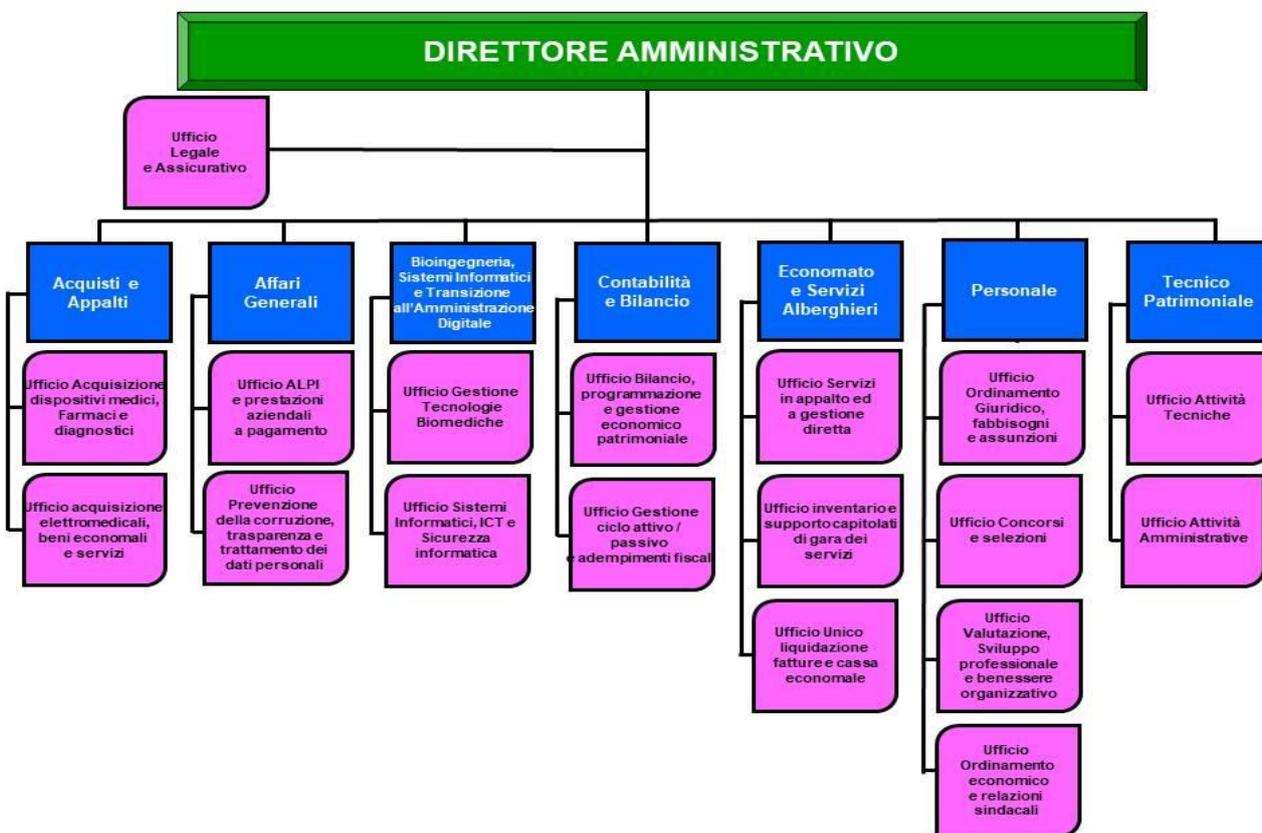
### 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

#### 3.1. Struttura organizzativa

Di seguito si rappresenta l’organigramma aziendale vigente deliberato con Deliberazione del Direttore Generale n. 1356 del 29/11/2023 “Assetto organizzativo dell’Azienda Ospedaliera di Perugia: modifiche ed integrazioni alla deliberazione del D.G. n. 984 del 02.07.2021 e alla macrostruttura modificata con deliberazione n. 556 del 08.06.2022. Approvazione organigramma aziendale, funzionigramma dipartimenti sanitari e funzionigramma area centrale”

#### ORGANIGRAMMA DELLA DIREZIONE STRATEGICA







Emergenza e Urgenza	Scienze Cardio Toraco Vascolari	Scienze Onco Emato Gastroenterologiche	Neuroscienze ed Organi Sensoriali	Materno Infantile	Medicina Interna e Medicina Specialistica 1	Medicina Interna e Medicina Specialistica 2	Scienze Chirurgiche	Diagnostica per Immagini e di Laboratorio
Chirurgia Generale e d'Urgenza	Chirurgia Toracica	Ematologia e TMO	Clinica Otorinolaringoiatrica	Clinica Ostetrica e Ginecologica	Endocrinologia e Malattie del Metabolismo	Medicina Interna	Clinica Ortopedica e Traumatologica	Radiologia
Pronto Soccorso	Cardiochirurgia	Gastroenterologia ed Epatologia	Clinica Oculistica	Ostetricia e Ginecologia	Medicina del Lavoro Malattie Respiratorie e Tossicologiche	Clinica Dermatologica	Chirurgia Generale	Diagnostica per immagini
Centrale Operativa 118	Medicina Interna Vascolare d'Urgenza – Stroke Unit	Oncologia Medica	Neurochirurgia	Clinica Pediatrica	Geriatrics	Malattie Infettive	Clinica Urologica ad Indirizzo Oncologico	Neuroradiologia
Anestesia e Rianimazione 1	Cardiologia	Radioterapia Oncologica	Clinica Neurologica	Oncematologia Pediatrica	Pneumologia e Utlr	Nefrologia e Dialisi	Chirurgia Generale ed Oncologica	Medicina Nucleare
Anestesia e Rianimazione 2	Cardiologia e Fisiopatologia Cardiovascolare	Servizio Immunotrasfusionale	Neurofisiopatologia	Neonatalogia e Utin	Reumatologia			Fisica Sanitaria
	Chirurgia Vascolare		Unità Spinale Unipolare	Chirurgia Pediatrica				Patologia Clinica
			Psichiatria Psicologia Clinica Riabilitazione Psichiatrica					Microbiologia
								Anatomia Patologica

### **3.2. Organizzazione del lavoro agile**

Con Delibera del Direttore Generale n. 260 del 03/03/2023 questa Azienda ha approvato il “Regolamento in materia di lavoro agile (smart working) ai sensi del CCNL Comparto Sanità 2019-2021”, riportato in Allegato 6.

La prestazione lavorativa con lavoro agile viene eseguita in parte all'interno dei locali aziendali e in parte all'esterno, senza una postazione fissa, entro i soli limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva.

Tale particolare modalità di esecuzione della prestazione di lavoro subordinato è stata introdotta al fine di incrementare la competitività e di agevolare la conciliazione dei tempi di vita e lavoro.

Ai sensi dell'art. 77, comma 2 del CCNL 2019/2021, è escluso dall'accesso alla modalità di lavoro agile il personale adibito a mansioni che prevedono la necessaria presenza del lavoratore presso l'Azienda Ospedaliera di Perugia.

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 92 di 98

L'esecuzione della prestazione in modalità agile è realizzabile quando attività e funzioni siano almeno in parte delocalizzabili, cioè tali da non richiedere la costante presenza fisica nella sede di lavoro del dipendente addetto. A titolo meramente esemplificativo si riporta un'elencazione di tipologie di attività che, di norma, possono essere svolte in modalità agile:

- a) analisi, studio, ricerca e stesura di testi e relazioni connesse con i compiti d'ufficio;
- b) attività di approfondimento normativo o giurisprudenziale;
- c) predisposizione di atti/provvedimenti o di minute degli stessi, di relazioni propedeutiche, ovvero di modulistica, ovvero di documentazione tecnica;
- d) elaborazione/inserimento dati, monitoraggio, reportistica;
- e) utilizzo di appositi sistemi applicativi per lo svolgimento delle attività/funzioni attribuite in base alle competenze delle strutture.

Tale regolamentazione aziendale sarà oggetto di successive modifiche e/o aggiornamenti in applicazione delle nuove disposizioni introdotte con Direttiva del 29/12/2023, sottoscritta dal Ministro per la Pubblica Amministrazione, nonché del Titolo IX, Capo I del CCNL Area Sanità, Triennio 2019-2021, sottoscritto il 23 gennaio 2024.

### **3.3. Piano triennale dei fabbisogni di personale**

Il Piano triennale dei fabbisogni di personale 2024-2026 (PTFP) in fase di adozione provvisoria è stato predisposto attraverso il contemperamento tra le esigenze di sviluppo e di risposta ai bisogni di salute e l'analisi predittiva sulle cessazioni di personale (Allegato 7), seguendo sostanzialmente i seguenti criteri:

- Copertura del turnover in relazione alla valutazione del mantenimento delle attività assistenziali, delle prestazioni svolte e per l'erogazione dei LEA.

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 93 di 98

- Raggiungimento degli standard di assistenza ospedaliera ed implementazione delle attività dei percorsi in area urgenza-emergenza necessarie per assolvere l’obbligo di riordino del SSR prioritariamente correlate alle reti cliniche tempo dipendenti.
- Implementazione dei progetti per la “transizione all’amministrazione digitale” e di Health Technology Assessment (HTA);
- Implementazione degli organici relativi all’incremento dei posti letto di Terapia Intensiva e relativo al potenziamento dei mezzi di soccorso ai sensi dell’art. 2 del D.L. n.34/2020 intitolato *“Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all’economia, nonché di politiche sociali connesse all’emergenza epidemiologica da COVID-19”* convertito con legge n. 77/2020 che ha disposto l’assegnazione alle regioni di specifiche risorse finalizzate al riordino della rete ospedaliera in relazione all’emergenza da COVID-19.
- Reingegnerizzazione e razionalizzazione delle attività svolte nell’ambito dell’area Amministrativa con adeguamento dei profili professionali ad uno standard di competenza professionale in grado di poter affrontare sia gli obiettivi posti dal PNRR che dal nuovo piano sanitario regionale;

Ai fini della redazione del PTFP 2024-2026 si è tenuto conto, per quanto prevedibile, con relativa valorizzazione in termini di organici e costi, di tutte le assunzioni già disposte o in itinere in attuazione delle previsioni del PTFP relativo all’anno 2023 per effetto di obbligazioni giuridiche perfezionate con prese di servizio nell’anno 2024.

Si aggiunga che, in riscontro a quanto disposto con DGR n. 904 del 5/10/2022, la Direzione aziendale ha approvato con atto 13 novembre 2023 n. 1269 il Programma operativo aziendale di recepimento e realizzazione del Piano di Efficientamento e Riqualficazione del Sistema Sanitario Regionale 2022-2024 anno 2023 del SSR contenente tra l’altro le azioni da porre in essere per l’allineamento con gli standard del DM 70/2015.

Nell’anno **2024** risultano complessivamente previste **n. 258** assunzioni ordinarie, come di seguito dettagliate:

- **n. 166** azioni di reclutamento ordinario;
- **n. 92** stabilizzazioni oltre al turn over che insistono su posti coperti con contratti a tempo determinato attivati per esigenze straordinarie e che, conseguentemente, costituiscono incremento del fabbisogno ma non rilevano in termini di spesa in quanto la stessa è già considerata per effetto dei contratti in essere;

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 94 di 98

nel suddetto dimensionamento non sono considerate le ulteriori stabilizzazioni che verranno operate su posti coperti con contratti a tempo determinato su posto vacante (che non producono impatto in termini di fabbisogno e quindi non sono rappresentate nella Tabella 1 dell’Allegato 7 ma che saranno in ogni caso riportate nella deliberazione di approvazione del PTFP 2024/2026 per la complessiva coerenza delle azioni di reclutamento).

Nella redazione del Piano particolare attenzione è stata prestata alla valorizzazione delle professionalità che l’Azienda intende confermare ed ulteriormente promuovere per l’arco triennale di interesse del Piano, anche attraverso il completamento dei processi di stabilizzazione del personale in corso di attuazione per effetto delle procedure avviate con Deliberazione DG n. 1424 del 11/12/2023 ai sensi dell’art. 1, comma 268, lettera b), della legge 30 dicembre 2021 n. 234, con le modifiche introdotte dalla Legge 29.12.2022, n. 197, dal DL 29.12.2022, n. 198 e dal DL 30.3.2023, n. 34.

Per l’anno **2025** risulta prevista n. 1 assunzione ordinaria.

Parimenti, per consentire la valorizzazione del personale interno, per l’area del Comparto è prevista l’applicazione dell’istituto della Progressione tra le aree di cui all’art. 20 del CCNL 2019/2021 sottoscritto il 2 novembre 2022 per complessivi 12 posti nell’anno 2024 cui si aggiungono per l’anno 2025 ulteriori 12 posti.

Le azioni previste saranno in ogni caso disposte nei limiti del tetto di spesa di personale assegnato con Deliberazione della Giunta Regionale n. 581/2021, nel rispetto delle priorità che saranno definite dalla Direzione aziendale e delle linee strategiche anche connesse all’attuazione della programmazione regionale.

A tal fine, la complessiva programmazione delle azioni di potenziamento degli organici prevista per l’anno 2024 verrà approvata in via provvisoria da questa Azienda con specifico atto deliberativo del Direttore Generale da trasmettere alla Direzione regionale Salute e welfare per la preventiva autorizzazione della Giunta regionale connessa alla verifica di compatibilità finanziaria e successivamente approvata in via definitiva con ulteriore Deliberazione del Direttore Generale.

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 95 di 98

### **3.4. Formazione del personale**

Nell'anno 2022 la Direzione Salute e Welfare della Regione Umbria ha attivato un processo di riorganizzazione della formazione continua in sanità, istituendo con D.G.R. n. 716 del 13/07/2022 il Centro Unico di Formazione (CUF) , per la gestione unica della formazione in tutto il territorio regionale, leva strategica del governo clinico orientato sulle buone prassi basate su metodi di innovazione e obiettivi condivisi.

Vengono declinati in particolar modo, ruoli e funzioni delle strutture di gestione e controllo della formazione:

- Commissione di Direzione
- Commissione tecnico scientifica
- Servizio amministrativo e risorse del SSR
- Osservatorio Regionale per la formazione continua (ORECEM)
- Comitato gestionale operativo
- Referenti di area tematica

Con D.G.R. n. 1020 del 05/10/2022 " Centro Unico di Formazione e valorizzazione delle risorse umane. Approvazione piano formativo unico regionale. Sperimentazione periodo settembre - dicembre 2022", viene attivato il Comitato gestionale operativo, composto dal personale degli Uffici di formazione aziendali, messo a disposizione per il CUF dalle singole Direzioni, su manifestazione di interesse degli stessi e dato mandato, in collaborazione con il Consorzio Scuola umbra di Amministrazione Pubblica, di attivare gestire i progetti inseriti a Piano Formativo Unico, fino al termine del periodo di sperimentazione fissato al 31/12/2022.

Nel periodo della sperimentazione vengono erogati dalle singole aziende tutti gli eventi formativi programmati e non conclusi al 30 giugno 2022 insieme ai corsi obbligatori.

Con D.G.R. n. 148 del 15/02/2023 “Centro unico di formazione e valorizzazione delle risorse umane. Modello organizzativo e approvazione piano unico di formazione regionale 2023” è stato approvato il modello organizzativo delle attività del processo formativo.

Con D.G.R. n. 839 del 07/08/2023 “Approvazione Disciplinare Centro unico di Formazione e sviluppo risorse umane” Si approva il disciplinare e si dà mandato alle Direzioni generali delle

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 96 di 98

aziende sanitarie regionali e all’Amministratore unico del Consorzio Scuola Umbra di amministrazione Pubblica (SUAP) di riceverlo insieme agli allegati.

Con DDG n. 964 del 01/09/2023 l’Azienda Ospedaliera recepisce il disciplinare con i documenti allegati che ne costituiscono parte integrante:

- Allegato 1 “Job description gestione formazione”
- Allegato 2 “Tariffario docenti”
- Allegato 3 “Costi corso Formazione”

Attualmente con il coordinamento della Regione Umbria, l’Azienda Ospedaliera di Perugia, attraverso il comitato operativo CUF aziendale, ha provveduto alla raccolta dei bisogni formativi aziendali indicandone i responsabili scientifici, coordinatori didattici e Tutor. La proposta aziendale del Piano Unico di Formazione regionale per l'anno 2024 è stata inviata alla Direzione regionale salute e Welfare e alla coordinatrice del CUF per sottoporla, entro gennaio, al comitato tecnico scientifico del CUF per la relativa revisione / approvazione, propedeutica alla fase di deliberazione da parte della giunta regionale.

Allegati:

ALL. 8 - D.G.R. n. 148 del 15 febbraio 2023 “CENTRO UNICO DI FORMAZIONE E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE. MODELLO ORGANIZZATIVO E APPROVAZIONE DEL PIANO UNICO DI FORMAZIONE REGIONALE IN SANITÀ 2023”

ALL. 9 – D.G.R. n.839 del 07/08/2023 “ APPROVAZIONE DEL DISCIPLINARE CENTRO UNICO DI FORMAZIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE”

ALL. 10 – DDG n. n. 964 del 01/09/2023 “ RECEPIMENTO DISCIPLINARE “CENTRO UNICO DI FORMAZIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE” -ATTUAZIONE D.G.R. N. 148/2023 E D.G.R. N. 839/2023

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 97 di 98

#### 4. MONITORAGGIO

Misurare il valore pubblico, generato dall’Azienda mediante le proprie azioni strategiche, si esplicita concretamente nel misurare i risultati raggiunti negli ambiti strategici delineati in questo Piano e rendicontati nella Relazione sulla Performance. Quando vengono rendicontati i risultati della performance di struttura (gli obiettivi operativi della struttura stessa) e messi in correlazione con quelli strategici da cui discendono, l’intento è rendere evidente il legame tra obiettivi aziendali e obiettivi operativi assegnati alla struttura.

La rendicontazione puntuale relativa ai singoli obiettivi avviene acquisendo i dati dalle fonti ufficiali aziendali o regionali, recuperando la documentazione e le relazioni dalle strutture relativamente al conseguimento degli obiettivi qualitativi e organizzativi (definizione di linee guida, aggiornamento e predisposizione di protocolli clinico/assistenziali, ecc.), in modo che tale valutazione sia supportata da elementi oggettivi. In particolare si fa riferimento ai principali sistemi di misurazione di performance (PNE – AGENAS, MeS) ma anche monitorando degli indicatori derivanti da sistemi informativi aziendali. Tali dati vengono poi rappresentati tramite report periodici. A tale sistema di reporting è stato affiancato un cruscotto contenente i dati aziendali in modo da rendere più puntuale il monitoraggio delle performance sia per la Direzione Strategica che per le Strutture Complesse. Il processo di valutazione di struttura deve essere normato da apposito regolamento deliberato in cui sono esplicitati, oltre al cronoprogramma, gli obiettivi e la metodologia di calcolo.

Il monitoraggio sulle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza viene effettuato tramite i singoli adempimenti con la cadenza indicata nelle schede di cui all’allegato 1 MAPPATURA PROCESSI E RISCHI CORRUTTIVI, in coerenza con le indicazioni dell’ANAC.

La finalità è quella di monitorare lo stato di attuazione delle misure di gestione dei rischi corruttivi e delle misure di promozione della trasparenza individuate per ogni obiettivo di valore pubblico, per verificarne l’appropriatezza ed eventualmente prevedere eventuali misure correttive.

Nel corso dell’anno 2022 sono stati adottati due regolamenti, previsti nel PIAO 2022 -2024 per il trattamento dei rischi corruttivi nell’area dei contratti pubblici: con Deliberazione del direttore generale n. 14 del 16/07/2022 il “REGOLAMENTO PER L’ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI IN REGIME DI INFUNGIBILITA” e con Deliberazione del direttore generale n. 77 del 03/08/2022 il “REGOLAMENTO PER LA NOMINA COMPOSIZIONE E FUNZIONAMENTO

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b><i>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</i></b>		Pagina 98 di 98

DELLE COMMISSIONI GIUDICATRICI E DEI SEGGI DI GARA, NELLE PROCEDURE PER L'AGGIUDICAZIONE NEI CONTRATTI PUBBLICI”.

Nel corso dell'anno 2024 è prevista l'adozione di ulteriori regolamenti predisposti dalla S.C. Acquisti e Appalti, come indicato nelle schede di cui all'allegato 1 MAPPATURA PROCESSI E RISCHI CORRUTTIVI.

MAPPATURA PROCESSI E RISCHI CORRUTTIVI										
MAPPATURA DEI PROCESSI					VALUTAZIONE DEL RISCHIO				TRATTAMENTO DEL RISCHIO	
STRUTTURA	PROCESSO	NUMERO FASI	DESCRIZIONE FASI/AZIONI	ESECUTORE FASE	EVENTO (RISCHIO)	MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO	FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI.	GIUDIZIO SINTETICO DEL LIVELLO DI ESPOSIZIONE DEL RISCHIO	DESCRIZIONE MISURA E TEMPI DI ATTUAZIONE	MONITORAGGIO
DAA	Programmazione	1	Ricognizione, Analisi, Aggregazione, Definizione e Validazione Fabbisogni contrattuali	Gestori del Fabbisogno: Farmacia Bioingegneria, Economato, Tecnico Patrimoniale, Servizi Informativi, IOSO, Personale, Bilancio, altro	Fabbisogno non rispondente a criteri di efficienza, efficacia, economicità, ma alla volontà di premiare interessi particolari.	Analisi reticente o ultronea rispetto alle necessità dell'Ente. Frazionamento artificioso di opere forniture e servizi	3. Inadeguatezza della regolazione del processo	3.1 Il processo è discrezionale in quanto non adeguatamente vincolato dalla legge o da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari): Rischio ALTO	Corretta individuazione degli attori da coinvolgere in relazione alle specifiche competenze per identificare le procedure da inserire nella programmazione, previa adozione di una Procedura Aziendale Operativa	ANNUALE. Invio Procedura Aziendale Operativa al RPCT
DAA	Programmazione	2	Adozione, con deliberazione, del Programma triennale Beni e Servizi ed Elenco Annuale previo caricamento su piattaforma MIT.	Referente del Programma triennale, su impulso Gestori del fabbisogno	Intempestiva predisposizione degli strumenti di programmazione (elenco iniziative di acquisto).	Intempestiva approvazione degli strumenti di programmazione.	3. Inadeguatezza della regolazione del processo	3.1 Il processo è discrezionale in quanto non adeguatamente vincolato dalla legge o da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari): Rischio ALTO	Definizione congiunta programmazione biennale secondo tempi e modalità definite, previa condivisione Procedura Aziendale Operativa. <b>ENTRO 90 gg dall'approvazione del Bilancio.</b> Avvio progetto formativo. <b>Presentazione progetto</b>	INFRA-ANNUALE
	Programmazione	3	Comunicazione al Tavolo dei Soggetti Aggregatori, per estrazione dal Programma triennale, dell'elenco delle iniziative di acquisto di importo superiore a un milione di euro.	Referente del Programma triennale, su impulso Gestori del fabbisogno	Intempestiva predisposizione degli strumenti di programmazione (elenco iniziative di acquisto).	Intempestiva approvazione degli strumenti di programmazione.	4.1 Livello dei controlli amministrativi, interni o esterni	4.1. Il processo non è soggetto a controlli interni ed esterni: Rischio ALTO	Definizione congiunta programmazione biennale secondo tempi e modalità definite, previa condivisione Procedura Aziendale Operativa. <b>ENTRO 90 gg dall'approvazione del Bilancio.</b> Avvio progetto formativo. <b>Presentazione progetto</b>	INFRA-ANNUALE
DAA	Programmazione	4	Pubblicazioni e comunicazioni connesse all'adozione della programmazione (profilo committente, tavolo soggetti aggregatori)	Referente del Programma Biennale, su impulso Gestori del fabbisogno	Intempestiva predisposizione ed approvazione degli strumenti di programmazione.	Intempestiva pubblicazione e comunicazione degli strumenti di programmazione.	4.1 Livello dei controlli amministrativi, interni o esterni	4.1. Il processo non è soggetto a controlli interni ed esterni: Rischio ALTO	Definizione congiunta programmazione biennale secondo tempi e modalità definite, previa condivisione Procedura Aziendale Operativa. <b>ENTRO 90 gg dall'approvazione del Bilancio.</b> Controllo tempi attivazione procedure gara in relazione a scadenze e applicazione di strumenti controllo, ed interventi sostitutivi. Pubblicazione report periodici relativi all'attuazione della programmazione.	INFRA-ANNUALE
DAA	Progettazione	1	Aggregazione acquisto programmato o motivazione ragioni della non programmazione (urgenza / emergenza, soglia di importo sotto 140.000 €, altro), propedeutico alla definizione specifiche tecniche e Capitolato Speciale Prestazionale	Gestori del fabbisogno	Disattendere le previsioni della programmazione procedendo all'affidamento di contratti non programmati o non procedendo all'attivazione e all'affidamento di contratti programmati.	Affidamento di contratti non programmati o non affidamento di contratti programmati, in assenza di programmazione.	4.1 Livello dei controlli amministrativi, interni o esterni	4.1. Il processo non è soggetto a controlli interni ed esterni: Rischio ALTO	Controllo periodico andamento programmazione e pubblicazione stati di avanzamento della stessa. Individuazione e predisposizione procedura informatica per utilizzo strumenti di controllo e monitoraggio. Definizione di modalità di autorizzazione delle richieste di acquisto fuori programmazione con inserimento delle motivazioni. Adozione atto regolamentare sulle acquisizioni. <b>ENTRO IL 30.06.2025.</b>	INFRA-ANNUALE, previa adozione PROCEDURA INFORMATICA

DAA	Progettazione	2	Analisi convenzioni attive CONSIP e atti di pianificazione del Soggetto Aggregatore regionale	Gestori del fabbisogno - RUP	Non utilizzo delle Convenzioni o del mercato elettronico al fine di favorire specifici fornitori.	Frazionare l'acquisto per eludere le soglie di obbligatorietà di cui al DPCM 2018 o attestare l'insussistenza di convenzioni attive o la presenza di categorie merceologiche nel mercato elettronico	7. Non adeguata formazione, informazione e responsabilizzazione degli addetti	7.1 Negli ultimi 3 anni sono stati erogati al personale corsi di formazione a carattere generale ma non specifico: Rischio MEDIO	Monitoraggio periodico dei livelli di adesione alle convenzioni dei soggetti aggregatori Motivazione nella determina a contrarre in ordine sia alla scelta della procedura sia alla scelta del sistema di affidamento adottato ovvero della tipologia contrattuale. <b>MODALITA' ADOTTATE</b>	SEMESTRALE
DAA	Progettazione	3	Individuazione Responsabile Unico del Procedimento (RUP) o sostituzione.	Referente del Programma triennale, su impulso Gestori del fabbisogno	Nomina di Responsabile unico del procedimento (RUP) in rapporto di contiguità con imprese concorrenti (soprattutto esecutori uscenti) o privo dei requisiti idonei e adeguati ad assicurare la terzietà e l'indipendenza.	Elusione delle regole sulla rotazione, sul conflitto di interesse, sulla trasparenza e sulla competenza.	7. Non adeguata formazione, informazione e responsabilizzazione degli addetti	7.1 Negli ultimi 3 anni sono stati erogati al personale corsi di formazione a carattere generale ma non specifico: Rischio MEDIO	1) Rotazione RUP, compatibilmente con le esigenze organizzative e le necessarie competenze richieste per medesime procedure di affidamento e/o in base ai settori di acquisto 2) dichiarazioni di assenza di conflitto d'interesse 3) Lavori: Individuazione dei RUP nel piano di programmazione annuale dei lavori col criterio della rotazione 4) Servizi e Forniture: Indicazione dei RUP nel Programma triennale 5) Indicazione/conferma del RUP nominato nel dispositivo atti di indizione successivi. <b>MODALITA' ADOTTATE (per la rotazione compatibilmente con gli assetti organizzativi).</b>	SEMESTRALE
DAA	Progettazione	4	Svolgimento indagini di mercato -pubblicazione di avvisi esplorativi - Avvio Consultazione Preliminare di Mercato (CPM) propedeutici alla definizione delle specifiche tecniche	RUP, su impulso del gestore del fabbisogno e/o dei Gruppi Tecnici di Progettazione.	Svolgimento di indagini di mercato o Avvisi esplorativi o CPM superficiali o poco chiari o i cui risultati vengono predeterminati in funzione della restrizione del possibile mercato ad uno o pochi fornitori.	Elusione delle regole sulla trasparenza e sulla concorrenza; favorire asimmetrie informative che avvantaggiano l'operatore economico uscente..	4.1 Livello dei controlli amministrativi, interni o esterni	4.1. Il processo non è soggetto a controlli interni ed esterni: Rischio ALTO	Adeguate livello di trasparenza delle procedure di indagine di mercato, esplorazione di mercato. Adozione atto regolamentare. <b>ENTRO IL 30.06.2024</b>	ANNUALE
DAA	Progettazione	5	Verifica esclusività/infungibilità tramite avviso esplorativo o CPM, valutazione eventuali candidature e definizione della procedura per la soddisfazione di quel fabbisogno.	RUP	Elusione delle regole che determinano l'esclusività/infungibilità dei beni/servizi finalizzate a favorire specifici fornitori.	Riconoscere a un determinato bene o servizio una condizione di esclusività/infungibilità non reale.	4.1 Livello dei controlli amministrativi, interni o esterni	4.1. Il processo non è soggetto a controlli interni ed esterni: Rischio ALTO	1) L'acquisizione di beni/servizi di natura infungibile o in regime di esclusività Utilizzo di specifica modulistica compilata dal richiedente l'acquisto, finalizzata con la quale si rende noto l'esito di tali valutazioni 2) Applicazione Regolamento acquisti infungibili Avvio progetto formativo.	ANNUALE. definizione del progetto formativo.

DAA	Progettazione	6	Costituzione Gruppo Tecnico di Progettazione, incaricato di definire il Capitolato tecnico prestazionale, la relazione di contesto, la griglia dei parametri e sub parametri di valutazione	RUP	Individuazione Componenti Gruppo tecnico di Progettazione privi dei requisiti idonei e adeguati ad assicurarne la terzietà e l'indipendenza.	Componenti Gruppo tecnico di Progettazione in rapporto di contiguità con imprese concorrenti (soprattutto esecutori uscenti). Condizione di potenziale intrinseca "prossimità" di interessi generata dal fatto che i soggetti che definiscono le caratteristiche tecniche sono anche coloro che utilizzano i materiali acquistati. Fuga di notizie circa le procedure di gara ancora da pubblicare.	4.1 Livello dei controlli amministrativi, interni o esterni	4.1. Il processo non è soggetto a controlli interni ed esterni: Rischio ALTO	1) Sottoscrizione da parte dei soggetti componenti del Gruppo Tecnico, di dichiarazioni in cui si attesta l'assenza di conflitti di interesse, anche potenziale, e di un impegno alla riservatezza. 2) Individuazione formale dei componenti del Gruppo Tecnico. <b>MODALITA' ADOTTATE</b> 3) Monitoraggio della partecipazione ai lavori di redazione del Capitolato di gara e dei tempi, con eventuali interventi sostitutivi. 4) Rotazione dei componenti dei gruppi tecnici nelle diverse edizioni dello stesso appalto o in gare ad oggetto analogo e caratterizzate da mercati di riferimento coincidenti	VERIFICHE STEP BY STEP
DAA	Progettazione	7	Quantificazione dei fabbisogni contrattuali	Gestori del fabbisogno -	Fabbisogni dichiarati non coincidenti con il reale consumo/utilizzo previsto al fine di lasciare "libere" quote di mercato da affidare a fornitori specifici.	Condizione di potenziale intrinseca "prossimità" di interessi generata dal fatto che i soggetti che definiscono le caratteristiche tecniche sono anche coloro che utilizzano i materiali acquistati.	4.1 Livello dei controlli amministrativi, interni o esterni	4.1. Il processo non è soggetto a controlli interni ed esterni: Rischio ALTO	1) Individuazione di referenti tecnici di gara responsabili della quantificazione dei fabbisogni 2) definizione di una Procedura Interna Informatica relativa alle modalità (flussi e tempi) di raccolta dei fabbisogni. <b>ENTRO IL 30.06.2024</b>	ANNUALE
DAA	Progettazione	8	Definizione requisiti minimi correlati al bene e/o servizio da acquisire e dei criteri e sub criteri di valutazione	Gestori del fabbisogno -	Individuazione di criteri di minima della fornitura/servizio finalizzati a restringere i concorrenti.	Condizione di potenziale intrinseca "prossimità" di interessi generata dal fatto che i soggetti che definiscono le caratteristiche tecniche sono anche coloro che utilizzano i materiali acquistati.	4.1 Livello dei controlli amministrativi, interni o esterni	4.1. Il processo non è soggetto a controlli interni ed esterni: Rischio ALTO	Definizione del Regolamento interno per la costituzione dei Gruppi tecnici di Progettazione, con l'individuazione delle situazioni di incompatibilità e di conflitto di interesse. <b>ENTRO IL 30.11.2024.</b>	Comunicazione al RPCT dell'intervenuta adozione del regolamento. ENTRO IL 10.12.2024
DAA	Progettazione	9	Definizione requisiti minimi correlati al bene e/o servizio da acquisire	Gestori del fabbisogno -	Definizione criteri di valutazione qualità finalizzati a favorire specifici fornitori o a restringere il mercato.	Condizione di potenziale intrinseca "prossimità" di interessi generata dal fatto che i soggetti che definiscono le caratteristiche tecniche sono anche coloro che utilizzano i materiali acquistati.	4.1 Livello dei controlli amministrativi, interni o esterni	4.1. Il processo non è soggetto a controlli interni ed esterni: Rischio ALTO	Definizione del Regolamento interno per la costituzione dei Gruppi tecnici di Progettazione, con l'individuazione delle situazioni di incompatibilità e di conflitto di interesse. <b>ENTRO IL 30.11.2024.</b>	Comunicazione al RPCT dell'intervenuta adozione del regolamento. ENTRO IL 10.12.2024
DAA	Procedura di affidamento	1	Scelta del sistema di gara (procedura aperta, ristretta, negoziata, PPP, ecc.)	RUP	Elusione regole affidamento appalti.	Improprio utilizzo di sistemi di affidamento o di tipologie contrattuali per favorire un operatore. Elusione disposizioni sulla determinazione valore stimato del contratto al fine di eludere le disposizioni sulle procedure da porre in essere. Utilizzo improprio della Procedura negoziata senza bando.	3.1 Grado di discrezionalità e di chiarezza e complessità normativa	3.1 Il processo è parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari): Rischio MEDIO	Osservanza delle norme e delle Linee Guida ANAC, anche tramite la standardizzazione degli atti di gara, in coerenza con il bando-tipo, e la pubblicazione delle modalità utilizzate per la determinazione della base d'asta. Avvio progetto formativo. <b>Presentazione progetto</b>	Comunicazione al RPCT: della presentazione del Progetto formativo

DAA	Procedura di affidamento	2	Predisposizione documentazione di gara con criteri di partecipazione, criteri di aggiudicazione, item di valutazione qualità e definizione importo a base d'appalto	RUP, sulla base delle risultanze del GTP	Definizione delle clausole lex specialis vaghe o vessatorie.	Disincentivare la partecipazione alla gara e/o consentire modifiche in fase di esecuzione. Favorire fuga di notizie circa le procedure di gara ancora da pubblicare.	3.1 Grado di discrezionalità e di chiarezza e complessità normativa	3.1 Il processo è parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari): Rischio MEDIO	Osservanza delle norme e delle Linee Guida ANAC, anche tramite la standardizzazione degli atti di gara, in coerenza con il bando-tipo, e la pubblicazione delle modalità utilizzate per la determinazione della base d'asta. Definizione Progetto Formativo <b>STANDARDIZZAZIONE ATTI DI GARA:</b>	Comunicazione al RPCT: della presentazione del Progetto formativo (ENTRO IL 10.12.2024).
DAA	Procedura di affidamento	3	Pubblicazioni e comunicazioni connesse all'indizione della gara (profilo committente, piattaforma)	RUP	Inadeguata pubblicità	Disincentivare la partecipazione alla gara per favorire determinati segmenti del mercato.	3.1 Grado di discrezionalità e di chiarezza e complessità normativa	3.1. Il processo è del tutto vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari): Rischio BASSO	1) Tempestività nella pubblicazione/trasmisione della comunicazione 2) Osservanza delle norme e delle linee guida ANAC 3) Indicazione nella programmazione dei termini previsti per la pubblicazione. 4) standardizzazione atti. <b>Definizione Progetto Formativo</b>	Comunicazione al RPCT: della presentazione del Progetto formativo
DAA	Procedura di affidamento	4	Gestione chiarimenti, quesiti, rettifiche, sopralluoghi, proroghe dei term	RUP-Gestore del Fabbisogno	Assenza di pubblicità dei chiarimenti e dell'ulteriore documentazione rilevante. Immotivata concessione di proroghe rispetto al termine previsto dal bando.	Disincentivare la partecipazione alla gara per favorire determinati segmenti del mercato.	3.1 Grado di discrezionalità e di chiarezza e complessità normativa	3.1. Il processo è del tutto vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari): Rischio BASSO	1) Accessibilità documentazione di gara e/o delle informazioni complementari rese . 2) Evidenza motivazioni a supporto concessione proroghe nei termini presentazione offerte. <b>MODALITA' ATTUATE</b>	ANNUALE
DAA	Procedura di affidamento	5	Valutazione documentazione amministrativa	RUP	Azioni e comportamenti tesi a restringere partecipanti alla gara.	Disincentivare la partecipazione alla gara per favorire determinati segmenti del mercato.	3.1 Grado di discrezionalità e di chiarezza e complessità normativa	3.1. Il processo è del tutto vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari): Rischio BASSO	1) Check list controllo documenti bando. 2)Definizione requisiti minimi di partecipazione proporzionali e ragionevoli. 3) Standardizzazione atti di gara. . 4) verifica insussistenza conflitti di interesse e incompatibilità in capo ai componenti del GdP e al RUP, anche previa adozione regolamento sul conflitto di interesse. <b>TEMPI REGOLAMENTO: ENTRO IL 30.11.2024.</b> 5) Avvio progetto formativo.	Comunicazione al RPCT: della presentazione del Progetto formativo e dell'adozione del regolamento sul conflitto di interessi (entro il 5.12.2024).
DAA	Procedura di affidamento	6	Nomina Commissione Giudicatrici	DAA	Nomina di Componenti della Commissione giudicatrice in rapporto di contiguità con imprese concorrenti (soprattutto esecutori uscenti) o privi dei requisiti idonei e adeguati ad assicurarne la terzietà e l'indipendenza.  Ritardo nell'individuazione e nell'indicazione dei nominativi.	Disincentivare la partecipazione alla gara per favorire determinati segmenti del mercato.	3.1 Grado di discrezionalità e di chiarezza e complessità normativa	3.1 Il processo è parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari): Rischio MEDIO	1) Ceck list attività commissione giudicatrice. 2) verifica insussistenza conflitti di interesse e incompatibilità in capo ai componenti della Commissione.3) Composizione Commissione con figure tecniche e professionali diversificate per competenza e provenienza aziendale. 4) Monitoraggio tempi commissione giudicatrice. <b>TEMPI REGOLAMENTO CONFLITTO DI INTERESSE: ENTRO IL 30.11.2024. TEMPI</b> 5) Sottoscrizione da parte dei soggetti coinvolti nella valutazione dichiarazioni in cui si attesta assenza interessi personali 6) monitoraggio tempi.	Comunicazione al RPCT: dell'intervenuta adozione del regolamento sul conflitto di interessi (entro il 5.12.2024)
DAA	Procedura di affidamento	7	Valutazione tecnica offerte in caso di aggiudicazione con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa sulla base del miglior rapporto qualità prezzo.	Commissione giudicatrice	Applicazione distorta dei criteri di aggiudicazione. Assenza criteri motivazionali sufficienti a rendere trasparente l'iter logico seguito nell'attribuzione dei punteggi, nonché valutazione dell'offerta non chiara/ trasparente/ giustificata.	Azioni e comportamenti tesi a restringere indebitamente la platea dei partecipanti alla gara.	3.1 Grado di discrezionalità e di chiarezza e complessità normativa	3.1 Il processo è parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari): Rischio MEDIO	2) Ceck list attività commissione giudicatrice. 2) verifica insussistenza conflitti di interesse e incompatibilità in capo ai componenti della Commissione. 3) Standardizzazione verbali. <b>TEMPI REGOLAMENTO CONFLITTO DI INTERESSE: ENTRO IL 30.11.2024.</b>	Comunicazione al RPCT: dell'intervenuta adozione del regolamento sul conflitto di interessi (entro il 5.12.2024)

DAA	Procedura di affidamento	8	Verifica di anomalia delle offerta	RUP con supporto Commissione giudicatrice o Commissione ad hoc	Verifica strumentalmente finalizzata ad escludere offerte in realtà congrue o ad ammettere offerte in realtà non congrue o credibili.	Assenza di adeguata motivazione sulla non congruità dell'offerta o inadeguatezza della relazione dell'operatore sulla congruità.	3.1 Grado di discrezionalità e di chiarezza e complessità normativa	3.1 Il processo è parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari): Rischio MEDIO	1) Valutazione effettuata dalla commissione giudicatrice o da commissione ad hoc a supporto del RUP 2) Verbalizzazione del procedimento di valutazione delle offerte anomale e di verifica della congruità dell'offerta che dia dettagliatamente conto delle motivazioni a sostegno della scelta. <b>Monitoraggio gara per gara, tramite verifica check list attività commissione giudicatrice.</b>	INFORMATIVA INFRA ANNUALE AL RPCT
DAA	Procedura di affidamento	9	Controlli post aggiudicazione/pre stipulazione.	RUP	Alterazione o omissione dei controlli e delle verifiche post aggiudicazione. Alterazione dei contenuti delle verifiche post aggiudicazione.	Favorire un aggiudicatario privo dei requisiti. Pretermettere l'aggiudicatario e favorire gli operatori economici che seguono nella graduatoria.	3.1 Grado di discrezionalità e di chiarezza e complessità normativa	3.1. Il processo è del tutto vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari): Rischio BASSO	Utilizzo del sistema AVCPass . Verifiche extra sistema, se del caso. <b>I tempi sono correlati a ciascuna gara.</b>	INFORMATIVA ANNUALE AL RPCT
DAA	Procedura di affidamento	10	Adozione provvedimento di aggiudicazione.	DAA	Immotivato ritardo formalizzazione provvedimento di aggiudicazione, che può indurre l'aggiudicatario a sciogliersi da ogni vincolo.	Pretermettere l'aggiudicatario e favorire gli operatori economici che seguono nella graduatoria.	3.1 Grado di discrezionalità e di chiarezza e complessità normativa	3.1. Il processo è del tutto vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari): Rischio BASSO	Monitoraggio tempi di aggiudicazione. <b>I tempi sono correlati a ciascuna gara</b>	INFORMATIVA ANNUALE AL RPCT
DAA	Procedura di affidamento	11	Pubblicazioni e comunicazioni connesse all'adozione della aggiudicazione.	RUP	Violazione regole a tutela della trasparenza procedura al fine di evitare o ritardare proposizione di ricorso.	Favorire un aggiudicatario privo dei requisiti.	3.1 Grado di discrezionalità e di chiarezza e complessità normativa	3.1. Il processo è del tutto vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari): Rischio BASSO	Check list di controllo sul rispetto degli adempimenti e formalità di comunicazione previsti dal Codice dei contratti. <b>PREDISPOSIZIONE CHECK LIST</b>	INFORMATIVA ANNUALE AL RPCT
DAA	Procedura di affidamento	12	Annullamento della gara/ Revoca del bando di gara.	RUP	Abuso del provvedimento di revoca del bando, non corredato da adeguata motivazione sul sopravvenuto interesse pubblico.	Bloccare una gara il cui risultato si sia rivelato diverso da quello atteso o di concedere un indennizzo all'aggiudicatario o di allungare artificiosamente i tempi di affidamento.	3.1 Grado di discrezionalità e di chiarezza e complessità normativa	3.1. Il processo è del tutto vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari): Rischio BASSO	Controllo a campione nella documentazione di gara circa il rispetto dell'obbligo di motivazione in ordine alla legittimità, opportunità, convenienza del provvedimento di revoca. <b>Controllo gara per gara.</b>	INFORMATIVA ANNUALE AL RPCT
DAA	stipula del contratto / adesione a convenzione	1	stipula del contratto / adesione a convenzione	DG o DAA	Immotivato ritardo nella adesione alla convenzione o nella sottoscrizione del contratto.	Indurre l'aggiudicatario a sciogliersi da ogni vincolo o recedere dal contratto, anche tramite adesione alla convenzione con quantitativi/importi non coerenti con il fabbisogno	3.1 Grado di discrezionalità e di chiarezza e complessità normativa	3.1. Il processo è del tutto vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari): Rischio BASSO	Monitoraggio tempi di adesione alle convenzioni o sottoscrizione dei contratti. <b>Controllo gara per gara.</b>	INFORMATIVA ANNUALE AL RPCT
DAA	stipula del contratto / adesione a convenzione	2	Individuazione Direttore dell'Esecuzione del Contratto	RUP	Nomina DEC in situazione di conflitto di interesse.	Nomina DEC in rapporto di contiguità con impresa aggiudicataria o privo dei requisiti idonei e adeguati ad assicurarne la terzietà e l'indipendenza.	3.1 Grado di discrezionalità e di chiarezza e complessità normativa	3.1 Il processo è parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari): Rischio MEDIO	1) Regolamentazione delle modalità di individuazione DEC e collaboratori e relativi compiti e funzioni. 2) Sottoscrizione da parte del DEC di dichiarazione che attesta l'assenza di interessi personali in relazione alla ditta affidataria dell'appalto 3) Formazione dei DEC e collaboratori. <b>TEMPI PREDISPOSIZIONE REGOLAMENTO DEC: ENTRO IL 30.11.2024. PREDISPOSIZIONE PROGETTO FORMATIVO</b>	Comunicazione al RPCT: dell'intervenuta adozione del regolamento sul DEC entro il 5.12.2024 e sul Progetto

**MAPPATURA PROCESSI E RISCHI CORRUTTIVI: RECLUTAMENTO PERSONALE A TEMPO DETERMINATO**

MAPPATURA DEI PROCESSI					VALUTAZIONE DEL RISCHIO				TRATTAMENTO DEL RISCHIO	
STRUTTURA	PROCESSO	NUMERO FASI	DESCRIZIONE FASI/AZIONI	ESECUTORE FASE	EVENTO (RISCHIO)	MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO	FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI.	GIUDIZIO SINTETICO DEL LIVELLO DI ESPOSIZIONE DEL RISCHIO	DESCRIZIONE MISURA E TEMPI DI ATTUAZIONE	MONITORAGGIO
DIREZIONE PERSONALE	RECLUTAMENTO DI TUTTO IL PERSONALE INTERESSATO ALLE VARIE TIPOLOGIE DI PROCEDURE SELETTIVE A TEMPO DETERMINATO	1	Richiesta di attivazione procedura selettiva	Direzione Aziendale	Fabbisogni dichiarati non coincidenti con la reale esigenza organizzativa	Preordinazione del fabbisogno in assenza di esigenza rappresentata dalla struttura di riferimento	Grado di discrezionalità	L'attivazione del processo è sostenuta da motivate richieste formali dei responsabili delle strutture aziendali: rischio basso	Tempestivo all'atto della richiesta sulla base della completezza della documentazione istruttoria	
		2	Attivazione della procedura selettiva	Responsabile del procedimento	Favorire/sfavorire posizioni soggettive	Gestione dei tempi istruttori tesi a favorire/sfavorire specifiche situazioni soggettive in assenza di idonea motivazione organizzativa	Livello di controlli amministrativi interni ed esterni	Il processo è soggetto a controlli interni: rischio basso	Monitoraggio interno in relazione alla programmazione delle attività e monitoraggio esterno connesso alla pubblicazione degli atti previste dalla normativa di settore	
		3	Pubblicazione del (Bando+Domanda) sul sito internet aziendale e per alcune procedure sul B.U.R. (Bollettino Ufficiale Regione Umbria)	Responsabile del procedimento - istruttoria						
		4	Ammissione - Esclusione partecipanti	Responsabile del procedimento						
		5	Estrazione dei componenti della commissione esaminatrice della procedura selettiva	Commissione di sorteggio	Favorire interessi particolari	Discrezionalità nella individuazione dei componenti	Assenza di regolamentazione e/o proceduralizzazione	Regolazione della fase procedurale con Delibera Aziendale n. 683 del 16/09/2019: rischio basso	Estrazione mediante sorteggio in seduta pubblica e contestuale pubblicazione in trasparenza	Tempestivo in esito al sorteggio
		6	Individuazione componenti commissione estratti esaminatrice	Direttore Generale	Favorire interessi particolari	Discrezionalità nella individuazione dei componenti	Assenza di regolamentazione e/o proceduralizzazione	Individuazione nella rosa dei soggetti esterni all'Azienda estratti a sorte in seduta pubblica: rischio basso	Individuazione tempestiva da parte del Direttore Generale sulla base dell'elenco dei soggetti estratti a sorte	
		7	Gestione prove selettive	Commissione Esaminatrice	Favorire interessi particolari	Alterazioni dell'equo accesso alla procedura	Assenza di regolamentazione e/o proceduralizzazione	Regolazione della fase procedurale con Delibera Aziendale n. 683 del 16/09/2019: rischio basso	Previsione di un numero di prove pari ai candidati presenti +1 con estrazione a sorte da parte del candidato	

RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA										
MAPPATURA DEI PROCESSI - SERVIZI A CANONE					VALUTAZIONE DEL RISCHIO				TRATTAMENTO DEL RISCHIO	
STRUTTURA	PROCESSO	NUMERO FASI	DESCRIZIONE FASI/AZIONI	ESECUTORE FASE	EVENTO (RISCHIO)	MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO	FATTORE ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI.	GIUDIZIO SINTETICO DEL LIVELLO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO	DESCRIZIONE MISURA E TEMPI DI ATTUAZIONE	MONITORAGGIO
ECONOMATO E SERVIZI ALBERGHIERI	GESTIONE DEI CONTRATTI RELATIVI AI SERVIZI IN APPALTO A CANONE MENSILE	1	ANALISI DELLE ATTIVITA' OGGETTO DEL SERVIZIO CONTENUTE NEL CAPITOLATO PRESTAZIONALE	DEC CON SUPERVISIONE RUP	IL DEC POTREBBE FAVORIRE LA DITTA OMETTENDO LE VERIFICHE DICHIARANDO LA CORRETTA ESECUZIONE	IL DEC POTREBBE DICHIARARE LA CORRETTA ESECUZIONE DELLE ATTIVITA' SENZA AVERLE VERIFICATE E POTENZIALMENTE NON ESSERE STATE SVOLTE CONSENTENDO IN TAL MODO LA LIQUIDAZIONE DELLE FATTURE	ECESSIVA DISCREZIONALITA' NELL'ESECUZIONE DEI CONTROLLI 1. MONOPOLIO DI POTERE. 1.1 GRADI DI CONCENTRAZIONE DEL POTERE DECISIONALE 1.1.1 IL DIRIGENTE/FUNZIONARIO/ORGANO CHE PREDISPONE O ADOTTA GLI ATTI O ESPRIME PARERI NON E' ANCHE RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO E NON SONO COINVOLTE NELL'ISTRUTTORIA ALTRE STRUTTURE O ALTRI ENTI	MEDIO	1) ROTAZIONE DEI DEC. <b>TEMPO DI ATTUAZIONE:</b> LA ROTAZIONE E' LEGATA ALLE SINGOLE SCADENZE CONTRATTUALI	<b>MONITORAGGIO ANNUALE CON REPORT INVIATO AL RPCT ENTRO IL MESE DI FEBBRAIO SULL'OPERATO DELL'ANNO PRECEDENTE</b>
		2	EVENTUALE PROGRAMMAZIONE DELLE ATTIVITA'							
		3	INDIVIDUAZIONE DI COMUNE ACCORDO CON LA DITTA DELLE PROCEDURE/DOCUMENTI FINALIZZATI ALL'ATTESTAZIONE DELLA REGOLARE ESECUZIONE DEL SERVIZIO CON INDICAZIONE DELLA TEMPISTICA DI TRASMISSIONE DEGLI STESSI							
		4	ACQUISIZIONE DELL'ATTESTAZIONE DI REGOLARE ESECUZIONE							
		5	ATTIVAZIONE PROCEDURA DELLA FASE DI CONTABILIZZAZIONE E SUCCESSIVA LIQUIDAZIONE	RUP/SUPPORTO AL RUP						

MAPPATURA DEI PROCESSI - SERVIZI A CONSUMO					RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA				TRATTAMENTO DEL RISCHIO	
STRUTTURA	PROCESSO	NUMERO FASI	DESCRIZIONE FASI/AZIONI	ESECUTORE FASE	VALUTAZIONE DEL RISCHIO				DESCRIZIONE MISURA E TEMPI DI ATTUAZIONE	MONITORAGGIO
					EVENTO (RISCHIO)	MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO	FATTORE ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI.	GIUDIZIO SINTETICO DEL LIVELLO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO		
ECONOMATO E SERVIZI ALBERGHIERI	GESTIONE DEI CONTRATTI RELATIVI AI SERVIZI IN APPALTO A CONSUMO ED IN BASE ALLE ESIGENZE	1	ANALISI DELLE ATTIVITA' OGGETTO DEL SERVIZIO CONTENUTE NEL CAPITOLATO PRESTAZIONALE	DEC CON SUPERVISIONE RUP	IL DEC POTREBBE 1) COMMISSIONARE SERVIZI NON INDISPENSABILI 2) ATTESTARE ATTIVITA'/SERVIZI MAGGIORI RISPETTO A QUELLI ESEGUITI	IL DEC POTREBBE 1) COMMISSIONARE SERVIZI NON INDISPENSABILI 2) ATTESTARE ATTIVITA'/SERVIZI MAGGIORI RISPETTO A QUELLI ESEGUITI	ECESSIVA DISCREZIONALITA' NELL'ESECUZIONE DEI CONTROLLI 1. MONOPOLIO DI POTERE. 1.1 GRADI DI CONCENTRAZIONE DEL POTERE DECISIONALE 1.1.1 IL DIRIGENTE/FUNZIONARIO/ORGANO CHE PREDISPONE O ADOTTA GLI ATTI O ESPRIME PARERI NON E' ANCHE RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO E NON SONO COINVOLTE NELL'ISTRUTTORIA ALTRE STRUTTURE O ALTRI ENTI	MEDIO	1) ROTAZIONE DEI DEC. <b>TEMPO DI ATTUAZIONE:</b> LA ROTAZIONE E' LEGATA ALLE SINGOLE SCADENZE CONTRATTUALI	
		2	EVENTUALE PROGRAMMAZIONE DELLE ATTIVITA'							
		3	INDIVIDUAZIONE DI COMUNE ACCORDO CON LA DITTA DELLE PROCEDURE/DOCUMENTI FINALIZZATI ALL'ATTESTAZIONE DELLA REGOLARE ESECUZIONE DEL SERVIZIO CON INDICAZIONE DELLA TEMPISTICA DI TRASMISSIONE DEGLI STESSI							
		4	ACQUISIZIONE DELL'ATTESTAZIONE DI REGOLARE ESECUZIONE							
		5	ATTIVAZIONE PROCEDURA DELLA FASE DI CONTABILIZZAZIONE E SUCCESSIVA LIQUIDAZIONE	RUP/SUPPORTO AL RUP					2) EVENTUALE AGGIORNAMENTO IN RELAZIONE A NUOVE NORMATIVE DI TUTTE LE PROCEDURE GIA' FORMALIZZATE E PUBBLICATE NEL PIANO, DI TUTTI I SERVIZI, OGGETTO DI CONTROLLO DA PARTE DELL'ESA, FINALIZZATE ALLA DICHIARAZIONE DI CORRETTA ESECUZIONE.	<b>MONITORAGGIO ANNUALE CON REPORT INVIATO AL RPCT ENTRO IL MESE DI FEBBRAIO SULL'OPERATO DELL'ANNO PRECEDENTE</b>

RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA										
MAPPATURA DEI PROCESSI - EMISSIONE ORDINE E LIQUIDAZIONE				VALUTAZIONE DEL RISCHIO				TRATTAMENTO DEL RISCHIO		
STRUTTURA	PROCESSO	NUMERO FASI	DESCRIZIONE FASI/AZIONI	ESECUTORE FASE	EVENTO (RISCHIO)	MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO	FATTORE ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI.	GIUDIZIO SINTETICO DEL LIVELLO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO	DESCRIZIONE MISURA E TEMPI DI ATTUAZIONE	MONITORAGGIO
ECONOMATO E SERVIZI ALBERGHIERI	EMISSIONE ORDINI E LIQUIDAZIONE FATTURE	1	VERIFICA DELLA DOCUMENTAZIONE NECESSARIA PER L'EMISSIONE DELL'ORDINE	SOGGETTO PREPOSTO ALLA CREAZIONE ORDINE E REGISTRAZIONE FATTURA PER MATERIA	POTENZIALE OMISSIONE DEL CONTROLLO SULLA CORRETTA APPLICAZIONE DI QUANTO PREVISTO NELL'OFFERTA ECONOMICA (PRESENTATA IN SEDE DI GARA) DALLE DITTE	POTENZIALE OMISSIONE DEL CONTROLLO SULLA CORRETTA APPLICAZIONE DI QUANTO PREVISTO NELL'OFFERTA ECONOMICA (PRESENTATA IN SEDE DI GARA) DALLE DITTE	4. ASSENZA O CARENZA DI CONTROLLI AMMINISTRATIVI. 4.1 LIVELLO DEI CONTROLLI AMMINISTRATIVI, INTERNI O ESTERNI. 4.1 IL PROCESSO E' SOGGETTO A CONTROLLI INTERNI MA NON ESTERNI.	MEDIO	VERIFICHE A CAMPIONE (SU DUE SERVIZI) SULL'ISTRUTTORIA FINALIZZATA ALL'EMISSIONE DELL'ORDINE	MONITORAGGIO ANNUALE CON REPORT INVIATO AL RPCT ENTRO FEBBRAIO SULL'OPERATO DELL'ANNO PRECEDENTE
		2	VERIFICA DELLA CORRETTA APPLICAZIONE DI QUANTO PREVISTO NELL'OFFERTA ECONOMICA (PRESENTATA IN SEDE DI GARA) DALLE DITTE							
		3	ACQUISIZIONE DA PARTE DEL SOGGETTO PREPOSTO ALLA REGISTRAZIONE FATTURA DELLA DOCUMENTAZIONE ATTESTANTE LA REGOLARE ESECUZIONE A CURA DEL DEC							
		4	EMISSIONE ORDINE ED INVIO (PER I CASI PREVISTI) CON MODALITA' NSO							
		5	ACQUISIZIONE E REGISTRAZIONE DELLA FATTURA NEL GESTIONALE SAP							
		6	ATTIVAZIONE DELLA PROCEDURA DI LIQUIDAZIONE (PREDISPOSIZIONE DETERMINA SUDDIVISE PER TIPOLOGIE DI SERVIZI E PER COMPETENZA)	SOGGETTO PREPOSTO ALLA LIQUIDAZIONE						
CONTABILITA' E BILANCIO	MANDATI DI PAGAMENTO	7	EMISSIONE DEI MANDATI DI PAGAMENTO	DIREZIONE CONTABILITA' E BILANCIO						

MAPPATURA DEI PROCESSI - DESCRIZIONI FASI				VALUTAZIONE DEL RISCHIO				TRATTAMENTO DEL RISCHIO			
STRUTTURA	PROCESSO	NUMERO FASI	DESCRIZIONE FASI/AZIONI	ESECUTORE FASE	EVENTO (RISCHIO)	MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO	FATTORE ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI	GIUDIZIO SINTETICO DEL LIVELLO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO	DESCRIZIONE MISURA E TEMPI DI ATTUAZIONE	MONITORAGGIO	
CONTABILITA' E BILANCIO	CICLO ATTIVO	EMISSIONE DEGLI ADDEBITI E MONITORAGGIO CREDITI	1	Le strutture aziendali che rendono le prestazioni o che si occupano della cessione di beni o le strutture amministrative incaricate, effettuano la rilevazione formale dell'attività svolta attraverso l'apposita modulistica messa a punto dall'azienda. Tale modulistica è preordinata all'emissione dell'addebito al soggetto che ha usufruito della prestazione o che ha acquisito il bene.	SOGGETTO PREPOSTO ALL'EMISSIONE DELLE FATTURE E ADDEBITI	INCASSI DEI CREDITI INFERIORI ALL'ADDEBITO	MANCATA ATTIVAZIONE DELLE VERIFICHE DI CREDITI E DEI SOLLECITI DI PAGAMENTO	4. ASSENZA O CARENZA DI CONTROLLI AMMINISTRATIVI	4.1 IL PROCESSO E' VINCOLATO A CONTROLLI SIA INTERNI CHE ESTERNI: RISCHIO BASSO	VERIFICA E MONITORAGGI TRIMESTRALE DEI CREDITI	TRIMESTRALE
			2	EMISSIONE DELLA FATTURA SE L'OPERAZIONE E' SOGGETTA AD IVA O UN ADDEBITO SE L'OPERAZIONE E' ESCLUSA DAL CAMPO IMPONIBILE IVA							
			3	INCASSO DEL CREDITO							
			4	EMISSIONE DELLA REVERSALE	DIRIGENTE CONTABILITA' E BILANCIO						
				ANNUALMENTE SOLLECITI DI PAGAMENTO DELL'ANNO PRECEDENTE							
			5	PREDISPOSIZIONE E TRASMISSIONE DELLA LISTA DEI CREDITI INEVASI DEGLI ANNI ALLA DIREZIONE AFFARI GENERALI							
		MONITORAGGIO DEGLI INCASSI PRESSO LE CASSE CUP	1	Il regolamento aziendale di cassa disciplina i movimenti contabili delle casse che sono effettuati tramite una procedura informatica interfacciata con la procedura software amministrativo - contabile aziendale. I riscontri contabili sono effettuati sulla scorta di quanto stabilito dal regolamento. I movimenti (versamenti, rimborsi ...) alle casse CUP sono documentati da un'apposita modulistica di cui una copia è consegnata al soggetto interessato ed una rimane agli atti della Cassa.	SOGGETTO PREPOSTO ALLA CONTABILIZZAZIONE E VERIFICA DELLE CASSE CUP	RIVERSAMENTI IN TESORERIA DIFFORMI DAGLI ADDEBITI CUP	ARBITRARIETA' DELLE VERIFICHE E DEI CONTROLLI DEGLI INCASSI		VERIFICA MENSILE TRA ADDEBITI CUP E RIVERSAMENTI IN TESORERIA	MENSILE	

MAPPATURA DEI PROCESSI - DESCRIZIONI FASI					VALUTAZIONE DEL RISCHIO			TRATTAMENTO DEL RISCHIO			
STRUTTURA	PROCESSO	NUMERO FASI	DESCRIZIONE FASI/AZIONI	ESECUTORE FASE	EVENTO (RISCHIO)	MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO	FATTORE ABILITANTE: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI	GIUDIZIO SINTETICO DEL LIVELLO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO	DESCRIZIONE MISURA E TEMPI DI ATTUAZIONE	MONITORAGGIO	
CONTABILITA' E BILANCIO	EMISSIONE MANDATI DI PAGAMENTO	1	VERIFICA DEGLI ATTI O PROVVEDIMENTI DI LIQUIDAZIONE PERVENUTI DALLE DIVERSE STRUTTURE AZIENDALI	SOGGETTO PREPOSTO ALL' EMISSIONE DEL MANDATO	PAGAMENTI NON CORRETTI	POSSIBILITA' DI EMISSIONE E INVIO DEI MANDATI IN TESORERIA ELUDENDO LE VERIFICHE DI LEGGE	4. ASSENZA O CARENZA DI CONTROLLI AMMINISTRATIVI	4.1 IL PROCESSO E' VINCOLATO A CONTROLLI SIA INTERNI CHE ESTERNI: RISCHIO BASSO	VERIFICA A CAMPIONE TRIMESTRALI SU MANDATI DA PARTE DEL COLLEGIO SINDACALE VERIFICHE A CAMPIONE MENSILI SU MANDATI FIRMA DA PARTE DEL DIRIGENTE DELLA STRUTTURA	REPORT ANNUALI INVIATO AL RPCT ENTRO 28/02/2025 SULL'ANNO 2024.	
		2	VERIFICA INADEMPIMENTI EX ART.48 BIS DPR 602/1973 PAGAMENTI SUPERIORI 5000 EURO								
		3	VERIFICA DELLA LISTA DI ATTRIBUZIONE DEI CODICI CIG O DELLA ESENZIONE DI TALE ADEMPIMENTO ,DELLA DICHIARAZIONE DA PARTE DEL FORNITORE DEI CONTI DEDICATI AI SENSI DI QUANTO DISPOSTO DALLA L. 136/2010								
		4	VERIFICA SALVO I CASI DI ESENZIONE DEL DOCUMENTO UNICO DI REGOLARITA' CONTRIBUTIVA								
		5	EMISSIONE MANDATO								
	EMISSIONE MANDATI DI PAGAMENTO PROVVISORI	6	FIRMA DEL MANDATO ED INVIO AL TESORIERE	DIRIGENTE CONTABILITA' E BILANCIO							
		1	IN ASSENZA DI PROVVEDIMENTO O ATTO DI LIQUIDAZIONE SI EMETTONO PROVVISORI DI PAGAMENTO IN SITUAZIONI DI URGENZA SU RICHIESTA SCRITTA E MOTIVATA DELLA STRUTTURA RICHIEDENTE	SOGGETTO PREPOSTO ALL' EMISSIONE DEL MANDATO							
		2	VERIFICA CHE ALL'INTERNO DELLA RICHIESTA SIANO INDICATI TUTTI I DATI NECESSARI CHE DEVONO ESSERE RIPORTATI NEL MANDATO( CIG, LEGGE 136)								
		3	VERIFICA INADEMPIMENTI EX ART.48 BIS DPR 602/1973 PAGAMENTI SUPERIORI 5000 EURO								
		4	VERIFICA SALVO I CASI DI ESENZIONE DEL DOCUMENTO UNICO DI REGOLARITA' CONTRIBUTIVA								
		5	PREDISPOSIZIONE DELLA RICHIESTA DEL PROVVISORIO DI PAGAMENTO								
		6	FIRMA DELLA RICHIESTA DEL PROVVISORIO DI PAGAMENTO E TRASMISSIONE AL TESORIERE								DIRIGENTE CONTABILITA' E BILANCIO
		7	REGOLARIZZAZIONE DEL PROVVISORIO DI PAGAMENTO ED EMISSIONE DEL MANDATO DI PAGAMENTO DEFINITIVO A SEGUITO DI APPOSITO ATTO DI LIQUIDAZIONE DELLA STRUTTURA PROPONENTE LA RICHIESTA DI PROVVISORIO								SOGGETTO PREPOSTO ALL' EMISSIONE DEL MANDATO

AFFIDAMENTI DI LAVORI SERVIZI E FORNITURE

AREA DI RISCHIO CONTRATTI PUBBLICI (EX AFFIDAMENTI DI LAVORI, SERVIZI E FORNITURE)												
MAPPATURA PROCESSI/FASI E ATTIVITA'					VALUTAZIONE DEL RISCHIO					TRATTAMENTO DEL RISCHIO		
	DESCRIZIONE DEL PROCESSO	DESCRIZIONE FASI	DESCRIZIONE ATTIVITA'	RESPONSABILI DEL PROCESSO / STRUTTURE E SOGGETTI CHE INTERVENGONO NEL PROCESSO	EVENTI RISCHIOSI	FATTORI ABILITANTI DEGLI EVENTI RISCHIOSI	INDICATORI E DATI OGGETTIVI PER LA STIMA DEL LIVELLO DI RISCHIO	CRITERI DI VALUTAZIONE PER SINGOLI INDICATORI DI RISCHIO	GIUDIZIO SINTETICO DEL LIVELLO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO	DESCRIZIONE MISURA	MONITORAGGIO	
Rilevazione, analisi e programmazione unitaria del fabbisogno di tutti i servizi e lavori dell'AOPG e redazione di un documento di programmazione pluriennale soggetto a scorrimento ed aggiornamento annuale che esprima le politiche in materia di approvvigionamenti dell'AOPG, provvedendo ad accorpate servizi e lavori per categorie omogenee	Definizione del fabbisogno di approvvigionamenti	Individuazione delle esigenze di approvvigionamento	Richiesta alle strutture della stima del fabbisogno di beni e servizi	Direzione Generale - Responsabile D.T.P. su proposta Ufficio Attività Tecniche e Responsabili Strutture Sanitarie	nessun rischio rilevato							
			Predisposizione e invio delle proposte di fabbisogno da parte strutture	Responsabili di S.C. Direttori di Struttura	Definizione di un fabbisogno non rispondente a criteri di efficacia, efficienza economicità, ma alla volontà di premiare interessi particolari, formulato in base ai requisiti di un determinato operatore economico o alle caratteristiche del prodotto offerto da un determinato operatore economico  Ritardi nella programmazione al fine di premiare interessi particolari di un determinato operatore economico (che favoriscono situazioni da cui potrebbero derivare proroghe, affidamenti diretti, procedure di urgenza senza pubblicazione del Bando)	1. Monopolio di potere 2. Natura e rilevanza degli interessi coinvolti 3. Inadeguatezza della regolazione del processo	1.1 Grado concentrazione del potere decisionale 2.1. Tipologia di utenza/beneficiari: 3.1 Grado di discrezionalità, di chiarezza e complessità normativa	1.1 Il dirigente/funzionario/organo che predisporre o adotta gli atti o esprime pareri non è il responsabile del procedimento e altre strutture o altri enti sono coinvolti nell'istruttoria: Rischio BASSO  2.1. Il processo /attività ha come destinatari uffici interni, a cui sono equiparati i soggetti del sistema universitario allargato, oppure soggetti interni all'amministrazione nell'esercizio delle loro funzioni pubbliche: Rischio BASSO  3.1 Il processo/attività è parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari) Rischio MEDIO	BASSO	Obbligo di adeguata motivazione in relazione alla natura, quantità e tempistica dei beni e servizi oggetto della stima di fabbisogno da parte degli uffici richiedenti	annuale: entro la fine del mese di febbraio dell'anno successivo	
	Adozione del Programma triennale e servizi e lavori	Aggregazione delle esigenze per categoria merceologica	Predisposizione del programma sulla base delle richieste di fabbisogno pervenute dalle strutture	Dirigente Direzione Tecnico Patrimoniale	Predisposizione di una programmazione non rispondente ai criteri di di efficacia, efficienza economicità ( carente di adeguata aggregazione dei fabbisogni)  Intempestiva predisposizione degli strumenti di programmazione al fine di premiare interessi particolari di un determinato operatore economico (che favoriscono situazioni da cui potrebbero derivare proroghe, affidamenti diretti, procedure di urgenza senza pubblicazione del Bando)	1. Monopolio di potere 2. Natura e rilevanza degli interessi coinvolti 3. Inadeguatezza della regolazione del processo	1.1 Grado concentrazione del potere decisionale 2.1. Tipologia di utenza/beneficiari: 3.1 Grado di discrezionalità, di chiarezza e complessità normativa	1.1 Il dirigente/funzionario/organo che predisporre o adotta gli atti o esprime pareri non è anche responsabile del procedimento ma sono coinvolte nell'istruttoria altre strutture o altri enti: MEDIO  2.1. Il processo /attività ha come destinatari uffici interni, a cui sono equiparati i soggetti del sistema universitario allargato, oppure soggetti interni all'amministrazione nell'esercizio delle loro funzioni pubbliche: Rischio BASSO  3.1 Il processo/attività è parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari) Rischio MEDIO	MEDIO	Per i servizi e forniture standardizzabili valutazione della possibilità di ricorrere ad accordi quadro e verifica delle convenzioni/accordi quadro già in essere messi a disposizione dalle centrali di committenza (Consip, ecc.)  Aggregazione degli approvvigionamenti riferiti alle stesse classi merceologiche di prodotti/servizi.  Rispetto dei termini per la l'approvazione del programma dopo l'approvazione del bilancio e tenuto conto anche delle future scadenze contrattuali	semestrale	
			Pubblicazione del programma triennale ai sensi dell'art. 37 del codice degli appalti	Dirigente Direzione Tecnico Patrimoniale	nessun rischio rilevato							semestrale
			Approvazione del programma da parte del Dirigente Direzione Tecnico Patrimoniale	Dirigente Direzione Tecnico Patrimoniale	nessun rischio rilevato		1. Monopolio di potere 2. Natura e rilevanza degli interessi coinvolti 3. Inadeguatezza della regolazione del processo	.1 Grado concentrazione del potere decisionale 2.1. Tipologia di utenza/beneficiari: 3.1 Grado di discrezionalità, di chiarezza e complessità normativa	1.1 Il dirigente/funzionario/organo che predisporre o adotta gli atti o esprime pareri non è il responsabile del procedimento e altre strutture o altri enti sono coinvolti nell'istruttoria: Rischio BASSO  2.1. Il processo /attività ha come destinatari uffici interni, a cui sono equiparati i soggetti del sistema universitario allargato, oppure soggetti interni all'amministrazione nell'esercizio delle loro funzioni pubbliche: Rischio BASSO  3.1 Il processo/attività è parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari) Rischio MEDIO	BASSO	Rispetto dei termini per la l'approvazione del programma dopo l'approvazione del bilancio e tenuto conto anche delle future scadenze contrattuali	annuale: entro la fine del mese di febbraio dell'anno successivo

AFFIDAMENTI DI LAVORI SERVIZI E FORNITURE

	DESCRIZIONE DEL PROCESSO	DESCRIZIONE FASI	DESCRIZIONE ATTIVITA'	RESPONSABILI DEL PROCESSO / STRUTTURE E SOGGETTI CHE INTERVENGONO NEL PROCESSO	EVENTI RISCHIOSI	FATTORI ABILITANTI DEGLI EVENTI RISCHIOSI	INDICATORI E DATI OGGETTIVI PER LA STIMA DEL LIVELLO DI RISCHIO	CRITERI DI VALUTAZIONE PER SINGOLI INDICATORI DI RISCHIO	GIUDIZIO SINTETICO DEL LIVELLO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO	DESCRIZIONE MISURA	MONITORAGGIO
	Aggiornamento del programma triennale	Aggiornamento delle esigenze	Valutazione degli aggiornamenti da apportare al programma e invio richiesta di modifica al fabbisogno	Dirigente Direzione Tecnico Patrimoniale	Aggiornamenti finalizzati a premiare interessi particolari, di un determinato operatore economico	1. Monopolio di potere 2. Natura e rilevanza degli interessi coinvolti 3. Inadeguatezza della regolazione del processo	.1 Grado concentrazione del potere decisionale 2.1. Tipologia di utenza/beneficiari: 3.1 Grado di discrezionalità, di chiarezza e complessità normativa	1.1 Il dirigente/funzionario/organo che adotta gli atti o esprime pareri non è il responsabile del procedimento e altre strutture o altri enti sono coinvolti nell'istruttoria: Rischio BASSO 2.1. Il processo /attività ha come destinatari uffici interni, a cui sono equiparati i soggetti del sistema universitario allargato, oppure soggetti interni all'amministrazione nell'esercizio delle loro funzioni pubbliche: Rischio BASSO 3.1 Il processo/attività è parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari) Rischio MEDIO	BASSO	Obbligo di adeguata motivazione in relazione alla natura, quantità e tempistica dei beni e servizi oggetto della stima di fabbisogno da parte degli uffici richiedenti e sulla modifica del programma	semestrale
			Predisposizione provvedimento di aggiornamento	Responsabile S.C. D.T.P.	Aggiornamenti finalizzati a premiare interessi particolari, di un determinato operatore economico Intempestiva predisposizione degli strumenti di programmazione al fine di premiare interessi particolari di un determinato operatore economico	1. Monopolio di potere 2. Natura e rilevanza degli interessi coinvolti 3. Inadeguatezza della regolazione del processo	.1 Grado concentrazione del potere decisionale 2.1. Tipologia di utenza/beneficiari: 3.1 Grado di discrezionalità, di chiarezza e complessità normativa	1.1 Il dirigente/funzionario che adotta gli atti o esprime pareri è anche responsabile del procedimento ma sono coinvolte nell'istruttoria altre strutture o altri enti: MEDIO 2.1. Il processo /attività ha come destinatari uffici interni, a cui sono equiparati i soggetti del sistema universitario allargato, oppure soggetti interni all'amministrazione nell'esercizio delle loro funzioni pubbliche: Rischio BASSO 3.1 Il processo/attività è parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari) Rischio MEDIO	MEDIO	Per i servizi e forniture standardizzabili valutazione della possibilità di ricorrere ad accordi quadro e verifica delle convenzioni/accordi quadro già in essere messi a disposizione dalle centrali di committenza (Consip, ecc.) Aggregazione degli approvvigionamenti riferiti alle stesse classi merceologiche di prodotti/servizi. Rispetto dei termini per la l'approvazione degli aggiornamenti tenuto conto anche delle future scadenze contrattuali	semestrale
			Approvazione aggiornamento del programma	Direzione Generale - Responsabile S.C. D.T.P. e AA.AA.	Intempestiva approvazione degli strumenti di programmazione al fine di premiare interessi particolari di un determinato operatore economico	1. Monopolio di potere 2. Natura e rilevanza degli interessi coinvolti 3. Inadeguatezza della regolazione del processo	.1 Grado concentrazione del potere decisionale 2.1. Tipologia di utenza/beneficiari: 3.1 Grado di discrezionalità, di chiarezza e complessità normativa	1.1 Il dirigente/funzionario/organo che predispone o adotta gli atti o esprime pareri non è il responsabile del procedimento e altre strutture o altri enti sono coinvolti nell'istruttoria: Rischio BASSO 2.1. Il processo /attività ha come destinatari uffici interni, a cui sono equiparati i soggetti del sistema universitario allargato, oppure soggetti interni all'amministrazione nell'esercizio delle loro funzioni pubbliche: Rischio BASSO 3.1 Il processo/attività è parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari) Rischio MEDIO	BASSO	Rispetto dei termini per la l'approvazione degli aggiornamenti tenuto conto anche delle future scadenze contrattuali Indicazione e valutazione della proposta di modifica al programma	semestrale
			Pubblicazione del programma triennale ai sensi dell'art. 37 del codice degli appalti	Dirigente Direzione Tecnico Patrimoniale	nessun rischio rilevato						semestrale
	Definizione del fabbisogno di lavori pubblici	Individuazione delle esigenze di approvvigionamento	Analisi degli interventi da programmare	Dirigente Direzione Tecnico Patrimoniale	Definizione di un fabbisogno non rispondente a criteri di efficacia, efficienza economicità, ma alla volontà di premiare interessi particolari, dando priorità alle opere pubbliche che possono essere realizzate da un determinato operatore economico	1. Monopolio di potere 2. Natura e rilevanza degli interessi coinvolti 3. Inadeguatezza della regolazione del processo	.1 Grado concentrazione del potere decisionale 2.1. Tipologia di utenza/beneficiari: 3.1 Grado di discrezionalità, di chiarezza e complessità normativa	1.1 Il dirigente/funzionario/organo che predispone o adotta gli atti o esprime pareri è anche responsabile del procedimento ma sono coinvolte nell'istruttoria altre strutture o altri enti: MEDIO 2.1. Il processo /attività ha come destinatari uffici interni, a cui sono equiparati i soggetti del sistema universitario allargato, oppure soggetti interni all'amministrazione nell'esercizio delle loro funzioni pubbliche: Rischio BASSO 3.1 Il processo/attività è parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari) Rischio MEDIO	MEDIO	Obbligo di adeguata motivazione in relazione ai lavori oggetto della stima di fabbisogno pubblicazione sui siti istituzionali, dei report periodici in cui siano rendicontati i contratti prorogati o affidati in via d'urgenza	annuale: entro la fine del mese di febbraio dell'anno successivo

AFFIDAMENTI DI LAVORI SERVIZI E FORNITURE

	DESCRIZIONE DEL PROCESSO	DESCRIZIONE FASI	DESCRIZIONE ATTIVITA'	RESPONSABILI DEL PROCESSO / STRUTTURE E SOGGETTI CHE INTERVENGONO NEL PROCESSO	EVENTI RISCHIOSI	FATTORI ABILITANTI DEGLI EVENTI RISCHIOSI	INDICATORI E DATI OGGETTIVI PER LA STIMA DEL LIVELLO DI RISCHIO	CRITERI DI VALUTAZIONE PER SINGOLI INDICATORI DI RISCHIO	GIUDIZIO SINTETICO DEL LIVELLO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO	DESCRIZIONE MISURA	MONITORAGGIO	
Rilevazione, analisi e programmazione unitaria del fabbisogno per l'acquisizione di lavori pubblici	Adozione del Programma triennale lavori pubblici	Individuazione degli interventi	Predisposizione del programma sulla base dei risultati dell'analisi svolta	Dirigente Direzione Tecnico Patrimoniale	Intempestiva predisposizione degli strumenti di programmazione al fine di premiare interessi particolari di un determinato operatore economico	1. Monopolio di potere 2. Natura e rilevanza degli interessi coinvolti 3. Inadeguatezza della regolazione del processo	.1 Grado concentrazione del potere decisionale 2.1. Tipologia di utenza/beneficiari: 3.1 Grado di discrezionalità, di chiarezza e complessità normativa	1.1 Il dirigente/funzionario/organo che predisporre o adotta gli atti o esprime pareri è anche responsabile del procedimento ma sono coinvolte nell'istruttoria altre strutture o altri enti: MEDIO 2.1. Il processo /attività ha come destinatari uffici interni, a cui sono equiparati i soggetti del sistema universitario allargato, oppure soggetti interni all'amministrazione nell'esercizio delle loro funzioni pubbliche: Rischio BASSO 3.1 Il processo/attività è parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari) Rischio MEDIO	MEDIO	Rispetto dei termini per la l'approvazione del programma dopo l'approvazione del bilancio e tenuto conto anche delle future scadenze contrattuali	annuale: entro la fine del mese di febbraio dell'anno successivo	
			Approvazione del programma da parte del Dirigente Direzione Tecnico Patrimoniale	Dirigente Direzione Tecnico Patrimoniale	Intempestiva approvazione degli strumenti di programmazione al fine di premiare interessi particolari di un determinato operatore economico	1. Monopolio di potere 2. Natura e rilevanza degli interessi coinvolti 3. Inadeguatezza della regolazione del processo	.1 Grado concentrazione del potere decisionale 2.1. Tipologia di utenza/beneficiari: 3.1 Grado di discrezionalità, di chiarezza e complessità normativa	1.1 Il dirigente che adotta gli atti o esprime pareri non è il responsabile del procedimento e altre strutture o altri enti sono coinvolti nell'istruttoria: Rischio BASSO 2.1. Il processo /attività ha come destinatari uffici interni, a cui sono equiparati i soggetti del sistema universitario allargato, oppure soggetti interni all'amministrazione nell'esercizio delle loro funzioni pubbliche: Rischio BASSO 3.1 Il processo/attività è parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari) Rischio MEDIO	BASSO	Rispetto dei termini per la l'approvazione del programma dopo l'approvazione del bilancio e tenuto conto anche delle future scadenze contrattuali	annuale: entro la fine del mese di febbraio dell'anno successivo	
			Publicazione del programma triennale ai sensi dell'art. 37 del codice degli appalti	Dirigente Direzione Tecnico Patrimoniale	nessun rischio rilevato							annuale: entro la fine del mese di febbraio dell'anno successivo
		Aggiornamento del programma triennale lavori pubblici	Aggiornamento degli interventi	Valutazione degli interventi	Dirigente Direzione Tecnico Patrimoniale	Aggiornamenti finalizzati a premiare interessi particolari, di un determinato operatore economico Intempestiva predisposizione degli strumenti di programmazione al fine di premiare interessi particolari di un determinato operatore economico	1. Monopolio di potere 2. Natura e rilevanza degli interessi coinvolti 3. Inadeguatezza della regolazione del processo	.1 Grado concentrazione del potere decisionale 2.1. Tipologia di utenza/beneficiari: 3.1 Grado di discrezionalità, di chiarezza e complessità normativa	1.1 Il dirigente/funzionario/organo che predisporre o adotta gli atti o esprime pareri è anche responsabile del procedimento ma sono coinvolte nell'istruttoria altre strutture o altri enti: MEDIO 2.1. Il processo /attività ha come destinatari uffici interni, a cui sono equiparati i soggetti del sistema universitario allargato, oppure soggetti interni all'amministrazione nell'esercizio delle loro funzioni pubbliche: Rischio BASSO 3.1 Il processo/attività è parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari) Rischio MEDIO	MEDIO	Obbligo di adeguata motivazione in relazione ai agli aggiornamenti da apportare al programma Rispetto dei termini per la l'approvazione degli aggiornamenti tenuto conto anche delle future scadenze contrattuali Per i lavori di manutenzione ordinaria, valutazione della possibilità di ricorrere ad accordi quadro e verifica delle convenzioni/accordi quadro già in essere messi a disposizione dalle centrali di committenza (Consip, ecc.)	annuale: entro la fine del mese di febbraio dell'anno successivo
				Approvazione del programma da parte del Dirigente Direzione Tecnico Patrimoniale	Dirigente Direzione Tecnico Patrimoniale	Intempestiva approvazione degli strumenti di programmazione al fine di di premiare interessi particolari di un determinato operatore economico	1. Monopolio di potere 2. Natura e rilevanza degli interessi coinvolti 3. Inadeguatezza della regolazione del processo	.1 Grado concentrazione del potere decisionale 2.1. Tipologia di utenza/beneficiari: 3.1 Grado di discrezionalità, di chiarezza e complessità normativa	1.1 Il dirigente/funzionario/organo che predisporre o adotta gli atti o esprime pareri non è il responsabile del procedimento e altre strutture o altri enti sono coinvolti nell'istruttoria: Rischio BASSO 2.1. Il processo /attività ha come destinatari uffici interni, a cui sono equiparati i soggetti del sistema universitario allargato, oppure soggetti interni all'amministrazione nell'esercizio delle loro funzioni pubbliche: Rischio BASSO 3.1 Il processo/attività è parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari) Rischio MEDIO	BASSO	Rispetto dei termini per la l'approvazione degli aggiornamenti tenuto conto anche delle future scadenze contrattuali Indicazione e valutazione della proposta di modifica al programma	annuale: entro la fine del mese di febbraio dell'anno successivo
				Publicazione del programma triennale ai sensi dell'art. 37 del codice degli appalti	Dirigente Direzione Tecnico Patrimoniale	nessun rischio rilevato						

**AFFIDAMENTI DI LAVORI SERVIZI E FORNITURE**

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
1	AREA DI RISCHIO CONTRATTI PUBBLICI (EX AFFIDAMENTI DI LAVORI, SERVIZI E FORNITURE)											
2	MAPPATURA PROCESSI/FASI E ATTIVITA'					VALUTAZIONE DEL RISCHIO					TRATTAMENTO DEL RISCHIO	
3	DESCRIZIONE PROCESSI	DESCRIZIONE FASE	DESCRIZIONE ATTIVITA'	RESPONSABILI DEL PROCESSO / STRUTTURE E SOGGETTI CHE INTERVENGONO NEL PROCESSO	EVENTI RISCHIOSI	FATTORI ABILITANTI DEGLI EVENTI RISCHIOSI	INDICATORI E DATI OGGETTIVI PER LA STIMA DEL LIVELLO DI RISCHIO	CRITERI DI VALUTAZIONE PER SINGOLI INDICATORI DI RISCHIO	GIUDIZIO SINTETICO DEL LIVELLO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO	DESCRIZIONE MISURA	MONITORAGGIO	
4	Nomina RUP	Operazioni preliminari all'avvio della procedura	Verifica requisiti per lo svolgimento delle funzioni di RUP	Dirigente D.T.P. (soggetto che adotta il provvedimento di nomina)	Nomina di responsabili di procedimento in rapporto di contiguità con imprese concorrenti o privi dei requisiti idonei ad assicurare la terzietà o l'indipendenza	1. Monopolio di potere 2. Natura e rilevanza degli interessi coinvolti 3. Inadeguatezza della regolazione del processo	1.1 Grado concentrazione del potere decisionale 2.1. Tipologia di utenza/beneficiari: 3.1. Grado di discrezionalità, di chiarezza e complessità normativa	1.1 Il dirigente/funziario/organo che predispone o adotta gli atti o esprime pareri è anche responsabile del procedimento e non sono coinvolte nell'istruttoria altre strutture o altri enti: Rischio ALTO 2.1. Il processo/attività ha come destinatari uffici interni, a cui sono equiparati i soggetti del sistema universitario allargato, oppure soggetti interni all'amministrazione nell'esercizio delle loro funzioni pubbliche :Rischio BASSO 3.1 Il processo/attività è parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari): Rischio MEDIO	ALTO	Acquisizione della dichiarazione sostitutiva sull'assenza di conflitti di interesse resa dal soggetto individuato secondo quanto previsto dalle linee guida ANAC n. 15/2019 Rispetto del principio di rotazione del RUP	annuale: entro la fine del mese di febbraio dell'anno successivo	
5			Adozione del provvedimento di nomina RUP									Verifica del possesso dei requisiti professionali necessari per lo svolgimento della funzione di RUP e dell'assenza di cause di incompatibilità e conflitti di interesse
6	Progettazione prestazione contrattuale	Progettazione dell'intervento	Predisposizione del Progetto di fattibilità tecnica ed economica	RUP/Tecnici interni	Definizione e sviluppo dell'oggetto progettuale, con restrizione del mercato nella definizione delle specifiche tecniche, attraverso l'indicazione nel disciplinare di servizi/lavorazioni che favoriscano una determinata impresa.	1. Monopolio di potere 3. Inadeguatezza della regolazione del processo 6 Inadeguata diffusione della cultura della legalità	1.1 Grado concentrazione del potere decisionale 3.1 Grado di discrezionalità, di chiarezza e complessità normativa 6.1 Manifestazione di eventi corruttivi in passato negli ultimi 5 anni	1.1 Il dirigente/funziario/organo che predispone o adotta gli atti o esprime pareri è anche responsabile del procedimento e non sono coinvolte nell'istruttoria altre strutture o altri enti: Rischio ALTO 3.1 Il processo/attività è parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari): Rischio MEDIO 6.1 Negli ultimi 5 anni non si ha conoscenza di eventi corruttivi accertati con sentenze di condanna e non sono pervenute segnalazioni di whistleblowers per fenomeni corruttivi o di cattiva amministrazione di cui è stata accertata la fondatezza, anche solo parziale: Rischio BASSO	ALTO	Redazione da parte di tecnici interni o esterni di studi di fattibilità tecnica ed economica, progetto definitivo e progetto esecutivo, attraverso l'indicazione nel disciplinare di servizi/lavorazioni con caratteristiche non troppo restrittive in modo da consentire la partecipazione alla gara di più imprese/ditte e garantire libera concorrenza	annuale: entro la fine del mese di febbraio dell'anno successivo	
7			Predisposizione del progetto definitivo (nel caso di lavori)									RUP/Tecnici interni
8			Predisposizione del progetto esecutivo (nel caso di lavori)									RUP/Tecnici interni
9			Consultazioni preliminari di mercato	RUP	Attribuzione impropria dei vantaggi competitivi mediante utilizzo distorto dello strumento delle consultazioni preliminari di mercato (ad esempio consultazioni di un determinato operatore economico e anticipazione allo stesso di informazioni sulla gara )	1. Monopolio di potere 3. Inadeguatezza della regolazione del processo 6 Inadeguata diffusione della cultura della legalità 7. Non adeguata formazione, informazione e responsabilizzazione degli addetti ai lavori	1.1.1 Grado concentrazione del potere decisionale 3.1. Grado di discrezionalità, di chiarezza e complessità normativa 6.1 Manifestazione di eventi corruttivi in passato negli ultimi 5 anni 6.2 Grado di attuazione di misure generali e specifiche di contrasto alla corruzione 7.1 Livello di formazione e coinvolgimento degli addetti	1.1 Il dirigente/funziario/organo che predispone o adotta gli atti o esprime pareri è anche responsabile del procedimento e non sono coinvolte nell'istruttoria altre strutture o altri enti: Rischio ALTO 3.1 Il processo/attività è parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari): Rischio MEDIO 6.1 Negli ultimi 5 anni non si ha conoscenza di eventi corruttivi accertati con sentenze di condanna e non sono pervenute segnalazioni di whistleblowers per fenomeni corruttivi o di cattiva amministrazione di cui è stata accertata la fondatezza, anche solo parziale: Rischio BASSO 6.2. Sono applicate misure generali e specifiche di trattamento del rischio: Rischio BASSO 7.1. Negli ultimi 3 anni sono stati erogati al personale corsi di formazione a carattere generale e specifico, il personale addetto è stato inoltre coinvolto in riunioni per la condivisione degli obiettivi e dei risultati Rischio BASSO	ALTO	Utilizzo di elenchi aperti di operatori economici con applicazione del principio della rotazione, previa fissazione di criteri generali per l'iscrizione; Verifica del rispetto del principio di rotazione degli operatori economici presenti negli elenchi della Stazione Appaltante. Effettuazione di consultazioni collettive e /o incrociate di più operatori e adeguata verbalizzazione/registrazione delle stesse Predisposizione da parte del RUP del documento contenente i risultati dell'istruttoria tecnica da allegare alla richiesta di determina a contrarre	annuale: entro la fine del mese di febbraio dell'anno successivo	

**AFFIDAMENTI DI LAVORI SERVIZI E FORNITURE**

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
3		DESCRIZIONE PROCESSI	DESCRIZIONE FASE	DESCRIZIONE ATTIVITA'	RESPONSABILI DEL PROCESSO / STRUTTURE E SOGGETTI CHE INTERVENGONO NEL PROCESSO	EVENTI RISCHIOSI	FATTORI ABILITANTI DEGLI EVENTI RISCHIOSI	INDICATORI E DATI OGGETTIVI PER LA STIMA DEL LIVELLO DI RISCHIO	CRITERI DI VALUTAZIONE PER SINGOLI INDICATORI DI RISCHIO	GIUDIZIO SINTETICO DEL LIVELLO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO	DESCRIZIONE MISURA	MONITORAGGIO
10		Individuazione della procedura di affidamento	Individuazione dello strumento /istituto dell'affidamento	Proposta della procedura di affidamento	RUP	Elusione delle regole di affidamento degli appalti, mediante l'improprio utilizzo di sistemi di affidamento, di tipologie contrattuali o di procedure negoziate e affidamenti diretti per favorire un operatore economico	1. Monopolio di potere 3. Inadeguatezza della regolazione del processo 6 Inadeguata diffusione della cultura della legalità 7. Non adeguata formazione, informazione e responsabilizzazione degli addetti ai lavori	1.1 Grado concentrazione del potere decisionale 3.1 Grado di discrezionalità, di chiarezza e complessità normativa 6.1 Manifestazione di eventi corruttivi in passato negli ultimi 5 anni 6.2 Grado di attuazione di misure generali e specifiche di contrasto alla corruzione 7.1 Livello di formazione e coinvolgimento degli addetti	1.1 Il dirigente/funziionario/organo che predispone o adotta gli atti o esprime pareri è anche responsabile del procedimento ma sono coinvolte nell'istruttoria altre strutture o altri enti: Rischio MEDIO 3.1 Il processo è parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari): Rischio MEDIO 6.1. Negli ultimi 5 anni non si ha conoscenza di eventi corruttivi accertati con sentenze di condanna e non sono pervenute segnalazioni di whistleblowers per fenomeni corruttivi o di cattiva amministrazione di cui è stata accertata la fondatezza, anche solo parziale : Rischio BASSO 6.2 Sono applicate misure generali di trattamento del rischio: Rischio MEDIO 7.1. Negli ultimi 3 anni sono stati erogati al personale corsi di formazione a carattere generale e specifico, il personale addetto è stato inoltre coinvolto in riunioni per la condivisione degli obiettivi e dei risultati Rischio BASSO	MEDIO	"sblocca cantieri" e dal Decreto semplificazione n. 76 del 2020; conv. con modifiche nella l. 120 del 2020  Obbligo di motivazione della procedura scelta  Preventiva individuazione, mediante direttive e circolari interne, di procedure atte ad attestare il ricorrere dei presupposti legali per indire procedure negoziate o procedere ad affidamenti diretti da parte del Responsabile del Procedimento.  Per le Procedure sottosoglia applicazione della Circolare MIT del 20/11/2023 e in attesa di modifiche procedurali;	
11				Individuazione degli elementi essenziali del contratto	RUP	Predisposizione di clausole contrattuali dal contenuto vago o vessatorio per disincentivare la partecipazione alla gara ovvero per consentire modifiche in fase di esecuzione o rendere di fatto inefficaci le sanzioni in caso di ritardi e/o irregolarità nell'esecuzione della prestazione  Definizione dei requisiti di accesso alla gara e, in particolare, dei requisiti tecnico-economici dei concorrenti, che favoriscono un determinato operatore economico  Abuso delle disposizioni in materia di determinazione del valore stimato del contratto, al fine di eludere le disposizioni sulle procedure da porre in essere	1. Monopolio di potere 3. Inadeguatezza della regolazione del processo 6 Inadeguata diffusione della cultura della legalità 7. Non adeguata formazione, informazione e responsabilizzazione degli addetti ai lavori	1.1 Grado concentrazione del potere decisionale 3.1 Grado di discrezionalità, di chiarezza e complessità normativa 6.1 Manifestazione di eventi corruttivi in passato negli ultimi 5 anni 6.2 Grado di attuazione di misure generali e specifiche di contrasto alla corruzione 7.1 Livello di formazione e coinvolgimento degli addetti	1.1 Il dirigente/funziionario/organo che predispone o adotta gli atti o esprime pareri è anche responsabile del procedimento ma sono coinvolte nell'istruttoria altre strutture o altri enti: Rischio MEDIO 3.1 Il processo è parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari): Rischio MEDIO 6.1. Negli ultimi 5 anni non si ha conoscenza di eventi corruttivi accertati con sentenze di condanna e non sono pervenute segnalazioni di whistleblowers per fenomeni corruttivi o di cattiva amministrazione di cui è stata accertata la fondatezza, anche solo parziale : Rischio BASSO 6.2 Sono applicate misure generali di trattamento del rischio: Rischio MEDIO 7.1. Negli ultimi 3 anni sono stati erogati al personale corsi di formazione a carattere generale e specifico, il personale addetto è stato inoltre coinvolto in riunioni per la condivisione degli obiettivi e dei risultati Rischio BASSO	MEDIO	Definizione dei requisiti di accesso alla gara che consentano la partecipazione di tutte le ditte interessate;  Adozione di direttive interne /linee guida che introducano i criteri ai quali attenersi nella determinazione del valore stimato del contratto avendo riguardo alle norme pertinenti e all'oggetto complessivo del contratto  Utilizzo di clausole standard conformi alle prescrizioni normative con riguardo a garanzie a corredo dell'offerta, tracciabilità dei pagamenti e termini di pagamento agli operatori economici  Previsione nei bandi, negli avvisi, nelle lettere di invito o nei contratti dell'osservanza delle clausole contenute nel protocollo di legalità.	
12				Approvazione della proposta di procedura di affidamento	CDA/Dirigenti di Area	Elusione delle regole di affidamento degli appalti, mediante l'improprio utilizzo di sistemi di affidamento, di tipologie contrattuali o di procedure negoziate e affidamenti diretti per favorire un operatore.	1. Monopolio di potere 3. Inadeguatezza della regolazione del processo 6 Inadeguata diffusione della cultura della legalità	1.1 Grado concentrazione del potere decisionale 3.1 Grado di discrezionalità, di chiarezza e complessità normativa 6.1 Manifestazione di eventi corruttivi in passato negli ultimi 5 anni 6.2 Grado di attuazione di misure generali e specifiche di contrasto alla corruzione	1.1 Il dirigente/funziionario/organo che predispone o adotta gli atti o esprime pareri non è il responsabile del procedimento e altre strutture o altri enti sono coinvolti nell'istruttoria: Rischio BASSO 3.1 Il processo è parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari): Rischio MEDIO 6.1. Negli ultimi 5 anni non si ha conoscenza di eventi corruttivi accertati con sentenze di condanna e non sono pervenute segnalazioni di whistleblowers per fenomeni corruttivi o di cattiva amministrazione di cui è stata accertata la fondatezza, anche solo parziale : Rischio BASSO 6.2 Sono applicate misure generali di trattamento del rischio: Rischio MEDIO	MEDIO	Verifica del corretto utilizzo della procedura di gara e dei sistemi di affidamento, secondo il Codice dei Contratti DLgs 50/2016, come modificato dal D.L. 18/04/2019 c.d. "sblocca cantieri" e dal Decreto semplificazione n. 76 del 2020; conv. con modifiche nella l. 120 del 2020.  Obbligo di motivazione nella determina a contrarre, sia della procedura sia del sistema di affidamento adottato ovvero della tipologia contrattuale.	annuale: entro la fine del mese di febbraio dell'anno successivo
13		Predisposizione atti e documenti di gara	Gestione della procedura di affidamento	Stesura atti della procedura ( bando di gara, capitolato, disciplinare, modelli domanda di partecipazione)	RUP	Fuga di notizie circa le procedure di gara ancora non pubblicate, che anticipino solo ad alcuni operatori economici la volontà di bandire determinate gare o i contenuti della documentazione di gara  Prescrizioni del bando e delle clausole contrattuali finalizzate ad agevolare determinati concorrenti  Fissazione di termini per la presentazione delle offerte finalizzato a ridurre la partecipazione	1. Monopolio di potere 2. Natura e rilevanza degli interessi coinvolti 3. Inadeguatezza della regolazione del processo 6 Inadeguata diffusione della cultura della legalità 7. Non adeguata formazione, informazione e responsabilizzazione degli addetti ai lavori	1.1 Grado concentrazione del potere decisionale 2.1. Tipologia di utenza/beneficiari: 3.1 Grado di discrezionalità, di chiarezza e complessità normativa 6.1 Manifestazione di eventi corruttivi in passato negli ultimi 5 anni 6.2 Grado di attuazione di misure generali e specifiche di contrasto alla corruzione 7.1 Livello di formazione e coinvolgimento degli addetti	2.1 Il processo/attività ha come destinatari/beneficiari soggetti privati che operano per interessi personali o privati: Rischio ALTO 3.1. Il processo/attività è del tutto vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari): Rischio BASSO 6.1. Negli ultimi 5 anni non si ha conoscenza di eventi corruttivi accertati con sentenze di condanna e non sono pervenute segnalazioni di whistleblowers per fenomeni corruttivi o di cattiva amministrazione di cui è stata accertata la fondatezza, anche solo parziale : Rischio BASSO 6.2. Sono applicate misure generali e specifiche di trattamento del rischio Rischio BASSO 7.1. Negli ultimi 3 anni sono stati erogati al personale corsi di formazione a carattere generale e specifico, il personale addetto è stato inoltre coinvolto in riunioni per la condivisione degli obiettivi e dei risultati Rischio BASSO	MEDIO	Confronto tra il RUP Tecnico e la U.O. Contrattualistica Servizi e Lavori pubblici sulle disposizioni amministrative degli atti della procedura (Lavori, servizi e forniture tra cui anche i servizi di ingegneria e architettura  Audit su bandi e capitolati per verificare la conformità ai bandi tipo redatti da anac  Sottoscrizione da parte dei soggetti coinvolti nella redazione della documentazione di gara di dichiarazioni in cui si attesta l'assenza di interessi personali in relazione allo specifico oggetto della gara  Previsione in tutti i bandi e gli avvisi le lettere di invito o nei contratti adottati di una di una clausola risolutiva del contratto del contratto a favore della stazione appaltante in caso di inosservanza dei protocolli di legalità	annuale: entro la fine del mese di febbraio dell'anno successivo

AFFIDAMENTI DI LAVORI SERVIZI E FORNITURE

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	
3		DESCRIZIONE PROCESSI	DESCRIZIONE FASE	DESCRIZIONE ATTIVITA'	RESPONSABILI DEL PROCESSO / STRUTTURE E SOGGETTI CHE INTERVENGONO NEL PROCESSO	EVENTI RISCHIOSI	FATTORI ABILITANTI DEGLI EVENTI RISCHIOSI	INDICATORI E DATI OGGETTIVI PER LA STIMA DEL LIVELLO DI RISCHIO	CRITERI DI VALUTAZIONE PER SINGOLI INDICATORI DI RISCHIO	GIUDIZIO SINTETICO DEL LIVELLO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO	DESCRIZIONE MISURA	MONITORAGGIO	
14	Progettazione della gara per acquisizione di servizi e lavori anche con riferimento ai servizi di ingegneria e architettura			Definizione dei criteri di partecipazione, del criterio di aggiudicazione e dei criteri di attribuzione del punteggio	RUP	Definizione dei requisiti di accesso alla gara e, in particolare, dei requisiti tecnico-economici dei concorrenti al fine di favorire un determinato soggetto (es. clausole dei bandi che stabiliscono requisiti di qualificazione); Uso distorto dell'offerta economicamente più vantaggiosa finalizzato a fini impropri	1. Monopolio di potere 2. Natura e rilevanza degli interessi coinvolti 3. Inadeguatezza della regolazione del processo 6 Inadeguata diffusione della cultura della legalità 7. Non adeguata formazione, informazione e responsabilizzazione degli addetti ai lavori	1.1 Grado concentrazione del potere decisionale 2.1. Tipologia di utenza/beneficiari: 3.1 Grado di discrezionalità, di chiarezza e complessità normativa 6.1 Manifestazione di eventi corruttivi in passato negli ultimi 5 anni 6.2 Grado di attuazione di misure generali e specifiche di contrasto alla corruzione 7.1 Livello di formazione e coinvolgimento degli addetti	esprime pareri è anche responsabile del procedimento ma sono coinvolte nell'istruttoria altre strutture o altri enti: Rischio MEDIO 2.1 Il processo/attività ha come destinatari/beneficiari soggetti privati che operano per interessi personali o privati: Rischio ALTO 3.1 Il processo è parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari): Rischio MEDIO 6.1. Negli ultimi 5 anni non si ha conoscenza di eventi corruttivi accertati con sentenze di condanna e non sono pervenute segnalazioni di whistleblowers per fenomeni corruttivi o di cattiva amministrazione di cui è stata accertata la fondatezza, anche solo parziale : Rischio BASSO 6.2 Sono applicate misure generali di trattamento del rischio: Rischio MEDIO 7.1. Negli ultimi 3 anni sono stati erogati al personale corsi di formazione a carattere generale e specifico, il personale addetto è stato inoltre coinvolto in riunioni per la condivisione degli obiettivi e dei risultati Rischio BASSO	MEDIO	Adozione di direttive interne / linee guida che valorizzano il ricorso al criterio dell'OPEV Creazione di parametri il più possibile definiti e specifici per la valutazione delle offerte economicamente più vantaggiose, valorizzando le indicazioni offerte da ANAC, in particolare nelle linee guida n. 2 /2018		
15				Adozione del provvedimento di indizione e relativi allegati (Bando, capitolato, disciplinare, progetto)	Dirigenti di Area , Direttori di Dipartimento e di Centro e Scuola studi superiori degli alimenti CDA	Definizione dei requisiti di accesso alla gara e, in particolare, dei requisiti tecnico-economici dei concorrenti al fine di favorire un determinato soggetto (es. clausole dei bandi che stabiliscono requisiti di qualificazione); Uso distorto dell'offerta economicamente più vantaggiosa finalizzato a fini impropri	1. Monopolio di potere 2. Natura e rilevanza degli interessi coinvolti 3. Inadeguatezza della regolazione del processo 6 Inadeguata diffusione della cultura della legalità	1.1 Grado concentrazione del potere decisionale 2.1. Tipologia di utenza/beneficiari: 3.1 Grado di discrezionalità, di chiarezza e complessità normativa 6.1 Manifestazione di eventi corruttivi in passato negli ultimi 5 anni 6.2 Grado di attuazione di misure generali e specifiche di contrasto alla corruzione	1.1 Il dirigente/funziionario/organo che predispone o adotta gli atti o esprime pareri non è il responsabile del procedimento e altre strutture o altri enti sono coinvolti nell'istruttoria: Rischio BASSO 3.1 Il processo è parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari): Rischio MEDIO 6.1. Negli ultimi 5 anni non si ha conoscenza di eventi corruttivi accertati con sentenze di condanna e non sono pervenute segnalazioni di whistleblowers per fenomeni corruttivi o di cattiva amministrazione di cui è stata accertata la fondatezza, anche solo parziale : Rischio BASSO 6.2 Sono applicate misure generali di trattamento del rischio: Rischio MEDIO	MEDIO	Controllo successivo alla stesura degli atti sulla previsione di requisiti di capacità economico finanziaria, tecnica, ivi compresa quella organizzativa, e professionale, attinenti e proporzionati all'oggetto dell'appalto nel rispetto dei principi di trasparenza		
16			Indizione della procedura	Pubblicazione della gara	Adempimenti pubblicità legale in base al tipo di procedura prescelta (Pubblicazione bando e atti di gara)	RUP	nessun rischio rilevato						
17					Ricezione delle offerte	RUP	Azioni e comportamenti tesi ad alterare la documentazione di gara e il contenuto delle offerte	1. Monopolio di potere 2. Natura e rilevanza degli interessi coinvolti 3. Inadeguatezza della regolazione del processo 6 Inadeguata diffusione della cultura della legalità	1.1 Grado concentrazione del potere decisionale 2.1. Tipologia di utenza/beneficiari: 3.1 Grado di discrezionalità, di chiarezza e complessità normativa 6.1 Manifestazione di eventi corruttivi in passato negli ultimi 5 anni 6.2 Grado di attuazione di misure generali e specifiche di contrasto alla corruzione	1.1 Il dirigente/funziionario/organo che predispone o adotta gli atti o esprime pareri non è il responsabile del procedimento e altre strutture o altri enti sono coinvolti nell'istruttoria: Rischio MEDIO 2.1 Il processo/attività ha come destinatari/beneficiari soggetti privati che operano per interessi personali o privati: Rischio ALTO 3.1 Il processo è parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari): Rischio MEDIO 6.1. Negli ultimi 5 anni non si ha conoscenza di eventi corruttivi accertati con sentenze di condanna e non sono pervenute segnalazioni di whistleblowers per fenomeni corruttivi o di cattiva amministrazione di cui è stata accertata la fondatezza, anche solo parziale : Rischio BASSO 6.2 Sono applicate misure generali di trattamento del rischio: Rischio MEDIO	MEDIO	Utilizzo di piattaforme telematiche per la gestione di tutte le fasi di gara. Protocollo automatico e tracciamento delle buste telematiche Gestione tramite piattaforme di tutte le comunicazioni degli operatori economici	annuale: entro la fine del mese di febbraio dell'anno successivo
18			Valutazione documentazione amministrativa	Individuazione ammessi esclusi	Adozione del provvedimento ammessi/escluso	Direzione Generale, Dirigenti di Area , Direttori di Dipartimento e di Centro e Scuola studi superiori degli alimenti	Azioni e comportamenti tesi a restringere indebitamente la platea dei partecipanti alla gara alterazione o sottrazione della documentazione di gara	1. Monopolio di potere 2. Natura e rilevanza degli interessi coinvolti 3. Inadeguatezza della regolazione del processo 6 Inadeguata diffusione della cultura della legalità	1.1 Grado concentrazione del potere decisionale 2.1. Tipologia di utenza/beneficiari: 3.1 Grado di discrezionalità, di chiarezza e complessità normativa 6.1 Manifestazione di eventi corruttivi in passato negli ultimi 5 anni 6.2 Grado di attuazione di misure generali e specifiche di contrasto alla corruzione	1.1 Il dirigente/funziionario/organo che predispone o adotta gli atti o esprime pareri non è il responsabile del procedimento e altre strutture o altri enti sono coinvolti nell'istruttoria: Rischio BASSO 2.1 Il processo/attività ha come destinatari/beneficiari soggetti privati che operano per interessi personali o privati: Rischio ALTO 3.1 Il processo è parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari): Rischio MEDIO 6.1. Negli ultimi 5 anni non si ha conoscenza di eventi corruttivi accertati con sentenze di condanna e non sono pervenute segnalazioni di whistleblowers per fenomeni corruttivi o di cattiva amministrazione di cui è stata accertata la fondatezza, anche solo parziale : Rischio BASSO 6.2 Sono applicate misure generali di trattamento del rischio: Rischio MEDIO	MEDIO	Accessibilità online della documentazione di gara e/o delle informazioni complementari rese; in caso di documentazione non accessibile online, ridefinizione e pubblicazione delle modalità per acquisire la documentazione e/o le informazioni complementari Pubblicazione del nominativo dei soggetti cui ricorrere in caso di ingiustificato ritardo o diniego dell'accesso ai documenti di gara; Comunicazione del provvedimento ammessi/esclusi agli operatori economici interessati	annuale: entro la fine del mese di febbraio dell'anno successivo
19				Comunicazione del provvedimento ammessi/escluso	RUP / Commissione di gara	nessun rischio rilevato							

**AFFIDAMENTI DI LAVORI SERVIZI E FORNITURE**

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
3		DESCRIZIONE PROCESSI	DESCRIZIONE FASE	DESCRIZIONE ATTIVITA'	RESPONSABILI DEL PROCESSO / STRUTTURE E SOGGETTI CHE INTERVENGONO NEL PROCESSO	EVENTI RISCHIOSI	FATTORI ABILITANTI DEGLI EVENTI RISCHIOSI	INDICATORI E DATI OGGETTIVI PER LA STIMA DEL LIVELLO DI RISCHIO	CRITERI DI VALUTAZIONE PER SINGOLI INDICATORI DI RISCHIO	GIUDIZIO SINTETICO DEL LIVELLO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO	DESCRIZIONE MISURA	MONITORAGGIO
20		Scelta dell'aggiudicatario	Selezione contraente	Nomina commissione giudicatrice nel caso di ricorso al criterio del OEPV	Direzione Generale, Dirigenti di Area, Direttori di Dipartimento e di Centro e Scuola studi superiori degli alimenti	Nomina dei commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti	1. Monopolio di potere 3. Inadeguatezza della regolazione del processo 6 Inadeguata diffusione della cultura della legalità	1.1 Grado concentrazione del potere decisionale 2.1. Tipologia di utenza/beneficiari: 3.1 Grado di discrezionalità, di chiarezza e complessità normativa 6.2 Grado di attuazione di misure generali e specifiche di contrasto alla corruzione	1.1 Il dirigente/funziionario/organo che predispone o adotta gli atti o esprime pareri è anche responsabile del procedimento ma sono coinvolte nell'istruttoria altre strutture o altri enti: Rischio MEDIO 2.1. Il processo /attività ha come destinatari uffici interni, a cui sono equiparati i soggetti del sistema universitario allargato, oppure soggetti interni all'amministrazione nell'esercizio delle loro funzioni pubbliche: Rischio BASSO 3.1 Il processo/attività è parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari): Rischio MEDIO 6.2 Sono applicate misure generali di trattamento del rischio: Rischio MEDIO	MEDIO	Scelta dei componenti delle commissioni di gara, tra i soggetti in possesso dei necessari requisiti; Tenuta/adesione di albi di possibili componenti delle commissioni suddivisi per professionalità Rilascio da parte dei commissari e dei segretari verbalizzanti di dichiarazioni attestanti: a) con riferimento a quanto disposto dall'art.35bis del D.Lgs. n. 165/2001, di non essere stato/a condannato/a, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro del Codice Penale; b) l'inesistenza delle cause di incompatibilità e di astensione di cui all'art. 77, commi 4,5 e 6, del D.Lgs. 50/2016, Nuovo Codice dei Contratti;	
21				Gestione delle sedute di gara nel caso di ricorso al criterio del OEPV)	Commissione / RUP nei casi consentiti	Alterazione o sottrazione della documentazione di gara Definizione delle date delle sedute pubbliche e inidonea pubblicità in modo da scoraggiare la partecipazione di alcuni concorrenti	1. Monopolio di potere 3. Inadeguatezza della regolazione del processo 6 Inadeguata diffusione della cultura della legalità	1.1 Grado concentrazione del potere decisionale 3.1 Grado di discrezionalità, di chiarezza e complessità normativa 6.2 Grado di attuazione di misure generali e specifiche di contrasto alla corruzione	1.1 Il dirigente/funziionario/organo che predispone o adotta gli atti o esprime pareri non è anche responsabile del procedimento e non sono coinvolte nell'istruttoria altre strutture o altri enti: Rischio MEDIO 3.1 Il processo è parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari): Rischio MEDIO 6.2 Sono applicate misure generali di trattamento del rischio: Rischio MEDIO  *Nel caso di RUP il primo indicatore si misura con : 1.1 Il dirigente/funziionario/organo che predispone o adotta gli atti o esprime pareri è anche responsabile del procedimento e non sono coinvolte nell'istruttoria altre strutture o altri enti: Rischio ALTO	MEDIO/ALTO	Adozione di sistemi telematici per la conservazione della documentazione  Menzione nei verbali di gara delle specifiche cautele adottate a tutela dell'integrità e della conservazione delle buste contenenti l'offerta  obbligo di preventiva pubblicazione on line delle sedute di gara in tempi congrui	
22				Valutazione delle offerte	Commissione / RUP nei casi consentiti	applicazione distorta dei criteri di aggiudicazione per manipolare l'esito	1. Monopolio di potere 2. Natura e rilevanza degli interessi coinvolti 5. opacità, per assenza o carenza di trasparenza	1.1 Grado concentrazione del potere decisionale 2.1. Tipologia di utenza/beneficiari: 5.1 grado di trasparenza del processo	1.1 Il dirigente/funziionario/organo che predispone o adotta gli atti o esprime pareri non è anche responsabile del procedimento e non sono coinvolte nell'istruttoria altre strutture o altri enti: Rischio MEDIO 2.1 Il processo/attività ha come destinatari/beneficiari soggetti privati che operano per interessi personali o privati: Rischio ALTO 5.1. Il processo/attività prevede l'utilizzo di strumenti di trasparenza sostanziale che permettono di tracciare fasi e soggetti del il procedimento (informatizzazione, motivazione, verbalizzazione degli incontri) Rischio BASSO  *Nel caso di RUP il primo indicatore si misura con : 1.1 Il dirigente/funziionario/organo che predispone o adotta gli atti o esprime pareri è anche responsabile del procedimento e non sono coinvolte nell'istruttoria altre strutture o altri enti: Rischio ALTO	MEDIO/ALTO	Nel caso in cui si riscontri un numero significativo di offerte simili o uguali o altri elementi, adeguata formalizzazione delle verifiche esplesate in ordine a situazioni di controllo/collegamento/ accordo tra i partecipanti alla gara, tale da poter determinare offerte "concordate"	
23				Verifica eventuali anomalie delle offerte	Commissione / RUP nei casi consentiti	applicazione distorta delle verifiche al fine di agevolare l'aggiudicazione ad un determinato operatore economico e/o di escludere determinati concorrenti	1. Monopolio di potere 2. Natura e rilevanza degli interessi coinvolti 5. opacità, per assenza o carenza di trasparenza	1.1 Grado concentrazione del potere decisionale 2.1. Tipologia di utenza/beneficiari: 5.1 grado di trasparenza del processo	1.1 Il dirigente/funziionario/organo che predispone o adotta gli atti o esprime pareri non è anche responsabile del procedimento e non sono coinvolte nell'istruttoria altre strutture o altri enti: Rischio MEDIO 2.1 Il processo/attività ha come destinatari/beneficiari soggetti privati che operano per interessi personali o privati: Rischio ALTO 5.1. Il processo/attività prevede l'utilizzo di strumenti di trasparenza sostanziale che permettono di tracciare fasi e soggetti del il procedimento (informatizzazione, motivazione, verbalizzazione degli incontri) Rischio BASSO  *Nel caso di RUP il primo indicatore si misura con : 1.1 Il dirigente/funziionario/organo che predispone o adotta gli atti o esprime pareri è anche responsabile del procedimento e non sono coinvolte nell'istruttoria altre strutture o altri enti: Rischio ALTO	MEDIO/ ALTO	Documentazione del procedimento di valutazione delle offerte anormalmente basse e di verifica della congruità dell'anomalia, specificando espressamente le motivazioni nel caso in cui all'esito del procedimento di verifica, non si sia proceduto all'esclusione	
24				Proposta di aggiudicazione	Commissione / RUP nei casi consentiti	nessun rischio rilevato						

**AFFIDAMENTI DI LAVORI SERVIZI E FORNITURE**

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
3		DESCRIZIONE PROCESSI	DESCRIZIONE FASE	DESCRIZIONE ATTIVITA'	RESPONSABILI DEL PROCESSO / STRUTTURE E SOGGETTI CHE INTERVENGONO NEL PROCESSO	EVENTI RISCHIOSI	FATTORI ABILITANTI DEGLI EVENTI RISCHIOSI	INDICATORI E DATI OGGETTIVI PER LA STIMA DEL LIVELLO DI RISCHIO	CRITERI DI VALUTAZIONE PER SINGOLI INDICATORI DI RISCHIO	GIUDIZIO SINTETICO DEL LIVELLO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO	DESCRIZIONE MISURA	MONITORAGGIO
25		Formalizzazione dell'aggiudicazione e stipula del contratto	Verifica ai fini dell'aggiudicazione	Controllo sugli atti e adozione provvedimento di aggiudicazione	RUP e Dirigente D.T.P.	Alterazione o omissione dei controlli e delle verifiche al fine di favorire un aggiudicatario privo dei requisiti. Possibilità che i contenuti delle verifiche siano alterati per mettere da parte l'aggiudicatario e favorire gli operatori economici che seguono nella graduatoria.	1. Monopolio di potere 3. Inadeguatezza della regolazione del processo 6 Inadeguata diffusione della cultura della legalità	1.1 Grado concentrazione del potere decisionale 3.1 Grado di discrezionalità, di chiarezza e complessità normativa 6.1 Manifestazione di eventi corruttivi in passato negli ultimi 5 anni 6.2 Grado di attuazione di misure generali e specifiche di contrasto alla corruzione	1.1 Il dirigente/funziario/organo che predispone o adotta gli atti o esprime pareri non è anche responsabile del procedimento e altre strutture o altri enti sono coinvolti nell'istruttoria: Rischio BASSO 3.1 Il processo/attività è parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari): Rischio MEDIO 6.1 Negli ultimi 5 anni non si ha conoscenza di eventi corruttivi accertati con sentenze di condanna e non sono pervenute segnalazioni di whistleblowers per fenomeni corruttivi o di cattiva amministrazione di cui è stata accertata la fondatezza, anche solo parziale: Rischio BASSO 6.2 Sono applicate misure generali di trattamento del rischio: Rischio MEDIO	MEDIO	Controllo da parte dell'organo di vertice sugli atti e procedure di affidamento	semestrale
26				Verifica requisiti generali e speciali ove richiesti	RUP e Dirigente D.T.P.	Verifica incompleta o non sufficientemente approfondita al fine di favorire un aggiudicatario privo dei requisiti. Possibilità che i contenuti delle verifiche siano alterati per annullare l'aggiudicazione anche al fine di favorire gli operatori economici che seguono nella graduatoria.	1. Monopolio di potere 3. Inadeguatezza della regolazione del processo 6 Inadeguata diffusione della cultura della legalità	1.1 Grado concentrazione del potere decisionale 3.1 Grado di discrezionalità, di chiarezza e complessità normativa 6.1 Manifestazione di eventi corruttivi in passato negli ultimi 5 anni	1.1 Il dirigente/funziario/organo che predispone o adotta gli atti o esprime pareri non è anche responsabile del procedimento e altre strutture o altri enti sono coinvolti nell'istruttoria: Rischio Basso 3.1 Il processo/attività è parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari): Rischio MEDIO 6.1 Negli ultimi 5 anni non si ha conoscenza di eventi corruttivi accertati con sentenze di condanna e non sono pervenute segnalazioni di whistleblowers per fenomeni corruttivi o di cattiva amministrazione di cui è stata accertata la fondatezza, anche solo parziale: Rischio BASSO 6.2 Sono applicate misure generali di trattamento del rischio: Rischio MEDIO	MEDIO	Controllo requisiti generali e speciali tramite piattaforme ANAC ( FVOE)	annuale: entro la fine del mese di febbraio dell'anno successivo
27				Pubblicazione e comunicazione del provvedimento di aggiudicazione ai concorrenti	RUP	nessun rischio rilevato						
28		Stipula ed esecuzione del contratto		Firma contratto e/o emissione ordine	Direttore Generale/Ufficiale Rogante/Responsabile D.T.P.	Modifica delle previsioni contrattuali poste a base di gara a vantaggio dell'aggiudicatario	1. Monopolio di potere 2. Natura e rilevanza degli interessi coinvolti 3. Inadeguatezza della regolazione del processo 6. Inadeguata diffusione della cultura della legalità	1.1 Grado concentrazione del potere decisionale 2.1. Tipologia di utenza/beneficiari: 3.1 Grado di discrezionalità, di chiarezza e complessità normativa 6.1 Manifestazione di eventi corruttivi in passato negli ultimi 5 anni	1.1 Il dirigente/funziario/organo che predispone o adotta gli atti o esprime pareri non è anche responsabile del procedimento e altre strutture o altri enti sono coinvolti nell'istruttoria: Rischio Basso 2.1 Il processo/attività ha come destinatari/beneficiari soggetti privati che operano per interessi personali o privati: Rischio ALTO 3.1 Il processo/attività è parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari): Rischio MEDIO 6.1 Negli ultimi 5 anni non si ha conoscenza di eventi corruttivi accertati con sentenze di condanna e non sono pervenute segnalazioni di whistleblowers per fenomeni corruttivi o di cattiva amministrazione di cui è stata accertata la fondatezza, anche solo parziale: Rischio BASSO	MEDIO	Predisposizione testo contratto e verifica esito controllo a cura della Direzione AA.GG., contrattualistica di servizi e lavori pubblici Introduzione di un controllo sui documenti di stipula da parte dell'ufficiale rogante e adozione della stipula mediante forma pubblica amministrativa	annuale: entro la fine del mese di febbraio dell'anno successivo
29				Comunicazione avvenuta stipula	RUP	nessun rischio rilevato						

AFFIDAMENTI DI LAVORI SERVIZI E FORNITURE

AREA DI RISCHIO CONTRATTI PUBBLICI (EX AFFIDAMENTI DI LAVORI, SERVIZI E FORNITURE)											
MAPPATURA PROCESSI/FASI E ATTIVITA'					VALUTAZIONE DEL RISCHIO					TRATTAMENTO DEL RISCHIO	
	DESCRIZIONE DEL PROCESSO	DESCRIZIONE FASE	DESCRIZIONE ATTIVITA'	RESPONSABILI DEL PROCESSO / STRUTTURE E SOGGETTI CHE INTERVENGONO NEL PROCESSO	EVENTI RISCHIOSI	FATTORI ABILITANTI DEGLI EVENTI RISCHIOSI	INDICATORI E DATI OGGETTIVI PER LA STIMA DEL LIVELLO DI RISCHIO	CRITERI DI VALUTAZIONE PER SINGOLI INDICATORI DI RISCHIO	GIUDIZIO SINTETICO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO DEL PROCESSO	DESCRIZIONE MISURA	MONITORAGGIO
Affidamento diretto di servizi e lavori anche con riferimento ai servizi di ingegneria e architettura	Nomina RUP	Operazioni preliminari all'affidamento	Verifica requisiti per lo svolgimento di funzioni di RUP e adozione del provvedimento di nomina	Dirigente D.T.P.	Nomina di responsabili di procedimento in rapporto di contiguità con imprese concorrenti o privi dei requisiti idonei ad assicurare la terzietà o l'indipendenza	1. Monopolio di potere 2. Natura e rilevanza degli interessi coinvolti 3. Inadeguatezza della regolazione del processo	1.1 Grado concentrazione del potere decisionale 2.1. Tipologia di utenza/beneficiari: 3.1 Grado di discrezionalità, di chiarezza e complessità normativa	1.1 Il dirigente/funzionario/organo che predispone o adotta gli atti o esprime pareri è anche responsabile del procedimento e non sono coinvolte nell'istruttoria altre strutture o altri enti: Rischio ALTO 2.1. Il processo ha come destinatari uffici interni, a cui sono equiparati i soggetti del sistema universitario allargato, oppure soggetti interni all'amministrazione nell'esercizio delle loro funzioni pubbliche: Rischio BASSO 3.1 Il processo è parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari): Rischio MEDIO	ALTO	Acquisizione della dichiarazione sostitutiva sull'assenza di conflitti di interesse resa dal soggetto individuato secondo quanto previsto dalle linee guida ANAC n. 15/2019 Rispetto del principio di rotazione del RUP Verifica del possesso dei requisiti professionali necessari per lo svolgimento della funzione di RUP e dell'assenza di cause di incompatibilità e conflitti di interesse	annuale: entro la fine del mese di febbraio dell'anno successivo
	Verifica della congruità del prezzo	Determinazione dell'importo di affidamento	Svolgimento di indagini di mercato ( ex. Richiesta preventivi, consultazione listini o altre valutazioni come da suggerimento linea guida 4 anac)	Responsabile Amministrativo /RUP	Adozione di modalità di scelta dei soggetti da invitare e contenuto degli atti predisposti al fine di agevolare un determinato operatore economico	1. Monopolio di potere 3. Inadeguatezza della regolazione del processo 6 Inadeguata diffusione della cultura della legalità 7. Non adeguata formazione, informazione e responsabilizzazione degli addetti ai lavori	1.1 Grado concentrazione del potere decisionale 3.1 Grado di discrezionalità, di chiarezza e complessità normativa 6.1 Manifestazione di eventi corruttivi in passato negli ultimi 5 anni 6.2 Grado di attuazione di misure generali e specifiche di contrasto alla corruzione 7.1 Livello di formazione e coinvolgimento degli addetti	1.1 Il dirigente/funzionario/organo che predispone o adotta gli atti o esprime pareri è anche responsabile del procedimento e non sono coinvolte nell'istruttoria altre strutture o altri enti: Rischio ALTO 3.1 Il processo/attività è parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari): Rischio MEDIO 6.1 Negli ultimi 5 anni non si ha conoscenza di eventi corruttivi accertati con sentenze di condanna e non sono pervenute segnalazioni di whistleblowers per fenomeni corruttivi o di cattiva amministrazione di cui è stata accertata la fondatezza, anche solo parziale: Rischio BASSO 6.2. Sono applicate misure generali e specifiche di trattamento del rischio: Rischio BASSO 7.1. Negli ultimi 3 anni sono stati erogati al personale corsi di formazione a carattere generale e specifico, il personale addetto è stato inoltre coinvolto in riunioni per la condivisione degli obiettivi e dei risultati Rischio BASSO	ALTO	Utilizzo di elenchi aperti di operatori economici con applicazione del principio della rotazione, previa fissazione di criteri generali per l'iscrizione; Verifica del rispetto del principio di rotazione degli operatori economici presenti negli elenchi della Stazione Appaltante. Effettuazione di consultazioni collettive e /o incrociate di più operatori e adeguata verbalizzazione/registrazione delle stesse Predisposizione da parte del RUP del documento contenete i risultati dell'istruttoria tecnica da allegare alla richiesta di determina a contrarre	annuale: entro la fine del mese di febbraio dell'anno successivo
	Controllo operatore economico individuato	Verifica requisiti operatore	Verifica requisiti generali e speciali ove richiesti	RUP/Funzionario istruttore	verifica incompleta o non sufficientemente approfondita al fine di favorire un aggiudicatario privo dei requisiti. Possibilità che i contenuti delle verifiche siano alterati per annullare l'aggiudicazione anche al fine di favorire gli operatori economici che seguono nella graduatoria.	1. Monopolio di potere 3. Inadeguatezza della regolazione del processo 6 Inadeguata diffusione della cultura della legalità	1.1 Grado concentrazione del potere decisionale 3.1 Grado di discrezionalità, di chiarezza e complessità normativa 6.1 Manifestazione di eventi corruttivi in passato negli ultimi 5 anni	1.1 Il dirigente/funzionario/organo che predispone o adotta gli atti o esprime pareri non è anche responsabile del procedimento e altre strutture o altri enti sono coinvolti nell'istruttoria: Rischio Basso 3.1 Il processo/attività è parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari): Rischio MEDIO 6.1 Negli ultimi 5 anni non si ha conoscenza di eventi corruttivi accertati con sentenze di condanna e non sono pervenute segnalazioni di whistleblowers per fenomeni corruttivi o di cattiva amministrazione di cui è stata accertata la fondatezza, anche solo parziale: Rischio BASSO 6.2 Sono applicate misure generali di trattamento del rischio: Rischio MEDIO	MEDIO	Controllo requisiti generali e speciali tramite piattaforme ANAC ( FVOE)	
	Affidamento all'operatore economico individuato	Affidamento	Adozione provvedimento di affidamento a seguito degli esiti dell'indagine di mercato e dell'esito delle verifiche	Direzione Generale AOPG/RUP/Dirigente D.T.P.	Definizione dei requisiti di accesso alla gara e, in particolare, dei requisiti tecnico-economici dei concorrenti al fine di favorire un determinato soggetto (es. clausole dei bandi che stabiliscono requisiti di qualificazione); Uso distorto dell'offerta economicamente più vantaggiosa finalizzato a fini impropri	1. Monopolio di potere 2. Natura e rilevanza degli interessi coinvolti 3. Inadeguatezza della regolazione del processo 6 Inadeguata diffusione della cultura della legalità	1.1 Grado concentrazione del potere decisionale 2.1. Tipologia di utenza/beneficiari: 3.1 Grado di discrezionalità, di chiarezza e complessità normativa 6.1 Manifestazione di eventi corruttivi in passato negli ultimi 5 anni 6.2 Grado di attuazione di misure generali e specifiche di contrasto alla corruzione	1.1 Il dirigente/funzionario/organo che predispone o adotta gli atti o esprime pareri non è il responsabile del procedimento e altre strutture o altri enti sono coinvolti nell'istruttoria: Rischio BASSO 3.1 Il processo è parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari): Rischio MEDIO 6.1. Negli ultimi 5 anni non si ha conoscenza di eventi corruttivi accertati con sentenze di condanna e non sono pervenute segnalazioni di whistleblowers per fenomeni corruttivi o di cattiva amministrazione di cui è stata accertata la fondatezza, anche solo parziale: Rischio BASSO 6.2 Sono applicate misure generali di trattamento del rischio: Rischio MEDIO	MEDIO	Controllo successivo alla stesura degli atti sulla previsione di requisiti di capacità economico finanziaria, tecnica, ivi compresa quella organizzativa, e professionale, attinenti e proporzionati all'oggetto dell'appalto nel rispetto dei principi di trasparenza e rotazione	annuale: entro la fine del mese di febbraio dell'anno successivo
	Stipula contratto			Firma contratto e/o emissione ordine	Direzione Generale AOPG/RUP/Dirigente D.T.P.	nessun rischio rilevato					

AFFIDAMENTI DI LAVORI SERVIZI E FORNITURE

AREA DI RISCHIO CONTRATTI PUBBLICI (EX AFFIDAMENTI DI LAVORI, SERVIZI E FORNITURE)					VALUTAZIONE DEL RISCHIO					TRATTAMENTO DEL RISCHIO	
MAPPATURA PROCESSI/FASI E ATTIVITA'					VALUTAZIONE DEL RISCHIO					TRATTAMENTO DEL RISCHIO	
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	DESCRIZIONE FASE	DESCRIZIONE ATTIVITA'	RESPONSABILI DEL PROCESSO / STRUTTURE E SOGGETTI CHE INTERVENGONO NEL PROCESSO	EVENTI RISCHIOSI	FATTORI ABILITANTI DEGLI EVENTI RISCHIOSI	INDICATORI E DATI OGGETTIVI PER LA STIMA DEL LIVELLO DI RISCHIO	CRITERI DI VALUTAZIONE PER SINGOLI INDICATORI DI RISCHIO	GIUDIZIO SINTETICO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO DEL PROCESSO	DESCRIZIONE MISURA	MONITORAGGIO	
Procedura negoziata per affidamenti di servizi e lavori anche con riferimento ai servizi di ingegneria e architettura	Nomina RUP	Operazioni preliminari all'avvio della procedura	Responsabile D.T.P.	Verifica requisiti per lo svolgimento delle funzioni di RUP	1. Monopolio di potere 2. Natura e rilevanza degli interessi coinvolti 3. Inadeguatezza della regolazione del processo	1.1 Grado concentrazione del potere decisionale 2.1. Tipologia di utenza/beneficiari: 3.1 Grado di discrezionalità, di chiarezza e complessità normativa	1.1 Il dirigente/funzionario/organo che predispone o adotta gli atti o esprime pareri è anche responsabile del procedimento e non sono coinvolte nell'istruttoria altre strutture o altri enti: Rischio ALTO 2.1. Il processo ha come destinatari uffici interni, a cui sono equiparati i soggetti del sistema universitario allargato, oppure soggetti interni all'amministrazione nell'esercizio delle loro funzioni pubbliche :Rischio BASSO 3.1 Il processo è parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari): Rischio MEDIO	ALTO	Acquisizione della dichiarazione sostitutiva sull'assenza di conflitti di interesse resa dal soggetto individuato secondo quanto previsto dalle linee guida ANAC n. 15/2019 Rispetto del principio di rotazione del RUP Verifica del possesso dei requisiti professionali necessari per lo svolgimento della funzione di RUP e dell'assenza di cause di incompatibilità e conflitti di interesse	annuale: entro la fine del mese di febbraio dell'anno successivo	
		Adozione provvedimento di nomina RUP									
Individuazione della procedura di affidamento	Individuazione della procedura di affidamento	Proposta procedura di affidamento e individuazione degli elementi essenziali del contratto	RUP	Elusione delle regole di affidamento degli appalti, mediante l'improprio utilizzo di sistemi di affidamento, di tipologie contrattuali o di procedure negoziate e affidamenti diretti per favorire un operatore economico Predisposizione di clausole contrattuali dal contenuto vago o vessatorio per disincentivare la partecipazione alla gara ovvero per consentire modifiche in fase di esecuzione o rendere di fatto inefficaci le sanzioni in caso di ritardi e/o irregolarità nell'esecuzione della prestazione Definizione dei requisiti di accesso alla gara e, in particolare, dei requisiti tecnico-economici dei concorrenti, che favoriscono un determinato operatore economico Abuso delle disposizioni in materia di determinazione del valore stimato del contratto, al fine di eludere le disposizioni sulle procedure da porre in essere	1. Monopolio di potere 3. Inadeguatezza della regolazione del processo 6 Inadeguata diffusione della cultura della legalità 7. Non adeguata formazione, informazione e responsabilizzazione degli addetti ai lavori	1.1 Grado concentrazione del potere decisionale 3.1 Grado di discrezionalità, di chiarezza e complessità normativa 6.1 Manifestazione di eventi corruttivi in passato negli ultimi 5 anni 6.2 Grado di attuazione di misure generali e specifiche di contrasto alla corruzione 7.1 Livello di formazione e coinvolgimento degli addetti	1.1 Il dirigente/funzionario/organo che predispone o adotta gli atti o esprime pareri è anche responsabile del procedimento ma sono coinvolte nell'istruttoria altre strutture o altri enti: Rischio MEDIO 3.1 Il processo è parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari): Rischio MEDIO 6.1. Negli ultimi 5 anni non si ha conoscenza di eventi corruttivi accertati con sentenze di condanna e non sono pervenute segnalazioni di whistleblowers per fenomeni corruttivi o di cattiva amministrazione di cui è stata accertata la fondatezza, anche solo parziale : Rischio BASSO 6.2 Sono applicate misure generali di trattamento del rischio: Rischio MEDIO 7.1. Negli ultimi 3 anni sono stati erogati al personale corsi di formazione a carattere generale e specifico, il personale addetto è stato inoltre coinvolto in riunioni per la condivisione degli obiettivi e dei risultati Rischio BASSO	MEDIA	Utilizzo della procedura di gara e dei sistemi di affidamento, secondo il Codice dei Contratti DLgs 50/2016, come modificato dal D.L. 18/04/2019 c.d. "sblocca cantieri" e dal Decreto semplificazione n. 76 del 2020; conv. con modifiche nella l. 120 del 2020 Obbligo di motivazione della procedura scelta Preventiva individuazione, mediante direttive e circolari interne, di procedure atte ad attestare il ricorrere dei presupposti legali per indire procedure negoziate o procedere ad affidamenti diretti da parte del Responsabile del Procedimento. Per le Procedure sottosoglia applicazione della Circolare n. 1 del 2017 avente per oggetto "Indicazioni operative per l'attivazione del modulo procedurale dell'affidamento diretto ai sensi delle disposizioni di cui all'art. 36, comma 2, lett. a) D. Lgs. 50 del 2016 e norme correlate", con relativo allegato di Modello di determina. Revisione regolamento vigente e aggiornamento della Circolare n°1 in adeguamento alla normativa vigente	annuale: entro la fine del mese di febbraio dell'anno successivo	
		Adozione provvedimento di indicazione della procedura di affidamento	Responsabile della D.T.P./ RUP	Elusione delle regole di affidamento degli appalti, mediante l'improprio utilizzo di sistemi di affidamento, di tipologie contrattuali o di procedure negoziate e affidamenti diretti per favorire un operatore.	1. Monopolio di potere 2. Natura e rilevanza degli interessi coinvolti 3. Inadeguatezza della regolazione del processo 6 Inadeguata diffusione della cultura della legalità	1.1 Grado concentrazione del potere decisionale 2.1. Tipologia di utenza/beneficiari: 3.1 Grado di discrezionalità, di chiarezza e complessità normativa 6.1 Manifestazione di eventi corruttivi in passato negli ultimi 5 anni 6.2 Grado di attuazione di misure generali e specifiche di contrasto alla corruzione	1.1 Il dirigente/funzionario/organo che predispone o adotta gli atti o esprime pareri non è il responsabile del procedimento e altre strutture o altri enti sono coinvolti nell'istruttoria: Rischio BASSO 3.1 Il processo è parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari): Rischio MEDIO 6.1. Negli ultimi 5 anni non si ha conoscenza di eventi corruttivi accertati con sentenze di condanna e non sono pervenute segnalazioni di whistleblowers per fenomeni corruttivi o di cattiva amministrazione di cui è stata accertata la fondatezza, anche solo parziale : Rischio BASSO 6.2 Sono applicate misure generali di trattamento del rischio: Rischio MEDIO	MEDIO	Verifica del corretto utilizzo della procedura di gara e dei sistemi di affidamento, secondo il Codice dei Contratti DLgs 50/2016, come modificato dal D.L. 18/04/2019 c.d. "sblocca cantieri" e dal Decreto semplificazione n. 76 del 2020; conv. con modifiche nella l. 120 del 2020 Obbligo di motivazione nella determina a contrarre, sia della procedura sia del sistema di affidamento adottato ovvero della tipologia contrattuale.	annuale: entro la fine del mese di febbraio dell'anno successivo	
		Indagine di mercato finalizzata ad individuare gli operatori da invitare ( consultazione albo fornitori / avviso per manifestazione di interesse)	RUP	Adozione di modalità di scelta dei soggetti da invitare e contenuto degli atti predisposti al fine di agevolare un determinato operatore economico	1. Monopolio di potere 3. Inadeguatezza della regolazione del processo 6 Inadeguata diffusione della cultura della legalità 7. Non adeguata formazione, informazione e responsabilizzazione degli addetti ai lavori	1.1 Grado concentrazione del potere decisionale 3.1 Grado di discrezionalità, di chiarezza e complessità normativa 6.1 Manifestazione di eventi corruttivi in passato negli ultimi 5 anni 6.2 Grado di attuazione di misure generali e specifiche di contrasto alla corruzione 7.1 Livello di formazione e coinvolgimento degli addetti	1.1 Il dirigente/funzionario/organo che predispone o adotta gli atti o esprime pareri è anche responsabile del procedimento e non sono coinvolte nell'istruttoria altre strutture o altri enti: Rischio ALTO 3.1 Il processo/attività è parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari): Rischio MEDIO 6.1 Negli ultimi 5 anni non si ha conoscenza di eventi corruttivi accertati con sentenze di condanna e non sono pervenute segnalazioni di whistleblowers per fenomeni corruttivi o di cattiva amministrazione di cui è stata accertata la fondatezza, anche solo parziale: Rischio BASSO 6.2. Sono applicate misure generali e specifiche di trattamento del rischio: Rischio BASSO 7.1. Negli ultimi 3 anni sono stati erogati al personale corsi di formazione a carattere generale e specifico, il personale addetto è stato inoltre coinvolto in riunioni per la condivisione degli obiettivi e dei risultati Rischio BASSO	ALTO	Utilizzo di elenchi aperti di operatori economici con applicazione del principio della rotazione, previa fissazione di criteri generali per l'iscrizione; Verifica del rispetto del principio di rotazione degli operatori economici presenti negli elenchi della Stazione Appaltante. Effettuazione di consultazioni collettive e /o incrociate di più operatori e adeguata verbalizzazione/registrazione delle stesse Predisposizione da parte del RUP del documento contenente i risultati dell'istruttoria tecnica da allegare alla richiesta di determina a contrarre	annuale: entro la fine del mese di febbraio dell'anno successivo	
		Inoltro inviti e valutazioni offerte	RUP	Applicazione distorta dei criteri di aggiudicazione per manipolarne l'esito	1. Monopolio di potere 2. Natura e rilevanza degli interessi coinvolti 5. opacità, per assenza o carenza di trasparenza	1.1 Grado concentrazione del potere decisionale 2.1. Tipologia di utenza/beneficiari: 5.1 grado di trasparenza del processo	1.1 Il dirigente/funzionario/organo che predispone o adotta gli atti o esprime pareri è anche responsabile del procedimento e non sono coinvolte nell'istruttoria altre strutture o altri enti: Rischio ALTO 2.1 Il processo/attività ha come destinatari/beneficiari soggetti privati che operano per interessi personali o privati: Rischio ALTO 5.1. Il processo/attività prevede l'utilizzo di strumenti di trasparenza sostanziale che permettono di tracciare fasi e soggetti del procedimento (informatizzazione, motivazione, verbalizzazione degli incontri) Rischio BASSO	ALTO	Nel caso in cui si riscontrano un numero significativo di offerte simili o uguali o altri elementi, adeguata formalizzazione delle verifiche espletate in ordine a situazioni di controllo/collegamento/ accordo tra i partecipanti alla gara, tale da poter determinare offerte "concordate"	annuale: entro la fine del mese di febbraio dell'anno successivo	

AFFIDAMENTI DI LAVORI SERVIZI E FORNITURE

	DESCRIZIONE DEL PROCESSO	DESCRIZIONE FASE	DESCRIZIONE ATTIVITA'	RESPONSABILI DEL PROCESSO / STRUTTURE E SOGGETTI CHE INTERVENGONO NEL PROCESSO	EVENTI RISCHIOSI	FATTORI ABILITANTI DEGLI EVENTI RISCHIOSI	INDICATORI E DATI OGGETTIVI PER LA STIMA DEL LIVELLO DI RISCHIO	CRITERI DI VALUTAZIONE PER SINGOLI INDICATORI DI RISCHIO	GIUDIZIO SINTETICO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO DEL PROCESSO	DESCRIZIONE MISURA	MONITORAGGIO
	Valutazione documentazione amministrativa		Adozione provvedimento ammessi esclusi	Responsabile D.T.P./RUP	Azioni e comportamenti tesi a restringere indebitamente la platea dei partecipanti alla gara alterazione o sottrazione della documentazione di gara	1. Monopolio di potere 2. Natura e rilevanza degli interessi coinvolti 3. Inadeguatezza della regolazione del processo 6 Inadeguata diffusione della cultura della legalità	1.1 Grado concentrazione del potere decisionale 2.1. Tipologia di utenza/beneficiari: 3.1 Grado di discrezionalità, di chiarezza e complessità normativa 6.1 Manifestazione di eventi corruttivi in passato negli ultimi 5 anni 6.2 Grado di attuazione di misure generali e specifiche di contrasto alla corruzione	1.1 Il dirigente/funzionario/organo che predispone o adotta gli atti o esprime pareri non è il responsabile del procedimento e altre strutture o altri enti sono coinvolti nell'istruttoria: Rischio BASSO 2.1 Il processo/attività ha come destinatari/beneficiari soggetti privati che operano per interessi personali o privati: Rischio ALTO 3.1 Il processo è parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari): Rischio MEDIO 6.1. Negli ultimi 5 anni non si ha conoscenza di eventi corruttivi accertati con sentenze di condanna e non sono pervenute segnalazioni di whistleblowers per fenomeni corruttivi o di cattiva amministrazione di cui è stata accertata la fondatezza, anche solo parziale : Rischio BASSO 6.2 Sono applicate misure generali di trattamento del rischio: Rischio MEDIO	MEDIO	Accessibilità online della documentazione di gara e/o delle informazioni complementari rese; in caso di documentazione non accessibile online, predefinita e pubblicazione delle modalità per acquisire la documentazione e/o le informazioni complementari Pubblicazione del nominativo dei soggetti cui ricorrere in caso di ingiustificato ritardo o diniego dell'accesso ai documenti di gara; Comunicazione del provvedimento ammessi/esclusi agli operatori economici interessati	
			Comunicazione del provvedimento ammessi esclusi	RUP	nessun rischio rilevato						
	Scelta dell'aggiudicatario	selezione del contraente	Nomina commissione giudicatrice (solo nel caso di ricorso al criterio del OEPV)	Responsabile D.T.P./RUP	Nomina dei commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti	1. Monopolio di potere 3. Inadeguatezza della regolazione del processo 6 Inadeguata diffusione della cultura della legalità	1.1 Grado concentrazione del potere decisionale 2.1. Tipologia di utenza/beneficiari: 3.1 Grado di discrezionalità, di chiarezza e complessità normativa 6.2 Grado di attuazione di misure generali e specifiche di contrasto alla corruzione	1.1. Il dirigente/funzionario/organo che predispone o adotta gli atti o esprime pareri non è anche responsabile del procedimento e non sono coinvolte nell'istruttoria altre strutture o altri enti: Rischio MEDIO 3.1 Il processo/attività è parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari): Rischio MEDIO 6.2 Sono applicate misure generali di trattamento del rischio: Rischio MEDIO	MEDIO	Scelta dei componenti delle commissioni di gara, tra i soggetti in possesso dei necessari requisiti; Tenuta/adeguatezza di albi di possibili componenti delle commissioni suddivisi per professionalità Rilascio da parte dei commissari e dei segretari verbalizzanti di dichiarazioni attestanti: a) con riferimento a quanto disposto dall'art. 35bis del D.Lgs. n. 165/2001, di non essere stato/a condannato/a, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro del Codice Penale; b) l'inesistenza delle cause di incompatibilità e di astensione di cui all'art. 77, commi 4,5 e 6, del D.Lgs. 50/2016, Nuovo Codice dei Contratti;	annuale: entro la fine del mese di febbraio dell'anno successivo
			Gestione delle sedute di gara nel caso di ricorso al criterio dell'OEPV	RUP/commissione di gara	Alterazione o sottrazione della documentazione di gara Definizione delle date delle sedute pubbliche e inidonea pubblicità in modo da scoraggiare la partecipazione di alcuni concorrenti	1. Monopolio di potere 3. Inadeguatezza della regolazione del processo 6 Inadeguata diffusione della cultura della legalità	1.1 Grado concentrazione del potere decisionale 3.1 Grado di discrezionalità, di chiarezza e complessità normativa 6.2 Grado di attuazione di misure generali e specifiche di contrasto alla corruzione	1.1 Il dirigente/funzionario/organo che predispone o adotta gli atti o esprime pareri è anche responsabile del procedimento e non sono coinvolte nell'istruttoria altre strutture o altri enti: Rischio ALTO 3.1 Il processo è parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari): Rischio MEDIO 6.2 Sono applicate misure generali di trattamento del rischio: Rischio MEDIO  *Nel caso di commissione il primo indicatore si misura con : 1.1 Il dirigente/funzionario/organo che predispone o adotta gli atti o esprime pareri non è anche responsabile del procedimento e non sono coinvolte nell'istruttoria altre strutture o altri enti: Rischio MEDIO	MEDIO/ALTO	Adozione di sistemi telematici per la conservazione della documentazione Menzione nei verbali di gara delle specifiche cautele adottate a tutela dell'integrità e della conservazione delle buste contenenti l'offerta Obbligo di preventiva pubblicazione online delle sedute di gara in tempi congrui	annuale: entro la fine del mese di febbraio dell'anno successivo
			valutazione delle offerte	RUP/commissione di gara	applicazione distorta dei criteri di aggiudicazione per manipolare l'esito	1. Monopolio di potere 2. Natura e rilevanza degli interessi coinvolti 5. opacità, per assenza o carenza di trasparenza	1.1 Grado concentrazione del potere decisionale 2.1. Tipologia di utenza/beneficiari: 5.1 grado di trasparenza del processo	1.1 Il dirigente/funzionario/organo che predispone o adotta gli atti o esprime pareri è anche responsabile del procedimento e non sono coinvolte nell'istruttoria altre strutture o altri enti: Rischio ALTO 2.1 Il processo/attività ha come destinatari/beneficiari soggetti privati che operano per interessi personali o privati: Rischio ALTO 5.1. Il processo/attività prevede l'utilizzo di strumenti di trasparenza sostanziale che permettono di tracciare fasi e soggetti del procedimento (informatizzazione, motivazione, verbalizzazione degli incontri) Rischio BASSO  *Nel caso di commissione il primo indicatore si misura con : 1.1 Il dirigente/funzionario/organo che predispone o adotta gli atti o esprime pareri non è anche responsabile del procedimento e non sono coinvolte nell'istruttoria altre strutture o altri enti: Rischio MEDIO	MEDIO/ALTO	Nel caso in cui si riscontrino un numero significativo di offerte simili o uguali o altri elementi, adeguata formalizzazione delle verifiche espletate in ordine a situazioni di controllo/collegamento/ accordo tra i partecipanti alla gara, tale da poter determinare offerte "concordate"	annuale: entro la fine del mese di febbraio dell'anno successivo
			verifica eventuali anomalie delle offerte	RUP/commissione di gara	applicazione distorta delle verifiche al fine di agevolare l'aggiudicazione ad un determinato operatore economico e/o di escludere determinati concorrenti	1. Monopolio di potere 2. Natura e rilevanza degli interessi coinvolti 5. opacità, per assenza o carenza di trasparenza	1.1 Grado concentrazione del potere decisionale 2.1. Tipologia di utenza/beneficiari: 5.1 grado di trasparenza del processo	1.1 Il dirigente/funzionario/organo che predispone o adotta gli atti o esprime pareri è anche responsabile del procedimento e non sono coinvolte nell'istruttoria altre strutture o altri enti: Rischio ALTO 2.1 Il processo/attività ha come destinatari/beneficiari soggetti privati che operano per interessi personali o privati: Rischio ALTO 5.1. Il processo/attività prevede l'utilizzo di strumenti di trasparenza sostanziale che permettono di tracciare fasi e soggetti del procedimento (informatizzazione, motivazione, verbalizzazione degli incontri) Rischio BASSO  *Nel caso di commissione il primo indicatore si misura con : 1.1 Il dirigente/funzionario/organo che predispone o adotta gli atti o esprime pareri non è anche responsabile del procedimento e non sono coinvolte nell'istruttoria altre strutture o altri enti: Rischio MEDIO	ALTO /MEDIO	Documentazione del procedimento di valutazione delle offerte anormalmente basse e di verifica della congruità dell'anomalia, specificando espressamente le motivazioni nel caso in cui all'esito del procedimento di verifica, non si sia proceduto all'esclusione	annuale: entro la fine del mese di febbraio dell'anno successivo
			proposta di aggiudicazione	RUP/commissione di gara	nessun rischio rilevato						

AFFIDAMENTI DI LAVORI SERVIZI E FORNITURE

	DESCRIZIONE DEL PROCESSO	DESCRIZIONE FASE	DESCRIZIONE ATTIVITA'	RESPONSABILI DEL PROCESSO / STRUTTURE E SOGGETTI CHE INTERVENGONO NEL PROCESSO	EVENTI RISCHIOSI	FATTORI ABILITANTI DEGLI EVENTI RISCHIOSI	INDICATORI E DATI OGGETTIVI PER LA STIMA DEL LIVELLO DI RISCHIO	CRITERI DI VALUTAZIONE PER SINGOLI INDICATORI DI RISCHIO	GIUDIZIO SINTETICO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO DEL PROCESSO	DESCRIZIONE MISURA	MONITORAGGIO
	Formalizzazione dell'aggiudicazione	verifica ai fini dell'aggiudicazione	controllo sugli atti e adozione provvedimento di aggiudicazione	Responsabile D.T.P./RUP	Alterazione o omissione dei controlli e delle verifiche al fine di favorire un aggiudicatario privo dei requisiti. Possibilità che i contenuti delle verifiche siano alterati per mettere da parte l'aggiudicatario e favorire gli operatori economici che seguono nella graduatoria.	1. Monopolio di potere 3. Inadeguatezza della regolazione del processo 6 Inadeguata diffusione della cultura della legalità	1.1 Grado concentrazione del potere decisionale 3.1 Grado di discrezionalità, di chiarezza e complessità normativa 6.1 Manifestazione di eventi corruttivi in passato negli ultimi 5 anni 6.2 Grado di attuazione di misure generali e specifiche di contrasto alla corruzione	1.1 Il dirigente/funzionario/organo che predispone o adotta gli atti o esprime pareri non è anche responsabile del procedimento e altre strutture o altri enti sono coinvolti nell'istruttoria: Rischio BASSO 3.1 Il processo/attività è parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari): Rischio MEDIO 6.1 Negli ultimi 5 anni non si ha conoscenza di eventi corruttivi accertati con sentenze di condanna e non sono pervenute segnalazioni di whistleblowers per fenomeni corruttivi o di cattiva amministrazione di cui è stata accertata la fondatezza, anche solo parziale: Rischio BASSO 6.2 Sono applicate misure generali di trattamento del rischio: Rischio MEDIO	MEDIO	Controllo da parte dell'organo di vertice sugli atti e procedure di affidamento	annuale: entro la fine del mese di febbraio dell'anno successivo
			Verifica requisiti generali e speciali ove richiesti	Responsabile D.T.P./RUP	verifica incompleta o non sufficientemente approfondita al fine di favorire un aggiudicatario privo dei requisiti. Possibilità che i contenuti delle verifiche siano alterati per annullare l'aggiudicazione anche al fine di favorire gli operatori economici che seguono nella graduatoria.	1. Monopolio di potere 3. Inadeguatezza della regolazione del processo 6 Inadeguata diffusione della cultura della legalità	1.1 Grado concentrazione del potere decisionale 3.1 Grado di discrezionalità, di chiarezza e complessità normativa 6.1 Manifestazione di eventi corruttivi in passato negli ultimi 5 anni	1.1 Il dirigente/funzionario/organo che predispone o adotta gli atti o esprime pareri non è anche responsabile del procedimento e altre strutture o altri enti sono coinvolti nell'istruttoria: Rischio Basso 3.1 Il processo/attività è parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari): Rischio MEDIO 6.1 Negli ultimi 5 anni non si ha conoscenza di eventi corruttivi accertati con sentenze di condanna e non sono pervenute segnalazioni di whistleblowers per fenomeni corruttivi o di cattiva amministrazione di cui è stata accertata la fondatezza, anche solo parziale: Rischio BASSO 6.2 Sono applicate misure generali di trattamento del rischio: Rischio MEDIO	MEDIO	Controllo requisiti generali e speciali tramite piattaforme ANAC ( AVCPASS)	annuale: entro la fine del mese di febbraio dell'anno successivo
			Pubblicazione /Comunicazione del provvedimento di aggiudicazione ai concorrenti	RUP	nessun rischio rilevato						
		Stipula del contratto	Firma contratto e/o emissione ordine	Responsabile D.T.P./RUP/Ufficiale rogante/Direttore generale AOPG	Modifica delle previsioni contrattuali poste a base di gara a vantaggio dell'aggiudicatario	1. Monopolio di potere 2. Natura e rilevanza degli interessi coinvolti 3. Inadeguatezza della regolazione del processo 6. Inadeguata diffusione della cultura della legalità	1.1 Grado concentrazione del potere decisionale 2.1. Tipologia di utenza/beneficiari: 3.1 Grado di discrezionalità, di chiarezza e complessità normativa 6.1 Manifestazione di eventi corruttivi in passato negli ultimi 5 anni	1.1 Il dirigente/funzionario/organo che predispone o adotta gli atti o esprime pareri non è anche responsabile del procedimento e altre strutture o altri enti sono coinvolti nell'istruttoria: Rischio Basso 2.1 Il processo/attività ha come destinatari/beneficiari soggetti privati che operano per interessi personali o privati: Rischio ALTO 3.1 Il processo/attività è parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari): Rischio MEDIO 6.1 Negli ultimi 5 anni non si ha conoscenza di eventi corruttivi accertati con sentenze di condanna e non sono pervenute segnalazioni di whistleblowers per fenomeni corruttivi o di cattiva amministrazione di cui è stata accertata la fondatezza, anche solo parziale: Rischio BASSO	MEDIO	Predisposizione testo contratto e verifica esito controllo a cura della UO contrattualistica di servizi e lavori pubblici Introduzione di un controllo sui documenti di stipula da parte dell'ufficiale rogante di Ateneo e adozione della stipula mediante forma pubblica amministrativa	annuale: entro la fine del mese di febbraio dell'anno successivo

**AFFIDAMENTI DI LAVORI SERVIZI E FORNITURE**

AREA DI RISCHIO CONTRATTI PUBBLICI (EX AFFIDAMENTI DI LAVORI, SERVIZI E FORNITURE)											
MAPPATURA PROCESSI/FASI E ATTIVITA'					VALUTAZIONE DEL RISCHIO					TRATTAMENTO DEL RISCHIO	
	DESCRIZIONE DEL PROCESSO	DESCRIZIONE FASE	DESCRIZIONE ATTIVITA'	RESPONSABILI DEL PROCESSO / STRUTTURE E SOGGETTI CHE INTERVENGONO NEL PROCESSO	EVENTI RISCHIOSI	FATTORI ABILITANTI DEGLI EVENTI RISCHIOSI	INDICATORI E DATI OGGETTIVI PER LA STIMA DEL LIVELLO DI RISCHIO	CRITERI DI VALUTAZIONE PER SINGOLI INDICATORI DI RISCHIO	GIUDIZIO SINTETICO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO DEL PROCESSO	DESCRIZIONE MISURA	MONITORAGGIO
Esecuzione del contratto	Nomina direttore dei lavori/direttore esecuzione		Verifica requisiti per la nomina di direttore e adozione del provvedimento	Responsabile D.T.P./RUP	Nomina di responsabili di procedimento in rapporto di contiguità con imprese concorrenti o privi dei requisiti idonei ad assicurare la terzietà o l'indipendenza	1. Monopolio di potere 2. Natura e rilevanza degli interessi coinvolti 3. Inadeguatezza della regolazione del processo	1.1 Grado concentrazione del potere decisionale 2.1. Tipologia di utenza/beneficiari: 3.1 Grado di discrezionalità, di chiarezza e complessità normativa	1.1 Il dirigente/funziario/organo che predispone o adotta gli atti o esprime pareri è anche responsabile del procedimento e non sono coinvolte nell'istruttoria altre strutture o altri enti: Rischio ALTO 2.1. Il processo ha come destinatari uffici interni, a cui sono equiparati i soggetti del sistema universitario allargato, oppure soggetti interni all'amministrazione nell'esercizio delle loro funzioni pubbliche :Rischio BASSO 3.1 Il processo è parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari): Rischio MEDIO	ALTO	Acquisizione della dichiarazione sostitutiva sull'assenza di conflitti di interesse resa dal soggetto individuato secondo quanto previsto dalle linee guida ANAC n. 15/2019 Rispetto del principio di rotazione Verifica del possesso dei requisiti professionali necessari per lo svolgimento della funzione di DEC e dell'assenza di cause di incompatibilità e conflitti di interesse	annuale: entro la fine del mese di febbraio dell'anno successivo
Gestione delle sopravvenienze in sede esecutive	Modifiche contrattuali	Verifica dei presupposti modifiche /varianti contrattuali e proposta di modifica ex art. 120 Codice Appalti	RUP/DEC/DL	ricorso a modifica/varianti in assenza dei presupposti di legge con l'intento di favorire l'esecutore del contratto (in particolare introduzione di modifiche sostanziali che, se fossero state contenute nella procedura d'appalto iniziale, avrebbero consentito l'ammissione di candidati diversi da quelli inizialmente selezionati o l'accettazione di un'offerta diversa da quella inizialmente accettata, oppure volte a consentire all'appaltatore a recuperare il ribasso offerto in gara)	1. Monopolio di potere 2. Natura e rilevanza degli interessi coinvolti 3. Inadeguatezza della regolazione del processo 6 Inadeguata diffusione della cultura della legalità	1.1 Grado concentrazione del potere decisionale 2.1. Tipologia di utenza/beneficiari: 3.1 Grado di discrezionalità, di chiarezza e complessità normativa 6.1 Manifestazione di eventi corruttivi in passato negli ultimi 5 anni	1.1 Il dirigente/funziario/organo che predispone o adotta gli atti o esprime pareri è anche responsabile del procedimento ma sono coinvolte nell'istruttoria altre strutture o altri enti: Rischio MEDIO 2.1 Il processo/attività ha come destinatari/beneficiari soggetti privati che operano per interessi personali o privati: Rischio ALTO 3.1 Il processo è parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari): Rischio MEDIO 6.1 Negli ultimi 5 anni non si ha conoscenza di eventi corruttivi accertati con sentenze di condanna e non sono pervenute segnalazioni di whistleblowers per fenomeni corruttivi o di cattiva amministrazione di cui è stata accertata la fondatezza, anche solo parziale: Rischio BASSO	MEDIO	verifica della sussistenza delle condizioni previste dalla legge per la realizzazione delle varianti verifica del corretto assolvimento degli obblighi di comunicazione ad ANAC delle varianti tempestiva pubblicazione dei provvedimenti di adozione delle varianti	annuale: entro la fine del mese di febbraio dell'anno successivo	
			Responsabile D.T.P./RUP	ricorso a modifica/varianti in assenza dei presupposti di legge con l'intento di favorire l'esecutore del contratto (in particolare introduzione di modifiche sostanziali che, se fossero state contenute nella procedura d'appalto iniziale, avrebbero consentito l'ammissione di candidati diversi da quelli inizialmente selezionati o l'accettazione di un'offerta diversa da quella inizialmente accettata, oppure volte a consentire all'appaltatore a recuperare il ribasso offerto in gara)	1. Monopolio di potere 2. Natura e rilevanza degli interessi coinvolti 3. Inadeguatezza della regolazione del processo 6 Inadeguata diffusione della cultura della legalità	1.1 Grado concentrazione del potere decisionale 2.1. Tipologia di utenza/beneficiari: 3.1 Grado di discrezionalità, di chiarezza e complessità normativa 6.1 Manifestazione di eventi corruttivi in passato negli ultimi 5 anni	1.1 Il dirigente/funziario/organo che predispone o adotta gli atti o esprime pareri non è il responsabile del procedimento e altri strutture o altri enti sono coinvolti nell'istruttoria: Rischio BASSO 2.1 Il processo/attività ha come destinatari/beneficiari soggetti privati che operano per interessi personali o privati: Rischio ALTO 3.1 Il processo è parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari): Rischio MEDIO 6.1 Negli ultimi 5 anni non si ha conoscenza di eventi corruttivi accertati con sentenze di condanna e non sono pervenute segnalazioni di whistleblowers per fenomeni corruttivi o di cattiva amministrazione di cui è stata accertata la fondatezza, anche solo parziale: Rischio BASSO	MEDIO	verifica della sussistenza delle condizioni previste dalla legge per la realizzazione delle varianti verifica del corretto assolvimento degli obblighi di comunicazione ad ANAC delle varianti tempestiva pubblicazione dei provvedimenti di adozione delle varianti		
	Controllo esecuzione	Verifiche in corso di esecuzione sull'esatto adempimento delle obbligazioni contrattuali e del progetto nel caso di lavori	Soggetti di cui all'art. 114 del Codice degli Appalti	mancata e/o incompleta verifica del corretto adempimento delle prestazioni contrattuali e del rispetto delle tempistiche fissate dal contratto al fine di evitare l'applicazione di penali e/o sanzioni	1. Monopolio di potere 2. Natura e rilevanza degli interessi coinvolti 3. Inadeguatezza della regolazione del processo 6 Inadeguata diffusione della cultura della legalità	1.1 Grado concentrazione del potere decisionale 2.1. Tipologia di utenza/beneficiari: 3.1 Grado di discrezionalità, di chiarezza e complessità normativa 6.1 Manifestazione di eventi corruttivi in passato negli ultimi 5 anni	1.1 Il dirigente/funziario/organo che predispone o adotta gli atti o esprime pareri è anche responsabile del procedimento ma sono coinvolte nell'istruttoria altre strutture o altri enti: Rischio MEDIO 2.1 Il processo/attività ha come destinatari/beneficiari soggetti privati che operano per interessi personali o privati: Rischio ALTO 3.1 Il processo è parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari): Rischio MEDIO 6.1 Negli ultimi 5 anni non si ha conoscenza di eventi corruttivi accertati con sentenze di condanna e non sono pervenute segnalazioni di whistleblowers per fenomeni corruttivi o di cattiva amministrazione di cui è stata accertata la fondatezza, anche solo parziale: Rischio BASSO	MEDIO	verifica dei tempi di esecuzione con cadenza prestabilita al fine di attivare specifiche misure di intervento Verifiche su adempimento contrattuale	annuale: entro la fine del mese di febbraio dell'anno successivo	
			RUP/DEC	rilascio autorizzazione al sub appalto nei confronti di un operatore economico non in possesso dei requisiti di legge o per importi che comportano il superamento della quota limite dell'importo del contratto	1. Monopolio di potere 2. Natura e rilevanza degli interessi coinvolti 3. Inadeguatezza della regolazione del processo 6 Inadeguata diffusione della cultura della legalità	1.1 Grado concentrazione del potere decisionale 2.1. Tipologia di utenza/beneficiari: 3.1 Grado di discrezionalità, di chiarezza e complessità normativa 6.1 Manifestazione di eventi corruttivi in passato negli ultimi 5 anni	1.1 Il dirigente/funziario/organo che predispone o adotta gli atti o esprime pareri è anche responsabile del procedimento ma sono coinvolte nell'istruttoria altre strutture o altri enti: Rischio MEDIO 2.1 Il processo/attività ha come destinatari/beneficiari soggetti privati che operano per interessi personali o privati: Rischio ALTO 3.1. Il processo/attività è del tutto vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari): Rischio BASSO 6.1 Negli ultimi 5 anni non si ha conoscenza di eventi corruttivi accertati con sentenze di condanna e non sono pervenute segnalazioni di whistleblowers per fenomeni corruttivi o di cattiva amministrazione di cui è stata accertata la fondatezza, anche solo parziale: Rischio BASSO	MEDIO	obbligo di effettuare adeguate istruttoria sia sulla qualificazione dell'attività come sub appalto, sia sui requisiti del sub appaltatore	annuale: entro la fine del mese di febbraio dell'anno successivo	

AFFIDAMENTI DI LAVORI SERVIZI E FORNITURE

	DESCRIZIONE DEL PROCESSO	DESCRIZIONE FASE	DESCRIZIONE ATTIVITA'	RESPONSABILI DEL PROCESSO / STRUTTURE E SOGGETTI CHE INTERVENGONO NEL PROCESSO	EVENTI RISCHIOSI	FATTORI ABILITANTI DEGLI EVENTI RISCHIOSI	INDICATORI E DATI OGGETTIVI PER LA STIMA DEL LIVELLO DI RISCHIO	CRITERI DI VALUTAZIONE PER SINGOLI INDICATORI DI RISCHIO	GIUDIZIO SINTETICO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO DEL PROCESSO	DESCRIZIONE MISURA	MONITORAGGIO
			Provvedimento autorizzazione al sub appalto	Responsabile D.T.P./RUP/DEC/D.L./ Funzionario istruttore	rilascio autorizzazione al sub appalto nei confronti di un operatore economico non in possesso dei requisiti di legge o per importi che comportano il superamento della quota limite dell'importo del contratto	1. Monopolio di potere 2. Natura e rilevanza degli interessi coinvolti 3. Inadeguatezza della regolazione del processo 6 Inadeguata diffusione della cultura della legalità	1.1 Grado concentrazione del potere decisionale 2.1. Tipologia di utenza/beneficiari: 3.1 Grado di discrezionalità, di chiarezza e complessità normativa 6.1 Manifestazione di eventi corruttivi in passato negli ultimi 5 anni	1.1 Il dirigente/funzionario/organo che predispone o adotta gli atti o esprime pareri non è il responsabile del procedimento e altre strutture o altri enti sono coinvolti nell'istruttoria: Rischio BASSO 2.1 Il processo/attività ha come destinatari/beneficiari soggetti privati che operano per interessi personali o privati: Rischio ALTO 3.1 Il processo è parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari): Rischio MEDIO 6.1 Negli ultimi 5 anni non si ha conoscenza di eventi corruttivi accertati con sentenze di condanna e non sono pervenute segnalazioni di whistleblowers per fenomeni corruttivi o di cattiva amministrazione di cui è stata accertata la fondatezza, anche solo parziale: Rischio BASSO	MEDIO	obbligo di effettuare adeguate verifiche sia sulla qualificazione dell'attività come sub appalto, sia sui requisiti del sub appaltatore	
	Collaudo/regolare esecuzione	Rendicontazione del contratto	Nomina collaudatore / commissione di collaudo e verifica requisiti	Responsabile D.T.P./RUP	Nomina di un soggetto compiacente per una verifica sul contratto meno incisiva	1. Monopolio di potere 2. Natura e rilevanza degli interessi coinvolti 3. Inadeguatezza della regolazione del processo	1.1 Grado concentrazione del potere decisionale 2.1. Tipologia di utenza/beneficiari: 3.1 Grado di discrezionalità, di chiarezza e complessità normativa	1.1 Il dirigente/funzionario/organo che predispone o adotta gli atti o esprime pareri è anche responsabile del procedimento e non sono coinvolte nell'istruttoria altre strutture o altri enti: Rischio ALTO 2.1. Il processo ha come destinatari uffici interni, a cui sono equiparati i soggetti del sistema universitario allargato, oppure soggetti interni all'amministrazione nell'esercizio delle loro funzioni pubbliche :Rischio BASSO 3.1 Il processo è parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari): Rischio MEDIO	ALTO	predisposizione e pubblicazione di elenchi aperti per l'attribuzione degli incarichi a soggetti in possesso dei requisiti per la nomina a collaudatori e nel rispetto del principio di rotazione	semestrale
			Predisposizione documento di collaudo /regolare esecuzione	RUP/DEC/Organismo di collaudo	rilascio del certificato pur in presenza di elementi che non consentirebbero il collaudo, riconoscimento di prestazioni non previste dal contratto ed eseguite in assenza di autorizzazione, liquidazione di importi non spettanti	1. Monopolio di potere 2. Natura e rilevanza degli interessi coinvolti 3. Inadeguatezza della regolazione del processo 6 Inadeguata diffusione della cultura della legalità	1.1 Grado concentrazione del potere decisionale 2.1. Tipologia di utenza/beneficiari: 3.1 Grado di discrezionalità, di chiarezza e complessità normativa 6.1 Manifestazione di eventi corruttivi in passato negli ultimi 5 anni	1.1 Il dirigente/funzionario/organo che predispone o adotta gli atti o esprime pareri è anche responsabile del procedimento ma sono coinvolte nell'istruttoria altre strutture o altri enti: Rischio MEDIO 2.1 Il processo/attività ha come destinatari/beneficiari soggetti privati che operano per interessi personali o privati: Rischio ALTO 3.1 Il processo è parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari): Rischio MEDIO 6.1 Negli ultimi 5 anni non si ha conoscenza di eventi corruttivi accertati con sentenze di condanna e non sono pervenute segnalazioni di whistleblowers per fenomeni corruttivi o di cattiva amministrazione di cui è stata accertata la fondatezza, anche solo parziale: Rischio BASSO	MEDIO	Controllo dell'attività svolta dal collaudatore e da chi redige il certificato di Regolare Esecuzione ; Verifica dell'effettiva corrispondenza tra servizi svolti e cifra da corrispondere; Verifica dell'applicazione delle clausole standard di tracciabilità dei pagamenti e dei termini di pagamento agli operatori economici.	annuale: entro la fine del mese di febbraio dell'anno successivo
			Decreto di approvazione del collaudo	Dirigenti di Area/ Direttore generale	rilascio del certificato pur in presenza di elementi che non consentirebbero il collaudo, riconoscimento di prestazioni non previste dal contratto ed eseguite in assenza di autorizzazione, liquidazione di importi non spettanti	1. Monopolio di potere 2. Natura e rilevanza degli interessi coinvolti 3. Inadeguatezza della regolazione del processo 6 Inadeguata diffusione della cultura della legalità	1.1 Grado concentrazione del potere decisionale 2.1. Tipologia di utenza/beneficiari: 3.1 Grado di discrezionalità, di chiarezza e complessità normativa 6.1 Manifestazione di eventi corruttivi in passato negli ultimi 5 anni	1.1 Il dirigente/funzionario/organo che predispone o adotta gli atti o esprime pareri non è il responsabile del procedimento e altre strutture o altri enti sono coinvolti nell'istruttoria: Rischio BASSO 2.1 Il processo/attività ha come destinatari/beneficiari soggetti privati che operano per interessi personali o privati: Rischio ALTO 3.1 Il processo è parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari): Rischio MEDIO 6.1 Negli ultimi 5 anni non si ha conoscenza di eventi corruttivi accertati con sentenze di condanna e non sono pervenute segnalazioni di whistleblowers per fenomeni corruttivi o di cattiva amministrazione di cui è stata accertata la fondatezza, anche solo parziale: Rischio BASSO	MEDIO	Verifica sull'esatto adempimento delle prestazioni contrattuali richieste al collaudatore nella documentazione di nomina	annuale: entro la fine del mese di febbraio dell'anno successivo
	Gestione finanziaria del contratto: pagamento e fatturazione	Rendicontazione del contratto	Provvedimento per autorizzazione SAL e pagamenti fatture	Responsabile D.T.P./RUP/DEC/D.L.	emissione SAL e/o certificato di pagamento in assenza dei presupposti contrattuali e/o di legge; riconoscimento di importi non spettanti mancato rispetto degli obblighi di tracciabilità	1. Monopolio di potere 2. Natura e rilevanza degli interessi coinvolti 3. Inadeguatezza della regolazione del processo 6 Inadeguata diffusione della cultura della legalità	1.1 Grado concentrazione del potere decisionale 2.1. Tipologia di utenza/beneficiari: 3.1 Grado di discrezionalità, di chiarezza e complessità normativa 6.1 Manifestazione di eventi corruttivi in passato negli ultimi 5 anni	1.1 Il dirigente/funzionario/organo che predispone o adotta gli atti o esprime pareri è anche responsabile del procedimento ma sono coinvolte nell'istruttoria altre strutture o altri enti: Rischio MEDIO 2.1 Il processo/attività ha come destinatari/beneficiari soggetti privati che operano per interessi personali o privati: Rischio ALTO 3.1 Il processo è parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari): Rischio MEDIO 6.1 Negli ultimi 5 anni non si ha conoscenza di eventi corruttivi accertati con sentenze di condanna e non sono pervenute segnalazioni di whistleblowers per fenomeni corruttivi o di cattiva amministrazione di cui è stata accertata la fondatezza, anche solo parziale: Rischio BASSO	MEDIO	Verifica dei presupposti per effettuare i pagamenti da parte degli uffici finanziari della stazione appaltante	annuale: entro la fine del mese di febbraio dell'anno successivo
			Pagamento/liquidazione fatture	Responsabile D.T.P./RUP/Funzionario liquidatore	nessun rischio rilevato						

**AFFIDAMENTI DI LAVORI SERVIZI E FORNITURE**

AREA DI RISCHIO CONTRATTI PUBBLICI (EX AFFIDAMENTI DI LAVORI, SERVIZI E FORNITURE)											
MAPPATURA PROCESSI/FASI E ATTIVITA'					VALUTAZIONE DEL RISCHIO					TRATTAMENTO DEL RISCHIO	
	DESCRIZIONE DEL PROCESSO	DESCRIZIONE FASE	DESCRIZIONE ATTIVITA'	RESPONSABILI DEL PROCESSO / STRUTTURE E SOGGETTI CHE INTERVENGONO NEL PROCESSO	EVENTI RISCHIOSI	FATTORI ABILITANTI DEGLI EVENTI RISCHIOSI	INDICATORI E DATI OGGETTIVI PER LA STIMA DEL LIVELLO DI RISCHIO	CRITERI DI VALUTAZIONE PER SINGOLI INDICATORI DI RISCHIO	GIUDIZIO SINTETICO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO DEL PROCESSO	DESCRIZIONE MISURA	MONITORAGGIO
Esecuzione del contratto	Nomina direttore dei lavori/direttore esecuzione		Verifica requisiti per la nomina di direttore e adozione del provvedimento	Responsabile D.T.P./RUP	Nomina di responsabili di procedimento in rapporto di contiguità con imprese concorrenti o privi dei requisiti idonei ad assicurare la terzietà o l'indipendenza	1. Monopolio di potere 2. Natura e rilevanza degli interessi coinvolti 3. Inadeguatezza della regolazione del processo	1.1 Grado concentrazione del potere decisionale 2.1. Tipologia di utenza/beneficiari: 3.1 Grado di discrezionalità, di chiarezza e complessità normativa	1.1 Il dirigente/funziionario/organo che predispone o adotta gli atti o esprime pareri è anche responsabile del procedimento e non sono coinvolte nell'istruttoria altre strutture o altri enti: Rischio ALTO 2.1. Il processo ha come destinatari uffici interni, a cui sono equiparati i soggetti del sistema universitario allargato, oppure soggetti interni all'amministrazione nell'esercizio delle loro funzioni pubbliche :Rischio BASSO 3.1 Il processo è parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari): Rischio MEDIO	ALTO	Acquisizione della dichiarazione sostitutiva sull'assenza di conflitti di interesse resa dal soggetto individuato secondo quanto previsto dalle linee guida ANAC n. 15/2019 Rispetto del principio di rotazione Verifica del possesso dei requisiti professionali necessari per lo svolgimento della funzione di DEC e dell'assenza di cause di incompatibilità e conflitti di interesse	annuale: entro la fine del mese di febbraio dell'anno successivo
Gestione delle sopravvenienze in sede esecutive	Modifiche contrattuali	Verifica dei presupposti modifiche /varianti contrattuali e proposta di modifica ex art. 120 Codice Appalti	RUP/DEC/DL	ricorso a modifica/varianti in assenza dei presupposti di legge con l'intento di favorire l'esecutore del contratto (in particolare introduzione di modifiche sostanziali che, se fossero state contenute nella procedura d'appalto iniziale, avrebbero consentito l'ammissione di candidati diversi da quelli inizialmente selezionati o l'accettazione di un'offerta diversa da quella inizialmente accettata, oppure volte a consentire all'appaltatore a recuperare il ribasso offerto in gara)	1. Monopolio di potere 2. Natura e rilevanza degli interessi coinvolti 3. Inadeguatezza della regolazione del processo 6 Inadeguata diffusione della cultura della legalità	1.1 Grado concentrazione del potere decisionale 2.1. Tipologia di utenza/beneficiari: 3.1 Grado di discrezionalità, di chiarezza e complessità normativa 6.1 Manifestazione di eventi corruttivi in passato negli ultimi 5 anni	1.1 Il dirigente/funziionario/organo che predispone o adotta gli atti o esprime pareri è anche responsabile del procedimento ma sono coinvolte nell'istruttoria altre strutture o altri enti: Rischio MEDIO 2.1 Il processo/attività ha come destinatari/beneficiari soggetti privati che operano per interessi personali o privati: Rischio ALTO 3.1 Il processo è parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari): Rischio MEDIO 6.1 Negli ultimi 5 anni non si ha conoscenza di eventi corruttivi accertati con sentenze di condanna e non sono pervenute segnalazioni di whistleblowers per fenomeni corruttivi o di cattiva amministrazione di cui è stata accertata la fondatezza, anche solo parziale: Rischio BASSO	MEDIO	verifica della sussistenza delle condizioni previste dalla legge per la realizzazione delle varianti verifica del corretto assolvimento degli obblighi di comunicazione ad ANAC delle varianti tempestiva pubblicazione dei provvedimenti di adozione delle varianti	annuale: entro la fine del mese di febbraio dell'anno successivo	
			Responsabile D.T.P./RUP	ricorso a modifica/varianti in assenza dei presupposti di legge con l'intento di favorire l'esecutore del contratto (in particolare introduzione di modifiche sostanziali che, se fossero state contenute nella procedura d'appalto iniziale, avrebbero consentito l'ammissione di candidati diversi da quelli inizialmente selezionati o l'accettazione di un'offerta diversa da quella inizialmente accettata, oppure volte a consentire all'appaltatore a recuperare il ribasso offerto in gara)	1. Monopolio di potere 2. Natura e rilevanza degli interessi coinvolti 3. Inadeguatezza della regolazione del processo 6 Inadeguata diffusione della cultura della legalità	1.1 Grado concentrazione del potere decisionale 2.1. Tipologia di utenza/beneficiari: 3.1 Grado di discrezionalità, di chiarezza e complessità normativa 6.1 Manifestazione di eventi corruttivi in passato negli ultimi 5 anni	1.1 Il dirigente/funziionario/organo che predispone o adotta gli atti o esprime pareri non è il responsabile del procedimento e altri strutture o altri enti sono coinvolti nell'istruttoria: Rischio BASSO 2.1 Il processo/attività ha come destinatari/beneficiari soggetti privati che operano per interessi personali o privati: Rischio ALTO 3.1 Il processo è parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari): Rischio MEDIO 6.1 Negli ultimi 5 anni non si ha conoscenza di eventi corruttivi accertati con sentenze di condanna e non sono pervenute segnalazioni di whistleblowers per fenomeni corruttivi o di cattiva amministrazione di cui è stata accertata la fondatezza, anche solo parziale: Rischio BASSO	MEDIO	verifica della sussistenza delle condizioni previste dalla legge per la realizzazione delle varianti verifica del corretto assolvimento degli obblighi di comunicazione ad ANAC delle varianti tempestiva pubblicazione dei provvedimenti di adozione delle varianti		
	Controllo esecuzione	Verifiche in corso di esecuzione sull'esatto adempimento delle obbligazioni contrattuali e del progetto nel caso di lavori	Soggetti di cui all'art. 114 del Codice degli Appalti	mancata e/o incompleta verifica del corretto adempimento delle prestazioni contrattuali e del rispetto delle tempistiche fissate dal contratto al fine di evitare l'applicazione di penali e/o sanzioni	1. Monopolio di potere 2. Natura e rilevanza degli interessi coinvolti 3. Inadeguatezza della regolazione del processo 6 Inadeguata diffusione della cultura della legalità	1.1 Grado concentrazione del potere decisionale 2.1. Tipologia di utenza/beneficiari: 3.1 Grado di discrezionalità, di chiarezza e complessità normativa 6.1 Manifestazione di eventi corruttivi in passato negli ultimi 5 anni	1.1 Il dirigente/funziionario/organo che predispone o adotta gli atti o esprime pareri è anche responsabile del procedimento ma sono coinvolte nell'istruttoria altre strutture o altri enti: Rischio MEDIO 2.1 Il processo/attività ha come destinatari/beneficiari soggetti privati che operano per interessi personali o privati: Rischio ALTO 3.1 Il processo è parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari): Rischio MEDIO 6.1 Negli ultimi 5 anni non si ha conoscenza di eventi corruttivi accertati con sentenze di condanna e non sono pervenute segnalazioni di whistleblowers per fenomeni corruttivi o di cattiva amministrazione di cui è stata accertata la fondatezza, anche solo parziale: Rischio BASSO	MEDIO	verifica dei tempi di esecuzione con cadenza prestabilita al fine di attivare specifiche misure di intervento Verifiche su adempimento contrattuale	annuale: entro la fine del mese di febbraio dell'anno successivo	
			RUP/DEC	rilascio autorizzazione al sub appalto nei confronti di un operatore economico non in possesso dei requisiti di legge o per importi che comportano il superamento della quota limite dell'importo del contratto	1. Monopolio di potere 2. Natura e rilevanza degli interessi coinvolti 3. Inadeguatezza della regolazione del processo 6 Inadeguata diffusione della cultura della legalità	1.1 Grado concentrazione del potere decisionale 2.1. Tipologia di utenza/beneficiari: 3.1 Grado di discrezionalità, di chiarezza e complessità normativa 6.1 Manifestazione di eventi corruttivi in passato negli ultimi 5 anni	1.1 Il dirigente/funziionario/organo che predispone o adotta gli atti o esprime pareri è anche responsabile del procedimento ma sono coinvolte nell'istruttoria altre strutture o altri enti: Rischio MEDIO 2.1 Il processo/attività ha come destinatari/beneficiari soggetti privati che operano per interessi personali o privati: Rischio ALTO 3.1. Il processo/attività è del tutto vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari): Rischio BASSO 6.1 Negli ultimi 5 anni non si ha conoscenza di eventi corruttivi accertati con sentenze di condanna e non sono pervenute segnalazioni di whistleblowers per fenomeni corruttivi o di cattiva amministrazione di cui è stata accertata la fondatezza, anche solo parziale: Rischio BASSO	MEDIO	obbligo di effettuare adeguate istruttorie sia sulla qualificazione dell'attività come sub appalto, sia sui requisiti del sub appaltatore	annuale: entro la fine del mese di febbraio dell'anno successivo	

AFFIDAMENTI DI LAVORI SERVIZI E FORNITURE

	DESCRIZIONE DEL PROCESSO	DESCRIZIONE FASE	DESCRIZIONE ATTIVITA'	RESPONSABILI DEL PROCESSO / STRUTTURE E SOGGETTI CHE INTERVENGONO NEL PROCESSO	EVENTI RISCHIOSI	FATTORI ABILITANTI DEGLI EVENTI RISCHIOSI	INDICATORI E DATI OGGETTIVI PER LA STIMA DEL LIVELLO DI RISCHIO	CRITERI DI VALUTAZIONE PER SINGOLI INDICATORI DI RISCHIO	GIUDIZIO SINTETICO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO DEL PROCESSO	DESCRIZIONE MISURA	MONITORAGGIO
			Provvedimento autorizzazione al sub appalto	Responsabile D.T.P./RUP/DEC/D.L./ Funzionario istruttore	rilascio autorizzazione al sub appalto nei confronti di un operatore economico non in possesso dei requisiti di legge o per importi che comportano il superamento della quota limite dell'importo del contratto	1. Monopolio di potere 2. Natura e rilevanza degli interessi coinvolti 3. Inadeguatezza della regolazione del processo 6 Inadeguata diffusione della cultura della legalità	1.1 Grado concentrazione del potere decisionale 2.1. Tipologia di utenza/beneficiari: 3.1 Grado di discrezionalità, di chiarezza e complessità normativa 6.1 Manifestazione di eventi corruttivi in passato negli ultimi 5 anni	1.1 Il dirigente/funzionario/organo che predispone o adotta gli atti o esprime pareri non è il responsabile del procedimento e altre strutture o altri enti sono coinvolti nell'istruttoria: Rischio BASSO 2.1 Il processo/attività ha come destinatari/beneficiari soggetti privati che operano per interessi personali o privati: Rischio ALTO 3.1 Il processo è parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari): Rischio MEDIO 6.1 Negli ultimi 5 anni non si ha conoscenza di eventi corruttivi accertati con sentenze di condanna e non sono pervenute segnalazioni di whistleblowers per fenomeni corruttivi o di cattiva amministrazione di cui è stata accertata la fondatezza, anche solo parziale: Rischio BASSO	MEDIO	obbligo di effettuare adeguate verifiche sia sulla qualificazione dell'attività come sub appalto, sia sui requisiti del sub appaltatore	
	Collaudo/regolare esecuzione	Rendicontazione del contratto	Nomina collaudatore / commissione di collaudo e verifica requisiti	Responsabile D.T.P./RUP	Nomina di un soggetto compiacente per una verifica sul contratto meno incisiva	1. Monopolio di potere 2. Natura e rilevanza degli interessi coinvolti 3. Inadeguatezza della regolazione del processo	1.1 Grado concentrazione del potere decisionale 2.1. Tipologia di utenza/beneficiari: 3.1 Grado di discrezionalità, di chiarezza e complessità normativa	1.1 Il dirigente/funzionario/organo che predispone o adotta gli atti o esprime pareri è anche responsabile del procedimento e non sono coinvolte nell'istruttoria altre strutture o altri enti: Rischio ALTO 2.1. Il processo ha come destinatari uffici interni, a cui sono equiparati i soggetti del sistema universitario allargato, oppure soggetti interni all'amministrazione nell'esercizio delle loro funzioni pubbliche :Rischio BASSO 3.1 Il processo è parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari): Rischio MEDIO	ALTO	predisposizione e pubblicazione di elenchi aperti per l'attribuzione degli incarichi a soggetti in possesso dei requisiti per la nomina a collaudatori e nel rispetto del principio di rotazione	semestrale
			Predisposizione documento di collaudo /regolare esecuzione	RUP/DEC/Organismo di collaudo	rilascio del certificato pur in presenza di elementi che non consentirebbero il collaudo, riconoscimento di prestazioni non previste dal contratto ed eseguite in assenza di autorizzazione, liquidazione di importi non spettanti	1. Monopolio di potere 2. Natura e rilevanza degli interessi coinvolti 3. Inadeguatezza della regolazione del processo 6 Inadeguata diffusione della cultura della legalità	1.1 Grado concentrazione del potere decisionale 2.1. Tipologia di utenza/beneficiari: 3.1 Grado di discrezionalità, di chiarezza e complessità normativa 6.1 Manifestazione di eventi corruttivi in passato negli ultimi 5 anni	1.1 Il dirigente/funzionario/organo che predispone o adotta gli atti o esprime pareri è anche responsabile del procedimento ma sono coinvolte nell'istruttoria altre strutture o altri enti: Rischio MEDIO 2.1 Il processo/attività ha come destinatari/beneficiari soggetti privati che operano per interessi personali o privati: Rischio ALTO 3.1 Il processo è parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari): Rischio MEDIO 6.1 Negli ultimi 5 anni non si ha conoscenza di eventi corruttivi accertati con sentenze di condanna e non sono pervenute segnalazioni di whistleblowers per fenomeni corruttivi o di cattiva amministrazione di cui è stata accertata la fondatezza, anche solo parziale: Rischio BASSO	MEDIO	Controllo dell'attività svolta dal collaudatore e da chi redige il certificato di Regolare Esecuzione ; Verifica dell'effettiva corrispondenza tra servizi svolti e cifra da corrispondere; Verifica dell'applicazione delle clausole standard di tracciabilità dei pagamenti e dei termini di pagamento agli operatori economici.	annuale: entro la fine del mese di febbraio dell'anno successivo
			Decreto di approvazione del collaudo	Dirigenti di Area/ Direttore generale	rilascio del certificato pur in presenza di elementi che non consentirebbero il collaudo, riconoscimento di prestazioni non previste dal contratto ed eseguite in assenza di autorizzazione, liquidazione di importi non spettanti	1. Monopolio di potere 2. Natura e rilevanza degli interessi coinvolti 3. Inadeguatezza della regolazione del processo 6 Inadeguata diffusione della cultura della legalità	1.1 Grado concentrazione del potere decisionale 2.1. Tipologia di utenza/beneficiari: 3.1 Grado di discrezionalità, di chiarezza e complessità normativa 6.1 Manifestazione di eventi corruttivi in passato negli ultimi 5 anni	1.1 Il dirigente/funzionario/organo che predispone o adotta gli atti o esprime pareri non è il responsabile del procedimento e altre strutture o altri enti sono coinvolti nell'istruttoria: Rischio BASSO 2.1 Il processo/attività ha come destinatari/beneficiari soggetti privati che operano per interessi personali o privati: Rischio ALTO 3.1 Il processo è parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari): Rischio MEDIO 6.1 Negli ultimi 5 anni non si ha conoscenza di eventi corruttivi accertati con sentenze di condanna e non sono pervenute segnalazioni di whistleblowers per fenomeni corruttivi o di cattiva amministrazione di cui è stata accertata la fondatezza, anche solo parziale: Rischio BASSO	MEDIO	Verifica sull'esatto adempimento delle prestazioni contrattuali richieste al collaudatore nella documentazione di nomina	annuale: entro la fine del mese di febbraio dell'anno successivo
	Gestione finanziaria del contratto: pagamento e fatturazione	Rendicontazione del contratto	Provvedimento per autorizzazione SAL e pagamenti fatture	Responsabile D.T.P./RUP/DEC/D.L.	emissione SAL e/o certificato di pagamento in assenza dei presupposti contrattuali e/o di legge; riconoscimento di importi non spettanti mancato rispetto degli obblighi di tracciabilità	1. Monopolio di potere 2. Natura e rilevanza degli interessi coinvolti 3. Inadeguatezza della regolazione del processo 6 Inadeguata diffusione della cultura della legalità	1.1 Grado concentrazione del potere decisionale 2.1. Tipologia di utenza/beneficiari: 3.1 Grado di discrezionalità, di chiarezza e complessità normativa 6.1 Manifestazione di eventi corruttivi in passato negli ultimi 5 anni	1.1 Il dirigente/funzionario/organo che predispone o adotta gli atti o esprime pareri è anche responsabile del procedimento ma sono coinvolte nell'istruttoria altre strutture o altri enti: Rischio MEDIO 2.1 Il processo/attività ha come destinatari/beneficiari soggetti privati che operano per interessi personali o privati: Rischio ALTO 3.1 Il processo è parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari): Rischio MEDIO 6.1 Negli ultimi 5 anni non si ha conoscenza di eventi corruttivi accertati con sentenze di condanna e non sono pervenute segnalazioni di whistleblowers per fenomeni corruttivi o di cattiva amministrazione di cui è stata accertata la fondatezza, anche solo parziale: Rischio BASSO	MEDIO	Verifica dei presupposti per effettuare i pagamenti da parte degli uffici finanziari della stazione appaltante	annuale: entro la fine del mese di febbraio dell'anno successivo
			Pagamento/liquidazione fatture	Responsabile D.T.P./RUP/Funzionario liquidatore	nessun rischio rilevato						



AFFIDAMENTI DI LAVORI SERVIZI E FORNITURE

	DESCRIZIONE DEL PROCESSO	DESCRIZIONE FASE	DESCRIZIONE ATTIVITA'	RESPONSABILI DEL PROCESSO / STRUTTURE E SOGGETTI CHE INTERVENGONO NEL PROCESSO	EVENTI RISCHIOSI	FATTORI ABILITANTI DEGLI EVENTI RISCHIOSI	INDICATORI E DATI OGGETTIVI PER LA STIMA DEL LIVELLO DI RISCHIO	CRITERI DI VALUTAZIONE PER SINGOLI INDICATORI DI RISCHIO	GIUDIZIO SINTETICO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO DEL PROCESSO	DESCRIZIONE MISURA	MONITORAGGIO
			Provvedimento autorizzazione al sub appalto	Responsabile D.T.P./RUP/DEC/D.L./ Funzionario istruttore	rilascio autorizzazione al sub appalto nei confronti di un operatore economico non in possesso dei requisiti di legge o per importi che comportano il superamento della quota limite dell'importo del contratto	1. Monopolio di potere 2. Natura e rilevanza degli interessi coinvolti 3. Inadeguatezza della regolazione del processo 6 Inadeguata diffusione della cultura della legalità	1.1 Grado concentrazione del potere decisionale 2.1. Tipologia di utenza/beneficiari: 3.1 Grado di discrezionalità, di chiarezza e complessità normativa 6.1 Manifestazione di eventi corruttivi in passato negli ultimi 5 anni	1.1 Il dirigente/funzionario/organo che predispone o adotta gli atti o esprime pareri non è il responsabile del procedimento e altre strutture o altri enti sono coinvolti nell'istruttoria: Rischio BASSO 2.1 Il processo/attività ha come destinatari/beneficiari soggetti privati che operano per interessi personali o privati: Rischio ALTO 3.1 Il processo è parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari): Rischio MEDIO 6.1 Negli ultimi 5 anni non si ha conoscenza di eventi corruttivi accertati con sentenze di condanna e non sono pervenute segnalazioni di whistleblowers per fenomeni corruttivi o di cattiva amministrazione di cui è stata accertata la fondatezza, anche solo parziale: Rischio BASSO	MEDIO	obbligo di effettuare adeguate verifiche sia sulla qualificazione dell'attività come sub appalto, sia sui requisiti del sub appaltatore	
	Collaudo/regolare esecuzione	Rendicontazione del contratto	Nomina collaudatore / commissione di collaudo e verifica requisiti	Responsabile D.T.P./RUP	Nomina di un soggetto compiacente per una verifica sul contratto meno incisiva	1. Monopolio di potere 2. Natura e rilevanza degli interessi coinvolti 3. Inadeguatezza della regolazione del processo	1.1 Grado concentrazione del potere decisionale 2.1. Tipologia di utenza/beneficiari: 3.1 Grado di discrezionalità, di chiarezza e complessità normativa	1.1 Il dirigente/funzionario/organo che predispone o adotta gli atti o esprime pareri è anche responsabile del procedimento e non sono coinvolte nell'istruttoria altre strutture o altri enti: Rischio ALTO 2.1. Il processo ha come destinatari uffici interni, a cui sono equiparati i soggetti del sistema universitario allargato, oppure soggetti interni all'amministrazione nell'esercizio delle loro funzioni pubbliche :Rischio BASSO 3.1 Il processo è parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari): Rischio MEDIO	ALTO	predisposizione e pubblicazione di elenchi aperti per l'attribuzione degli incarichi a soggetti in possesso dei requisiti per la nomina a collaudatori e nel rispetto del principio di rotazione	semestrale
			Predisposizione documento di collaudo /regolare esecuzione	RUP/DEC/Organismo di collaudo	rilascio del certificato pur in presenza di elementi che non consentirebbero il collaudo, riconoscimento di prestazioni non previste dal contratto ed eseguite in assenza di autorizzazione, liquidazione di importi non spettanti	1. Monopolio di potere 2. Natura e rilevanza degli interessi coinvolti 3. Inadeguatezza della regolazione del processo 6 Inadeguata diffusione della cultura della legalità	1.1 Grado concentrazione del potere decisionale 2.1. Tipologia di utenza/beneficiari: 3.1 Grado di discrezionalità, di chiarezza e complessità normativa 6.1 Manifestazione di eventi corruttivi in passato negli ultimi 5 anni	1.1 Il dirigente/funzionario/organo che predispone o adotta gli atti o esprime pareri è anche responsabile del procedimento ma sono coinvolte nell'istruttoria altre strutture o altri enti: Rischio MEDIO 2.1 Il processo/attività ha come destinatari/beneficiari soggetti privati che operano per interessi personali o privati: Rischio ALTO 3.1 Il processo è parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari): Rischio MEDIO 6.1 Negli ultimi 5 anni non si ha conoscenza di eventi corruttivi accertati con sentenze di condanna e non sono pervenute segnalazioni di whistleblowers per fenomeni corruttivi o di cattiva amministrazione di cui è stata accertata la fondatezza, anche solo parziale: Rischio BASSO	MEDIO	Controllo dell'attività svolta dal collaudatore e da chi redige il certificato di Regolare Esecuzione ; Verifica dell'effettiva corrispondenza tra servizi svolti e cifra da corrispondere; Verifica dell'applicazione delle clausole standard di tracciabilità dei pagamenti e dei termini di pagamento agli operatori economici.	annuale: entro la fine del mese di febbraio dell'anno successivo
			Decreto di approvazione del collaudo	Dirigenti di Area/ Direttore generale	rilascio del certificato pur in presenza di elementi che non consentirebbero il collaudo, riconoscimento di prestazioni non previste dal contratto ed eseguite in assenza di autorizzazione, liquidazione di importi non spettanti	1. Monopolio di potere 2. Natura e rilevanza degli interessi coinvolti 3. Inadeguatezza della regolazione del processo 6 Inadeguata diffusione della cultura della legalità	1.1 Grado concentrazione del potere decisionale 2.1. Tipologia di utenza/beneficiari: 3.1 Grado di discrezionalità, di chiarezza e complessità normativa 6.1 Manifestazione di eventi corruttivi in passato negli ultimi 5 anni	1.1 Il dirigente/funzionario/organo che predispone o adotta gli atti o esprime pareri non è il responsabile del procedimento e altre strutture o altri enti sono coinvolti nell'istruttoria: Rischio BASSO 2.1 Il processo/attività ha come destinatari/beneficiari soggetti privati che operano per interessi personali o privati: Rischio ALTO 3.1 Il processo è parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari): Rischio MEDIO 6.1 Negli ultimi 5 anni non si ha conoscenza di eventi corruttivi accertati con sentenze di condanna e non sono pervenute segnalazioni di whistleblowers per fenomeni corruttivi o di cattiva amministrazione di cui è stata accertata la fondatezza, anche solo parziale: Rischio BASSO	MEDIO	Verifica sull'esatto adempimento delle prestazioni contrattuali richieste al collaudatore nella documentazione di nomina	annuale: entro la fine del mese di febbraio dell'anno successivo
	Gestione finanziaria del contratto: pagamento e fatturazione	Rendicontazione del contratto	Provvedimento per autorizzazione SAL e pagamenti fatture	Responsabile D.T.P./RUP/DEC/D.L.	emissione SAL e/o certificato di pagamento in assenza dei presupposti contrattuali e/o di legge; riconoscimento di importi non spettanti mancato rispetto degli obblighi di tracciabilità	1. Monopolio di potere 2. Natura e rilevanza degli interessi coinvolti 3. Inadeguatezza della regolazione del processo 6 Inadeguata diffusione della cultura della legalità	1.1 Grado concentrazione del potere decisionale 2.1. Tipologia di utenza/beneficiari: 3.1 Grado di discrezionalità, di chiarezza e complessità normativa 6.1 Manifestazione di eventi corruttivi in passato negli ultimi 5 anni	1.1 Il dirigente/funzionario/organo che predispone o adotta gli atti o esprime pareri è anche responsabile del procedimento ma sono coinvolte nell'istruttoria altre strutture o altri enti: Rischio MEDIO 2.1 Il processo/attività ha come destinatari/beneficiari soggetti privati che operano per interessi personali o privati: Rischio ALTO 3.1 Il processo è parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari): Rischio MEDIO 6.1 Negli ultimi 5 anni non si ha conoscenza di eventi corruttivi accertati con sentenze di condanna e non sono pervenute segnalazioni di whistleblowers per fenomeni corruttivi o di cattiva amministrazione di cui è stata accertata la fondatezza, anche solo parziale: Rischio BASSO	MEDIO	Verifica dei presupposti per effettuare i pagamenti da parte degli uffici finanziari della stazione appaltante	annuale: entro la fine del mese di febbraio dell'anno successivo
			Pagamento/liquidazione fatture	Responsabile D.T.P./RUP/Funzionario liquidatore	nessun rischio rilevato						

AFFIDAMENTI DI LAVORI SERVIZI E FORNITURE

AREA DI RISCHIO CONTRATTI PUBBLICI (EX AFFIDAMENTI DI LAVORI, SERVIZI E FORNITURE)											
MAPPATURA PROCESSI/FASI E ATTIVITA'					VALUTAZIONE DEL RISCHIO					TRATTAMENTO DEL RISCHIO	
	DESCRIZIONE DEL PROCESSO	DESCRIZIONE FASE	DESCRIZIONE ATTIVITA'	RESPONSABILI DEL PROCESSO / STRUTTURE E SOGGETTI CHE INTERVENGONO NEL PROCESSO	EVENTI RISCHIOSI	FATTORI ABILITANTI DEGLI EVENTI RISCHIOSI	INDICATORI E DATI OGGETTIVI PER LA STIMA DEL LIVELLO DI RISCHIO	CRITERI DI VALUTAZIONE PER SINGOLI INDICATORI DI RISCHIO	GIUDIZIO SINTETICO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO DEL PROCESSO	DESCRIZIONE MISURA	MONITORAGGIO
Affidamento diretto di lavori in caso di somma urgenza	Attestazione dei presupposti dello stato di urgenza e dei lavori da effettuare per rimuovere detto stato	Accertamento dello stato di somma urgenza	Sopralluogo per l'accertamento dei presupposti dello stato di somma urgenza e redazione relativo verbale	RUP/Tecnico dell'Amministrazione	Distorta valutazione dello stato dei luoghi al fine di attivare una procedura semplificata in assenza dei presupposti della somma urgenza	1. Monopolio di potere 2. Natura e rilevanza degli interessi coinvolti 3. Inadeguatezza della regolazione del processo 6 Inadeguata diffusione della cultura della legalità	1.1 Grado concentrazione del potere decisionale 2.1. Tipologia di utenza/beneficiari: 3.1 Grado di discrezionalità, di chiarezza e complessità normativa 6.1 Manifestazione di eventi corruttivi in passato negli ultimi 5 anni	1.1 Il dirigente/funzionario/organo che predispone o adotta gli atti o esprime pareri è anche responsabile del procedimento e non sono coinvolte nell'istruttoria altre strutture o altri enti: Rischio ALTO 2.1 Il processo/attività ha come destinatari/beneficiari soggetti privati che operano per interessi personali o privati: Rischio ALTO 3.1 Il processo/attività è parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari) Rischio MEDIO 6.1. Negli ultimi 5 anni non si ha conoscenza di eventi corruttivi accertati con sentenze di condanna e non sono pervenute segnalazioni di whistleblowers per fenomeni corruttivi o di cattiva amministrazione di cui è stata accertata la fondatezza, anche solo parziale Rischio BASSO	ALTO	Descrizione dettagliata e motivata nel verbale di sopralluogo dello stato di somma urgenza	annuale: entro la fine del mese di febbraio dell'anno successivo
			Ordine di esecuzione dei lavori	RUP/Tecnico dell'Amministrazione							
			Perizia giustificativa dei lavori	RUP/Tecnico dell'Amministrazione							
	Approvazione dei lavori in urgenza	Formalizzazione dell'accordo	Provvedimento dirigenziale di approvazione dei lavori.	Responsabile D.T.P./RUP							

MAPPATURA PROCESSI E RISCHI CORRUTTIVI										
MAPPATURA DEI PROCESSI					VALUTAZIONE DEL RISCHIO				TRATTAMENTO DEL RISCHIO	
STRUTTURA	PROCESSO	NUMERO FASI	DESCRIZIONE FASI/AZIONI	ESECUTORE FASE	EVENTO (RISCHIO)	MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO	FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI.	GIUDIZIO SINTETICO DEL LIVELLO DI ESPOSIZIONE DEL RISCHIO	DESCRIZIONE MISURA E TEMPI DI ATTUAZIONE	MONITORAGGIO
BIOINGEGNERIA, SITAD	GESTIONE DEI CONTRATTI DI MANUTENZIONE DI APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI E BENI INFORMATICI	1	ANALISI E VALIDAZIONE DEL FABBISOGNO	BIONG/SITAD	Fabbisogno non rispondente con la reale esigenza organizzativa	Analisi reticente rispetto alle necessità dell'Ente	Grado di discrezionalità	Il processo è discrezionale in quanto non adeguatamente vincolato dalla legge o da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari): Rischio ALTO	Attuazione tempestiva della definizione del fabbisogno sulla base delle reali necessità dell'Ente.	Annuale
		2	RICHIESTA ATTIVAZIONE PROCEDURA DI GARA	BIONG /SITAD	Favorire determinati Operatori Economici	Discrezionalità nella definizione dei requisiti minimi correlati al bene e/o servizio da acquisire.	Livello dei controlli amministrativi, interni o esterni	Il processo è discrezionale in quanto non adeguatamente vincolato dalla legge o da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari): Rischio ALTO	Attuazione tempestiva all'atto della richiesta sulla base dei contenuti tecnici della documentazione di gara	
		3	VERIFICA E COORDINAMENTO DELLE ATTIVITA' OGGETTO DEL SERVIZIO CONTENUTE NEI DOCUMENTI DI GARA	DEC	Omissione intenzionale dei controlli	Approssimazione nelle attività di verifica rispetto a quanto contenuto nei documenti di gara	Livello dei controlli amministrativi, interni o esterni	Il processo è soggetto a controlli interni ma non esterni: Rischio MEDIO	Rotazione dei DEC considerando la disponibilità di personale interno idoneo a ricoprire tale ruolo. I tempi di attuazione della rotazione sono vincolati alle singole scadenze contrattuali.	Annuale
		4	RILASCIO ATTESTAZIONE DI REGOLARE ESECUZIONE	RUP/DEC	Autorizzazione di prestazioni non regolarmente eseguite	Approssimazione nelle attività di verifica rispetto a quanto contenuto nei documenti di gara	Assenza o carenza di controlli amministrativi	Il processo non è soggetto a controlli interni ed esterni: Rischio ALTO	Rotazione dei RUP considerando la disponibilità di personale interno idoneo a ricoprire tale ruolo. I tempi di attuazione della rotazione sono vincolati alle singole scadenze contrattuali.	Annuale
		5	ATTIVAZIONE PROCEDURA DELLA FASE DI CONTABILIZZAZIONE E SUCCESSIVA LIQUIDAZIONE	BIOING/SITAD	Liquidazione fatture irregolari	Totale assenza di ulteriori verifiche	Tipologia di utenza/ beneficiari	Il processo ha come destinatari uffici interni, oppure soggetti interni all'amministrazione nell'esercizio delle loro funzioni pubbliche: Rischio BASSO	Attuazione tempestiva all'atto delle procedure contabili.	

**MAPPATURA PROCESSI E RISCHI CORRUTTIVI**

MAPPATURA DEI PROCESSI					VALUTAZIONE DEL RISCHIO				TRATTAMENTO DEL RISCHIO	
STRUTTURA	PROCESSO	NUMERO FASI	DESCRIZIONE FASI/AZIONI	ESECUTORE FASE	EVENTO (RISCHIO)	MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO	FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI.	GIUDIZIO SINTETICO DEL LIVELLO DI ESPOSIZIONE DEL RISCHIO	DESCRIZIONE MISURA E TEMPI DI ATTUAZIONE	MONITORAGGIO
<b>BIOINGEGNERIA, SITAD</b>	<b>FUORI USO DI APPARECCHIATURE ELETTRONICHE E BENI INFORMATICI</b>	1	ANALISI RICHIESTA FUORI USO DELL'APPARECCHIATURA	BIONG/SITAD	Omissione intenzionale dei controlli	Approssimazione nelle attività di analisi	Grado di discrezionalità	Il processo è discrezionale in quanto non adeguatamente vincolato dalla legge o da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari): Rischio ALTO	Attuazione tempestiva all'atto della richiesta sulla base dei dati presenti nell'inventario.	
		2	VERIFICA STATO DELL'APPARECCHIATURA	BIONG/SITAD	Omissione intenzionale dei controlli	Approssimazione nelle attività di verifica	Grado di discrezionalità	Il processo è discrezionale in quanto non adeguatamente vincolato dalla legge o da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari): Rischio ALTO	Attuazione tempestiva all'atto delle attività di verifica sulla base delle reali condizioni dell'apparecchiatura.	
		3	ALIENAZIONE DELL'APPARECCHIATURA	BIOING/SITAD	Favorire particolari interessi	Reticenza durante la procedura di alienazione	Tipologia di utenza/beneficiari	Il processo ha come destinatari/beneficiari soggetti privati che operano per interessi personali o privati: Rischio ALTO	Attuazione tempestiva sulla base delle verifiche svolte dal DEC della fornitura.	

RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA										
MAPPATURA DEI PROCESSI - EMISSIONE ORDINE E LIQUIDAZIONE					VALUTAZIONE DEL RISCHIO				TRATTAMENTO DEL RISCHIO	
STRUTTURA	PROCESSO	NUMERO FASI	DESCRIZIONE FASI/AZIONI	ESECUTORE FASE	EVENTO (RISCHIO)	MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO	FATTORE ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI.	GIUDIZIO SINTETICO DEL LIVELLO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO	DESCRIZIONE MISURA E TEMPI DI ATTUAZIONE	MONITORAGGIO
BIOINGEGNERIA, SITAD	EMISSIONE ORDINI E LIQUIDAZIONE FATTURE	1	VERIFICA DELLA DOCUMENTAZIONE NECESSARIA ALL'EMISSIONE DELL'ORDINE E DELLA CORRISPONDENZA TRA QUANTO PREVISTO NELL'OFFERTA ECONOMICA E QUANTO OGGETTO DI ORDINE	SOGGETTO PREPOSTO ALLA CREAZIONE ORDINE E REGISTRAZIONE FATTURA	POTENZIALE OMISSIONE DEL CONTROLLO SULLA CORRETTA APPLICAZIONE DI QUANTO PREVISTO NELL'OFFERTA ECONOMICA	POTENZIALE OMISSIONE DEL CONTROLLO SULLA CORRETTA APPLICAZIONE DI QUANTO PREVISTO NELL'OFFERTA ECONOMICA PRESENTATA IN SEDE DI GARA	ASSENZA O CARENZA DI CONTROLLI AMMINISTRATIVI INTERNI O ESTERNI	MEDIO	VERIFICHE A CAMPIONE SULL'ISTRUTTORIA FINALIZZATA ALL'EMISSIONE DELL'ORDINE	REPORT ANNUALE INVIATO AL RPCT ENTRO IL MESE DI FEBBRAIO DELL'ANNO SUCCESSIVO A QUELLO DI RIFERIMENTO
		2	ACQUISIZIONE DA PARTE DEL SOGGETTO PREPOSTO ALLA REGISTRAZIONE FATTURA DELLA DOCUMENTAZIONE ATTESTANTE LA REGOLARE ESECUZIONE DELLA PRESTAZIONE DA PARTE DEL RUP/DEC							
		3	EMISSIONE ORDINE ED INVIO (PER I CASI PREVISTI) CON MODALITA' NSO							
		4	ACQUISIZIONE E REGISTRAZIONE DELLA FATTURA NEL GESTIONALE SAP							
		5	ATTIVAZIONE DELLA PROCEDURA DI LIQUIDAZIONE E PREDISPOSIZIONE DELLA DETERMINA	SOGGETTO PREPOSTO ALLA LIQUIDAZIONE						

**MAPPATURA PROCESSI E RISCHI CORRUTTIVI**

MAPPATURA DEI PROCESSI					VALUTAZIONE DEL RISCHIO				TRATTAMENTO DEL RISCHIO	
STRUTTURA	PROCESSO	NUMERO FASI	DESCRIZIONE FASI/AZIONI	ESECUTORE FASE	EVENTO (RISCHIO)	MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO	FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI.	GIUDIZIO SINTETICO DEL LIVELLO DI ESPOSIZIONE DEL RISCHIO	DESCRIZIONE MISURA E TEMPI DI ATTUAZIONE	MONITORAGGIO
<b>BIOINGEGNERIA, SITAD</b>	<b>COLLAUDO APPARECCHIATURE ELETTRONICHE E BENI INFORMATICI</b>	1	ANALISI RICHIESTA E PIANIFICAZIONE	BIONG/SITAD	Omissione intenzionale dei controlli	Approssimazione nelle attività di analisi	Grado di discrezionalità	Il processo è discrezionale in quanto non adeguatamente vincolato dalla legge o da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari): Rischio ALTO	Attuazione tempestiva all'atto della richiesta sulla base della documentazione aziendale.	
		2	ESECUZIONE DEL COLLAUDO	BIONG/SITAD	Favorire particolari interessi	Reticenza durante la procedura di alienazione	Grado di discrezionalità	Il processo è discrezionale in quanto non adeguatamente vincolato dalla legge o da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari): Rischio ALTO	Attuazione tempestiva all'atto delle attività di collaudo sulla base della documentazione di gara.	
		3	INVENTARIAZIONE ED ARCHIVIAZIONE DOCUMENTI	BIOING/SITAD	Favorire particolari interessi	Errata immissione di dati nel software gestionale	Tipologia di utenza/ beneficiari	Il processo ha come destinatari / beneficiari soggetti privati che operano per interessi personali o privati: Rischio ALTO	Attuazione tempestiva sulla base delle verifiche svolte dal personale tecnico della Struttura Bioingegneria.	Annuale

MAPPATURA DEI PROCESSI - EMISSIONE ORDINE E LIQUIDAZIONE					RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA				TRATTAMENTO DEL RISCHIO	
STRUTTURA	PROCESSO	NUMERO FASI	DESCRIZIONE FASI/AZIONI	ESECUTORE FASE	EVENTO (RISCHIO)	MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO	FATTORE ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI.	GIUDIZIO SINTETICO DEL LIVELLO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO	DESCRIZIONE MISURA E TEMPI DI ATTUAZIONE	MONITORAGGIO
DIREZIONE SANITARIA S. C. IGIENE E ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI OSPEDALIERI	PRENOTAZIONE FONDI	1	CREAZIONE PRENOTAZIONE FONDI IN BASE ALLA STIPULA DI CONVENZIONI	SOGGETTO PREPOSTO ALLA CREAZIONE PRENOTAZIONE FONDI	POTENZIALE OMISSIONE DEL CONTROLLO SULLA CORRETTA APPLICAZIONE DI QUANTO PREVISTO NEGLI ATTI CONVENZIONALI SOTTOSCRITTI DALLE PARTI	POTENZIALE OMISSIONE DEL CONTROLLO SULLA CORRETTA APPLICAZIONE DI QUANTO INDICATO NELLE CONVENZIONI SOTTOSCRITTE	4. ASSENZA O CARENZA DI CONTROLLI AMMINISTRATIVI. 4.1 LIVELLO DEI CONTROLLI AMMINISTRATIVI, INTERNI O ESTERNI . 4.1 IL PROCESSO E' SOGGETTO A CONTROLLI INTERNI MA NON ESTERNI.	MEDIO	VERIFICHE A CAMPIONE MENSILI	REPORT ANNUALE
	EMISSIONE ORDINI E LIQUIDAZIONE FATTURE	1	VERIFICA DELLA DOCUMENTAZIONE NECESSARIA PER L'EMISSIONE DELL'ORDINE	SOGGETTO PREPOSTO ALLA CREAZIONE ORDINE E REGISTRAZIONE FATTURE						
		2	VERIFICA DELLA CORRETTA APPLICAZIONE DI QUANTO PREVISTO NELLA CONVENZIONE.							
		3	ACQUISIZIONE DA PARTE DEL SOGGETTO PREPOSTO ALLA REGISTRAZIONE FATTURA DELLA DOCUMENTAZIONE ATTESTANTE LA REGOLARE ESECUZIONE A CURA DEL DEC, QUALORA NE SIA RICHIESTO							
		4	EMISSIONE ORDINE ED INVIO (PER I CASI PREVISTI) CON MODALITA' NSO							
		5	ACQUISIZIONE E REGISTRAZIONE DELLA FATTURA NEL GESTIONALE SAP							
		6	ATTIVAZIONE DELLA PROCEDURA DI LIQUIDAZIONE, PREDISPOSIZIONE DELLA DETERMINA DI LIQUIDAZIONE							
CONTABILITA' E BILANCIO	MANDATI DI PAGAMENTO	7	EMISSIONE DEI MANDATI DI PAGAMENTO	DIREZIONE CONTABILITA' E BILANCIO						

ALLEGATO TRASPARENZA 2024-2026 - ELENCO OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE							ALL. 2
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.)	Contenuto dell'obbligo di pubblicazione (ove non indicato altro: D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)	Struttura che produce ed aggiorna i dati	Dirigente Responsabile	Aggiornamento (ove non indicato altro: D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)
Disposizioni generali	P.T.P.C.T	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	Dott. Glauco Rossi	Annuale
	Atti generali	Riferimenti normativi su organizzazione e attività	art. 12, c.1	Riferimenti normativi con i relativi link alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normativa" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni	Direzioni / Uffici che elaborano l'atto	Dirigenti Responsabili delle Direzioni/Uffici	Tempestivo (ex art. 8)
		Atti amministrativi generali		Direttive, circolari, programmi, istruzioni e ogni atto che dispone in generale sulla organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procedimenti, ovvero nei quali si determina l'interpretazione di norme giuridiche che riguardano o dettano disposizioni per l'applicazione di esse.	Direzioni / Uffici che elaborano l'atto	Dirigenti Responsabili delle Direzioni/Uffici	Tempestivo (ex art. 8)
		Documenti di programmazione strategico-gestionale		Direttive, documento di programmazione, obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	Direzioni / Uffici che elaborano l'atto	Dirigenti Responsabili delle Direzioni/Uffici	Tempestivo (ex art. 8)
		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	Direzioni / Uffici che elaborano l'atto	Dirigenti Responsabili delle Direzioni/Uffici	Tempestivo (ex art. 8)
		Codice disciplinare e codice di condotta	art. 12, c.1 <b>d.lsg n.165/2001:</b> 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	S.C. Personale	Dott.ssa Veronica Vettori	Tempestivo
	Oneri Informativi per cittadini ed imprese	Scadenario obblighi amministrativi	art. 12, c.1-bis	Scadenario con l'indicazione delle date di efficacia dei nuovi obblighi amministrativi a carico di cittadini e imprese introdotti dalle amministrazioni secondo le modalità definite con DPCM 8 novembre 2013	<b>Non applicabile alle aziende sanitarie del SSN</b>		
Organizzazione	Articolazione degli Uffici	Articolazione degli Uffici	art. 13, c.1, lett. b)	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Ufficio Comunicazione e Relazioni con il Pubblico	Dott.ssa Liliana Esposito	Tempestivo (ex art. 8)
		Organigramma (da pubblicare sotto forma di organigramma, in modo tale che a ciascun ufficio sia assegnato un link ad una pagina)	art. 13, c.1, lett. c)	Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche	Ufficio Comunicazione e Relazioni con il Pubblico	Dott.ssa Liliana Esposito	Tempestivo (ex art. 8)
		Elenco dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	art. 13, c.1, lett. b)	Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Ufficio Comunicazione e Relazioni con il Pubblico	Dott.ssa Liliana Esposito	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 posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Ufficio Comunicazione e Relazioni con il Pubblico	Dott.ssa Liliana Esposito	Tempestivo (ex art. 8)
Consulenti e collaboratori	Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Consulenti e collaboratori (da pubblicare in tabelle)	art. 15, c.2	Estremi degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa) per i quali è previsto un compenso con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato	S.C. Personale	Dott.ssa Veronica Vettori	Entro 3 mesi dal conferimento dell'incarico (art. 15, c. 4)

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.)	Contenuto dell'obbligo di pubblicazione (ove non indicato altro: D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)	Struttura che produce ed aggiorna i dati	Dirigente Responsabile	Aggiornamento (ove non indicato altro: D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)
				<b>Per ciascun titolare di incarico:</b>			
			art. 15, c. 1, lett. b)	1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	S.C. Personale	Dott.ssa Veronica Vettori	Entro 3 mesi dal conferimento dell'incarico (art. 15, c. 4)
			art. 15, c. 1, lett. c)	2) dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali	S.C. Personale	Dott.ssa Veronica Vettori	Entro 3 mesi dal conferimento dell'incarico (art. 15, c. 4)
			art. 15, c. 1, lett. d)	3) compensi comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato	S.C. Personale	Dott.ssa Veronica Vettori	Entro 3 mesi dal conferimento dell'incarico (art. 15, c. 4)
			art. 15, c.2 <b>d.lsg. n. 165/2001:</b> art. 53, c. 14	Tabelle relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla Funzione pubblica)	S.C. Personale	Dott.ssa Veronica Vettori	Entro 3 mesi dal conferimento dell'incarico (art. 15, c. 4)
			<b>d.lsg. n. 165/2001:</b> art. 53, c. 14	Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse	S.C. Personale	Dott.ssa Veronica Vettori	Entro 3 mesi dal conferimento dell'incarico (art. 15, c. 4)
<b>Personale</b>	<b>Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice</b>	Incarichi amministrativi di vertice  (da pubblicare in tabelle)		<b>Per ciascun titolare di incarico:</b>			
			art. 14, c.1, lett. a) art. 14, c.1-bis	Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Ufficio Legale e Assicurativo	Dott.ssa Rosa Magnoni	Tempestivo (ex art. 8)
			art. 14, c.1, lett. b) art. 14, c.1-bis	Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Ufficio Legale e Assicurativo	Dott.ssa Rosa Magnoni	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.)	Contenuto dell'obbligo di pubblicazione (ove non indicato altro: D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)	Struttura che produce ed aggiorna i dati	Dirigente Responsabile	Aggiornamento (ove non indicato altro: D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)
			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) Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Ufficio Legale e Assicurativo	Dott.ssa Rosa Magnoni	Tempestivo (ex art. 8)
			Art. 14, c.1, lett. d) art. 14, c.1-bis	Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Ufficio Legale e Assicurativo	Dott.ssa Rosa Magnoni	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	Ufficio Legale e Assicurativo	Dott.ssa Rosa Magnoni	Tempestivo (ex art. 8)
			art. 14, c.1, lett. f) art. 14, c.1-bis <b>legge n. 441/1982</b> art. 2, c.1, punto 1	1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]			<b>Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi della Sentenza Corte Costituzionale 20/2019</b>
			art. 14, c.1, lett. f) art. 14, c.1-bis <b>legge n. 441/1982</b> art. 2, c.1, punto 2	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: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)]			<b>Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi della Sentenza Corte Costituzionale 20/2019</b>
			art. 14, c.1, lett. f) art. 14, c.1-bis <b>legge n. 441/1982</b> art. 3	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)]			<b>Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi della Sentenza Corte Costituzionale 20/2019</b>
			<b>d.lgs. n. 39/2013</b> art. 20, c.3	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Ufficio Legale e Assicurativo	Dott.ssa Rosa Magnoni	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs n. 39/2013)
			<b>d.lgs. n. 39/2013</b> art. 20, c.3	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Ufficio Legale e Assicurativo	Dott.ssa Rosa Magnoni	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs n. 39/2013)
			art.14, c. 1-ter, secondo periodo	Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Ufficio Legale e Assicurativo	Dott.ssa Rosa Magnoni	Annuale

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.)	Contenuto dell'obbligo di pubblicazione (ove non indicato altro: D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)	Struttura che produce ed aggiorna i dati	Dirigente Responsabile	Aggiornamento (ove non indicato altro: D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)	
	<b>Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)</b>	Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali  (da pubblicare in tabelle che distinguano le seguenti situazioni: dirigenti, dirigenti individuati discrezionalmente, titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali)		<b>Per ciascun titolare di incarico:</b>				
			art. 14, c.1, lett. a) art. 14, c.1-bis	Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	S.C. Personale	Dott.ssa Veronica Vettori	Tempestivo (ex art. 8)	
			art. 14, c.1, lett. b) art. 14, c.1-bis	Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	S.C. Personale	Dott.ssa Veronica Vettori	Tempestivo (ex art. 8)	
			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)	S.C. Personale	Dott.ssa Veronica Vettori	Tempestivo (ex art. 8)	
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	S.C. Personale	Dott.ssa Veronica Vettori	Tempestivo (ex art. 8)	
			Art. 14, c.1, lett. d) art. 14, c.1-bis	Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	S.C. Personale	Dott.ssa Veronica Vettori	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	S.C. Personale	Dott.ssa Veronica Vettori	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 società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]			<b>Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi della Sentenza Corte Costituzionale 20/2019</b>	
			<b>legge n. 441/1982</b> art. 2, c.1, punto 1					<b>Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi della Sentenza Corte Costituzionale 20/2019</b>
			art. 14, c.1, lett. f) 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)			<b>Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi della Sentenza Corte Costituzionale 20/2019</b>
			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)]			<b>Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi della Sentenza Corte Costituzionale 20/2019</b>	
			<b>d.lgs. n. 39/2013</b> art. 20, c.3	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	S.C. Personale	Dott.ssa Veronica Vettori	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs n. 39/2013)	
			<b>d.lgs. n. 39/2013</b> art. 20, c.3	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	S.C. Personale	Dott.ssa Veronica Vettori	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs n. 39/2013)	
			art.14, c. 1-ter, secondo periodo	Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	S.C. Personale	Dott.ssa Veronica Vettori	Annuale	
		Elenco posizioni dirigenziali discrezionali	art. 15, c. 5	Elenco delle posizioni dirigenziali, integrato dai relativi titoli e curricula, attribuite a persone, anche esterne alle pubbliche amministrazioni, individuate discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione			<b>Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del D.Lgs. 97/2016</b>	

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.)	Contenuto dell'obbligo di pubblicazione (ove non indicato altro: D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)	Struttura che produce ed aggiorna i dati	Dirigente Responsabile	Aggiornamento (ove non indicato altro: D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)
		Posti di funzione disponibili	<b>d.lsg. n. 165/2001:</b> art. 19, c. 1-bis	Numero e tipologia dei posti di funzione che si rendono disponibili nella dotazione organica e relativi criteri di scelta	S.C. Personale	Dott.ssa Veronica Vettori	Tempestivo
	<b>Sanzioni per mancata comunicazione dei dati</b>	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	S.C. Personale	Dott.ssa Veronica Vettori	Tempestivo (ex art. 8)
	<b>Posizioni organizzative</b>	Posizioni organizzative	art. 14, c. 1-quinquies	I curricula dei titolari di posizioni organizzative, redatti in conformità al vigente modello europeo.	S.C. Personale	Dott.ssa Veronica Vettori	Tempestivo (ex art. 8)
	<b>Dotazione organica</b>	Conto annuale del personale	art. 16, c. 1	Conto annuale del personale e delle relative spese sostenute, nell'ambito del quale sono rappresentati i dati relativi alla dotazione organica e al personale effettivamente in servizio e al relativo costo, con l'indicazione della 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	S.C. Personale	Dott.ssa Veronica Vettori	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	S.C. Personale	Dott.ssa Veronica Vettori	Annuale (art. 16, c. 2)
	<b>Personale non a tempo indeterminato</b>	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	S.C. Personale	Dott.ssa Veronica Vettori	Annuale (art. 17 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.)	Contenuto dell'obbligo di pubblicazione (ove non indicato altro: D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)	Struttura che produce ed aggiorna i dati	Dirigente Responsabile	Aggiornamento (ove non indicato altro: D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)
		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	S.C. Personale	Dott.ssa Veronica Vettori	Trimestrale (art. 17 c. 2)
	<b>Tassi di assenza</b>	Tassi di assenza (da pubblicare in tabelle)	art. 16, c. 3	Tassi di assenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale	S.C. Personale	Dott.ssa Veronica Vettori	Trimestrale (art. 16 c. 3)
	<b>Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)</b>	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti) (da pubblicare in tabelle)	art. 18 <b>d.lgs. n. 165/2001:</b> art. 53, c. 14	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	S.C. Personale	Dott.ssa Veronica Vettori	Tempestivo (ex art. 8)
	<b>Contrattazione collettiva</b>	Contrattazione collettiva	art. 21, c. 1 <b>d.lgs. n. 165/2001:</b> art. 47, c. 8	Riferimenti necessari per la consultazione dei contratti e accordi collettivi nazionali e le eventuali interpretazioni autentiche.	S.C. Personale	Dott.ssa Veronica Vettori	Tempestivo (ex art. 8)
	<b>Contrattazione integrativa</b>	Contratti integrativi	art. 21, c.2	Contratti integrativi stipulati, con la relazione tecnico-finanziaria e quella illustrativa certificate dagli organi di controllo (collegio dei revisori dei conti, collegio sindacale, uffici centrali di bilancio o analoghi organi previsti dai rispettivi ordinamenti)	S.C. Personale	Dott.ssa Veronica Vettori	Tempestivo (ex art. 8)
		Costi contratti integrativi	art. 21, c. 2 <b>d.lgs. n. 150/2009:</b> art. 55, c. 4	Specifiche informazioni sui costi della contrattazione integrativa, certificate dagli organi di controllo interno, trasmesse al Ministero dell'Economia e delle Finanze, che predispongono, 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	S.C. Personale	Dott.ssa Veronica Vettori	Annuale (art. 55, c.4, d.lgs n. 150/2009)
	<b>Organismo Indipendente di Valutazione della performance (OIV) o struttura analoga</b>	OIV o struttura analoga (da pubblicare in tabelle)	Art.10, c. 8, lett. c)	Nominativi	S.C. Personale	Dott.ssa Veronica Vettori	Tempestivo (ex art. 8)
				Curricula	S.C. Personale	Dott.ssa Veronica Vettori	Tempestivo (ex art. 8)
			<b>Delibera CIVIT n. 12/2013</b> Par. 14.2	Compensi	S.C. Personale	Dott.ssa Veronica Vettori	Tempestivo (ex art. 8)
<b>Bandi di concorso</b>		Bandi di concorso (da pubblicare in tabelle)	art. 19	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	S.C. Personale	Dott.ssa Veronica Vettori	Tempestivo (ex art. 8)
<b>Performance</b>	<b>Sistema di misurazione e valutazione della Performance</b>	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	<b>Delibera CIVIT n. 104/2010</b> Par. 1	Sistema di misurazione e valutazione della Performance (art. 7, d.lgs. n. 150/2009)	S.C. Personale	Dott.ssa Veronica Vettori	Tempestivo
	<b>Piano della Performance</b>	Piano della Performance	art. 10, c. 8, lett. b)	Piano della Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	S.C. Personale	Dott.ssa Veronica Vettori	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.)	Contenuto dell'obbligo di pubblicazione (ove non indicato altro: D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)	Struttura che produce ed aggiorna i dati	Dirigente Responsabile	Aggiornamento (ove non indicato altro: D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)
	<b>Relazione sulla Performance</b>	Relazione sulla Performance	art. 10, c. 8, lett. b)	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	S.C. Personale	Dott.ssa Veronica Vettori	Tempestivo (ex art. 8)
	<b>Ammontare complessivo dei premi</b>	Ammontare complessivo dei premi (da pubblicare in tabelle)	art. 20, c. 1	Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati	S.C. Personale	Dott.ssa Veronica Vettori	Tempestivo (ex art. 8)
				Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	S.C. Personale	Dott.ssa Veronica Vettori	Tempestivo (ex art. 8)
	<b>Dati relativi ai premi</b>	Dati relativi ai premi (da pubblicare in tabelle)	art. 20, c. 2	Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio	S.C. Personale	Dott.ssa Veronica Vettori	Tempestivo (ex art. 8)
				Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi	S.C. Personale	Dott.ssa Veronica Vettori	Tempestivo (ex art. 8)
				Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti	S.C. Personale	Dott.ssa Veronica Vettori	Tempestivo (ex art. 8)
<b>Benessere organizzativo</b>	Benessere organizzativo	art. 20, c. 3	Livelli di benessere organizzativo	-	-	<b>Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del D.Lgs. 97/2016</b>	
<b>Enti controllati</b>	<b>Enti pubblici vigilati</b>	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	S.C. Contabilità e Bilancio	Dott.ssa Laura Ceccarelli	Annuale (art. 22, c. 1)
				<b>Per ciascuno degli enti:</b>			
			art. 22, c. 2	1) ragione sociale	S.C. Contabilità e Bilancio	Dott.ssa Laura Ceccarelli	Annuale (art. 22, c. 1)
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	S.C. Contabilità e Bilancio	Dott.ssa Laura Ceccarelli	Annuale (art. 22, c. 1)
				3) durata dell'impegno	S.C. Contabilità e Bilancio	Dott.ssa Laura Ceccarelli	Annuale (art. 22, c. 1)
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	S.C. Contabilità e Bilancio	Dott.ssa Laura Ceccarelli	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 rimborsi per vitto e alloggio)	S.C. Contabilità e Bilancio	Dott.ssa Laura Ceccarelli	Annuale (art. 22, c. 1)
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	S.C. Contabilità e Bilancio	Dott.ssa Laura Ceccarelli	Annuale (art. 22, c. 1)
				7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	S.C. Contabilità e Bilancio	Dott.ssa Laura Ceccarelli	Annuale (art. 22, c. 1)
			<b>d.lsg. n. 39/2013:</b> art. 20, c. 3	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (link al sito dell'ente)	S.C. Contabilità e Bilancio	Dott.ssa Laura Ceccarelli	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs n. 39/2013)
<b>d.lsg. n. 39/2013:</b> art. 20, c. 3	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)	S.C. Contabilità e Bilancio	Dott.ssa Laura Ceccarelli	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs n. 39/2013)			
art. 22, c. 3	Collegamento con i siti istituzionali degli enti pubblici vigilati	S.C. Contabilità e Bilancio	Dott.ssa Laura Ceccarelli	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.)	Contenuto dell'obbligo di pubblicazione (ove non indicato altro: D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)	Struttura che produce ed aggiorna i dati	Dirigente Responsabile	Aggiornamento (ove non indicato altro: D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)
	<b>Società partecipate</b>	Società partecipate (da pubblicare in tabelle)	art. 22, c.1, lett. b)	Elenco delle società di cui l'amministrazione detiene direttamente quote di partecipazione anche minoritaria, con l'indicazione dell'entità, delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate, ad esclusione delle società partecipate da amministrazioni pubbliche, quotate in mercati regolamentati e loro controllate (ex art. 22, c. 6, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Contabilità e Bilancio	Dott.ssa Laura Ceccarelli	Annuale (art. 22, c. 1)
				<b>Per ciascuna delle società:</b>			
			art. 22, c. 2	1) ragione sociale	S.C. Contabilità e Bilancio	Dott.ssa Laura Ceccarelli	Annuale (art. 22, c. 1)
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	S.C. Contabilità e Bilancio	Dott.ssa Laura Ceccarelli	Annuale (art. 22, c. 1)
				3) durata dell'impegno	S.C. Contabilità e Bilancio	Dott.ssa Laura Ceccarelli	Annuale (art. 22, c. 1)
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	S.C. Contabilità e Bilancio	Dott.ssa Laura Ceccarelli	Annuale (art. 22, c. 1)
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	S.C. Contabilità e Bilancio	Dott.ssa Laura Ceccarelli	Annuale (art. 22, c. 1)
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	S.C. Contabilità e Bilancio	Dott.ssa Laura Ceccarelli	Annuale (art. 22, c. 1)
				7) incarichi di amministratore della società e relativo trattamento economico complessivo	S.C. Contabilità e Bilancio	Dott.ssa Laura Ceccarelli	Annuale (art. 22, c. 1)
			<b>d.lsg. n. 39/2013:</b> art. 20, c. 3	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (link al sito dell'ente)	S.C. Contabilità e Bilancio	Dott.ssa Laura Ceccarelli	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs n. 39/2013)
			<b>d.lsg. n. 39/2013:</b> art. 20, c. 3	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)	S.C. Contabilità e Bilancio	Dott.ssa Laura Ceccarelli	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs n. 39/2013)
			art. 22, c. 3	Collegamento con i siti istituzionali delle società partecipate	S.C. Contabilità e Bilancio	Dott.ssa Laura Ceccarelli	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)	S.C. Contabilità e Bilancio	Dott.ssa Laura Ceccarelli	Tempestivo (ex art. 8)
			<b>d.lsg. n. 175/2016:</b> art. 19, c. 7	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	S.C. Contabilità e Bilancio	Dott.ssa Laura Ceccarelli	Tempestivo (ex art. 8)
				Provvedimenti con cui le società a controllo pubblico garantiscono il concreto perseguimento degli obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento	S.C. Contabilità e Bilancio	Dott.ssa Laura Ceccarelli	Tempestivo (ex art. 8)
	<b>Enti di diritto privato controllati</b>	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	S.C. Contabilità e Bilancio	Dott.ssa Laura Ceccarelli	Annuale (art. 22, c. 1)
				<b>Per ciascuno degli enti:</b>			
			art. 22, c. 2	1) ragione sociale	S.C. Contabilità e Bilancio	Dott.ssa Laura Ceccarelli	Annuale (art. 22, c. 1)
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	S.C. Contabilità e Bilancio	Dott.ssa Laura Ceccarelli	Annuale (art. 22, c. 1)
				3) durata dell'impegno	S.C. Contabilità e Bilancio	Dott.ssa Laura Ceccarelli	Annuale (art. 22, c. 1)
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	S.C. Contabilità e Bilancio	Dott.ssa Laura Ceccarelli	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.)	Contenuto dell'obbligo di pubblicazione (ove non indicato altro: D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)	Struttura che produce ed aggiorna i dati	Dirigente Responsabile	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	S.C. Contabilità e Bilancio	Dott.ssa Laura Ceccarelli	Annuale (art. 22, c. 1)			
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	S.C. Contabilità e Bilancio	Dott.ssa Laura Ceccarelli	Annuale (art. 22, c. 1)			
				7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo	S.C. Contabilità e Bilancio	Dott.ssa Laura Ceccarelli	Annuale (art. 22, c. 1)			
			<b>d.lsg. n. 39/2013:</b> art. 20, c. 3			Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (link al sito dell'ente)	S.C. Contabilità e Bilancio	Dott.ssa Laura Ceccarelli	Temporaneo (art. 20, c. 1, d.lgs n. 39/2013)	
						Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)	S.C. Contabilità e Bilancio	Dott.ssa Laura Ceccarelli	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	S.C. Contabilità e Bilancio	Dott.ssa Laura Ceccarelli	Annuale (art. 22, c. 1)
						<b>Rappresentazione grafica</b>	Rappresentazione grafica	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	S.C. Contabilità e Bilancio
<b>Attività e procedimenti</b>	<b>Dati aggregati attività amministrativa</b>	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	-	-	<b>Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del D.Lgs. 97/2016</b>			
	<b>Tipologie di procedimento</b>	Tipologie di procedimento (da pubblicare in tabelle)		<b>Per ciascuna tipologia di procedimento:</b>						
			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	Dirigenti Responsabili delle Direzioni/Uffici	Temporaneo (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	Dirigenti Responsabili delle Direzioni/Uffici	Temporaneo (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	Dirigenti Responsabili delle Direzioni/Uffici	Temporaneo (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	Dirigenti Responsabili delle Direzioni/Uffici	Temporaneo (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 riguardano	tutte le Direzioni e gli Uffici dell'Area Centrale per i procedimenti di competenza	Dirigenti Responsabili delle Direzioni/Uffici	Temporaneo (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	Dirigenti Responsabili delle Direzioni/Uffici	Temporaneo (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	Dirigenti Responsabili delle Direzioni/Uffici	Temporaneo (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.)	Contenuto dell'obbligo di pubblicazione (ove non indicato altro: D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)	Struttura che produce ed aggiorna i dati	Dirigente Responsabile	Aggiornamento (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 predeterminato per la sua conclusione e i modi per attivarli	tutte le Direzioni e gli Uffici dell'Area Centrale per i procedimenti di competenza	Dirigenti Responsabili delle Direzioni/Uffici	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	Dirigenti Responsabili delle Direzioni/Uffici	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	Dirigenti Responsabili delle Direzioni/Uffici	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	Dirigenti Responsabili delle Direzioni/Uffici	Tempestivo (ex art. 8)
				<b>Per i procedimenti ad istanza di parte:</b>			
			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	Dirigenti Responsabili delle Direzioni/Uffici	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	Dirigenti Responsabili delle Direzioni/Uffici	Tempestivo (ex art. 8)
	<b>Monitoraggio tempi procedurali</b>	Monitoraggio tempi procedurali	art. 24, c. 2 <b>l. n. 190/2012:</b> art. 1, c. 28	Risultati del monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedurali	tutte le Direzioni e gli Uffici dell'Area Centrale per i procedimenti di competenza	Dirigenti Responsabili delle Direzioni/Uffici	<b>Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del D.Lgs. 97/2016</b>
	<b>Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati</b>	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	Dirigenti Responsabili delle Direzioni/Uffici	Tempestivo (ex art. 8)
<b>Provvedimenti</b>	<b>Provvedimenti organi indirizzo politico</b>	Provvedimenti organi indirizzo politico	art. 23, c. 1 <b>legge n. 190/2012:</b> 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	Dirigenti Responsabili delle Direzioni/Uffici	Semestrale (art. 23, c. 1)
	<b>Provvedimenti organi indirizzo politico</b>	Provvedimenti organi indirizzo politico	art. 23, c. 1 <b>legge n. 190/2012:</b> 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	Dirigenti Responsabili delle Direzioni/Uffici	<b>Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del D.Lgs. 97/2016</b>

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.)	Contenuto dell'obbligo di pubblicazione (ove non indicato altro: D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)	Struttura che produce ed aggiorna i dati	Dirigente Responsabile	Aggiornamento (ove non indicato altro: D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)
	<b>Provvedimenti dirigenti amministrativi</b>	Provvedimenti dirigenti amministrativi	art. 23, c. 1 <b>legge n. 190/2012:</b> 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	Dirigenti Responsabili delle Direzioni/Uffici	Semestrale (art. 23, c. 1)
	<b>Provvedimenti dirigenti amministrativi</b>	Provvedimenti dirigenti amministrativi	art. 23, c. 1 <b>legge n. 190/2012:</b> 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	Dirigenti Responsabili delle Direzioni/Uffici	<b>Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del D.Lgs. 97/2016</b>
<b>Bandi di gara e contratti</b>	<p align="center"><b>All. 1) Delibera ANAC 264 del 20.6.2023, come modificato con delibera 601 del 19 dicembre 2023</b>  <b>ATTI E DOCUMENTI DA PUBBLICARE IN "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" SOTTOSEZIONE "BANDI DI GARA E CONTRATTI"</b>  <b>Ove gli atti e i documenti siano già pubblicati sulle piattaforme di approvvigionamento digitale, ai sensi e nel rispetto dei termini e dei criteri di qualità delle informazioni stabiliti dal d.lgs. 33/2013 (artt. 6 e 8, co. 3), è sufficiente che in AT venga indicato il link alla piattaforma in modo da consentire a chiunque la visione dei suddetti atti e documenti</b></p> <p align="center"><b>ATTI E DOCUMENTI DI CARATTERE GENERALE RIFERITI A TUTTE LE PROCEDURE</b></p>						
		Art. 30, <b>d.lgs. 36/2023</b> Uso di procedure automatizzate nel ciclo di vita dei contratti pubblici	Elenco delle soluzioni tecnologiche adottate dalle SA e enti concedenti per l'automatizzazione delle proprie attività.	S.C. Acquisti e Appalti / S.C. Tecnico Patrimoniale / S.C. Bioingegneria e SITAD	Dott. Ranieri Colarizi / Ing. Luca Gusella / Ing. Francesca Rogari	Una tantum con aggiornamento tempestivo in caso di modifiche	
		ALLEGATO I.5 al <b>d.lgs. 36/2023</b> Elementi per la programmazione dei lavori e dei servizi. Schemi tipo (art. 4, co. 3)	Avviso finalizzato ad acquisire le manifestazioni di interesse degli operatori economici in ordine ai lavori di possibile completamento di opere incompiute nonché alla gestione delle stesse NB: Ove l'avviso è pubblicato nella apposita sezione del portale web del Ministero delle infrastrutture e dei trasporti, la pubblicazione in AT è assicurata mediante link al portale MIT	S.C. Acquisti e Appalti / S.C. Tecnico Patrimoniale / S.C. Bioingegneria e SITAD	Dott. Ranieri Colarizi / Ing. Luca Gusella / Ing. Francesca Rogari	Tempestivo	
		ALLEGATO I.5 al <b>d.lgs. 36/2023</b> Elementi per la programmazione dei lavori e dei servizi. Schemi tipo (art. 5, co. 8; art. 7, co. 4)	Comunicazione circa la mancata redazione del programma triennale dei lavori pubblici, per assenza di lavori Comunicazione circa la mancata redazione del programma triennale degli acquisti di forniture e servizi, per assenza di acquisti di forniture e servizi.	S.C. Acquisti e Appalti / S.C. Tecnico Patrimoniale / S.C. Bioingegneria e SITAD	Dott. Ranieri Colarizi / Ing. Luca Gusella / Ing. Francesca Rogari	Tempestivo	
		Art. 168, <b>d.lgs. 36/2023</b> Procedure di gara con sistemi di qualificazione	Atti recanti norme, criteri oggettivi per il funzionamento del sistema di qualificazione, l'eventuale aggiornamento periodico dello stesso e durata, criteri soggettivi (requisiti relativi alle capacità economiche, finanziarie, tecniche e professionali) per l'iscrizione al sistema.	S.C. Acquisti e Appalti / S.C. Tecnico Patrimoniale / S.C. Bioingegneria e SITAD	Dott. Ranieri Colarizi / Ing. Luca Gusella / Ing. Francesca Rogari	Tempestivo	
		Art. 169, <b>d.lgs. 36/2023</b> Procedure di gara regolamentate Settori speciali	<u>Obbligo applicabile alle imprese pubbliche e ai soggetti titolari di diritti speciali esclusivi</u> Atti eventualmente adottati recanti l'elencazione delle condotte che costituiscono gravi illeciti professionali agli effetti degli artt. 95, co. 1, lettera e) e 98 (cause di esclusione dalla gara per gravi illeciti professionali).	S.C. Acquisti e Appalti / S.C. Tecnico Patrimoniale / S.C. Bioingegneria e SITAD	Dott. Ranieri Colarizi / Ing. Luca Gusella / Ing. Francesca Rogari	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.)	Contenuto dell'obbligo di pubblicazione (ove non indicato altro: D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)	Struttura che produce ed aggiorna i dati	Dirigente Responsabile	Aggiornamento (ove non indicato altro: D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)
			Art. 11, co. 2-quater, l. n. 3/2003, introdotto dall'art. 41, co. 1, d.l. n. 76/2020 Dati e informazioni sui progetti di investimento pubblico	<u>Obbligo previsto per i soggetti titolari di progetti di investimento pubblico</u> Elenco annuale dei progetti finanziati, con indicazione del CUP, importo totale del finanziamento, le fonti finanziarie, la data di avvio del progetto e lo stato di attuazione finanziario e procedurale	S.C. Acquisti e Appalti / S.C. Tecnico Patrimoniale / S.C. Bioingegneria e SITAD	Dott. Ranieri Colarizi / Ing. Luca Gusella / Ing. Francesca Rogari	Annuale
<b>ATTI E DOCUMENTI PER CIASCUNA PROCEDURA DI AFFIDAMENTO</b> <b>Rimando alla BDNCP contenente i dati e le informazioni pubblicate da ANAC ai sensi della Delibera n. 261/2023 tramite il Link</b>							
		<b><u>Fase</u></b>					
		Pubblicazione	Art. 40, co. 3 e co. 5, d.lgs. 36/2023 Dibattito pubblico (da intendersi riferito a quello facoltativo)  Allegato I.6 al d.lgs. 36/2023 Dibattito pubblico obbligatorio	1) Relazione sul progetto dell'opera (art. 40, co. 3 codice e art. 5, co. 1, lett. a) e b) allegato) 2) Relazione conclusiva redatta dal responsabile del dibattito (con i contenuti specificati dall'art. 40, co. 5 codice e art. 7, co. 1 dell'allegato) 3) Documento conclusivo redatto dalla SA sulla base della relazione conclusiva del responsabile (solo per il dibattito pubblico obbligatorio) ai sensi dell'art. 7, co. 2 dell'allegato  Per il dibattito pubblico obbligatorio, la pubblicazione dei documenti di cui ai nn. 2 e 3, è prevista sia per le SA sia per le amministrazioni locali interessate dall'intervento	S.C. Acquisti e Appalti / S.C. Tecnico Patrimoniale / S.C. Bioingegneria e SITAD	Dott. Ranieri Colarizi / Ing. Luca Gusella / Ing. Francesca Rogari	Tempestivo
			Art. 82, d.lgs. 36/2023 Documenti di gara Art. 85, co. 4, d.lgs. 36/2023 Pubblicazione a livello nazionale (cfr. anche l'Allegato II.7)	Documenti di gara. Che comprendono, almeno: Delibera a contrarre Bando/avviso di gara/lettera di invito Disciplinare di gara Capitolato speciale Condizioni contrattuali proposte	S.C. Acquisti e Appalti / S.C. Tecnico Patrimoniale / S.C. Bioingegneria e SITAD	Dott. Ranieri Colarizi / Ing. Luca Gusella / Ing. Francesca Rogari	Tempestivo
			Art. 28, d.lgs. 36/2023 Trasparenza dei contratti pubblici	Composizione delle commissioni giudicatrici e CV dei componenti	S.C. Acquisti e Appalti / S.C. Tecnico Patrimoniale / S.C. Bioingegneria e SITAD	Dott. Ranieri Colarizi / Ing. Luca Gusella / Ing. Francesca Rogari	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.)	Contenuto dell'obbligo di pubblicazione (ove non indicato altro: D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)	Struttura che produce ed aggiorna i dati	Dirigente Responsabile	Aggiornamento (ove non indicato altro: D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)
		Affidamento	Art. 47, co. 2, e 9 d.l. 77/2021, convertito con modificazioni dalla l. 108/2021  D.P.C.M. 20 giugno 2023 recante Linee guida volte a favorire le pari opportunità generazionali e di genere, nonché l'inclusione lavorativa delle persone con disabilità nei contratti riservati (art. 1, co. 8, allegato II.3, d.lgs. 36/2023 )	<u>Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici PNRR e PNC e nei contratti riservati:</u>  Copia dell'ultimo rapporto sulla situazione del personale maschile e femminile redatto dall'operatore economico, tenuto alla sua redazione ai sensi dell'art. 46, decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198 (operatori economici che occupano oltre 50 dipendenti). Il documento è prodotto, a pena di esclusione, al momento della presentazione della domanda di partecipazione o dell'offerta	S.C. Acquisti e Appalti / S.C. Tecnico Patrimoniale / S.C. Bioingegneria e SITAD	Dott. Ranieri Colarizi / Ing. Graziani / Ing. Luca Gusella / Ing. Francesca Rogari	Da pubblicare successivamente alla pubblicazione degli avvisi relativi agli esiti delle procedure
			Art. 10, co. 5; art. 14, co. 3; art. 17, co. 2; art. 24; art. 30, co. 2; art. 31, co. 1 e 2; D.lgs. 201/2022 Riordino della disciplina dei servizi pubblici locali di rilevanza economica	Procedure di affidamento dei servizi pubblici locali:  1) deliberazione di istituzione del servizio pubblico locale (art. 10, co. 5);  2) relazione contenente la valutazione finalizzata alla scelta della modalità di gestione (art. 14, co. 3);  3) Deliberazione di affidamento del servizio a società in house (art. 17, co. 2) per affidamenti sopra soglia del servizio pubblico locale, compresi quelli nei settori del trasporto pubblico locale e dei servizi di distribuzione di energia elettrica e gas naturale;  4) contratto di servizio sottoscritto dalle parti che definisce gli obblighi di servizio pubblico e le condizioni economiche del rapporto (artt. 24 e 31 co. 2);  5) relazione periodica contenente le verifiche periodiche sulla situazione gestionale (art. 30, co. 2)	S.C. Acquisti e Appalti / S.C. Tecnico Patrimoniale / S.C. Bioingegneria e SITAD	Dott. Ranieri Colarizi / Ing. Luca Gusella / Ing. Francesca Rogari	Tempestivo
			Art. 215 e ss. e All. V.2, d.lgs 36/2023 Collegio consultivo tecnico	Composizione del Collegio consultivo tecnici (nominativi) CV dei componenti	S.C. Acquisti e Appalti / S.C. Tecnico Patrimoniale / S.C. Bioingegneria e SITAD	Dott. Ranieri Colarizi / Ing. Graziani / Ing. Luca Gusella / Ing. Francesca Rogari	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.)	Contenuto dell'obbligo di pubblicazione (ove non indicato altro: D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)	Struttura che produce ed aggiorna i dati	Dirigente Responsabile	Aggiornamento (ove non indicato altro: D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)
		<b>Esecutiva</b>	<p>Art. 47, co. 3, co. 3-bis, co. 9, l. 77/2021 convertito con modificazioni dalla l. 108/2021 Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici PNRR e PNC e nei contratti riservati</p> <p>D.P.C.M 20 giugno 2023 recante Linee guida volte a favorire le pari opportunità generazionali e di genere, nonché l'inclusione lavorativa delle persone con disabilità nei contratti riservati (art. 1, co. 8, allegato II.3, d.lgs. 36/2023)</p>	<p><u>Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici PNRR e PNC e nei contratti riservati:</u></p> <p>1) Relazione di genere sulla situazione del personale maschile e femminile consegnata, entro sei mesi dalla conclusione del contratto, alla stazione appaltante/ente concedente dagli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti</p> <p>2) Certificazione di cui all'art. 17 della legge 12 marzo 1999, n. 68 e della relazione relativa all'assolvimento degli obblighi di cui alla medesima legge e alle eventuali sanzioni e provvedimenti disposti a carico dell'operatore economico nel triennio antecedente la data di scadenza della presentazione delle offerte e consegnate alla stazione appaltante/ente concedente entro sei mesi dalla conclusione del contratto (per gli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti)</p>	S.C. Acquisti e Appalti / S.C. Tecnico Patrimoniale / S.C. Bioingegneria e SITAD	Dott. Ranieri Colarizi Graziani / Ing. Luca Gusella / Ing. Francesca Rogari	Tempestivo
		<b>Sponsorizzazioni</b>	<p>Art. 134, co. 4, d.lgs. 36/2023 Contratti gratuiti e forme speciali di partenariato</p>	<p>Affidamento di contratti di sponsorizzazione di lavori, servizi o forniture per importi superiori a quarantamila 40.000 euro:</p> <p>1) avviso con il quale si rende nota la ricerca di sponsor per specifici interventi, ovvero si comunica l'avvenuto ricevimento di una proposta di sponsorizzazione, con sintetica indicazione del contenuto del contratto proposto.</p>	S.C. Acquisti e Appalti / S.C. Tecnico Patrimoniale / S.C. Bioingegneria e SITAD	Dott. Ranieri Colarizi Graziani / Ing. Luca Gusella / Ing. Francesca Rogari	Tempestivo
		<b>Procedure di somma urgenza e di protezione civile</b>	<p>Art. 140, d.lgs. 36/2023 Comunicato del Presidente ANAC del 19 settembre 2023</p>	<p>Atti e documenti relativi agli affidamenti di somma urgenza a prescindere dall'importo di affidamento. In particolare:</p> <p>1) verbale di somma urgenza e provvedimento di affidamento; con specifica indicazione delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie; 2) perizia giustificativa; 3) elenco prezzi unitari, con indicazione di quelli concordati tra le parti e di quelli dedotti da prezziari ufficiali; 4) verbale di consegna dei lavori o verbale di avvio dell'esecuzione del servizio/fornitura; 5) contratto, ove stipulato.</p>	S.C. Acquisti e Appalti / S.C. Tecnico Patrimoniale / S.C. Bioingegneria e SITAD	Dott. Ranieri Colarizi Graziani / Ing. Luca Gusella / Ing. Francesca Rogari	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.)	Contenuto dell'obbligo di pubblicazione (ove non indicato altro: D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)	Struttura che produce ed aggiorna i dati	Dirigente Responsabile	Aggiornamento (ove non indicato altro: D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)
		Finanza di progetto	Art. 193, d.lgs. 36/2023 Procedura di affidamento	Provvedimento conclusivo della procedura di valutazione della proposta del promotore relativa alla realizzazione in concessione di lavori o servizi	S.C. Acquisti e Appalti / S.C. Tecnico Patrimoniale / S.C. Bioingegneria e SITAD	Dott. Ranieri Colarizi Graziani / Ing. Luca Gusella / Ing. Francesca Rogari	Tempestivo
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Criteria e modalità	Criteria e modalità	art. 26, c. 1	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	Dirigenti Responsabili delle Direzioni/Uffici	Tempestivo (ex art. 8)
	Atti di concessione	Atti di concessione  (da pubblicare in tabelle creando un collegamento con la pagina nella quale sono riportati i dati dei relativi provvedimenti finali)  (NB: è fatto divieto di diffusione di dati da cui sia possibile ricavare informazioni relative allo stato di salute e alla situazione di disagio economico-sociale degli interessati, come previsto dall'art. 26, c. 4, del d.lgs. n. 33/2013)	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	tutte le Direzioni e gli Uffici dell'Area Centrale per i procedimenti di competenza	Dirigenti Responsabili delle Direzioni/Uffici	Tempestivo (art. 26, c. 3)
			art. 27, c. 1, lett. a)	1) nome dell'impresa o dell'ente e i rispettivi dati fiscali o il nome di altro soggetto beneficiario			Tempestivo (art. 26, c. 3)
			art. 27, c. 1, lett. b)	2) importo del vantaggio economico corrisposto			Tempestivo (art. 26, c. 3)
			art. 27, c. 1, lett. c)	3) norma o titolo a base dell'attribuzione			Tempestivo (art. 26, c. 3)
			art. 27, c. 1, lett. d)	4) ufficio e funzionario o dirigente responsabile del relativo procedimento amministrativo			Tempestivo (art. 26, c. 3)
			art. 27, c. 1, lett. e)	5) modalità seguita per l'individuazione del beneficiario			Tempestivo (art. 26, c. 3)
			art. 27, c. 1, lett. f)	6) link al progetto selezionato			Tempestivo (art. 26, c. 3)
			art. 27, c. 1, lett. f)	7) link al curriculum vitae del soggetto incaricato			Tempestivo (art. 26, c. 3)
			art. 27, c. 2	Elenco (in formato tabellare aperto) dei soggetti beneficiari degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e di attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro			Annuale (art. 27, c. 2)
Bilanci	Bilancio preventivo e consuntivo	Bilancio preventivo	art. 29, c. 1 <b>d.p.c.m. 26 aprile 2011:</b> 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	S.C. Contabilità e Bilancio	Dott.ssa Laura Ceccarelli	Tempestivo (ex art. 8)
			art. 29, c. 1-bis <b>d.p.c.m. 29 aprile 2016</b>	Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	S.C. Contabilità e Bilancio	Dott.ssa Laura Ceccarelli	Tempestivo (ex art. 8)
		Bilancio consuntivo	art. 29, c. 1 <b>d.p.c.m. 26 aprile 2011:</b> art. 5, c. 1	Documenti e allegati del bilancio consuntivo, nonché dati relativi al bilancio consuntivo di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	S.C. Contabilità e Bilancio	Dott.ssa Laura Ceccarelli	Tempestivo (ex art. 8)
			art. 29, c. 1-bis <b>d.p.c.m. 29 aprile 2016</b>	Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci consuntivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	S.C. Contabilità e Bilancio	Dott.ssa Laura Ceccarelli	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.)	Contenuto dell'obbligo di pubblicazione (ove non indicato altro: D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)	Struttura che produce ed aggiorna i dati	Dirigente Responsabile	Aggiornamento (ove non indicato altro: D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)
	<b>Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio</b>	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio	art. 29, c. 2 <b>d.lgs. n. 91/2011:</b> artt. 19 e 22 <b>d.lgs. n. 118/2011:</b> art. 18-bis	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, con l'integrazione delle risultanze osservate in termini di raggiungimento dei risultati attesi e le motivazioni degli eventuali scostamenti e gli aggiornamenti in corrispondenza di ogni nuovo esercizio di bilancio, sia tramite la specificazione di nuovi obiettivi e indicatori, sia attraverso l'aggiornamento dei valori obiettivo e la soppressione di obiettivi già raggiunti oppure oggetto di ripianificazione	<b>Non applicabile alle aziende sanitarie del SSN</b>		
<b>Beni immobili e gestione patrimonio</b>	<b>Patrimonio immobiliare</b>	Patrimonio immobiliare	art. n. 30	Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti	S.C. Tecnico Patrimoniale	Ing. Luca Gusella	Tempestivo (ex art. 8)
	<b>Canoni di locazione o affitto</b>	Canoni di locazione o affitto	art. n. 30	Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti	S.C. Tecnico Patrimoniale	Ing. Luca Gusella	Tempestivo (ex art. 8)
<b>Controlli e rilievi sull'amministrazione</b>	<b>Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe</b>	Atti degli Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	art. 31	Attestazione dell'OIV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	Dott. Glauco Rossi	Annuale e in relazione a delibere ANAC
				Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009)	OIV/ S.C. Personale	Dott.ssa Veronica Vettori	Tempestivo
				Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, c. 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009)	OIV/ S.C. Personale	Dott.ssa Veronica Vettori	Tempestivo
				Altri atti degli organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe, procedendo all'indicazione in forma anonima dei dati personali eventualmente presenti	OIV/ S.C. Personale	Dott.ssa Veronica Vettori	Tempestivo (ex art. 8)
	<b>Organi di revisione amministrativa e contabile</b>	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile		Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di previsione o budget, alle relative variazioni e al conto consuntivo o bilancio di esercizio	S.C. Contabilità e Bilancio	Dott.ssa Laura Ceccarelli	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.)	Contenuto dell'obbligo di pubblicazione (ove non indicato altro: D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)	Struttura che produce ed aggiorna i dati	Dirigente Responsabile	Aggiornamento (ove non indicato altro: D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)
	<b>Corte dei conti</b>	Rilievi Corte dei Conti		Tutti i rilievi ancorchè recepiti, unitamente agli atti cui si riferiscono, della Corte dei conti riguardanti l'organizzazione e l'attività dell'amministrazione o di singoli uffici	Ufficio Legale e Assicurativo	Dott.ssa Rosa Magnoni	Tempestivo (ex art. 8)
<b>Servizi erogati</b>	<b>Carta dei servizi e standard di qualità</b>	Carta dei servizi e standard di qualità	art. 32, c. 1	Carta dei servizi o documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici	Formazione e Qualità	Dott.ssa Donatella Bologni	Tempestivo (ex art. 8)
	<b>Class action</b>	Class action	<b>d.lsg. N. 198/2009:</b> 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	<b>Non applicabile alle aziende sanitarie del SSN</b>		
			<b>d.lsg. N. 198/2009:</b> art. 4, c. 2	Sentenza di definizione del giudizio			
			<b>d.lsg. N. 198/2009:</b> art. 4, c. 6	Misure adottate in ottemperanza alla sentenza			
	<b>Costi contabilizzati</b>	Costi contabilizzati  (da pubblicare in tabelle)	art. 10, c. 5 art. 32, c. 2, lett. a)	Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi e il relativo andamento nel tempo	Pianificazione Programmazione e Controllo di Gestione / Igiene e Organizzazione dei servizi Ospedalieri	Dott. Fabrizio Ruffini / Dr. Arturo Pasqualucci	Annuale (art. 10, c. 5)
<b>Liste di attesa</b>	Liste di attesa  (obbligo di pubblicazione a carico di enti, aziende e strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del Servizio Sanitario)  (da pubblicare in tabelle)	art. 41, c. 6	Criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata	Igiene e Organizzazione dei Servizi Ospedalieri	Dr. Arturo Pasqualucci	Tempestivo (ex art. 8)	
<b>Pagamenti dell'Amministrazione</b>	<b>Dati sui pagamenti</b>	Dati sui pagamenti  (da pubblica in tabelle)	art. 4-bis, c. 2	Dati sui propri pagamenti in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	S.C. Contabilità e Bilancio	Dott.ssa Laura Ceccarelli	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)
	<b>Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale</b>	Dati sui pagamenti in forma sintetica e aggregata  (da pubblica in tabelle)	art. 41, c. 1-bis	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	S.C. Contabilità e Bilancio	Dott.ssa Laura Ceccarelli	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)
	<b>Indicatore di tempestività dei pagamenti</b>	Indicatore di tempestività dei pagamenti  Ammontare complessivo dei debiti	art. 33	Indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi, prestazioni professionali e forniture (indicatore annuale di tempestività dei pagamenti)	S.C. Contabilità e Bilancio	Dott.ssa Laura Ceccarelli	Annuale (art. 33, c. 1)
				Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	S.C. Contabilità e Bilancio	Dott.ssa Laura Ceccarelli	Trimestrale (art. 33, c. 1)
				Ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici	S.C. Contabilità e Bilancio	Dott.ssa Laura Ceccarelli	Annuale (art. 33, c. 1)
<b>IBAN e pagamenti informatici</b>	IBAN e pagamenti informatici	art. 36  <b>d.lgs. n. 82/2005:</b> 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 bollettino postale, nonchè i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	S.C. Contabilità e Bilancio	Dott.ssa Laura Ceccarelli	Tempestivo (ex art. 8)	
<b>Opere pubbliche</b>	<b>Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici</b>	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici (art. 1, l. n. 144/1999)	art. 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)	<b>Non applicabile alle aziende sanitarie del SSN</b>		

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.)	Contenuto dell'obbligo di pubblicazione (ove non indicato altro: D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)	Struttura che produce ed aggiorna i dati	Dirigente Responsabile	Aggiornamento (ove non indicato altro: D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)
	<b>Atti di programmazione delle opere pubbliche</b>	Atti di programmazione delle opere pubbliche	art. 38, c. 2 e 2-bis  <b>d.lgs. n. 50/2016:</b> art. 21, c. 7 e art. 29	Atti di programmazione delle opere pubbliche (link alla sotto-sezione "Bandi Gara e Contratti"). A titolo esemplificativo: - 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)	S.C. Tecnico Patrimoniale	Ing. Luca Gusella	Tempestivo (ex art. 8, c. 1)
	<b>Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche</b>	Tempi, costi unitari e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate.		Informazioni relative ai tempi e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	S.C. Tecnico Patrimoniale	Ing. Luca Gusella	Tempestivo (art. 38, c. 1)
		(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 costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	S.C. Tecnico Patrimoniale	Ing. Luca Gusella	Tempestivo (art. 38, c. 1)
<b>Interventi straordinari e di emergenza</b>		Rendicontazione erogazioni Covid-19	<b>d.l. n. 18/2020:</b> art. 99, c. 5 convertito con legge 24.04.2020 n. 27	Rendicontazione delle erogazioni liberali a sostegno dell'emergenza Covid-19	S.C. Acquisti e Appalti	Dott. Ranieri Colarizi Graziani	Tempestivo (art. 8)
<b>Altri contenuti - Prevenzione della Corruzione</b>	<b>Prevenzione della corruzione</b>	Piano triennale di Prevenzione della corruzione e della trasparenza	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	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	Dott. Glauco Rossi	Annuale
		Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	art.43, c. 1  <b>l. n. 190/2012:</b> art. 1, c. 8	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	Dott. Glauco Rossi	Tempestivo
		Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità		Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità (laddove adottati)	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	Dott. Glauco Rossi	Tempestivo
		Relazione del Responsabile della Prevenzione della Corruzione	<b>l. n. 190/2012:</b> 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	Dott. Glauco Rossi	Annuale (ex art. 1, c. 14, l. n. 190/2012)
		Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti	<b>l. n. 190/2012:</b> art. 1, c. 3	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	Dott. Glauco Rossi	Tempestivo
		Atti di accertamento delle violazioni	<b>d.lgs. n. 39/2013:</b> art. 18, c. 5	Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013	Ufficio Legale e Assicurativo	Dott.ssa Rosa Magnoni	Tempestivo
<b>Altri contenuti - Accesso civico</b>	<b>Accesso civico</b>	Accesso civico semplice" concernente dati, documenti e informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria	art. 5, c. 1  <b>legge n. 241/1990</b> art. 2, c. 9-bis	Nome del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonchè modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale e nome del titolare del potere sostitutivo, attivabile nei casi di ritardo o mancata risposta, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	Dott. Glauco Rossi	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.)	Contenuto dell'obbligo di pubblicazione (ove non indicato altro: D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)	Struttura che produce ed aggiorna i dati	Dirigente Responsabile	Aggiornamento (ove non indicato altro: D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)
		Accesso civico "generalizzato" concernente dati e documenti ulteriori	art. 5, c. 2	Nomi Uffici competenti cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	Dott. Glauco Rossi	Tempestivo
		Registro degli accessi	<b>Linee Guida ANAC FOIA (Del. 1309/2016)</b>	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	RPCT sulla base delle informazioni inserite dalle Direzioni/Uffici competenti	Dott. Glauco Rossi	Semestrale
<b>Altri contenuti - Accessibilità e Catalogo di dati, metadati e banche dati</b>	<b>Accessibilità e Catalogo di dati, metadati e banche dati</b>	Catalogo di dati, metadati e banche dati	<b>d.lgs. n. 82/2005:</b> art. 53, c. 1-bis modificato dall'art. 43 del d.lgs. 179/2016	Catalogo dei dati, dei metadati definitivi e delle relative banche dati in possesso delle amministrazioni, da pubblicare anche tramite link al Repertorio nazionale dei dati territoriali ( <a href="http://www.endt.gov.it">www.endt.gov.it</a> ), al catalogo dei dati della PA e delle banche dati <a href="http://www.dati.gov.it">www.dati.gov.it</a> e <a href="http://basidati.agid.gov.it/catalogo">http://basidati.agid.gov.it/catalogo</a> gestiti da AGID	S.C. Bioingegneria e SITAD	Ing Francesca Rogari	Tempestivo
		Regolamenti	<b>d.lgs. n. 82/2005:</b> art. 53, c. 1-bis modificato dall'art. 43 del d.lgs. 179/2016	Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati fatti salvi i dati presenti in Anagrafe Tributaria	S.C. Bioingegneria e SITAD	Ing Francesca Rogari	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.)	<b>d.l. n. 179/2012:</b> art. 9, c. 7 convertito con 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	S.C. Bioingegneria e SITAD	Ing Francesca Rogari	Annuale (ex art. 9, c. 7, d.l. n. 179/2012)
<b>Altri contenuti - Dati ulteriori</b>	<b>Dati ulteriori</b>	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  <b>l. n. 190/2012:</b> 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	Dirigenti Responsabili delle Direzioni/Uffici	
	<b>Attuazione delle misure del PNRR</b>	Dati ulteriori relativi all'attuazione delle misure del PNRR	<b>PNA 2022, § 3 parte trasparenza</b>	Atti, dati e informazioni relativi all'attuazione delle misure del PNRR, da pubblicare secondo le indicazioni della RGS, mediante l'inserimento, nella corrispondente sottosezione di A.T., di un link	tutte le Direzioni e gli Uffici dell'Area Centrale per i procedimenti di competenza	Dirigenti Responsabili delle Direzioni/Uffici	Annuale

#### NOTA PRIVACY

Si ricorda l'attenzione da riporre nelle ipotesi in cui documenti ed i dati da pubblicare contengano DATI PERSONALI.

Si devono osservare le norme in materia di Privacy ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e del Codice (decreto legislativo n. 196/2003, modificato dal decreto legislativo n. 101/2018).

Si assuma la regola che nessun dato personale deve essere contenuto nei file di documenti/informazioni da pubblicarsi: da omettersi, oscurare o cancellare prima della pubblicazione, ad opera della unità organizzativa che procede.

Fatti salvi i casi specifici in cui dati personali possono permanere in quanto indispensabili alla finalità della pubblicazione. Da escludersi in tutti i casi i dati particolari, sensibili, di salute.



AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA

**PIANO DELL'UGUAGLIANZA DI GENERE  
(GENDER EQUALITY PLAN)  
DELL'AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA**

Data  
Dicembre 2023

Pagina  
1 di 4

PIANO DELL'UGUAGLIANZA DI GENERE  
(GENDER EQUALITY PLAN)  
DELL'AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA

Anno 2023



Il Piano dell'Uguaglianza di Genere - Gender Equality Plan (GEP) dell'Azienda Ospedaliera di Perugia, in linea con la definizione della Commissione Europea, si pone come un insieme di azioni integrate in un'unica visione strategica, sostanzialmente al fine individuare ed **eliminare le disuguaglianze di genere in ottica di benessere lavorativo**.

Si propone infatti di valorizzare:

- la piena partecipazione di tutte le persone all'interno degli ambiti lavorativi, favorendo la cultura del rispetto
- il contrasto alle discriminazioni di genere e
- la promozione dell'effettiva uguaglianza di genere attraverso una serie di azioni coerenti al proprio interno.

Il Gender Equality Plan, quale disposizione introdotta per favorire i **processi di uguaglianza di genere** nelle organizzazioni europee, risulta essere un requisito di accesso ai finanziamenti dei programmi a gestione diretta della Commissione Europea.

La strategia dell'AOPG per l'attuazione della Parità di genere e delle pari opportunità all'interno dei luoghi di lavoro segue il percorso delineato nel Piano triennale per le azioni positive 2022-2024 (Pap) – Allegato 1 - attualmente vigente e inserito, come parte integrante nel PIAO (delibera del DG n. 0000356 del 31/03/2023 che opera in continuità con quelli precedenti.

Gli obiettivi del Gep, in linea con quelli propri della strategia sulla parità di genere sostenuta dalla Commissione europea, coincidono con quelli inseriti nel **Piano delle azioni positive 2022-2024**, in continuità con i piani precedenti, e si sviluppano nelle principali aree tematiche sotto indicate:

- promozione della cultura di genere e delle pari opportunità;
- conciliazione dei tempi di vita e di lavoro;
- contrasto alla violenza di genere e ad ogni forma di discriminazione

### 1. Il Piano triennale delle azioni positive (Allegato 1)

### 2. Relazione e monitoraggio dei dati (Relazione del Comitato Unico di Garanzia sulla situazione e sulle dinamiche del personale maschile e femminile dell'AOPG e sullo stato di attuazione delle azioni positive, anno 2022) (Allegato 2)

### 3. Attività di sensibilizzazione e formazione sulla parità di genere rivolta al personale



**1. Il Piano triennale delle azioni positive (Allegato 1) - Documento pubblico volto a favorire la parità di genere**, stabilire obiettivi chiari e azioni e misure dettagliate per raggiungerli.

Le “azioni positive” sono misure temporanee speciali rivolte alla realizzazione delle pari opportunità, benessere di chi lavora e assenza di discriminazioni, l'adozione da parte delle amministrazioni di Piani Triennali di Azioni Positive per il personale è un adempimento obbligatorio.

Le azioni positive, sono individuate sulla base delle proposte formulate dal **Comitato unico di garanzia per le pari opportunità**, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni, in raccordo con la **consigliera regionale di parità**, mirano alla rimozione degli ostacoli che impediscono un pieno inserimento dei dipendenti nell'attività lavorativa e ad una loro concreta partecipazione alle occasioni di avanzamento professionale.

Il Piano è ripartito in gruppi omogenei di attività suddivisi per macro aree di riferimento; le iniziative ivi contenute hanno carattere ricognitivo delle attività che potranno essere realizzate, da attivarsi con successivi atti amministrativi/progettuali

Il Piano, a seguito dell'introduzione della **Direttiva 2/2019 della Presidenza del Consiglio dei Ministri** recante “Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle Amministrazioni pubbliche”, viene aggiornato annualmente in ragione del collegamento con il PIAO.

## **2. Relazione e monitoraggio dei dati anno 2022 (Allegato 2):**

**Il Rapporto sulla situazione e sulle dinamiche del personale maschile e femminile e sullo stato di attuazione delle azioni positive**, analizza la situazione, le dinamiche e lo sviluppo professionale del personale presso l'AOPG,

Il documento attua una disamina sui principali istituti giuridici in materia di personale, quali l'applicazione del contratto di lavoro a tempo parziale, l'orario agevolato, il telelavoro domiciliare, i congedi parentali, le posizioni organizzative, l'accesso alle posizioni dirigenziali etc., evidenziando le differenze di genere all'interno degli stessi.

Il documento, nella parte seconda, rappresenta il monitoraggio sulle azioni positive realizzate nell'anno. In particolare, per quanto concerne l'anno 2022, in un'ottica di conciliazione di tempi di vita e lavoro.



### 3. Attività di sensibilizzazione e formazione sulla parità di genere rivolta al personale

**a) Codice etico – Approvato dall’Azienda Ospedaliera di Perugia quale documento integrante del Gender Equality Plan.**

La normativa, in maniera particolarmente puntuale quella europea, impone ai datori di lavoro azioni mirate sia al fine di prevenire il verificarsi di comportamenti in qualsiasi forma discriminatori, sia di garantire la salute, la sicurezza ed il benessere di chi lavora.

Il codice di condotta è un atto formale con il quale ciascun datore di lavoro, pubblico o privato, si impegna a garantire a ciascun/a dipendente adeguate forme di prevenzione e contrasto rispetto al realizzarsi di fattispecie di discriminazione a tutela dell’incolumità psico-fisica di chi opera nella struttura lavorativa e nella piena considerazione delle differenze di genere.

Il codice si rivolge, come ambito di applicazione soggettivo, a tutti coloro che prestano la propria attività lavorativa, a qualsiasi titolo, all’interno dell’AOPG e rappresenta uno strumento di prevenzione e di contrasto verso qualunque comportamento discriminatorio che arrechi pregiudizio alla persona e al suo benessere sul luogo di lavoro.

**b) Formazione mirata per il personale dipendente e i componenti del C.U.G.**

Sono previste sessioni formative per il triennio 2023-2025 per il personale dipendente e per i componenti del C.U.G..

Parte della formazione verrà erogata dal C.U.F. – Centro di Formazione Unico della Regione Umbria e parte organizzata a livello aziendale per iniziare il percorso di certificazione di genere dell’Azienda Ospedaliera di Perugia.

Per attuare il percorso di certificazione di genere dopo la formazione verranno costituiti all’interno dell’Azienda Ospedaliera di Perugia il Comitato interno autonomo e il gruppo di lavoro “Gender equality”.

#### ALLEGATI:

- 1. Il Piano triennale delle azioni positive (Allegato 1)**
- 2. Relazione e monitoraggio dei dati (Relazione del Comitato Unico di Garanzia sulla situazione e sulle dinamiche del personale maschile e femminile dell’AOPG e sullo stato di attuazione delle azioni positive, anno 2022) (Allegato 2)**

**COMITATO UNICO GARANZIA**  
**PIANO TRIENNALE AZIONI POSITIVE 2023-2025**

AZIONI POSITIVE	OBIETTIVI	DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'	INDICATORI	ATTORI COINVOLTI	TEMPI
<p><i>Premio letterario AOPG II edizione «Raccontami il tuo collega/reparto»</i></p>	<p>1) Usare la scrittura come una forma di medicina narrativa. Dipendenti: benessere aziendale Pazienti: promuovere ascolto e farli sentire al centro</p> <p>2) Valorizzare il personale dipendente</p>	<p>1) Premio esterno: bandire seconda edizione premio su tema “Raccontami il tuo collega” Sezioni Dipendenti. Rivedere giuria. Rivedere delibera e comitato organizzativo Pubblicizzare Premio</p> <p>2) Premio interno: Raccontami un tuo collega/reparto. Bandire il premio e divulgare internamente. Premio “Collega/reparto dell’anno”</p>	<p>Numero racconti pervenuti.</p> <p>Rilevazione di eventuali spunti da valutare.</p> <p>Numero dipendenti partecipanti e parere espresso</p>	<p>CUG, Direzione aziendale, Ufficio Comunicazione, Comitato scientifico Premio</p>	<p>2023-2024</p>



AZIONI POSITIVE	OBIETTIVI	DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'	INDICATORI	ATTORI COINVOLTI	TEMPI
<i>Proposta di un questionario interno su vari temi per la rilevazione dei bisogni e delle esigenze (es. mobilità- viabilità, servizi infanzia, ecc.)</i>	Conoscere i bisogni dei dipendenti (es. mobilità percorso casa- lavoro, ecc)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Predisposizione questionari su tematiche individuate in sinergia con il Servizio Formazione e Qualità</li> <li>2) Questionario sui servizi per l'infanzia</li> </ol>	<p>Numero risposte pervenute.</p> <p>Analisi delle risposte</p>	CUG Direzione Generale, Formazione e Qualità	2023-2024-2025
<i>Promuovere il senso di appartenenza aziendale, alla comunità lavorativa</i>	Favorire il benessere del lavoratore e migliorare il clima aziendale	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) gadget per i dipendenti</li> <li>2) regalo per Natale - agende</li> <li>3) partecipazione a premi e concorsi</li> <li>4) eventi aziendali</li> <li>5) incontri con il mental coach per motivare il dipendente e migliorare il lavoro in team</li> <li>6) Pianoforte nella hall ospedaliera</li> </ol>	<p>Numero dipendenti coinvolti, numero gadget consegnati, numero eventi e incontri organizzati</p> <p>Indagine interna</p>	CUG, Circolo Dipendenti Sanità, Sponsor privati	2023/2024 /2025



AZIONI POSITIVE	OBIETTIVI	DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'	INDICATORI	ATTORI COINVOLTI	TEMPI
<b><i>Individuazione di percorsi che facilitino la comunicazione tra il dipendente e la Direzione</i></b>	Favorire il flusso delle informazioni e comunicazioni interne	1) implementazione della comunicazione interna digitale (App di comunicazione interna digitale)	Numero dipendenti raggiunti, numero messaggi inviati e ricevuti	CUG	2023-2024-2025
<b><i>Campagna sulla comunicazione sull'uso della GENTILEZZA "Le parole curano, le parole feriscono, scegli le meglio"</i></b>	Contribuire a favorire un ambiente lavorativo sereno per i dipendenti con l'obiettivo di costruire pratiche di gentilezza, per accrescere e migliorare il clima aziendale	1) Decalogo della gentilezza 2) Campagna social 3) Formazione sugli aspetti comunicativi 4) Angolo della gentilezza (scritte sui muri) 5) Video spot gentilezza 6) Sensibilizzazione contro la violenza verso i sanitari	Questionari dipendenti  Interviste ai responsabili Strutture/Servizi/Uffici	CUG, Ufficio Comunicazione e Stampa	2023-2024



AZIONI POSITIVE	OBIETTIVI	DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'	INDICATORI	ATTORI COINVOLTI	TEMPI
<b><i>Cultura di genere, azioni antidiscriminatorie e inclusive</i></b>	Un fattore di estrema rilevanza nei contesti sociali, comprese le organizzazioni aziendali, è attivare misure idonee a valorizzare le diversità e promuovere azioni inclusive che valorizzino le distinzioni di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Proporre organizzazione di spettacoli teatrali e/o musicali sul tema della inclusività e del valore aggiunto insite in essa.</li> <li>2) Creare gruppi teatrali tra i dipendenti dell'azienda.</li> <li>3) Relazionarsi con gruppi teatrali presenti nel territorio al fine di organizzare spettacoli sul tema in oggetto.</li> <li>4) Allestimenti mostre fotografiche</li> <li>5) Escursioni trekking, promozione stili di vita salutari</li> </ol> Tornei sportivi (padel, calcio, wolley, ecc.)	<p>Analizzare preliminarmente la disponibilità di locali all'interno dell'azienda o al di fuori di essa.</p> <p>Verificare la partecipazione dei dipendenti e loro familiari</p> <p>Verificare disponibilità di "gruppi teatrali" già presenti nel territorio per attuare il piano già nel 2022</p>	CUG	2023-2024



AZIONI POSITIVE	OBIETTIVI	DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'	INDICATORI	ATTORI COINVOLTI	TEMPI
<b><i>Inclusione delle persone diversamente abili</i></b>	Proporre azioni a favore dei dipendenti/collaboratori disabili, attraverso preliminare analisi della situazione lavorativa e logistica, per verificare la possibilità di percorsi che implementino le loro professionalità arricchendole ulteriormente	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Verifica ambienti di lavoro del personale con disabilità. Interazione con le persone diversamente abili che operino all'interno dell'azienda per ascoltare le loro necessità e promuovere azioni volte a ridurre il "gap" connesso alle limitazioni fisiche o psichiche.</li> <li>2) Individuare il Responsabile dei processi di inserimento delle persone con disabilità di cui all'art. 39-ter del d.lgs. 165 del 2001</li> </ol>	<p>Verifica con Direzione Personale ubicazione e mansioni dipendenti diversamente abili</p> <p>Verifica costante delle condizioni di lavoro delle persone diversamente abili</p> <p>Verifica della soddisfazione delle azioni volte a valorizzare le professionalità dei dipendenti diversamente abili</p>	CUG Direzione Aziendale	2023
<b><i>Diffusione e conoscibilità del "Codice etico" e "del Codice di Comportamento" dell'Azienda</i></b>	Si ritiene che una maggiore e più ampia diffusione della conoscenza del "Codice di Comportamento" e del "Codice etico" possa favorire una più ampia verifica della propria condotta ed eventualmente adeguarla a regole ispirate alla "gentilezza" e "correttezza" nei rapporti interpersonali evitando condotte lesive della dignità altrui.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Inviare per posta elettronica a tutti i dipendenti il "Codice etico" e del "Codice Comportamento" invitandoli ad adottare condotte ispirate al rispetto delle regole al fine di comprenderne l'utilità nei contesti lavorativi e sociali. Inserire link nella sezione CUG del sito aziendale ove si rimandi al "Codice etico" e al "Codice di Comportamento"</li> </ol>	Verifica del grado di "conoscibilità" del Codice di Comportamento e del Codice Etico mediante ampia diffusione con tecniche comunicative stimolanti la cultura della "gentilezza".	CUG	2023



AZIONI POSITIVE	OBIETTIVI	DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'	INDICATORI	ATTORI COINVOLTI	TEMPI
<b><i>Certificazione pari opportunità</i></b>	Adozione e perseguimento di un sistema di gestione per la parità di genere, che potrà portare anche alla “Certificazione di parità di genere”. Questo sistema si propone di promuovere e tutelare la diversità e le pari opportunità sul luogo di lavoro, misurandone gli stati di avanzamento e i risultati attraverso la predisposizione di specifici indicatori di cui si rende conto nei documenti ufficiali.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Redigere il piano strategico composto dalle seguenti fasi:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a) identificazione dei processi aziendali correlati ai temi relativi alla parità di genere individuati;</li> <li>b) identificazione dei punti di forza e di quelli di debolezza rispetto ai temi;</li> <li>c) definizione degli obiettivi;</li> <li>d) definizione delle azioni decise per colmare i gap;</li> <li>e) definizione, frequenza e responsabilità di monitoraggio degli indicatori definiti</li> </ol> </li> </ol>	Piano strategico	CUG Direzione Generale	2024
<b><i>“Patto per la lettura”</i></b>	<b>I Patti per la lettura</b> riconoscono la lettura come un valore sociale fondamentale, da sostenere attraverso un’azione coordinata e congiunta di soggetti pubblici e privati presenti sul territorio. Considerano i libri e la lettura risorse strategiche su cui investire con l’obiettivo di migliorare il benessere individuale e dell’intera comunità, favorendo la coesione sociale e stimolando lo sviluppo di pensiero critico della cittadinanza”	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Registrazione alla biblioteca dell’Ospedale di tutto il personale dipendente</li> <li>2. Permettere a tutti gli iscritti l’accesso alla biblioteca online MLOL grazie al patto per la lettura stipulato con il Comune di Perugia</li> <li>3. Gruppi di lettura per operatori sanitari in collaborazione con la biblioteca comunale S. Penna di San Sisto - Pg – Incontri letterari in ospedale: presentazione libri di vari autori, dipendenti e non ogni primo lunedì del mese</li> </ol>	N. Iscrizioni N. accessi alla biblioteca	CUG, Direzione aziendale Comune di Perugia Regione Umbria	2023



<p><i>Conciliazione esigenze ambienti di vita privata e lavorativa</i></p>	<p>Proporre azioni a favore dei dipendenti disabili, di coloro che fungono da caregiver e di dipendenti con figli minori tali da promuovere la conciliazione vita lavorativa e vita familiare, incrementando il benessere lavorativo e riducendone l'assenteismo</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Verifica della fattibilità e sperimentazione di progetti di orario flessibile e temporaneo a favore delle/i dipendenti in situazione di temporanea difficoltà di conciliazione vita-lavoro (con particolare riguardo a motivi di cura e salute delle/i dipendenti e dei familiari), evitando disfunzioni e ricadute negative sull'organizzazione.</li> <li>2) Verifica della fattibilità e sperimentazione di progetti di telelavoro domiciliare di 3-6 mesi rivolto alle/ dipendenti amministrativi in situazione di temporanea difficoltà di conciliazione vita-lavoro (con particolare riguardo a motivi di cura e salute delle/i dipendenti e dei familiari), evitando disfunzioni e ricadute negative sull'organizzazione.</li> <li>3) Verifica della necessità (questionario da diffondere tra le/i dipendenti) e fattibilità di un Baby Parking aziendale e/o ludoteche interne per sopperire a periodi di scopertura scolastica rivolti ai figli delle/dei dipendenti</li> <li>4) Promozione di servizi per l'infanzia</li> </ol>	<p>Livello di soddisfazione dei dipendenti</p> <p>Grado di assenteismo</p>	<p>CUG</p>	<p>2023-2025</p>
--	--	---	--	------------	------------------



AZIONI POSITIVE	OBIETTIVI	DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'	INDICATORI	ATTORI COINVOLTI	TEMPI
<i>Stanza del silenzio</i>	Per il recupero delle energie menatili, recupero emotivo dopo eventi complessi, decompressione del dipendente	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Individuazione di uno spazio idoneo all'interno dell'ospedale riservato esclusivamente ai dipendenti e aperto h 24 (ingresso con badge)</li> <li>2) Allestimento adeguato alle finalità</li> </ol>	Numero di accessi giornalieri	CUG, Direzione aziendale, IOSO -DMO	2023-2024
<i>Promuovere attività di meditazione e yoga</i>	Influire positivamente sullo stato d'animo dei dipendenti Rilassamento fisico e mentale	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Individuazione di uno spazio idoneo all'interno dell'ospedale (es. Palestra, ecc)</li> <li>2) Individuazione orari consoni (es. pausa pranzo, fine turno, ecc)</li> <li>3) Individuazione maestro yoga</li> <li>4) Comunicazione ai dipendenti</li> </ol>	Numero partecipanti	CUG, Direzione aziendale, IOSO -DMO	2023-2024



AZIONI POSITIVE	OBIETTIVI	DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'	INDICATORI	ATTORI COINVOLTI	TEMPI
<p><b>Attivazione Sportello d'ascolto</b></p>	<p>Lo "Sportello di Ascolto" è un servizio di consulenza psicologica gratuito per offrire un sostegno ai dipendenti e promuovere un clima aziendale positivo.</p> <p>Ha lo scopo di favorire il benessere dei dipendenti, anche alla luce del lungo e complesso periodo legato alla pandemia, contrastando il disagio negli ambienti di lavoro e orientando l'utente a possibili percorsi di risoluzione.</p> <p>Il servizio dello Sportello d'Ascolto è svolto da psichiatri e psicologi dell'Azienda Ospedaliera di Perugia</p>	<p>1) Per accedere al servizio ambulatoriale (situato al blocco P, piano 0, ambulatorio n. 8 della piastra dei servizi), attivo ogni mercoledì mattina e pomeriggio, è necessario inviare una email di prenotazione all'indirizzo: <a href="mailto:sportello.ascolto@ospedale.perugia.it">sportello.ascolto@ospedale.perugia.it</a>.</p> <p>Sarà garantito il rispetto della massima riservatezza.</p> <p>Il ciclo di incontri prevede fino ad un massimo di cinque sedute dopodiché se necessario il professionista sanitario indicherà l'accesso ad un percorso trattamento specialistico.</p>	<p>Numero accessi</p>	<p>CUG, Direzione aziendale, Servizio Psichiatria, Servizio Psicologia, Servizio sorveglianza sanitaria, Medicina del lavoro, Unità Spinale Unipolare</p>	<p>2023</p>



AZIONI POSITIVE	OBIETTIVI	DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'	INDICATORI	ATTORI COINVOLTI	TEMPI
<i>Sistemazione aree verde e area cani</i>	Migliorare il decoro dell'ambiente lavorativo Favorire il benessere aziendale	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Individuazione aree verdi</li> <li>2) Allestimento aree</li> <li>3) Campagna "Pianta un fiore"</li> <li>4) Coinvolgere Enti/Università per la sistemazione</li> <li>5) Coinvolgere dipendenti per cura e mantenimento (terapia del verde)</li> <li>6) Area verde per cani- Parco del Sorriso Comitato Chianelli</li> </ol>	<p>Numero dei partecipanti</p> <p>Aree adeguate</p>	CUG, Agenzia Forestale, Università, Servizio Economato e Servizio Tecnico Patrimoniale	2023-2024
<i>Gruppi di acquisto, convenzioni agevolate</i>	Favorire un acquisto consapevole e sostenibile tra i dipendenti e le associazioni di categoria/aziende del territorio	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Convenzioni agevolate per acquisto prodotti della terra a km 0</li> <li>2) Coinvolgimento Circolo Dipendenti Sanità</li> <li>3) Camera degli Agricoltori Umbria</li> </ol>		Agriumbria e Coldiretti CRAL	2023-2024



## AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA

<b>“MISURE PER PROMUOVERE LE PARI OPPORTUNITA E RAFFORZARE IL RUOLO DEI COMITATI UNICI DI GARANZIA NELLE AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE” ALL. 2</b>	Data Giugno 2023	Pagina 1 di 21
--	---------------------	-------------------

“MISURE PER PROMUOVERE LE PARI OPPORTUNITA E RAFFORZARE IL RUOLO DEI COMITATI UNICI DI GARANZIA NELLE AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE”

---

Relazione del Comitato Unico di Garanzia

---

ANNO 2023

---



## **PREMESSA**

### **Riferimento normativo**

La relazione sulla condizione del personale è un adempimento del Comitato Unico di Garanzia previsto dalla Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 4 marzo 2011 recante le “*Linee guida sulle modalità di funzionamento dei CUG*” così come integrata dalla presente direttiva.

### **Finalità**

La relazione ha un duplice obiettivo: fornire uno spaccato sulla situazione del personale analizzando i dati e al tempo stesso costituire uno strumento utile per le azioni di benessere organizzativo da promuovere, verificando lo stato di attuazione di quelle già inserite nel Piano di azioni positive adottato dall’Azienda Ospedaliera di Perugia.

Compito del CUG è ricongiungere i dati provenienti da vari attori interni alla propria organizzazione per trarne delle conclusioni in merito all’attuazione delle tematiche di sua competenza: attuazione dei principi di parità e pari opportunità, benessere organizzativo, contrasto alle discriminazioni e alle violenze morali e psicologiche sul luogo di lavoro.

### **Struttura della Relazione**

La **prima parte** della relazione è dedicata all’analisi dei dati sul personale raccolti da varie fonti:

- dati forniti dalla Direzione Personale sulla distribuzione del personale per genere (fruizione di istituti per la conciliazione vita-lavoro, congedi/permessi per disabilità, congedi parentali, ecc.),
- dati forniti dall’Ufficio Controllo di Gestione e Servizio Informativo.

Nella **seconda parte** della relazione trova spazio una sintesi delle attività curate dal CUG nell’anno 2022.

**PRIMA PARTE – ANALISI DEI DATI****SEZIONE 1. DATI SUL PERSONALE**

Al 31 dicembre 2022 il personale, ospedaliero e universitario convenzionato, in servizio presso l’Azienda Ospedaliera di Perugia era di 2.932 unità di cui 2.828 (94,2%) ospedalieri e 184 (5,8%) universitari convenzionati (Tabella 1). Il 78,2% del totale afferisce al comparto (2.293 unità) mentre il restante 21,8% (639 unità) alla dirigenza; in tabella 1 viene rappresentata la distribuzione del personale per ruolo, sia tra gli ospedalieri che negli universitari. Il 92,1% del personale ospedaliero ha un contratto a tempo indeterminato, il 7,9% è a tempo determinato .

**Tabella 1. Personale Azienda Ospedaliera di Perugia al 31/12/2022**

Ruolo	Indeterminato		Determinato		Universitario		Totale
	Numero	%	Numero	%	Numero	%	
Dirigenza medica	436	75,8%	44	7,7%	95	16,5%	575
Dirigenza sanitaria	41	73,2%	4	7,1%	11	19,6%	56
Dirigenza professionale	2	66,7%	0	0,0%	1	33,3%	3
Dirigenza amministrativa	2	40,0%	3	60,0%	0	0,0%	5
Comparto Sanitario	1.485	95,0%	73	4,7%	5	0,3%	1.563
Comparto Tecnico	437	84,7%	79	15,3%	0	0,0%	516
Comparto Amministrativo	137	65,2%	15	7,1%	58	27,6%	210
Comparto Professionale	4	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	4
<b>Totale</b>	<b>2.544</b>	<b>86,8%</b>	<b>218</b>	<b>7,4%</b>	<b>170</b>	<b>5,8%</b>	<b>2.932</b>

**SEZIONE 2. CONCILIAZIONE VITA/LAVORO**

In questa sezione è stata inserita una analisi dei dati forniti dall'amministrazione in ordine alle tipologie di misure di conciliazione adottate e i dati circa la concreta fruizione da parte del personale per genere.

**TABELLA 1.9 – FRUIZIONE DELLE MISURE DI CONCILIAZIONE PER GENERE ED ETA'**

Classi età	UOMINI						DONNE						TOTALE
	<30	da 31 a 40	da 41 a 50	da 51 a 60	> di 60	Tot UOMINI	<30	da 31 a 40	da 41 a 50	da 51 a 60	> di 60	Tot DONNE	
Tipo Misura conciliazione													
Personale che fruisce di part time a richiesta													
Personale che fruisce di telelavoro													
Personale che fruisce del lavoro agile	1	1				2	1	4		2	3	10	12
Personale che fruisce di orari flessibili													
Altro (specificare eventualmente aggiungendo una riga per ogni tipo di misura attivata)													
<b>Totale</b>	<b>1</b>	<b>1</b>				<b>2</b>	<b>1</b>	<b>4</b>		<b>2</b>	<b>3</b>	<b>10</b>	

Il personale con rapporto di lavoro a tempo indeterminato può chiedere la trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale. I contingenti di personale da destinare allo svolgimento dell'attività lavorativa a tempo parziale sono determinati in una misura massima del 25% della dotazione organica



<b>“MISURE PER PROMUOVERE LE PARI OPPORTUNITA E RAFFORZARE IL RUOLO DEI COMITATI UNICI DI GARANZIA NELLE AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE” ALL. 2</b>	Data Giugno 2023	Pagina 5 di 21
--	---------------------	-------------------

complessiva di personale a tempo pieno per ciascuna categoria, con esclusione di quella dirigenziale.

Nell'anno 2022, il genere femminile si conferma essere quello che utilizza maggiormente l'istituto del lavoro agile.

Lavorare a distanza rappresenta una forma di flessibilità, che garantisce un miglior equilibrio tra esigenze personali e familiari e qualità della prestazione lavorativa. Di fatto il telelavoro incide esclusivamente sulle modalità spaziali e temporali di svolgimento della prestazione lavorativa, realizzando una variante organizzativa del lavoro che non comporta alcuna modifica alla natura giuridica del rapporto di lavoro. Da segnalare che la Legge 7 agosto 2015, n. 124 - Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche, stabilisce che, laddove ci siano richieste, almeno il 15% del personale assegnato ad attività smartizzabili, deve essere messo in condizione di lavorare attraverso nuove modalità spazio-temporali di gestione del lavoro quali appunto di telelavoro domiciliare ed altre tipologie.

### SEZIONE 3. PARITA'/PARI OPPORTUNITA'

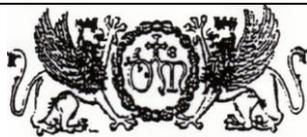
- a) Piano Triennale di Azioni Positive adottato con delibera del Direttore Generale n. alcune azioni sono improntate a favorire la parità di genere e le pari opportunità:
- **Inclusione delle persone diversamente abili.** E' stato Individuato il Responsabile dei processi di inserimento delle persone con disabilità di cui all'art. 39-ter del d.lgs. 165 del 2001
  - **Diffusione e conoscibilità del "Codice etico" dell'Azienda.** E' stato deliberato e Inviato per posta elettronica a tutti i dipendenti il "Codice etico" invitandoli ad adottare condotte ispirate al rispetto delle regole al fine di comprenderne l'utilità nei contesti lavorativi e sociali.
  - **Adozione del GENDER EQUALITY PLAN.** Adozione e perseguimento di un sistema di gestione per la parità di genere, che potrà portare anche alla "Certificazione di parità di genere". Questo sistema si propone di promuovere e tutelare la diversità e le pari opportunità sul luogo di lavoro, misurandone gli stati di avanzamento e i risultati attraverso la predisposizione di specifici indicatori di cui si rende conto nei documenti ufficiali.



b) Composizione per genere delle diverse commissioni di concorso per il reclutamento del personale

**TABELLA 1.8 - COMPOSIZIONE DI GENERE DELLE COMMISSIONI DI CONCORSO**

Tipo di Commissione	UOMINI		DONNE		TOTALE		Presidente (D/U)
Pubblico concorso per titoli ed esami per la copertura a tempo indeterminato di n. 3 posti di Dirigente Medico di Urologia	2	66,67	1	33,33	3	100,00	U
Pubblico avviso per titoli e colloquio per la formazione di una graduatoria da cui attingere per l'assunzione a tempo determinato di Collaboratore Tecnico Professionale Ingegnere Biomedico Cat. "D"	3	100,00			3	100,00	U
Pubblico avviso - per soli titoli - ai sensi dell'art. 2-ter del Decreto Legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla Legge 24 aprile 2020, n. 27, per il conferimento di incarichi a tempo determinato di Dirigente Medico di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza	2	66,67	1	33,33	3	100,00	U
Pubblico avviso - per soli titoli - ai sensi dell'art. 2-ter del Decreto Legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla Legge 24 aprile 2020, n. 27, per il conferimento di incarichi a tempo determinato di Dirigente Medico di Anestesia e Rianimazione	2	66,67	1	33,33	3	100,00	U
Pubblico avviso - per soli titoli - ai sensi dell'art. 2-ter del Decreto Legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla Legge 24 aprile 2020, n. 27, per il conferimento di incarichi a tempo determinato di Dirigente Medico di Medicina Interna	2	66,67	1	33,33	3	100,00	U
Pubblico concorso – per titoli ed esami - per la copertura a tempo indeterminato di n. 1 posto di Dirigente Biologo nella disciplina di Biochimica.	2	66,67	1	33,33	3	100,00	D

**AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA****“MISURE PER PROMUOVERE LE PARI OPPORTUNITA E RAFFORZARE IL RUOLO DEI COMITATI UNICI DI GARANZIA NELLE AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE” ALL. 2**Data  
Giugno 2023Pagina  
7 di 21

<b>Tipo di Commissione</b>	<b>UOMINI</b>		<b>DONNE</b>		<b>TOTALE</b>		<b>Presidente (D/U)</b>
Pubblico concorso, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di n. 3 posti di Dirigente Medico di Radiodiagnostica per le attività di Radiologia Interventistica.	2	66,67	1	33,33	3	100,00	U
Pubblico avviso - per titoli e colloquio – per la formazione di una graduatoria da cui attingere per eventuali assunzioni a tempo determinato di Dirigente Medico di Ematologia.	2	66,67	1	33,33	3	100,00	U
Pubblica Selezione per il conferimento n. 2 incarichi individuali con contratto di lavoro autonomo a n. 2 Data Manager per la realizzazione del progetto: “Gestione degli studi clinici nell’ambito dei tumori del polmone” proposto dalla S.C. Oncologia Medica.	2	66,67	1	33,33	3	100,00	U
Pubblico avviso di mobilità volontaria mediante passaggio diretto, regionale, interregionale per titoli e colloquio, ai sensi dell’art. 30, comma 1, del D.Lgs. n. 165/2001, per la copertura di n. 1 posto di Dirigente Medico di Otorinolaringoiatria.	2	66,67	1	33,33	3	100,00	U
Pubblica Selezione per il conferimento n. 1 incarico individuale con contratto di lavoro autonomo ad un Data Manager laureato in Scienze Biotecnologiche o in Scienze Biologiche o in CTF Chimica e Tecnologia Farmaceutiche per la realizzazione del progetto: “PRESTIGE-AF” proposto dalla S.C. Medicina d’Emergenza e Urgenza – Stroke Unit.	1	33,33	2	66,67	3	100,00	D



# AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA

**“MISURE PER PROMUOVERE LE PARI OPPORTUNITA E RAFFORZARE IL RUOLO DEI COMITATI UNICI DI GARANZIA NELLE AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE” ALL. 2**

Data  
Giugno 2023

Pagina  
8 di 21

<b>Tipo di Commissione</b>	<b>UOMINI</b>		<b>DONNE</b>		<b>TOTALE</b>		<b>Presidente (D/U)</b>
Pubblica Selezione per il conferimento di n. 3 incarichi individuali con contratto di lavoro autonomo ad un Laureato in Medicina e Chirurgia esperto in Ematologia, un laureato in Farmacia ed un Laureato in Biotecnologia per la realizzazione del progetto: “Progetto VALORE –Attività WORKPACKAGE 1 : Studio osservazionale sulla sicurezza dell’uso del farmaco Rituximab in Ematologia – S.U.R.E.” proposto dal Responsabile del Servizio di Farmacovigilanza Aziendale e dal Direttore della S.C. Farmacia.	2	66,67	1	33,33	3	100,00	U
Pubblica Selezione per il conferimento di n. 1 incarico individuale con contratto di lavoro autonomo a n. 1 Medico esperto in Otorinolaringoiatria per la realizzazione del progetto: “Progetto per il coordinamento e il potenziamento del Programma Regionale di screening audiologico neonatale universale per la diagnosi precoce e la riabilitazione delle ipoacusie dell’infanzia” proposto dalla S.C. Clinica Otorinolaringoiatrica dell’Azienda Ospedaliera di Perugia.	2	66,67	1	33,33	3	100,00	U
Pubblica Selezione per il conferimento di n. 1 incarico individuale con contratto di lavoro autonomo ad un Medico specializzato in Genetica Medica per la realizzazione del progetto: “Cancer Predisposing and Rares Symdromes in Oncology and Haematology” proposto dal Direttore S.C. Oncologia Medica e dal Direttore F.F. S.C. Ematologia, ai sensi dell’art. 7 comma 6 del D.l.g.s. 30 marzo 2001 n. 165 e s.m.i.	2	66,67	1	33,33	3	100,00	U



## AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA

**“MISURE PER PROMUOVERE LE PARI OPPORTUNITA E RAFFORZARE IL RUOLO DEI COMITATI UNICI DI GARANZIA NELLE AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE” ALL. 2**

Data  
Giugno 2023

Pagina  
9 di 21

<b>Tipo di Commissione</b>	<b>UOMINI</b>		<b>DONNE</b>		<b>TOTALE</b>		<b>Presidente (D/U)</b>
Pubblica Selezione per il conferimento di n. 1 incarico individuale con contratto di lavoro autonomo ad un laureato in Medicina e Chirurgia con specializzazione in Radioterapia per la realizzazione del progetto: “Irradiazione totale midollare e linfoide (TMI/TLI) mediante Thomotherapy HD. Correlazione tra dose all'intestino e insorgenza della reazione da trapianto contro l'ospite e tra dose ai polmoni e insorgenza di tossicità polmonare” proposto dal Responsabile S.C. Radioterapia Oncologica, ai sensi dell'art. 7 comma 6 del D.l.g.s. 30 marzo 2001 n. 165 e s.m.i.	1	33,33	2	66,67	3	100,00	D
Pubblico avviso per titoli e colloquio, ai sensi dell'art. 15 octies del D.lgs. 30.12.1992 n. 502 e s.m.i., per il conferimento di n. 1 incarico tempo determinato ad un Laureato in Scienze Biologiche per l'attuazione del progetto denominato “Proof-of-concept randomized controlled trial of a periodic protein restricted diet in mild dementia patients” (ricerca finalizzata PE-2016-02362694 – CUP C36C1600001000) da svolgere presso la SC Geriatria.	1	33,33	2	66,67	3	100,00	D
Pubblico avviso per titoli e colloquio, ai sensi dell'art. 15 octies del D.lgs. 30.12.1992 n. 502 e s.m.i., per il conferimento di n. 1incarico tempo determinato ad un Laureato in Scienze Biologiche per l'attuazione del progetto denominato “Genetics-Driven Targeted Therapy of classical HodgkinLymphoma” (Ricerca finalizzata RF-2019-12368793 – CUP F92C21000210001) da svolgere presso la S.C. Struttura Complessa di Ematologia e TMO.	2	66,67	1	33,33	3	100,00	U



## AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA

**“MISURE PER PROMUOVERE LE PARI OPPORTUNITA E RAFFORZARE IL RUOLO DEI COMITATI UNICI DI GARANZIA NELLE AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE” ALL. 2**

Data  
Giugno 2023

Pagina  
10 di 21

<b>Tipo di Commissione</b>	<b>UOMINI</b>		<b>DONNE</b>		<b>TOTALE</b>		<b>Presidente (D/U)</b>
Pubblico concorso - per titoli ed esami – per la copertura a tempo indeterminato di n. 3 posti di Dirigente Medico di Nefrologia.	2	66,67	1	33,33	3	100,00	U
Pubblico concorso, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di n. 3 posti di Dirigente Medico di Malattie dell’Apparato Respiratorio.	2	66,67	1	33,33	3	100,00	U
Pubblico concorso, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di n. 1 posto di Collaboratore Professionale Sanitario Audiometrista Cat. “D”.	2	66,67	1	33,33	3	100,00	U
Pubblico concorso, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di n. 2 posti di Dirigente Fisico nella disciplina di Fisica Sanitaria.	2	66,67	1	33,33	3	100,00	U
Pubblico concorso, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato n. 2 posti di Dirigente Medico di Anestesia e Rianimazione.	1	33,33	2	66,67	3	100,00	D
Nuova pubblica selezione per il conferimento n. 1 incarico individuale con contratto di lavoro autonomo ad un Data Manager laureato in Farmacia o CTF - Chimica e Tecnologia Farmaceutiche con contratto di lavoro autonomo per la realizzazione del progetto: “Supporto al Responsabile di Farmacovigilanza locale dell’Azienda Ospedaliera di Perugia nello svolgimento delle attività previste dalla normativa europea (2010/84/UE) e nazionale (520/2012 del 19 giugno 2012)” proposto dal Responsabile del Servizio di Farmacovigilanza Aziendale e dal Direttore della S.C. Farmacia Ospedaliera.	2	66,67	1	33,33	3	100,00	U



# AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA

**“MISURE PER PROMUOVERE LE PARI OPPORTUNITA E RAFFORZARE IL RUOLO DEI COMITATI UNICI DI GARANZIA NELLE AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE” ALL. 2**

Data  
Giugno 2023

Pagina  
11 di 21

Tipo di Commissione	UOMINI		DONNE		TOTALE		Presidente (D/U)
Pubblica Selezione per il conferimento di n. 1 incarico individuale con contratto di lavoro autonomo ad un Medico specializzato in Ematologia per la realizzazione del progetto: “Diagnosi di precisione nelle leucemie acute immature o a fenotipo ambiguo: ruolo della morfologia e della citofluorimetria nello screening diagnostico” proposto dal Responsabile f.f. della S.C. Ematologia e T.M.O., ai sensi dell’art. 7 comma 6 del D.l.g.s. 30 marzo 2001 n. 165 e s.m.i.	1	33,33	2	66,67	3	100,00	D
Sostituzione componente effettivo e nomina della nuova Commissione esaminatrice della “Nuova pubblica selezione per il conferimento n. 1 incarico individuale con contratto di lavoro autonomo ad un Data Manager laureato in Farmacia o CTF - Chimica e Tecnologia Farmaceutiche con contratto di lavoro autonomo per la realizzazione del progetto: “Supporto al Responsabile di Farmacovigilanza locale dell’Azienda Ospedaliera di Perugia nello svolgimento delle attività previste dalla normativa europea (2010/84/UE) e nazionale (520/2012 del 19 giugno 2012)” proposto dal Responsabile del Servizio di Farmacovigilanza Aziendale e dal Direttore della S.C. Farmacia Ospedaliera”, approvata con Determinazione Dirigenziale n. 1491 del 09/09/2022.	1	33,33	2	66,67	3	100,00	D
Pubblico concorso, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di n. 1 posto di Dirigente Medico di Direzione Medica di Presidio Ospedaliero.	2	66,67	1	33,33	3	100,00	U
Pubblico concorso, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di n. 1 posto di Dirigente Medico di Chirurgia Pediatrica.	3	100,00			3	100,00	U



## AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA

<b>“MISURE PER PROMUOVERE LE PARI OPPORTUNITA E RAFFORZARE IL RUOLO DEI COMITATI UNICI DI GARANZIA NELLE AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE” ALL. 2</b>	Data Giugno 2023	Pagina 12 di 21
--	---------------------	--------------------

Tipo di Commissione	UOMINI		DONNE		TOTALE		Presidente (D/U)
Procedura selettiva per il reclutamento di n. 2 “Operatori Tecnici Portieri”, Cat. B, riservata ai soggetti disabili iscritti negli elenchi di cui all’art. 8 della legge 12 marzo 1999 n. 68	2	66,67	1	33,33	3	100,00	U
<b>Totale personale</b>	<b>52</b>	<b>61,90</b>	<b>32</b>	<b>38,10</b>	<b>84</b>	<b>100,00</b>	
<b>% sul personale complessivo (2968)</b>	1,75		1,08		2,83		

c) Differenziali retributivi uomo/donna (valore medio della retribuzione annua netta inclusa retribuzione di risultato e retribuzione variabile al 31 dicembre dell’anno di riferimento dei/delle titolari di posizioni organizzative)

**TABELLA 1.5 - DIVARIO ECONOMICO, MEDIA DELLE RETRIBUZIONI OMNICOMPRESIVE PER IL PERSONALE A TEMPO PIENO, SUDDIVISE PER GENERE NEI LIVELLI DI INQUADRAMENTO**

Inquadramento	UOMINI	DONNE	Divario economico per livello	
			Valori assoluti	%
	Retribuzione netta media	Retribuzione netta media		
A	16.913,38	20.045,27	-3.131,88	-18,52%
B	18.764,72	17.684,16	1.080,57	5,76%
BS	21.010,00	20.541,72	468,28	2,23%
C	21.751,05	21.223,35	527,70	2,43%
D	25.846,62	25.128,86	717,76	2,78%
DS	29.856,53	29.879,07	-22,53	-0,08%
Dirigenza Area Sanità	53.216,22	47.898,43	5.317,78	9,99%
Dirigenza Professionale Tecnica e Amministrativa	40.069,33	37.884,31	2.185,02	5,45%
<b>Totale personale</b>	<b>883</b>	<b>1.846</b>	<b>2.729</b>	<b>100,00%</b>
<b>% sul personale complessivo</b>	<b>32,36%</b>	<b>67,64%</b>	<b>100,00%</b>	

La tabella riproduce la situazione relativa al divario economico tra generi. Si osserva come il lieve divario sia in quasi tutte le categorie a sfavore del genere femminile, con il picco più alto all’interno della categoria Dirigenza Area Sanità. Ciò potrebbe essere probabilmente da attribuire alla maggior fruizione, da parte del genere femminile, per



far fronte ai carichi di cura familiari, di congedi parentali o di istituti quali il part-time che permettono una miglior conciliazione dei tempi di vita-lavoro.

**TABELLA 1.10 – FRUIZIONE DEI CONGEDI PARENTALI E PERMESSI L.104/1992 PER GENERE**

	UOMINI		DONNE		TOTALE	
	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%
Numero permessi giornalieri L.104/1992 fruiti	3195	83,33	11151	66,76	14346	69,85
Numero permessi orari L.104/1992 (n.ore) fruiti	51	1,33	378	2,26	429	2,09
Numero permessi giornalieri per congedi parentali fruiti	582	15,18	5123	30,67	5705	27,78
Numero permessi orari per congedi parentali fruiti	6	0,16	52	0,31	58	0,28
<b>Totale</b>	3834	100,00	16704	100	20538	100
<b>% sul personale</b>	<b>18,67</b>		<b>81,33</b>			

La presente tabella e quella a seguire, riprodotte nel documento, sono contenute nel Format relativo alla relazione annuale relativa alla Rete Nazionale dei CUG.

Osservando la tabella si evidenzia come i congedi parentali ed i permessi ai sensi della Legge 5 febbraio 1992, n. 104 (Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate) vengano utilizzati in misura fortemente maggiore da parte del personale di genere femminile, sia per quanto riguarda la fruizione giornaliera che quella oraria. Ciò è probabilmente dovuto al fatto che il carico di cura all'interno della famiglia è comunque ancora oggi in prevalenza affidato alla donna.

**SEZIONE 4. BENESSERE DEL PERSONALE*****PROMUOVERE L’ASCOLTO: apertura di uno sportello di ascolto per il disagio lavorativo o per i dipendenti dell’AOPG.***

L’istituzione di uno “Sportello di ascolto” rivolto in particolare alla prevenzione del disagio psicologico e dello stress e dei fenomeni che possono essere a questi correlati, si pone come intervento di prevenzione secondaria, finalizzato ad individuare sul nascere situazioni di disagio lavorativo ed a garantire un opportuno contenimento di possibili ricadute sulla salute dei lavoratori, attraverso un processo di consulenza psicologica finalizzato ad allineare i bisogni dei lavoratori alle condizioni del contesto di lavoro.

La funzione dello sportello è individuata come una funzione di “filtro” delle richieste, che potranno essere contestualizzate nelle differenti tipologie ed indirizzate ai percorsi di approfondimento più opportuni.

**DESTINATARI**

Tutti i dipendenti dell’AO di Perugia portatori di un disagio psicologico che si manifesta nell’ambito dell’esercizio del proprio ruolo professionale. L’accesso allo sportello permette, all’interno di uno spazio professionale, di analizzare e leggere la propria esperienza di disagio al fine di coglierne gli elementi causali soggettivi, organizzativi e/o afferenti al contesto più ampio e conseguentemente di individuare azioni future personali e/o organizzative per prevenire e fronteggiare le situazioni di disagio.

***PREMIO LETTERARIO***

Azienda Ospedaliera di Perugia ha promosso la prima edizione del premio letterario Ospedale di Perugia– Edizione 2021 – 2022 “Io c’ero...il tempo sospeso” – Racconti di vita al tempo della pandemia dall’Ospedale di Perugia, una iniziativa rivolta a chi ha vissuto direttamente o indirettamente l’esperienza della pandemia da COVID 19. L’OBIETTIVO del progetto è stato quello di usare la scrittura come forma di medicina narrativa poiché è dimostrato che scrivere della esperienza vissuta abbia una valenza fortemente terapeutica ed aiuta a riallineare la propria esistenza personale e professionale.

***BIBLIOTECA DELL’OSPEDALE:*** Nel maggio 2018 è stata inaugurata la biblioteca dell’Ospedale con circa 2.200 volumi in attivo.



l'obiettivo iniziale del progetto era quello di creare una biblioteca itinerante dove è il libro che si muove per andare direttamente al letto dell'assistito.

Nel corso del 2020 con una donazione di 300 e-book da parte dell'editore BERTONI è stato consentito l'accesso alla biblioteca anche al personale dipendente, nell'anno 2022

in accordo con la Regione dell'Umbria è stato firmato il "Patto per la lettura" con il Comune di Perugia e sono state messe a disposizione le tessere d'iscrizione alla biblioteca comunale per avere accesso alla biblioteca online MLOL per tutti i dipendenti, i pazienti e i loro familiari.

I Patti per la lettura riconoscono la lettura come un valore sociale fondamentale, da sostenere attraverso un'azione coordinata e congiunta di soggetti pubblici e privati presenti sul territorio. Considerano i libri e la lettura risorse strategiche su cui investire con l'obiettivo di migliorare il benessere individuale e dell'intera comunità, favorendo la coesione sociale e stimolando lo sviluppo di pensiero critico della cittadinanza"

**INCONTRI LETTERARI IN OSPEDALE:** presentazione libri di vari autori, dipendenti e non ogni primo lunedì del mese

### **CONCERTI IN OSPEDALE**

## **SECONDA PARTE – L'AZIONE DEL COMITATO UNICO DI GARANZIA**

### **A. OPERATIVITA'**

L'anno 2022, si è caratterizzato per il rinnovo del CUG dell'AOPG, il cui precedente mandato era giunto a scadenza per quiescenza del presidente. L'Amministrazione ha dunque indetto una manifestazione d'interesse rivolta a tutto il personale al fine di individuare i componenti del CUG in rappresentanza della stessa ed ha raccolto al contempo le designazioni dei componenti di parte sindacale, tali da risultare in composizione paritetica. Il nuovo C.U.G. è stato poi formalmente nominato con delibera del Direttore Generale delibera n. 439 del 27 aprile 2022.

Il CUG., quale organismo di garanzia svolge funzioni propositive, consultive e di verifica all'interno dell'Amministrazione, nell'ambito delle competenze attribuitegli dall'art. 57 del D.Lgs. n. 165/2001.



In particolare, tra le funzioni propositive, si evidenzia quella relativa alla predisposizione dei Piani delle Azioni positive volti a favorire le condizioni di benessere lavorativo.

L' art.37 della l.r. 1/2009 prevede appunto che il Piano delle Azioni positive venga adottato sulla base delle proposte formulate dal C.U.G. in raccordo con la Consigliera regionale di Parità.

## **B. ATTIVITA'**

### ***Il Monitoraggio del Piano Triennale delle Azioni positive 2023-2025***

Le azioni positive sono misure temporanee speciali rivolte alla realizzazione delle pari opportunità, della parità di genere e del benessere lavorativo nei luoghi di lavoro e sono espressamente previste dal Codice delle pari opportunità (D.lgs. n. 198/2006), al capo IV “Promozione delle pari opportunità”, in particolare dall’art. 48 per quanto riguarda le pubbliche amministrazioni.

Più nello specifico, l’art. 21 della Legge 4 novembre 2010, n. 183 recante semplificazioni e razionalizzazioni in tema di pari opportunità, benessere di chi lavora e assenza di discriminazioni nelle amministrazioni pubbliche concentra l’attenzione, in un’ottica di genere, sull’accesso, il trattamento e le condizioni di lavoro, la formazione professionale, le progressioni nella carriera.

Il Piano delle Azioni positive, è redatto sulla base delle proposte formulate dal Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (CUG), in raccordo con la Consigliera regionale di parità.



<b>AZIONI POSITIVE</b>	<b>OBIETTIVI</b>	<b>DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'</b>
<i>Premio letterario AOPG I edizione</i>	<ol style="list-style-type: none"><li>1) Usare la scrittura come una forma di medicina narrativa. Dipendenti: benessere aziendale Pazienti: promuovere ascolto e farli sentire al centro</li><li>2) Valorizzare il personale dipendente</li></ol>	Azienda Ospedaliera di Perugia ha promosso la prima edizione del premio letterario Ospedale di Perugia- Edizione 2021 – 2022 “Io c’ero...il tempo sospeso” – Racconti di vita al tempo della pandemia dall’Ospedale di Perugia, una iniziativa rivolta a chi ha vissuto direttamente o indirettamente l’esperienza della pandemia da COVID 19. L’OBIETTIVO del progetto è stato quello di usare la scrittura come forma di medicina narrativa poiché è dimostrato che scrivere della esperienza vissuta abbia una valenza fortemente terapeutica ed aiuta a riallineare la propria esistenza personale e professionale.
<i>Proposta di un questionario interno su vari temi per la rilevazione dei bisogni e delle esigenze (es. mobilità-viabilità, servizi infanzia, ecc.)</i>	Conoscere i bisogni dei dipendenti (es. mobilità percorso casa- lavoro, ecc)	<ol style="list-style-type: none"><li>1) Predisposto il questionario su tematiche individuate in sinergia con il Servizio Formazione e Qualità</li><li>2) Somministrato il questionario sui servizi per l’infanzia in previsione dell’apertura di un servizio di asilo nido per i figli dei dipendenti AOPG</li></ol>
<i>Promuovere il senso di appartenenza aziendale, alla comunità lavorativa</i>	Favorire il benessere del lavoratore e migliorare il clima aziendale	<ol style="list-style-type: none"><li>1) Promossi numerosi eventi aziendali</li><li>2) Posizionato presso la hall dell’Ospedale di un Pianoforte a disposizione dei dipendenti, assistiti e cittadini. Organizzati concerti con i dipendenti e associazioni donatori di musica</li></ol>



<b>AZIONI POSITIVE</b>	<b>OBIETTIVI</b>	<b>DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'</b>
<b><i>Campagna sulla comunicazione sull'uso della GENTILEZZA “Le parole curano, le parole feriscono, scegline meglio”</i></b>	Contribuire a favorire un ambiente lavorativo sereno per i dipendenti con l’obiettivo di costruire pratiche di gentilezza, per accrescere e migliorare il clima aziendale	1) Campagna di sensibilizzazione contro la violenza verso i sanitari mediante corsi di formazione e affissione di poster nei luoghi di lavoro.
<b><i>Cultura di genere, azioni antidiscriminatorie e inclusive</i></b>	Un fattore di estrema rilevanza nei contesti sociali, comprese le organizzazioni aziendali, è attivare misure idonee a valorizzare le diversità e promuovere azioni inclusive che valorizzino le distinzioni di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali.	1) Allestimenti mostre fotografiche negli spazi adiacenti la biblioteca dell’Ospedale; 2) Promosse escursioni trekking, e Tornei sportivi (padel, calcio, wolley, ecc.) tra i dipendenti aziendali e altri Enti.
<b><i>Inclusione delle persone diversamente abili</i></b>	Proporre azioni a favore dei dipendenti/collaboratori disabili, attraverso preliminare analisi della situazione lavorativa e logistica, per verificare la possibilità di percorsi che implementino le loro professionalità arricchendole ulteriormente	1) Individuato il Responsabile dei processi di inserimento delle persone con disabilità di cui all’art. 39-ter del d.lgs. 165 del 2001



AZIONI POSITIVE	OBIETTIVI	DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'
<i>Diffusione e conoscibilità del “Codice etico” e “del Codice di Comportamento” dell’Azienda</i>	Si ritiene che una maggiore e più ampia diffusione della conoscenza del “Codice di Comportamento” e del “Codice etico” possa favorire una più ampia verifica della propria condotta ed eventualmente adeguarla a regole ispirate alla “gentilezza” e “correttezza” nei rapporti interpersonali evitando condotte lesive della dignità altrui.	1) Inviato per posta elettronica a tutti i dipendenti il “Codice etico” invitandoli ad adottare condotte ispirate al rispetto delle regole al fine di comprenderne l’utilità nei contesti lavorativi e sociali. Inserito link nella sezione CUG del sito aziendale ove si rimandi al “Codice etico”
<i>Certificazione pari opportunità</i>	Adozione e perseguimento di un sistema di gestione per la parità di genere, che potrà portare anche alla “Certificazione di parità di genere”. Questo sistema si propone di promuovere e tutelare la diversità e le pari opportunità sul luogo di lavoro, misurandone gli stati di avanzamento e i risultati attraverso la predisposizione di specifici indicatori di cui si rende conto nei documenti ufficiali.	1) E’ stato redatto il GENDER EQUALITY PLAN dell’AOPG



AZIONI POSITIVE	OBIETTIVI	DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'
<i><b>“Patto per la lettura”</b></i>	<b>I</b> Patti per la lettura riconoscono la lettura come un valore sociale fondamentale, da sostenere attraverso un'azione coordinata e congiunta di soggetti pubblici e privati presenti sul territorio. Considerano i libri e la lettura risorse strategiche su cui investire con l'obiettivo di migliorare il benessere individuale e dell'intera comunità, favorendo la coesione sociale e stimolando lo sviluppo di pensiero critico della cittadinanza”	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Registrazione alla biblioteca dell'Ospedale di tutto il personale dipendente</li><li>2. E' stato permesso a tutti gli iscritti l'accesso alla biblioteca online MLOL grazie al patto per la lettura stipulato con il Comune di Perugia</li><li>3. Sono stati organizzati “Gruppi di lettura” per operatori sanitari in collaborazione con la biblioteca comunale S. Penna di San Sisto - Pg – Organizzati “Incontri letterari in ospedale”: presentazione libri di vari autori, dipendenti e non ogni primo lunedì del mese</li></ol>
<i><b>Conciliazione esigenze ambienti di vita privata e lavorativa</b></i>	Proporre azioni a favore dei dipendenti disabili, di coloro che fungono da caregiver e di dipendenti con figli minori tali da promuovere la conciliazione vita lavorativa e vita familiare, incrementando il benessere lavorativo e riducendone l'assenteismo	<ol style="list-style-type: none"><li>1) Somministrato un questionario a tutto il personale AOPG per la fattibilità di un Baby Parking aziendale e/o ludoteche interne per sopperire a periodi di scopertura scolastica rivolti ai figli delle/dei dipendenti e per la promozione di servizi per l'infanzia</li></ol>



AZIONI POSITIVE	OBIETTIVI	DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'
<i>Attivazione Sportello d'ascolto</i>	<p>Lo “Sportello di Ascolto” è un servizio di consulenza psicologica gratuito per offrire un sostegno ai dipendenti e promuovere un clima aziendale positivo.</p> <p>Ha lo scopo di favorire il benessere dei dipendenti, anche alla luce del lungo e complesso periodo legato alla pandemia, contrastando il disagio negli ambienti di lavoro e orientando l'utente a possibili percorsi di risoluzione.</p>	<p>1) Attivato lo sportello di ascolto per i dipendenti dell'AOPG. Per accedere al servizio ambulatoriale attivo ogni mercoledì mattina e pomeriggio, è sufficiente inviare una email di prenotazione all'indirizzo:</p> <p>1) <a href="mailto:sportello.ascolto@ospedale.perugia.it">sportello.ascolto@ospedale.perugia.it</a>. Sarà garantito il rispetto della massima riservatezza. Il ciclo di incontri prevede fino ad un massimo di cinque sedute dopodiché se necessario il professionista sanitario indicherà l'accesso ad un percorso trattamento specialistico. Il servizio dello Sportello d'Ascolto è svolto da psichiatri e psicologi dell'Azienda Ospedaliera di Perugia</p>
<i>Sistemazione aree verde</i>	<p>Migliorare il decoro dell'ambiente lavorativo</p> <p>Favorire il benessere aziendale</p>	<p>1) Sono state Individuate le aree verdi e attivate collaborazioni con altri Enti (AFOR, Università) per la sistemazione delle stesse.</p>



*Azienda Ospedaliera di Perugia*

---

# *Azienda Ospedaliera di Perugia*

Direzione - Sede legale: Ospedale Santa Maria della Misericordia di Perugia  
Piazzale Giorgio Menghini 8/9 – Sant’Andrea delle Fratte – 06129 PERUGIA  
Partita IVA/ CF 02101050546 – TEL. 075.5781  
PEC [aosp.perugia@postacert.umbria.it](mailto:aosp.perugia@postacert.umbria.it) SITO WEB [www.ospedale.perugia.it](http://www.ospedale.perugia.it)

## **Regolamento in materia di lavoro agile (*smart working*) ai sensi del CCNL Comparto Sanità 2019-2021.**

## **INDICE**

<b>Premessa – Nozione e finalità</b>	<b>pag. 2</b>
<b>Art. 1 – Attività eseguibili in modalità agile</b>	<b>pag. 2</b>
<b>Art. 2 – Priorità di accesso al lavoro agile</b>	<b>pag. 3</b>
<b>Art. 3 – Attivazione del lavoro agile</b>	<b>pag. 4</b>
<b>Art. 4 - Accordo individuale</b>	<b>pag. 4</b>
<b>Allegati:</b>	
- <b>Allegato A: Accordo Individuale</b>	
- <b>Allegato B: Informativa sul Trattamento dei Dati Personali</b>	
- <b>Allegato C: Istruzioni Operative: Lavoro agile – politiche di sicurezza sul corretto utilizzo dei dispositivi mobili</b>	
- <b>Allegato D: Comunicazione inerente la postazione di lavoro per lo svolgimento del Lavoro agile</b>	

## **Premessa**

### **Nozione e finalità**

Con Decreto dell'8 ottobre 2021 "*Modalità organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori delle pubbliche amministrazioni*" (pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 13 ottobre 2021), il Ministro della pubblica amministrazione, in attuazione delle disposizioni impartite con Decreto della Presidenza del Consiglio dei ministri del 23 settembre 2021, ha previsto che il lavoro agile non è più una modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa, superando, pertanto, le disposizioni adottate in materia per far fronte alla fase emergenziale pandemica da Sars-Cov-2, cessata il 31 marzo 2022 (D.L. 24 marzo 2022).

Ad oggi, la disciplina di riferimento del lavoro agile o *smart working* è contenuta nella Legge 22 maggio 2017, n. 81 (articoli 18-24), come da ultimo modificata dalla Legge 4 agosto 2022, n. 122 (che ha convertito con modificazioni il D.L. 21 giugno 2022, n. 73, c.d. Decreto Semplificazioni) e nel CCNL Comparto Sanità 2019-2021, sottoscritto il 02/11/2022 (articoli 76-80), secondo cui il lavoro agile è una modalità di esecuzione della prestazione mediante accordo tra le parti, anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro, con il possibile utilizzo di strumenti tecnologici per lo svolgimento dell'attività lavorativa.

La prestazione lavorativa viene eseguita in parte all'interno dei locali aziendali e in parte all'esterno, senza una postazione fissa, entro i soli limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva.

Tale particolare modalità di esecuzione della prestazione di lavoro subordinato è stata introdotta al fine di incrementare la competitività e di agevolare la conciliazione dei tempi di vita e lavoro.

### **Art. 1**

#### **Attività eseguibili in modalità agile**

1. L'esecuzione della prestazione in modalità agile è realizzabile quando attività e funzioni siano almeno in parte delocalizzabili, cioè tali da non richiedere la costante presenza fisica nella sede di lavoro del dipendente addetto. A titolo meramente esemplificativo si riporta un'elencazione di tipologie di attività che, di norma, possono essere svolte in modalità agile:
  - a) analisi, studio, ricerca e stesura di testi e relazioni connesse con i compiti d'ufficio;
  - b) attività di approfondimento normativo o giurisprudenziale;
  - c) predisposizione di atti/provvedimenti o di minute degli stessi, di relazioni propedeutiche, ovvero di modulistica, ovvero di documentazione tecnica;
  - d) elaborazione/inserimento dati, monitoraggio, reportistica;
  - e) utilizzo di appositi sistemi applicativi per lo svolgimento delle attività/funzioni attribuite in base alle competenze delle strutture.
  
2. Ai sensi dell'art. 77, comma 2 del CCNL 2019/2021, è escluso dall'accesso alla modalità di lavoro agile il personale adibito a mansioni che prevedono la necessaria presenza del lavoratore presso l'Azienda Ospedaliera di Perugia.

3. Tra le attività che richiedono la presenza del lavoratore presso la sede, si evidenziano:
- prestazioni che si svolgono tramite diretto contatto con l'utenza, tra cui, a titolo esemplificativo e non esaustivo:
    - assistenza medico-sanitaria con necessaria presenza dell'utente;
    - prestazioni socio-sanitarie;
    - sportelli di front-office.
  - prestazioni di presidio di sedi aziendali, tra cui, a titolo esemplificativo e non esaustivo:
    - portineria;
    - ricezione di posta/documenti/bolle di trasporto.
  - prestazioni che comportano attività manuali correlate all'ambiente di lavoro, tra cui, a titolo esemplificativo e non esaustivo:
    - prestazioni tecniche per attività da imbianchino, muratore ecc.;
    - attività di magazzino;
    - servizi tecnico-economici.
4. Eventuali ulteriori attività potranno essere di volta in volta valutate dal responsabile in ragione delle specifiche funzioni attribuite alla struttura di assegnazione del dipendente in sede di sottoscrizione dell'accordo individuale.

## **Art. 2**

### **Priorità di accesso al lavoro agile**

1. L'art. 18, comma 3 bis, della Legge 22 maggio 2017, n. 81, come modificato dall'art. 4, comma 1, lett. b) del D.Lgs. 30 giugno 2022, n. 105, stabilisce che i datori di lavoro che stipulano accordi per l'esecuzione della prestazione di lavoro in modalità agile sono tenuti in ogni caso a riconoscere priorità alle richieste di esecuzione del rapporto di lavoro in modalità agile formulate:
- dalle lavoratrici e dai lavoratori con figli fino a dodici anni di età o senza alcun limite di età nel caso di figli in condizioni di disabilità ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104;
  - dei lavoratori con disabilità in situazione di gravità accertata ai sensi dell'articolo 4, comma 1, della legge 5 febbraio 1992, n. 104;
  - *caregivers* ai sensi dell'articolo 1, comma 255, della legge 27 dicembre 2017, n. 205.
2. L'art. 1, comma 306 della Legge n. 197 del 29 dicembre 2022 stabilisce che: *“Fino al 31 marzo 2023, per i lavoratori dipendenti pubblici e privati affetti dalle patologie e condizioni individuate dal decreto del Ministro della salute di cui all'articolo 17, comma 2, del decreto-legge 24 dicembre 2021, n. 221, convertito, con modificazioni, dalla legge 18 febbraio 2022, n. 11, il datore di lavoro assicura lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile anche attraverso l'adibizione a diversa mansione compresa nella medesima categoria o area di inquadramento, come definite dai contratti collettivi di lavoro vigenti, senza alcuna decurtazione*

*della retribuzione in godimento. Resta ferma l'applicazione delle disposizioni dei relativi contratti collettivi nazionali di lavoro, ove più favorevoli”.*

### **Art. 3** **Attivazione del lavoro agile**

1. L'attivazione del lavoro agile avviene mediante compilazione dell'accordo individuale utilizzando esclusivamente il modello allegato al presente Regolamento (Allegato A) redatto in conformità a quanto previsto dal “*Protocollo nazionale sul lavoro in modalità agile*” sottoscritto il 7 dicembre 2021, a seguito dell'accordo tra il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e le Parti sociali, ed altresì nel rispetto di quanto stabilito nella sezione dedicata all'interno del PIAO Aziendale.
2. La sottoscrizione dell'accordo di cui al comma 1 da parte del Dirigente, previo nulla osta del Direttore Amministrativo, equivale all'autorizzazione allo svolgimento dell'attività in lavoro agile. Successivamente il Dirigente/Responsabile:
  - comunica ai Sistemi Informativi Aziendali l'attivazione del lavoro agile per il dipendente interessato ai fini dell'abilitazione dello stesso all'accesso dall'esterno alla rete aziendale;
  - trasmette l'accordo individuale protocollato alla Direzione Personale che, entro e non oltre i 5 giorni lavorativi successivi, assolverà agli obblighi di comunicazione e assicurazione obbligatoria di cui all'art. 23 Legge 22 maggio 2017, n. 81.
3. Non saranno accettate domande e/o accordi individuali redatti con modulistica diversa da quella allegata e/o presentati con modalità diverse da quelle indicate nel presente Regolamento.
4. Il personale eventualmente già in *smart working* con modalità semplificata ai sensi della disciplina emergenziale previgente ha l'obbligo di adeguarsi alle condizioni e modalità previste dal presente Regolamento, con conseguente necessità di procedere a sottoscrizione di nuovo accordo.

### **Art. 4** **Accordo individuale**

1. L'accordo individuale di lavoro agile è stipulato per iscritto ai fini della regolarità amministrativa e della prova ed è sottoscritto dal dipendente interessato, dal Dirigente/Responsabile della struttura di appartenenza e dal Direttore Amministrativo.
2. L'accordo individuale è conservato presso la S.C. Direzione Personale per un periodo di cinque anni dalla sottoscrizione e verrà inserito nel fascicolo del dipendente.
3. Nell'accordo individuale di lavoro agile sono definiti i seguenti elementi:

a) LUOGO

I luoghi di esecuzione del lavoro in modalità agile devono essere idonei a garantire adeguati livelli di privacy, salute e sicurezza.

#### b) DURATA E ARTICOLAZIONE

L'accordo è a tempo determinato per la durata massima di un anno, rinnovabile.

La programmazione delle giornate di lavoro agile è definita dal Dirigente/Responsabile di riferimento, su base settimanale o mensile, tenendo conto delle esigenze del dipendente e compatibilmente con quelle organizzative della Struttura di appartenenza.

L'accordo deve prevedere una specifica indicazione della data di inizio e fine dello stesso nonché delle giornate di lavoro da svolgere in sede e di quelle da svolgere a distanza.

La prestazione con modalità di lavoro agile avviene, di norma, entro i limiti di seguito descritti:

- 2 giornate la settimana per il personale in possesso dei requisiti di priorità di accesso al lavoro agile;
- 1 giornata la settimana per il restante personale.
- altra articolazione: n. .... giornate a settimana

*(al riguardo si rinvia alle disposizioni vigenti relative ai lavoratori fragili di cui all'art. 1, comma 306 della L. 29/12/2022, n. 197 e s. m. e i.).*

Ferma restando la possibilità per le parti di concordare diverse articolazioni in ragione di particolari esigenze personali e organizzative.

Laddove la data di inizio indicata nell'accordo individuale sia anteriore alla data di sottoscrizione del Direttore Amministrativo, l'attivazione del lavoro agile decorrerà da quest'ultima.

#### c) DOTAZIONE TECNOLOGICA

La prestazione lavorativa in modalità agile è svolta mediante utilizzo di supporti informatici di norma forniti dall'amministrazione. In caso di indisponibilità, la dotazione informatica è a carico del dipendente.

In ogni caso il dipendente è tenuto ad accertare la presenza delle condizioni che garantiscono le condizioni minime di tutela della salute e sicurezza del lavoratore nonché la piena operatività della dotazione informatica e ad adottare tutte le precauzioni e le misure necessarie e idonee a garantire la più assoluta riservatezza sui dati e sulle informazioni in possesso dell'Ente che vengono trattate dal lavoratore stesso.

Al fine di garantire le comunicazioni, nelle giornate di lavoro in modalità agile il dipendente è tenuto rendersi reperibile, anche attivando la deviazione della chiamata dal numero della postazione d'ufficio al cellulare di servizio o personale.

I consumi elettrici, di connessione alla rete Internet, quelli relativi alle comunicazioni telefoniche per ragioni d'ufficio e quant'altro necessario sono a carico del dipendente.

#### d) MODALITÀ E TEMPI DI ESECUZIONE DELLA PRESTAZIONE

L'accordo individuale deve indicare le attività da svolgere e gli obiettivi generali da perseguire.

La prestazione lavorativa in modalità agile è svolta nel rispetto dei limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale derivanti dalla legge e dalle norme della contrattazione collettiva, non può generare lavoro straordinario ed è organizzata nel rispetto dei criteri sottoindicati.

La fascia oraria di contattabilità non può superare l'orario medio giornaliero di lavoro del dipendente e deve essere determinata nell'accordo individuale.

È prevista una fascia di inoperabilità nella quale il lavoratore non può erogare alcuna prestazione lavorativa. Tale fascia comprende il periodo di 11 ore di riposo consecutivo a cui il lavoratore è tenuto nonché il periodo di lavoro notturno tra le ore 22:00 e le ore 06:00 del giorno successivo.

Il regime giuridico derivante dal contratto e relativo a ferie, malattie, aspettative, permessi (giornalieri ed orari) rimane inalterato. Per effetto della distribuzione discrezionale del tempo di lavoro, non sono

configurabili, invece, prestazioni straordinarie, trasferte, lavoro disagiato, lavoro svolto in condizioni di rischio.

In caso di problematiche di natura tecnica e/o informatica, e comunque in ogni caso di cattivo funzionamento dei sistemi informatici, qualora lo svolgimento dell'attività lavorativa a distanza sia impedito o sensibilmente rallentato, il dipendente è tenuto a darne tempestiva informazione al proprio dirigente. Questi, qualora le suddette problematiche dovessero rendere temporaneamente impossibile o non sicura la prestazione lavorativa, può richiamare il dipendente a lavorare in presenza. In caso di ripresa del lavoro in presenza, il lavoratore è tenuto a completare la propria prestazione lavorativa fino al termine del proprio orario ordinario di lavoro.

Per sopravvenute esigenze di servizio il dipendente in lavoro agile può essere richiamato in sede, con comunicazione che deve pervenire in tempo utile per la ripresa del servizio e, comunque, almeno il giorno prima. Il rientro in servizio non comporta il diritto al recupero delle giornate di lavoro agile non fruite.

Il lavoratore ha diritto alla disconnessione. A tal fine, ferma restando la fascia di inoperabilità, negli orari diversi da quelli ricompresi nella fascia di contattabilità non sono richiesti contatti con i colleghi o con il dirigente per lo svolgimento della prestazione lavorativa, la lettura delle email, la risposta alle telefonate e ai messaggi, l'accesso e la connessione al sistema informativo dell'Azienda o Ente.

Il buono pasto, sostitutivo del servizio mensa, non è dovuto per le giornate di lavoro agile.

#### e) CONTROLLO DELLA PRESTAZIONE LAVORATIVA

Per poter rendicontare digitalmente le giornate lavorate in modalità agile, il dipendente deve accedere al Self Service ed inserire un nuovo giustificativo scegliendo la causale "*Smart Working*". Nel campo "Note" è, inoltre, necessario descrivere sinteticamente il lavoro svolto.

Ciascun Responsabile, al momento dell'autorizzazione della richiesta del giustificativo in questione, deve controllare quanto dichiarato dal dipendente al fine di monitorare costantemente l'espletamento delle attività assegnate.

#### f) RECESSO

In presenza di un giustificato motivo, ciascuno dei contraenti può recedere prima della scadenza del termine con preavviso non inferiore a trenta giorni.

Nel caso di lavoratori disabili ai sensi dell'articolo 1 della legge 12 marzo 1999, n. 68, il termine di preavviso del recesso da parte del datore di lavoro non può essere inferiore a novanta giorni, al fine di consentire un'adeguata riorganizzazione dei percorsi di lavoro rispetto alle esigenze di vita e di cura del lavoratore.

Costituisce giustificato motivo per l'Azienda il venir meno della compatibilità organizzativa della prestazione resa in modalità agile, l'ingiustificato rispetto delle attività assegnate al dipendente e/o dei tempi di esecuzione delle stesse, il mancato rispetto o venir meno delle condizioni di idoneità dei luoghi di espletamento delle attività in modalità agile, il mancato rispetto delle fasce di contattabilità, ed ogni altra condotta da cui possa derivare la violazione degli obblighi di diligenza e riservatezza.

#### g) OBBLIGHI DI DILIGENZA E RISERVATEZZA

Il dipendente (*smart worker*) è tenuto ad attenersi alle istruzioni ricevute dal dirigente relativamente all'esecuzione del lavoro in modalità agile e, in particolare, per l'assolvimento dei compiti assegnati. Inoltre, è tenuto a rispettare i seguenti obblighi di condotta, la cui violazione può dar luogo all'applicazione di sanzioni disciplinari:

- utilizzare i dati trattati in modo lecito, solo per gli scopi specificati dal dirigente e per le finalità compatibili all'esecuzione delle proprie mansioni o dei compiti affidati, per cui è autorizzato ad accedere alle informazioni e ad utilizzare gli strumenti aziendali;
- assicurare l'assoluta riservatezza/segretezza delle informazioni trattate, elaborate e contenute in banche dati cui abbia l'accesso;
- rispettare il divieto di comunicazione e/o diffusione dei dati trattati;
- segnalare eventuali malfunzionamenti di strumenti elettronici, perdite di dati o esigenze (sia di natura organizzativa, sia tecnica), che possano migliorare lo svolgimento delle operazioni affidate dal dirigente;
- accedere ai dati strettamente necessari all'esercizio delle proprie funzioni e competenze riferite a compiti istituzionali;
- verificare sempre ed in caso di interruzione del lavoro, anche temporanea, che i dati trattati non siano accessibili a terzi non autorizzati;
- informare il dirigente in caso di eventi di sicurezza informatica che coinvolgano i dati trattati;
- raccogliere, registrare e conservare i dati presenti negli atti e documenti contenuti nei fascicoli e/o nei supporti informatici, avendo cura che l'accesso ad essi sia consentito esclusivamente ai soggetti autorizzati;
- rispettare le misure di prevenzione e protezione previste dalla normativa vigente in materia di tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro;
- rispettare la normativa vigente in materia di tutela della privacy e di sicurezza dei dati.

Il lavoratore si impegna a rispettare le prescrizioni indicate nelle informative sulla salute e sicurezza sul lavoro agile, sulla sicurezza informatica e sul trattamento dei dati fornite dall'Azienda e allegate al contratto individuale.

**ACCORDO INDIVIDUALE**  
**LAVORO AGILE (SMART WORKING)**

La/Il Dirigente Responsabile \_\_\_\_\_ della struttura \_\_\_\_\_

La/Il lavoratrice/lavoratore \_\_\_\_\_, matricola, \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_

CONVENGONO

- di svolgere la prestazione lavorativa in modalità agile all'esterno dei locali dell'Azienda Ospedaliera di Perugia per n. 2 giornate a settimana, in quanto \_\_\_\_\_;
- di svolgere la prestazione lavorativa in modalità agile all'esterno dei locali dell'Azienda Ospedaliera di Perugia per n. 1 giornata a settimana, in quanto \_\_\_\_\_;
- di svolgere la prestazione lavorativa in modalità agile all'esterno dei locali dell'Azienda Ospedaliera di Perugia per n. \_\_\_\_\_ giornate a settimana, in quanto lavoratore fragile o altro \_\_\_\_\_;

nei termini ed alle condizioni di seguito indicate.

**1. Luogo**

I luoghi di esecuzione del lavoro in modalità agile devono essere idonei a garantire adeguati livelli di privacy, salute e sicurezza.

**2. Durata**

Il presente accordo individuale a termine produce effetti dal \_\_\_\_\_ fino al \_\_\_\_\_.

Il lavoro sarà svolto in modalità agile nelle specifiche giornate di \_\_\_\_\_.

Nelle restanti giornate il lavoro sarà svolto in sede.

Al termine del periodo sopra indicato verrà ripristinata, senza necessità di alcuna comunicazione preventiva, l'ordinaria modalità della prestazione di lavoro, salvo il rinnovo del presente accordo.

### 3. Dotazione tecnologica

- di utilizzare la dotazione tecnologica aziendale.
  
- di utilizzare la propria dotazione tecnologica e di garantirne adeguata cura, conservazione e uso esclusivo in ambito domestico.

In ogni caso il dipendente è tenuto ad accertare la presenza delle condizioni che garantiscono le condizioni minime di tutela della salute e sicurezza del lavoratore nonché la piena operatività della dotazione informatica e ad adottare tutte le precauzioni e le misure necessarie e idonee a garantire la più assoluta riservatezza sui dati e sulle informazioni in possesso dell'Ente che vengono trattate dal lavoratore stesso.

Al fine di garantire le comunicazioni, nelle giornate di lavoro in modalità agile il dipendente è tenuto rendersi reperibile, anche attivando la deviazione della chiamata dal numero della postazione d'ufficio al cellulare di servizio o personale.

I consumi elettrici, di connessione alla rete Internet, quelli relativi alle comunicazioni telefoniche per ragioni d'ufficio e quant'altro necessario sono a carico del dipendente.

### 4. Attività da svolgere in modalità agile ed obiettivi

Nel seguito si predeterminano gli obiettivi e le modalità di verifica.

Attività	Modalità di verifica

### 5. Modalità e tempi di esecuzione della prestazione – diritto alla disconnessione

La prestazione lavorativa in modalità agile è svolta nel rispetto dei limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale derivanti dalla legge e dalle norme della contrattazione collettiva, non può generare lavoro straordinario ed è organizzata nel rispetto dei criteri sottoindicati.

La fascia oraria di contattabilità è compresa dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_.

È prevista una fascia di inoperabilità nella quale il lavoratore non può erogare alcuna prestazione lavorativa. Tale fascia comprende il periodo di 11 ore di riposo consecutivo a cui il lavoratore è tenuto nonché il periodo di lavoro notturno tra le ore 22:00 e le ore 06:00 del giorno successivo.

Il regime giuridico derivante dal contratto e relativo a ferie, malattie, aspettative, permessi (giornalieri ed orari) rimane inalterato. Per effetto della distribuzione discrezionale del tempo di lavoro, non sono configurabili, invece, prestazioni straordinarie, trasferte, lavoro disagiato, lavoro svolto in condizioni di rischio.

Il lavoratore ha diritto alla disconnessione. A tal fine, ferma restando la fascia di inoperabilità, negli orari diversi da quelli ricompresi nella fascia di contattabilità non sono richiesti contatti con i colleghi o con il dirigente per lo svolgimento della prestazione lavorativa, la lettura delle email, la risposta alle telefonate e ai messaggi, l'accesso e la connessione al sistema informativo dell'Azienda o Ente.

Il buono pasto, sostitutivo del servizio mensa, non è dovuto per le giornate di lavoro agile.

## **6. Presenza in sede**

In caso di problematiche di natura tecnica e/o informatica, e comunque in ogni caso di cattivo funzionamento dei sistemi informatici, qualora lo svolgimento dell'attività lavorativa a distanza sia impedito o sensibilmente rallentato, il dipendente è tenuto a darne tempestiva informazione al proprio dirigente. Questi, qualora le suddette problematiche dovessero rendere temporaneamente impossibile o non sicura la prestazione lavorativa, può richiamare il dipendente a lavorare in presenza. In caso di ripresa del lavoro in presenza, il lavoratore è tenuto a completare la propria prestazione lavorativa fino al termine del proprio orario ordinario di lavoro.

Per sopravvenute esigenze di servizio il dipendente in lavoro agile può essere richiamato in sede, con comunicazione che deve pervenire in tempo utile per la ripresa del servizio e, comunque, almeno il giorno prima. Il rientro in servizio non comporta il diritto al recupero delle giornate di lavoro agile non fruite.

## **7. Recesso**

In presenza di un giustificato motivo, ciascuno dei contraenti può recedere prima della scadenza del termine con preavviso non inferiore a trenta giorni.

Nel caso di lavoratori disabili ai sensi dell'articolo 1 della legge 12 marzo 1999, n. 68, il termine di preavviso del recesso da parte del datore di lavoro non può essere inferiore a novanta giorni, al fine di consentire un'adeguata riorganizzazione dei percorsi di lavoro rispetto alle esigenze di vita e di cura del lavoratore.

Costituisce giustificato motivo per l'Azienda il venir meno della compatibilità organizzativa della prestazione resa in modalità agile, l'ingiustificato rispetto delle attività assegnate al dipendente e/o dei tempi di esecuzione delle stesse, il mancato rispetto o venir meno delle condizioni di idoneità dei luoghi di espletamento delle attività in modalità agile, il mancato rispetto delle fasce di contattabilità, ed ogni altra condotta da cui possa derivare la violazione degli obblighi di diligenza e riservatezza.

## **8. Obblighi del dipendente**

Il dipendente (*smart worker*) è tenuto ad attenersi alle istruzioni ricevute dal dirigente relativamente all'esecuzione del lavoro in modalità agile e, in particolare, per l'assolvimento dei compiti assegnati. Inoltre, è tenuto a rispettare i seguenti obblighi di condotta, la cui violazione può dar luogo all'applicazione di sanzioni disciplinari:

- utilizzare i dati trattati in modo lecito, solo per gli scopi specificati dal dirigente e per le finalità compatibili all'esecuzione delle proprie mansioni o dei compiti affidati, per cui è autorizzato ad accedere alle informazioni e ad utilizzare gli strumenti aziendali;
- assicurare l'assoluta riservatezza/segretezza delle informazioni trattate, elaborate e contenute in banche dati cui abbia l'accesso;
- rispettare il divieto di comunicazione e/o diffusione dei dati trattati;
- segnalare eventuali malfunzionamenti di strumenti elettronici, perdite di dati o esigenze (sia di natura organizzativa, sia tecnica), che possano migliorare lo svolgimento delle operazioni affidate dal dirigente;

- accedere ai dati strettamente necessari all'esercizio delle proprie funzioni e competenze riferite a compiti istituzionali;
- verificare sempre ed in caso di interruzione del lavoro, anche temporanea, che i dati trattati non siano accessibili a terzi non autorizzati;
- informare il dirigente in caso di eventi di sicurezza informatica che coinvolgano i dati trattati;
- raccogliere, registrare e conservare i dati presenti negli atti e documenti contenuti nei fascicoli e/o nei supporti informatici, avendo cura che l'accesso ad essi sia consentito esclusivamente ai soggetti autorizzati;
- rispettare le misure di prevenzione e protezione previste dalla normativa vigente in materia di tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro;
- rispettare la normativa vigente in materia di tutela della privacy e di sicurezza dei dati.

Il lavoratore si impegna a rispettare le prescrizioni indicate nelle informative sulla salute e sicurezza sul lavoro agile, sulla sicurezza informatica e sul trattamento dei dati fornite dall'Azienda e allegate al presente contratto individuale.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma della/del lavoratrice/lavoratore

Firma della/del Dirigente Responsabile

Firma del Direttore Amministrativo

## ALLEGATO B

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI  
ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016 e del D.Lgs.196/2003 e ss.mm.ii.

### — LAVORO AGILE / SMART WORKING —

L'Azienda Ospedaliera di Perugia con sede legale: Ospedale Santa Maria della Misericordia di Perugia, Piazzale Giorgio Menghini 8/9 – Sant'Andrea delle Fratte – 06129 PERUGIA, Partita IVA/ CF 02101050546 – TEL. 075.5781 PEC <a href="mailto:aosp.perugia@postacert.umbria.it">aosp.perugia@postacert.umbria.it</a> SITO WEB <a href="http://www.ospedale.perugia.it">www.ospedale.perugia.it</a> in qualità di Titolare del trattamento (di seguito “Titolare”), tratterà i Suoi dati personali.	Chi tratta i miei dati?
I dati personali saranno raccolti e trattati, sia con strumenti informatici, sia in modalità analogica, esclusivamente per i conseguenti adempimenti attinenti allo svolgimento della prestazione lavorativa, al fine di assicurare altresì il regolare svolgimento e la continuità delle attività istituzionali. Tutto questo nel pieno rispetto del segreto professionale e d'ufficio e dei principi di liceità, sicurezza, correttezza, riservatezza, trasparenza, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati. La disponibilità, la gestione, l'accesso, la conservazione e la fruibilità dei dati è garantita dall'adozione di misure tecniche ed organizzative concordate con il Titolare. Il trattamento dei dati rientra nell'ambito dell'attività lavorativa complessivamente svolta in modalità “AGILE” da remoto, autorizzata previo accordo individuale, e delle funzioni svolte, in costanza dell'espletamento dell'incarico attribuito e relativi ai Settori/Uffici/ Aree di riferimento.	Natura e Finalità del trattamento dei dati
I dati vengono trattati ai sensi dell'art. 6 comma 1 lett. b) del Regolamento UE 679/2016, della Legge 22 maggio 2017, n. 81, del CCNL Comparto Sanità 2019-2021, sottoscritto il 02/11/2022 e dall'art. 1, comma 306, Legge 197/2022.	Base Giuridica
I dati personali saranno trattati in modalità informatica e in modalità analogica, secondo quanto previsto dalla normativa vigente e nel rispetto delle misure di sicurezza. Non è previsto il trasferimento dei dati in un paese terzo.	Modalità del Trattamento dati
Il Titolare, nei soli casi previsti dalla legge, potrà comunicare i dati trattati, a soggetti pubblici che agiscono in qualità di autonomi Titolari o Contitolari del trattamento (esempio: autorità giudiziaria, istituti previdenziali, assistenziali e di assicurazione contro gli infortuni sul lavoro, Regione, Ministeri, ecc.) ed a soggetti privati in rapporto contrattuale, nominati Responsabili del trattamento ai sensi dell'art. 28 del sopracitato Regolamento (gestori e manutentori di piattaforme informatiche, ecc.), ai quali sono demandate operazioni di trattamento per lo svolgimento delle attività correlate al perseguimento delle suddette finalità.	Destinatari o Categorie dei Destinatari
I dati personali saranno trattati e conservati per il periodo dell'attività lavorativa complessivamente svolta in modalità “AGILE” da remoto, fatto salvo il maggior tempo necessario per adempiere agli obblighi di legge in ragione della natura del dato o per motivi di interesse pubblico o per l'esercizio di pubblici poteri. Esaurite tutte le finalità che legittimano la conservazione dei dati, il Titolare avrà cura di cancellarli.	Periodo di Conservazione
Le categorie di dati personali che possono essere trattate nella gestione del processo/procedimento/attività sono: - tutti i dati inerenti la gestione del rapporto di lavoro, già oggetto di comunicazione; - dati idonei a rilevare la posizione “dati di geolocalizzazione” (eventuali); - nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale (es. posta elettronica).	Categorie di dati personali trattate

<p>L'interessato ha il diritto di ottenere dal Titolare, nei casi previsti, l'accesso ai propri dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento UE 679/2016). Ha diritto, altresì, a non essere sottoposto a processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione e, qualora il trattamento sia basato sul consenso, di revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità basata prima della revoca. L'interessato ha inoltre il diritto di presentare reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali, se ritiene che il trattamento dei suoi dati personali sia effettuato in violazione di legge.</p>	<p>Diritti dell'Interessato</p>
<p>Se ha dei dubbi, se conserviamo dati errati, incompleti o se pensa che abbiamo gestito male i Suoi dati, La preghiamo di contattare il Titolare o il Responsabile della Protezione dei Dati (RPD/DPO) all'indirizzo email <a href="mailto:dpo@ospedale.perugia.it">dpo@ospedale.perugia.it</a></p>	<p>A chi mi posso rivolgere?</p>
<p>L'Informativa è lo strumento previsto dal Regolamento UE 679/2016 per applicare il principio di trasparenza e agevolare l'interessato nella gestione delle informazioni che lo riguardano. Al variare delle modalità di trattamento e/o della normativa, la presente potrà essere revisionata/integrata.</p>	<p>Aggiornamenti</p>

## Istruzioni Operative: Lavoro agile – politiche di sicurezza sul corretto utilizzo dei dispositivi mobili

**Redatto da** Referente Gruppo di lavoro

\_\_\_\_\_

*Firma*

\_\_\_\_\_

*data*

**Verificato da** Responsabile Sistemi  
Informatici e Transizione  
all'Amministrazione Digitale

\_\_\_\_\_

*Firma*

\_\_\_\_\_

*data*

**Approvato da** Direttore Amministrativo

\_\_\_\_\_

*Firma*

\_\_\_\_\_

*data*

### STORIA DELLE MODIFICHE APPORTATE

Data	Rev.	Motivo del cambiamento
Gennaio 2023	00	Prima emissione

## **DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI**

## **PREMESSA**

## **CAMPO DI APPLICAZIONE**

## **MODALITA' OPERATIVE**

**Istruzioni per la custodia degli strumenti per lo Smart Working**

**Configurazione dei dispositivi aziendali per lo Smart Working**

**Utilizzo di dispositivi personali per lo Smart Working**

**Gestione del rischio**

**Segnalazione di furto**

## **RIFERIMENTI NORMATIVI E BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE**

## DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

**AOPG:** Azienda Ospedaliera di Perugia

**Chiavetta USB:** o unità flash USB o penna USB (anche in inglese USB flash drive, o pendrive) è una memoria di massa portatile di dimensioni molto contenute che si collega al computer mediante la porta USB.

**Dati:** l'insieme di informazioni di cui un dipendente o un collaboratore (a prescindere dal rapporto contrattuale con l'Azienda) può venire a conoscenza e di cui deve garantire la riservatezza e la segretezza e non solo i "dati personali" intesi a norma di legge

**Dati personali:** qualsiasi informazione riguardante una persona fisica identificata o identificabile («interessato»); si considera identificabile la persona fisica che può essere identificata, direttamente o indirettamente, con particolare riferimento a un identificativo come il nome, un numero di identificazione, dati relativi all'ubicazione, un identificativo online o a uno o più elementi caratteristici della sua identità fisica, fisiologica, genetica, psichica, economica, culturale o sociale (art. 4 GDPR);

**Device (dispositivo):** personal computer e altre unità hardware quale periferica/dispositivo elettronico, anche ad alta tecnologia e di piccole dimensioni (smartphone, e-book reader, tablet PC ecc.).

**Dipendente:** personale dell'ente assunto con qualsiasi tipo di forma contrattuale, anche in stage o tirocinio.

**Disciplinare Aziendale:** "Disciplinare per il corretto utilizzo degli strumenti informatici, telematici, Internet e Posta Elettronica" (approvato con Delibera del Direttore Generale n. 493/2019), revisionato nell'agosto 2020 (AzOsp\_ManOp\_13 Rev.1) disponibile sul portale Aziendale

**File:** porzione di memoria (fissa o mobile) che contiene un insieme organizzato di informazioni omogenee.

**GDPR:** General Data Protection Regulation - Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati - Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016

**Malware:** abbreviazione per malicious software (che significa letteralmente software malintenzionato, ma di solito tradotto come software dannoso), indica un qualsiasi programma informatico usato per disturbare le operazioni svolte da un computer, rubare informazioni sensibili, accedere a sistemi informatici privati, o mostrare pubblicità indesiderata

**NIS:** Network Information Security – Direttiva Europea che definisce gli standard di sicurezza informatica per gli asset strategici di una nazione, in particolare per gli OSE (Operatori di Servizi Essenziali)

**Postazione di lavoro:** luogo attrezzato per svolgere un'attività lavorativa dotato di personal computer ed eventuali altre unità hardware.

**Rete locale:** una Local Area Network (LAN) (in italiano, rete locale) è una rete informatica di collegamento tra più computer, estendibile anche a dispositivi periferici condivisi, che copre un'area limitata, come un'abitazione, una scuola, un'azienda o un complesso di edifici adiacenti.

**Virus:** programma appartenente alla categoria dei malware che, una volta eseguito, infetta dei file in modo da arrecare danni al sistema, rallentando o rendendo inutilizzabile il dispositivo infetto.

## PREMESSA

Il presente documento nasce dall'esigenza dell'Azienda di ridurre al minimo i rischi di sicurezza informatica associati agli accessi dall'esterno del perimetro della rete locale (LAN), oltre a tutelare il patrimonio di dati trattati dall'Azienda.

Con il recepimento della Direttiva Europea NIS (Network Information Security), AOPG ha l'obbligo di innalzare i livelli di sicurezza informatica per garantire la protezione dei dati personali dei propri dipendenti e dei cittadini che usufruiscono dei servizi erogati dall'Azienda. Nel rispetto sia di tale normativa, sia del Regolamento Europeo per la Protezione dei Dati Personali (GDPR).

I dispositivi portatili ed i dati in essi contenuti stanno diventando un obiettivo sempre più comune per i criminali, non solo criminali informatici (cosiddetti hacker) ma vere e proprie organizzazioni volte all'estorsione, allo spionaggio o al terrorismo.

In caso di furto, oltre all'impatto finanziario derivante dalle spese relative alla loro sostituzione, vi sono dei costi tangibili "nascosti" associati, soprattutto, alla reputazione e alla privacy personale associati alla perdita di informazioni sensibili, aziendali o personali anche insostituibili, gestite in tali dispositivi. La perdita rappresentata, sebbene difficile da valutare, rappresenta un elevato costo per AOPG. Siccome ognuno di questi dispositivi potrà contenere informazioni personali, dal punto di vista della sicurezza viene considerato alla stregua di un computer desktop aziendale.

## CAMPO DI APPLICAZIONE

Gli standard di sicurezza descritte nel presente documento si applicano a tutti i dipendenti di AOPG che aderiscono al progetto denominato "Smart Working" e che utilizzano un pc portatile di proprietà dell'Azienda oppure usufruiscono del proprio pc portatile personale o device mobile, opportunamente configurato per accedere in sicurezza ai servizi informatici aziendali.

Il disciplinare si applica a tutti i dipendenti, senza distinzione di ruolo o livello, nonché a tutti i collaboratori dell'Azienda Ospedaliera di Perugia a prescindere dal rapporto contrattuale con la stessa intrattenuto (es. collaboratori esterni, Co.co.co., collaboratori a progetto, stagisti, medici in formazione, borsisti ecc.), di seguito "utenti".

## MODALITA' OPERATIVE

Istruzioni per la custodia degli strumenti per lo Smart Working

Per il corretto utilizzo dei dispositivi aziendali, forniti da AOPG, si rimanda al Disciplinare Aziendale (AzOsp\_ManOp\_13 Rev.1). L'accesso tramite il dispositivo portatile è consentito al dipendente AOPG nei seguenti casi:

- Internamente all'Azienda, utilizzando la rete di dominio aziendale, cavo o Wi-Fi;
- Dall'esterno di AOPG, dal proprio domicilio utilizzando il collegamento Internet domestico;
- Esternamente ad AOPG in mobilità, utilizzando la rete mobile (cellulare) o Wi-Fi di fornitore noto.

NB: La connessione ad una rete cavo o Wi-Fi pubblica, non conosciuta, quale ad esempio la rete di un hotel o di un locale pubblico, è da evitare in ogni caso, poiché comporta gravi rischi di sicurezza, come il furto delle credenziali dell'utente e l'intercettazione di tutte le informazioni trasmesse e gestite tramite il dispositivo.

I PC portatili e i device mobili sono anche particolarmente vulnerabili alla perdita e al furto. Criminali singoli e organizzati possono commettere il furto sia all'interno degli edifici di AOPG che esternamente all'Azienda. Il rischio è potenzialmente maggiore durante gli spostamenti e quando si viaggia, specialmente se il dipendente AOPG si trova in un ambiente non familiare o si sta concentrando sul viaggio stesso.

Nonostante nella maggior parte dei casi il malvivente tragga profitto dalla vendita del pc portatile sul mercato nero, esiste un numero crescente di criminali che ruba questi dispositivi specificamente per i dati sensibili che possono contenere. Tali informazioni, se rivelate, potrebbero causare danni relativi alla privacy, imbarazzo, perdita di reputazione o significativi effetti finanziari o commerciali per APSS.

Nel contesto lavorativo di AOPG, generalmente le informazioni trattate possono comprendere:

- dati personali sanitari di assistiti e pazienti, informazioni personali relative ai dipendenti;
- qualsiasi informazione personale e privata dell'utente che vorrebbe mantenere privata;
- note di ricerca, dati e informazioni commercialmente sensibili, dati di proprietà intellettuale;
- dati finanziari ed economici.

Per contrastare questi rischi, la sicurezza dei dispositivi mobili viene affrontata in cinque modalità:

- a. educazione dell'utente attraverso una maggiore responsabilità e consapevolezza dei rischi e dell'applicazione di una politica di sicurezza dei pc portatili, attraverso la partecipazione ai corsi in "Competenze Digitali in Sanità" organizzati annualmente da AOPG;

- b. sicurezza fisica dell'ambiente in cui è custodito o si utilizza il dispositivo portatile, sia all'interno di strutture AOPG, al proprio domicilio che in viaggio;
- c. controllo sicuro dell'accesso al dispositivo portatile mediante autenticazione con password sufficientemente robusta (nel rispetto del Disciplinare Aziendale);
- d. protezione dei dati conservati sul dispositivo mediante backup e crittografia;
- e. tracciamento / cancellazione dei dati, in particolare per i dispositivi ad alto rischio o contenenti dati molto sensibili.

In ogni caso, per limitare danni e perdite di informazioni, si consiglia la minimizzazione della memorizzazione dei dati aziendali sul disco fisso del dispositivo portatile, sia in termini di dimensioni che di tempo.

Al di fuori delle strutture di AOPG, è vivamente sconsigliata la stampa su carta di informazioni aziendali.

Per evitare il furto del dispositivo portatile si consiglia di elevare al massimo il grado di attenzione durante gli spostamenti, sia internamente ma soprattutto al di fuori delle strutture AOPG.

Nel caso in cui si stia lavorando in condizioni di precaria connettività dati dal punto di vista della qualità e continuità del servizio, ad esempio durante un viaggio in treno, è permesso scaricare sul disco locale del dispositivo portatile il documento di lavoro per elaborarlo in modalità offline. A connettività ripristinata, si dovrà copiare il documento nella cartella aziendale, e si dovrà cancellare il documento stesso dal disco locale del dispositivo.

### Configurazione dei dispositivi aziendali per lo Smart Working

Le politiche applicate alle postazioni di lavoro aziendali si applicano anche ai dispositivi portatili. Tra queste regole, elencate nel Disciplinare Aziendale, ricordiamo la necessità per tutti gli utenti di accedere alla rete aziendale mediante le credenziali personali, il cambio della password almeno una volta ogni tre mesi o in tutti i casi in cui si ritenga che sia stata inavvertitamente divulgata o compromessa e il logoff automatico dei programmi.

Gli utenti solitamente non dispongono dell'autorizzazione per installare il software o modificare le configurazioni del pc portatile. Tuttavia, la configurazione e l'installazione di particolare software va espressamente richiesta ai Sistemi Informatici tramite il portale Segnalazioni online.

In nessun caso il personale non autorizzato potrà eseguire operazioni di modifica della configurazione dei dispositivi.

Al fine di proteggere le informazioni memorizzate nei portatili, AOPG ha installato un sistema di crittografia del disco che, in caso di tentativi di accesso con password diverse da quella aziendale, rendono illeggibile l'intero contenuto.

Il pc portatile e il device portatile sono abilitati per lavorare in maniera "Smart" tramite la configurazione di tutti i software e i collegamenti necessari.

### Utilizzo di dispositivi personali per lo Smart Working

AOPG concede di utilizzare per fini lavorativi il proprio PC portatile o device personale tramite accesso VPN alla rete aziendale. Queste modalità di accesso mettono in sicurezza il transito dei dati sulla rete, ma non sono sufficienti ad eliminare il rischio di violazioni sui dati personali come il furto delle credenziali di autenticazione, la modifica dell'integrità e la diffusione di dati personali. AOPG, infatti, non possedendo il controllo sugli strumenti personali dell'utente, non è in grado di assicurare la sicurezza locale di tali dispositivi, e conseguentemente non può garantire che questo rischio sia ridotto.

È requisito essenziale che i dati abbiano lo stesso livello di sicurezza di quando sono trattati con gli strumenti aziendali messi a disposizione dall'Azienda. Pertanto, l'utente deve provvedere a configurare i propri dispositivi personali con un alto livello di sicurezza, indipendentemente dal tipo di sistema operativo utilizzato, marca e modello del personal computer o del dispositivo mobile.

Al fine di non incorrere in situazioni di vulnerabilità, con conseguenti rischi di violazioni sui dati, l'utente dovrà implementare, a sue spese e sotto la sua responsabilità, le seguenti misure di sicurezza tecniche e comportamentali:

- a. verificare costantemente che il proprio personal computer o dispositivo mobile possieda un sistema operativo aggiornato ed applicare costantemente gli aggiornamenti di sicurezza resi disponibili dal produttore;
- b. verificare costantemente che sul sistema sia installata una soluzione antivirus e anti-malware di mercato funzionante ed aggiornata, con caratteristiche di protezione in tempo reale dalle minacce, aggiornamenti automatici e scansioni programmate;
- c. applicare costantemente gli aggiornamenti di sicurezza di tutte le applicazioni installate sul personal computer o dispositivo personale;
- d. verificare costantemente che sul sistema non siano presenti software non conformi o malevoli. In caso contrario, l'utente dovrà provvedere alla loro immediata rimozione.

Si ricorda inoltre che:

- Di norma, i dati aziendali non devono essere memorizzati sul disco locale del personal computer o del dispositivo, né su chiavette USB o dischi esterni di memorizzazione, né su servizi di cloud storage personali;
- se, per motivi di continuità operativa, l'utente dovesse salvare dei dati sui sistemi di memorizzazione non conformi a quanto raccomandato ai punti precedenti, una volta reinseriti e salvati nel sistema gestionale o nell'applicativo aziendale tali dati andranno cancellati dai sistemi di memorizzazione non conformi;
- in caso di contenzioso o indagini dovute a violazioni sui dati aziendali e/o illeciti, l'utente dovrà mettere a disposizione degli inquirenti, per le opportune verifiche sullo stato di sicurezza e sui dati in esso contenuti e per tutto il tempo necessario, il proprio personal computer portatile o dispositivo personale utilizzato per lo Smart Working.

### Gestione del rischio

La politica aziendale è quella di consentire al personale di utilizzare i dispositivi portatili come aiuto nello svolgimento del proprio lavoro. I rischi associati a questo utilizzo sono gestiti con le seguenti attività:

- Applicazione di controlli tecnologici come l'accesso con autenticazione forte e il cambio periodico della password;
- controllo antivirus e anti-malware per proteggere i programmi e l'accesso alle informazioni sui dispositivi;
- sul pc portatile di proprietà aziendale, limitazione dei privilegi di accesso in modo che l'utente non possa installare software non aziendale;
- assistenza e formazione agli utenti a comprendere i rischi connessi all'uso di questi dispositivi e come possano essere mitigati al meglio

Rimane responsabilità dell'utente mantenere protetto e custodire il dispositivo, sia aziendale che privato, secondo le politiche di sicurezza contenute in questo documento ed attuare le generali e comuni misure di sicurezza tecniche e comportamentali nell'utilizzo dei dispositivi mobili.

#### Segnalazione di furto

In caso di furto del dispositivo, sia aziendale che personale, l'utente dovrà denunciare prontamente l'accaduto al Posto Fisso di Polizia o al più vicino commissariato, inviando copia della denuncia ai Sistemi Informatici e Transizione all'Amministrazione Digitale.

#### RIFERIMENTI NORMATIVI E BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

General Data Protection Regulation - Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati - Regolamento (EU) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016

Network Information Security – Direttiva Europea (UE) 2016/1148 sulla sicurezza delle reti e dei sistemi informativi

Decreto Legislativo 18 maggio 2018, n. 65 - Attuazione della direttiva (UE) 2016/1148 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 6 luglio 2016, recante misure per un livello comune elevato di sicurezza delle reti e dei sistemi informativi nell'Unione.

## ALLEGATO D

### Comunicazione inerente la postazione di lavoro per lo svolgimento del Lavoro agile

La presente comunicazione, dovrà essere compilata e inviata al Responsabile di Struttura, in riferimento al luogo di lavoro prescelto per l'espletamento della prestazione lavorativa in modalità agile, così come individuato nell'accordo individuale.

Nome	Cognome
Matricola	Data di nascita
Codice fiscale	Qualifica
Firma del Lavoratore	

Luogo o luoghi di lavoro in modalità agile che si intende adottare per l'espletamento della propria attività (si dovrà indicare un luogo sicuro per la propria salute e sicurezza, esente da situazioni o circostanze pericolose per se stessi e per terzi)	Luogo: _____ Via _____ Città _____ CAP _____
Struttura Complessa di appartenenza	
Attività svolta in modalità agile	_____ _____ _____

### SI COMUNICA

Che il luogo di lavoro, inteso come spazio all'interno della sede di lavoro, nel quale si svolge la prestazione lavorativa dovrà rispondere, per quanto possibile, ai seguenti requisiti elencati:

#### **Pareti, pavimenti, soffitti e vie di accesso in corrispondenza della postazione di lavoro**

1. Le pareti e i soffitti del luogo di lavoro devono essere in buono stato di conservazione;
2. Il pavimento del luogo di lavoro deve essere regolare e non presentare protuberanze, cavità o asperità;
3. Le vie di accesso ai luoghi di lavoro (corridoi, scale, passaggi) non devono presentare pericoli di inciampo o caduta e/o scivolamento.

#### **Arredi collegati alla postazione di lavoro**

4. Gli scaffali/armadi devono essere integri, stabili, privi di pericolo di caduta di oggetti dall'alto sul luogo di lavoro;
5. Non devono essere presenti altri elementi di arredo/oggetti (lampadari, lucernari, quadri, applique etc.) suscettibili di cadere dall'alto.

#### **Postazione di lavoro (allestita o da allestire)**

6. Il luogo di lavoro deve garantire sicurezza e riservatezza secondo i criteri e modalità indicati dalla norma e nell'ambito di applicazioni delle linee guida specifiche aziendali;
7. Il lavoratore deve disporre di una apparecchiatura adeguata se di sua proprietà;
8. L'apparecchiatura deve disporre di un proprio cavo originale;
9. L'apparecchiatura, se per il funzionamento deve essere collegata a prolunghe, queste devono essere marcate CE;
10. Il piano di lavoro deve essere, per quanto possibile del tipo antiriflesso;

11. Sul piano di lavoro deve essere presente lo spazio necessario per disporre il monitor, la tastiera e il mouse (sullo stesso piano), nonché per poggiare gli avambracci davanti alla tastiera – Vedi Allegato 1;
12. Nella parte sottostante del piano di lavoro, lo spazio deve essere sufficiente per muovere e distendere le gambe.

#### **Altre informazioni**

13. Nel luogo ove viene espletata l'attività lavorativa, deve essere presente un servizio igienico;
14. Nei locali, deve essere possibile mantenere (e regolare) la temperatura dei luoghi di lavoro a livelli non troppo alti o bassi (a seconda della stagione) rispetto alla temperatura esterna.

#### **Disturbi relativi all'apparato visivo**

15. L'illuminazione artificiale deve essere adeguata, con tonalità chiara o bianca e avere la possibilità di sistemare dei corpi illuminanti a linea parallela rispetto alle postazioni di lavoro;
16. La posizione degli schermi rispetto alle fonti di illuminazione non deve creare fenomeni fastidiosi di abbagliamento o riflessi (presenza di tendaggi o schermi regolabili e oscuranti);
17. Deve essere possibile adottare lampade in caso di necessità;
18. Lo schermo deve essere posizionato in modo tale, da non riflettere immagini;
19. Lo schermo deve essere perfettamente funzionante ovvero privo di riverberi e sfarfallamenti, e i caratteri devono essere leggibili senza sforzi eccessivi.

#### **Disturbi relativi all'apparato muscolo scheletrico**

20. Il tavolo da lavoro deve disporre di una superficie adeguata al tipo di lavoro, in quanto deve essere presente un sufficiente spazio per la tastiera, il mouse e documenti; inoltre l'operatore deve avere la possibilità di adattarli in base alle proprie esigenze (50/70 cm circa);
21. La sedia deve essere stabile e adattabile alle esigenze dell'operatore, con schienale regolabile;
22. La posizione dello schermo deve essere adattabile alle esigenze dell'operatore ;
23. La posizione della tastiera e del mouse, devono essere adattabili alle esigenze dell'operatore (mouse e tastiera muovibili);
24. Lo spazio di lavoro deve avere una superficie sufficiente a garantire i movimenti operativi e i cambiamenti di posizione;
25. In caso di utilizzo di computer portatile e l'operatore è inquadrato come Videoterminalista, solamente in questo caso, è preferibile adottare un mouse e una tastiera ausiliaria.

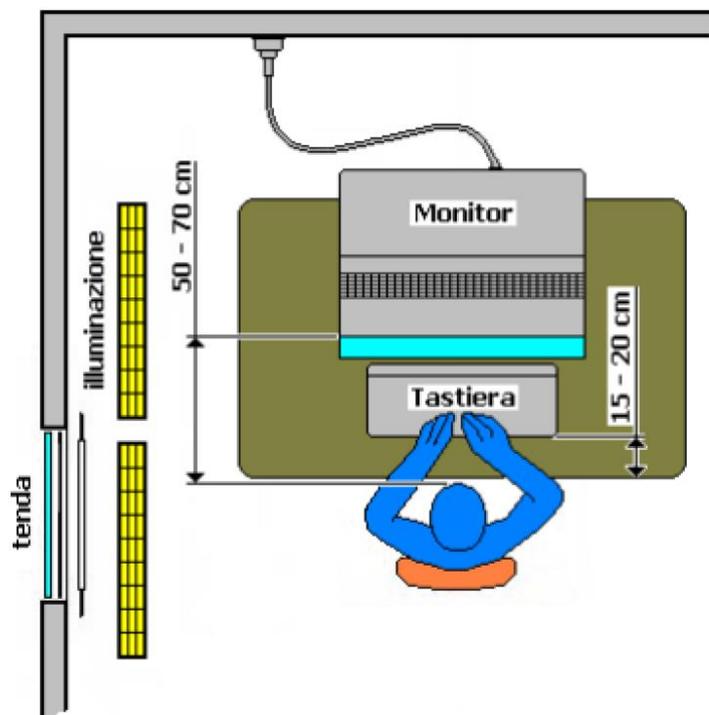
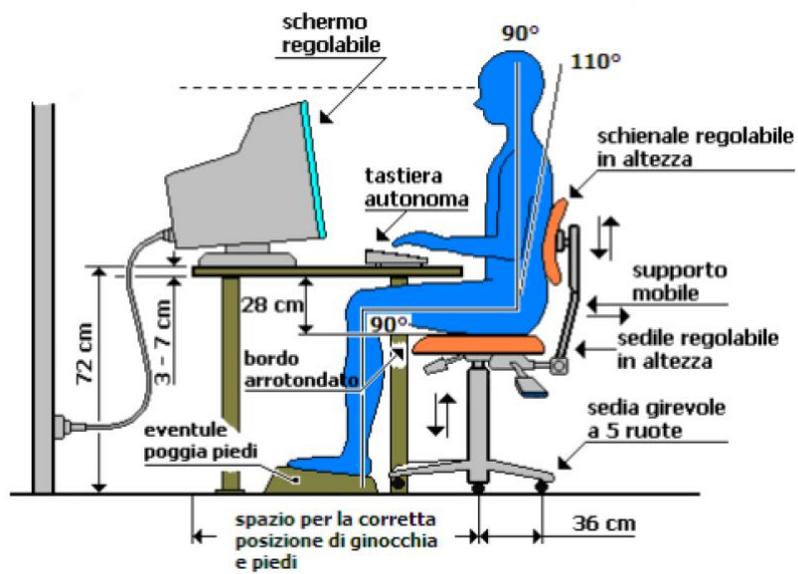
#### **Collegamento multimediale**

26. Il lavoratore deve avere la disponibilità di una rete WI-FI per l'espletamento dell'attività e per il collegamento da remoto;
27. Il lavoratore deve avere la possibilità di collegarsi ad una rete WI-FI per ricevere le comunicazioni o assistenza tecnica in caso di necessità;
28. Il lavoratore deve avere la disponibilità di collegamento ad una rete WI-FI per partecipare a conferenza o momenti di aggregazione con i colleghi.

#### **Consigli per la gestione del lavoro in Smart Working**

29. Scegliere un luogo sicuro per la propria salute e sicurezza, esente da situazioni o circostanze pericolose per se stessi e per terzi;
30. Dedicare, se possibile, uno spazio tranquillo della casa ad "ufficio";
31. Programmare la giornata con orari precisi per le pause e per la fine del lavoro;
32. Mantenere una postura eretta durante l'attività lavorativa;
33. Conclusa l'attività spegnere il computer e cercare di non continuare a pensare al lavoro;
34. Mantenere i contatti con il responsabile e i colleghi, eventualmente con l'ausilio delle videoconferenze;
35. Pianificare l'attività fisica, sia con esercizi a casa che fuori;
36. Fare le pause;
37. In allegato 1, uno schema di confronto per l'adeguamento della postazione di lavoro.

VDT: ergonomia del posto di lavoro  
La postazione VDT



PIANO FABBISOGNO PERSONALE TRIENNIO 2024 - 2026

Tabella 1

TETTO DI SPESA aziendale per il personale	€ 124.901.440,00
TETTO DI SPESA aziendale per il personale a tempo determinato	€ 5.164.794,00

	Posti coperti al 31.12.2023			ANNO 2024				ANNO 2025				ANNO 2026			
	Tempo Indeterminato	Tempo determinato		Assunzioni 2024				Assunzioni 2025				Assunzioni 2026			
		Contingente complessivo	di cui in sostituzione	ordinarie	Stabilizzazioni	legge 68/99	progressioni tra le AREE	ordinarie	Stabilizzazioni	legge 68/99	progressioni tra le AREE	ordinarie	Stabilizzazioni	legge 68/99	progressioni tra le AREE
<b>RUOLO SANITARIO</b>															
<b>DIRIGENZA</b>															
DIRIGENTI MEDICI STRUTTURA COMPLESSA	13			9											
DIRIGENTI MEDICI	440	30	1	59	16			1							
DIRIGENTI VETERINARI STRUTTURA COMPLESSA															
DIRIGENTI VETERINARI															
DIRIGENTI FARMACISTI STRUTTURA COMPLESSA	1														
DIRIGENTI FARMACISTI	9			1											
DIRIGENTI BIOLOGI STRUTTURA COMPLESSA															
DIRIGENTI BIOLOGI	20			2											
DIRIGENTI CHIMICI STRUTTURA COMPLESSA															
DIRIGENTI CHIMICI	1														
DIRIGENTI PSICOLOGI STRUTTURA COMPLESSA				1											
DIRIGENTI PSICOLOGI	3														
DIRIGENTI FISICI STRUTTURA COMPLESSA	1														
DIRIGENTI FISICI	5			1											
DIRIGENTI DELLE PROFESSIONI SANITARIE STRUTTURA COMPLESSA															
DIRIGENTI DELLE PROFESSIONI SANITARIE	2														
<b>COMPARTO - Area del Personale di Elevata Qualificazione</b>															
Prof. Sanitarie Infermieristiche - INFERMIERI															
Prof. Sanitarie Infermieristiche - INFERMIERI PEDIATRICI															
Prof. Sanitaria Ostetrica - OSTETRICHE															
Prof. Tecnico sanitarie - DIETISTE															
Prof. Tecnico sanitarie - IGIENISTI DENTALI															
Prof. Tecnico sanitarie - ODONTOTECNICI															
Prof. Tecnico sanitarie - OTTICI															
Prof. Tecnico sanitarie - TECNICI AUDIOMETRISTI															
Prof. Tecnico sanitarie - TECNICI AUDIOPROTESISTA															
Prof. Tecnico sanitarie - TECNICI DELLA FISIOPAT. CARD. E PERF. CARDIO.															
Prof. Tecnico sanitarie - TECNICI DI ANATOMIA PATOLOGICA															
Prof. Tecnico sanitarie - TECNICI DI NEUROFISIOPATOLOGIA															
Prof. Tecnico sanitarie - TECNICI ORTOPEDICI															
Prof. Tecnico sanitarie - TECNICI SANITARI DI LABORATORIO BIOMEDICO															
Prof. Tecnico sanitarie - TECNICI SANITARI DI RADIOLOGIA MEDICA															
Prof. Sanitarie della Riabilitazione - EDUCATORI PROFESSIONALI															
Prof. Sanitarie della Riabilitazione - FISIOTERAPISTI															
Prof. Sanitarie della Riabilitazione - LOGOPEDISTI															
Prof. Sanitarie della Riabilitazione - MASSAGGIATORI NON VEDENTI															
Prof. Sanitarie della Riabilitazione - ORTOTTISTI															
Prof. Sanitarie della Riabilitazione - PODOLOGI															
Prof. Sanitarie della Riabilitazione - TECNICI RIABILITAZIONE PSICHIATRICA															
Prof. Sanitarie della Riabilitazione - TERAPISTI NEUROPSICOMOTR ETA' EVOL.															
Prof. Sanitarie della Riabilitazione - TERAPISTI OCCUPAZIONALI															
Prof. Sanitarie della Prevenzione - ASSISTENTI SANITARI															
Prof. Sanitarie della Prevenzione - TECNICI PREVENZIONE LUOGHI DI LAVORO								1							

	Posti coperti al 31.12.2023			ANNO 2024				ANNO 2025				ANNO 2026			
	Tempo Indeterminato	Tempo determinato		Assunzioni 2024				Assunzioni 2025				Assunzioni 2026			
		Contingente complessivo	di cui in sostituzione	ordinarie	Stabilizzazioni	legge 68/99	progressioni tra le AREE	ordinarie	Stabilizzazioni	legge 68/99	progressioni tra le AREE	ordinarie	Stabilizzazioni	legge 68/99	progressioni tra le AREE
<b>COMPARTO - Area dei Professionisti della Salute</b>															
Prof. Sanitarie Infermieristiche - INFERMIERI	1.204	42		22	24										
Prof. Sanitarie Infermieristiche - INFERMIERI PEDIATRICI															
Prof. Sanitaria Ostetrica - OSTETRICHE	54	6	2	1											
Prof. Tecnico sanitarie - DIETISTE	5	1			1										
Prof. Tecnico sanitarie - IGIENISTI DENTALI															
Prof. Tecnico sanitarie - ODONTOTECNICI															
Prof. Tecnico sanitarie - OTTICI															
Prof. Tecnico sanitarie - TECNICI AUDIOMETRISTI	3														
Prof. Tecnico sanitarie - TECNICI AUDIOPROTESISTA															
Prof. Tecnico sanitarie - TECNICI DELLA FISIOPAT. CARD. E PERF. CARDIO.	7			2											
Prof. Tecnico sanitarie - TECNICI DI ANATOMIA PATOLOGICA															
Prof. Tecnico sanitarie - TECNICI DI NEUROFISIOPATOLOGIA	9			1											
Prof. Tecnico sanitarie - TECNICI ORTOPEDICI															
Prof. Tecnico sanitarie - TECNICI SANITARI DI LABORATORIO BIOMEDICO	107	2	1	1	3										
Prof. Tecnico sanitarie - TECNICI SANITARI DI RADIOLOGIA MEDICA	101	7	1	6	7										
Prof. Sanitarie della Riabilitazione - EDUCATORI PROFESSIONALI															
Prof. Sanitarie della Riabilitazione - FISIOTERAPISTI	27	4		3	1										
Prof. Sanitarie della Riabilitazione - LOGOPEDISTI	6														
Prof. Sanitarie della Riabilitazione - MASSAGGIATORI NON VEDENTI															
Prof. Sanitarie della Riabilitazione - ORTOTTISTI	1			1											
Prof. Sanitarie della Riabilitazione - PODOLOGI	2			1											
Prof. Sanitarie della Riabilitazione - TECNICI RIABILITAZIONE PSICHIATRICA															
Prof. Sanitarie della Riabilitazione - TERAPISTI NEUROPSICOMOTRICITA' ETA' EVOLUTIVA					2										
Prof. Sanitarie della Riabilitazione - TERAPISTI OCCUPAZIONALI					3										
Prof. Sanitarie della Prevenzione - ASSISTENTI SANITARI															
Prof. Sanitarie della Prevenzione - TECNICI PREVENZIONE LUOGHI DI LAVORO	2	2													
<b>COMPARTO - Area degli Assistenti (profili residuali ove ancora esistenti)</b>															
INFERMIERI GENERICI															
PUERICOLTRICI															
TECNICI DI RADIOLOGIA MEDICA	1														
<b>TOTALE RUOLO SANITARIO</b>	<b>2.024</b>	<b>94</b>	<b>5</b>	<b>116</b>	<b>52</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>RUOLO PROFESSIONALE</b>															
<b>DIRIGENZA</b>															
DIRIGENTI ARCHITETTO															
DIRIGENTI AVVOCATO															
DIRIGENTI INGEGNERI STRUTTURA COMPLESSA	1	1													
DIRIGENTI INGEGNERI	1														
<b>COMPARTO - Area del Personale di Elevata Qualificazione</b>															
COLLABORATORI PROFESSIONALI DI E.Q. (specificare profilo professionale)															
SPECIALISTA DELLA COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE															
SPECIALISTA NEI RAPPORTI CON I MEDIA - GIORNALISTA PUBBLICO															
<b>COMPARTO - Area dei Funzionari</b>															
COLLABORATORI PROFESSIONALI (specificare profilo professionale)															
SPECIALISTA DELLA COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE															
SPECIALISTA NEI RAPPORTI CON I MEDIA - GIORNALISTA PUBBLICO		1		1											
ASSISTENTI RELIGIOSI	4														
<b>TOTALE RUOLO PROFESSIONALE</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

	Posti coperti al 31.12.2023			ANNO 2024				ANNO 2025				ANNO 2026			
	Tempo Indeterminato	Tempo determinato		Assunzioni 2024				Assunzioni 2025				Assunzioni 2026			
		Contingente complessivo	di cui in sostituzione	ordinarie	Stabilizzazioni	legge 68/99	progressioni tra le AREE	ordinarie	Stabilizzazioni	legge 68/99	progressioni tra le AREE	ordinarie	Stabilizzazioni	legge 68/99	progressioni tra le AREE
<b>RUOLO TECNICO</b>															
<b>DIRIGENZA</b>															
DIRIGENTI AGRONOMI															
DIRIGENTE ASSISTENTE SOCIALE															
DIRIGENTI SOCIOLOGI															
DIRIGENTI ANALISTI															
<b>COMPARTO - Area del Personale di Elevata Qualificazione</b>															
COLLABORATORI TECNICI DI E.Q. (specificare profilo professionale)															
CONTABILI															
GEOMETRI															
INFORMATICI							1								
INGEGNERI															
STATISTICI															
<b>COMPARTO - Area dei Funzionari</b>															
COLLABORATORI TECNICI (specificare profilo professionale)	2														
CONTABILI															
GEOMETRI															
INFORMATICI	5			2											
INGEGNERI	1	2		2											
STATISTICI	1														
<b>COMPARTO - Area degli Assistenti</b>															
ASSISTENTI TECNICI (specificare profilo professionale)															
ADDETTI GUIDA /MAN.MEZZI 118															
ADDETTI MANUTENZIONE GESTIONE APP. ELETTROMED.															
ASSISTENTI INFORMATICI	2														
AUTISTI	2														
AUTISTI SOCCORRITORI	9														
CONTABILI															
CUOCHI	16														
ELETTRICISTI	3														
FABBRI	1														
GEOMETRI	1			2											
IDRAULICI	1														
MANUTENTORI															
PERITI TERMOMECCANICI	1														
PORTIERI	1														
ELETTROTECNICO				1											
<b>COMPARTO - Area degli Operatori</b>															
OPERATORI TECNICI SPECIALIZZATI (specificare profilo professionale)															
ADDETTI AL COMPUTER	1			4											
AUTISTI	2						1								
AUTISTI DI AMBULANZA	15	4		1											
CENTRALINISTI	7														
CUOCHI	21	4		1			2				4				
DISINFETTORI	2														
ELETTRICISTI	1			4			1								
ELETTROMEDICALI	1														
PITTORI	1														
PORTIERI	8														
PORTIERI CENTRALINISTI	1														
MURATORI				4			1								
FABBRO				1											
IDRAULICI				3											
FALEGNAME				1											
PREPARATORI DI FARMACIA	3														
<b>COMPARTO - Area del Personale di Supporto</b>															
OPERATORI TECNICI (specificare profilo professionale)															
ADDETTI AL COMPUTER	15						2								
AUTISTA	3														
CENTRALINISTI	1						2								
CUOCHI	8														
ELETTRICISTI	3														
FABBRI	1														
FALEGNAMI	1														
IDRAULICI	2														
MURATORI	2														
PITTORI	2														
PORTIERI	2						2								
ADDETTI ALL'ASSISTENZA OTA	2														
COMMESSI							2								
AUSILIARI SPECIALIZZATI	24														
<b>TOTALE RUOLO TECNICO</b>	<b>175</b>	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>26</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

	Posti coperti al 31.12.2023			ANNO 2024				ANNO 2025				ANNO 2026			
	Tempo Indeterminato	Tempo determinato		Assunzioni 2024				Assunzioni 2025				Assunzioni 2026			
		Contingente complessivo	di cui in sostituzione	ordinarie	Stabilizzazioni	legge 68/99	progressioni tra le AREE	ordinarie	Stabilizzazioni	legge 68/99	progressioni tra le AREE	ordinarie	Stabilizzazioni	legge 68/99	progressioni tra le AREE
<b>RUOLO SOCIO-SANITARIO</b>															
<b>COMPARTO - Area del Personale di Elevata Qualificazione</b>															
ASSISTENTI SOCIALI DI E.Q.															
<b>COMPARTO - Area dei Funzionari</b>															
ASSISTENTI SOCIALI	2														
<b>COMPARTO - Area degli Operatori</b>															
OPERATORI SOCIO SANITARI	290	43		19	18										
<b>TOTALE RUOLO SOCIO-SANITARIO</b>	<b>292</b>	<b>43</b>	<b>0</b>	<b>19</b>	<b>18</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	

	Posti coperti al 31.12.2023			ANNO 2024				ANNO 2025				ANNO 2026			
	Tempo Indeterminato	Tempo determinato		Assunzioni 2024				Assunzioni 2025				Assunzioni 2026			
		Contingente complessivo	di cui in sostituzione	ordinarie	Stabilizzazioni	legge 68/99	progressioni tra le AREE	ordinarie	Stabilizzazioni	legge 68/99	progressioni tra le AREE	ordinarie	Stabilizzazioni	legge 68/99	progressioni tra le AREE
<b>RUOLO AMMINISTRATIVO</b>															
<b>DIRIGENZA</b>															
DIRIGENTI AMMINISTRATIVI DI STRUTTURA COMPLESSA	3	3	1												
DIRIGENTI AMMINISTRATIVI	1														
<b>COMPARTO - Area del Personale di Elevata Qualificazione</b>															
COLLABORATORI AMMINISTRATIVO-PROFESSIONALI DI E.Q.															
<b>COMPARTO - Area dei Funzionari</b>															
COLLABORATORI AMMINISTRATIVO-PROFESSIONALI	38	21		4	18										
<b>COMPARTO - Area degli Assistenti</b>															
ASSISTENTI AMMINISTRATIVI	46				4		5				8				
<b>COMPARTO - Area degli Operatori</b>															
COADIUTORI AMMINISTRATIVI SENIOR	34														
<b>COMPARTO - Area del Personale di Supporto</b>															
COADIUTORI AMMINISTRATIVI	20					7									
COMMESSE															
<b>TOTALE RUOLO AMMINISTRATIVO</b>	<b>142</b>	<b>24</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>22</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	
<b>TOTALE GENERALE</b>	<b>2.639</b>	<b>173</b>	<b>6</b>	<b>166</b>	<b>92</b>	<b>15</b>	<b>12</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>12</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	

DIRIGENTI MEDICI STRUTTURA COMPLESSA			
di cui è prevista l'assunzione nel corso del 2024 - come risulta da Tabella 1 PTFP 2024-2026			
n°	nella specialità di	Struttura di destinazione (se nota)	probabile trimestre di assunzione *
1	Cardiochirurgia	Cardiochirurgia	1° trimestre
1	Direzione Medica di Presidio Ospedaliero	I.O.S.O.	4° trimestre
1	Ginecologia e Ostetricia	Ostetricia e Ginecologia	1° trimestre
1	Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza	C.O.U.R. 118	1° trimestre
1	Nefrologia	Nefrologia e Dialisi	4° trimestre
1	Neurochirurgia	Neurochirurgia	4° trimestre
1	Neuroradiologia	Neuroradiologia	4° trimestre
1	Oncologia	Oncologia Medica	4° trimestre
1	Patologia Clinica	Patologia Clinica	1° trimestre
<b>9</b>	<b>NUMERO TOTALE ASSUNZIONI ORDINARIE PREVISTE NEL PTFP PER L'ANNO 2024</b>		

DIRIGENTI MEDICI			
di cui è prevista l'assunzione nel corso del 2024 - come risulta da Tabella 1 PTFP 2024-2026			
n°	nella specialità di	Struttura di destinazione (se nota)	probabile trimestre di assunzione *
3	Anatomia Patologica	Anatomia e istologia Patologica	1° e 3° trimestre
4	Anestesia e Rianimazione	Anestesia e Rianimazione 1	2° e 3° trimestre
3	Anestesia e Rianimazione	Anestesia e Rianimazione 2	1° e 3° trimestre
3	Cardiochirurgia	Cardiochirurgia	1° e 3° trimestre
1	Cardiologia	Cardiologia	4° trimestre
1	Chirurgia Generale	Chirurgia Generale e d'Urgenza	1° trimestre
1	Chirurgia Pediatrica	Chirurgia Pediatrica	2° trimestre
1	Chirurgia Toracica	Chirurgia Toracica	4° trimestre
1	Direzione Medica di Presidio Ospedaliero	I.O.S.O.	3°/4° trimestre
1	Ematologia	Ematologia e TMO	3° trimestre
1	Ematologia	Oncoematologia Pediatrica	3° trimestre
1	Endocrinologia	Endocrinologia e Malattie del Metabolismo	3° trimestre
2	Gastroenterologia	Gastroenterologia ed Epatologia	3° trimestre
1	Genetica Medica	SSD Genetica Medica e Malattie Rare	4° trimestre
2	Geriatrics	Geriatrics	3° trimestre
1	Ginecologia e Ostetricia	Ostetricia e Ginecologia	3° trimestre
1	Ginecologia e Ostetricia	Clinica Ostetrica e Ginecologica	3° trimestre
1	Malattie Infettive	Clinica delle Malattie Infettive	1° trimestre
5	Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza	Pronto Soccorso	1° trimestre
2	Medicina Fisica e Riabilitazione	SS SITRO Area Tecnico Sanitaria e Riabilitativa	2° trimestre
2	Medicina Interna	Pronto Soccorso	1° trimestre
1	Medicina Interna	Unità Spinale Unipolare	1° trimestre
1	Medicina Interna	Geriatrics	1° trimestre
1	Medicina Interna	I.O.S.O.	1° trimestre
2	Medicina Interna	Medicina Interna	1° trimestre
1	Medicina Interna	Medicina Vascolare e d'Urgenza Stroke unit	1° trimestre
1	Medicina Nucleare	Medicina Nucleare	4° trimestre
6	Medicina Trasfusionale	Servizio Immunotrasfusionale	1° trimestre
2	Neonatalogia	Neonatalogia e UTIN	3° trimestre
1	Neurochirurgia	Neurochirurgia	3° trimestre
2	Neurologia	Clinica Neurologica	3° trimestre
1	Neurologia	Medicina Vascolare e d'Urgenza Stroke unit	1° trimestre
1	Oftalmologia	Clinica Oculistica	3° trimestre
1	Oncologia	Oncologia Medica	1° trimestre
1	Ortopedia e Traumatologia	Clinica Ortopedica e Traumatologica	3° trimestre
1	Pediatria	Clinica Pediatrica	1° trimestre
3	Psichiatria	Psichiatria, Psicologia Clinica e Riabilitazione Psichiatrica	3° trimestre
3	Radiodiagnostica	Radiologia	1° trimestre
1	Radiodiagnostica	Diagnostica per Immagini	2° trimestre
3	Radiodiagnostica	SSD Attività Radiologica Interventistica	4° trimestre
2	Radioterapia	Radioterapia Oncologica	3° trimestre
1	Reumatologia	Reumatologia	4° trimestre
1	Urologia	Clinica Urologica ad Indirizzo Oncologico	4° trimestre
<b>75</b>	<b>NUMERO TOTALE ASSUNZIONI ORDINARIE PREVISTE NEL PTFP PER L'ANNO 2024</b>		

## PIANO FABBISOGNO PERSONALE TRIENNIO 2024 - 2026

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

PROFILO PROFESSIONALE/QUALIFICA *	Posti coperti al 31.12.2023		ANNO 2024	
	Tempo Ind.	Tempo Det.	Assunzioni	Stabilizz.
<b>Reclutamenti ai sensi dell'art. 2, comma 5, DL 34/2020 - <i>Potenz. Mezzi di Soccorso</i></b>				
<b>Reclutamenti ai sensi dell'art. 2, comma 7, DL 34/2020 - <i>Potenz. Terapie Intensive</i></b>				
<b>TOTALE RECLUTAMENTI DL 34/2020</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

\* per i Dirigenti Medici specificare la specialità

Denominazione regione	UMBRIA									
Denominazione azienda/ente	AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA									
Periodo di rilevazione	2024									
(valori in migliaia di euro)	<b>Totale presenti al 31.12.2024 (1)</b>	Spese per competenze fisse e accessorie (2)	IRAP (3)	Spese per contributi a carico dell'azienda (4)	Altre voci di spesa (5)	<b>Totale (6)=(2)+(3)+(4)+(5)</b>	di cui derivante dai rinnovi contrattuali intervenuti successivamente all'anno 2004 (7)	<b>Totale al netto dei rinnovi (8) = (6) - (7)</b>		
<b>Personale dipendente a tempo indeterminato</b>						0		0		
<b>Personale a tempo determinato</b>						0		0		
<b>Restante personale</b>						0		0		
<b>Totale</b>	0	0	0	0	0	0	0	0		
(valori in migliaia di euro)						<b>Totale rimborsi (6.a)</b>	di cui derivante dai rinnovi contrattuali intervenuti successivamente all'anno 2004 (7.a)	<b>Totale rimborsi al netto dei rinnovi (8.a)=(6.a)-(7.a)</b>		
<b>Indennità De Maria</b>								0		

<b>(6) + (6.a)</b>	0	<b>(7) + (7.a)</b>	0	<b>(8) + (8.a)</b>	0
--------------------	---	--------------------	---	--------------------	---

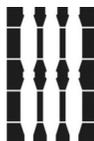
personale escludibile dalla predetta base di calcolo - Circolare RGS n. 9 del 17.02.2006 e assunzioni di cui al DL 34/2020 e al DL 72/2021 - anno 2024:

(valori in migliaia di euro)	
Personale classificato ex legge n. 68/1999 (disabili e categorie protette)	
Personale della sanità penitenziaria (incluse le REMS)	
Personale finanziato con contributi provenienti da privato (se già non portato in detrazione diretta dei costi)	
Personale finanziato con contributi provenienti dall'Unione Europea (se già non portato in detrazione diretta dei costi)	
Personale finanziato con fondi destinati alla ricerca (se già non portato in detrazione diretta dei costi)	
Spese per la formazione e le missioni	
<b>Totale delle spese di personale escluso Circolare RGS n° 9 del 17/02/2006 (A)</b>	<b>0</b>
Reclutamento a tempo indeterminato di personale, ai sensi dell'art. 2, c. 5, del DL 34/2020 (Potenz. Mezzi di Soccorso)	
Reclutamento a tempo indeterminato di personale, ai sensi dell'art. 2, c. 7, del DL 34/2020 (Potenz. Terapie Intensive)	
<b>Totale ulteriori detrazioni (B)</b>	<b>0</b>
<b>TOTALE COMPLESSIVO PERSONALE ESCLUDIBILE (C) = (A) + (B)</b>	<b>0</b>

max importo detraibile 619.553 Euro (pari all'assegnato per l'anno 2022 - DGR 412/2023)

max importo detraibile 851.973 Euro (pari all'assegnato per l'anno 2022 - DGR 412/2023)

<b>TOT. COSTO DEL PERSONALE al NETTO RINNOVI CCNL</b>	<b>0</b>
<b>COSTO DEL PERSONALE (al netto CCNL) e al NETTO DETRAZIONI ASSENTITE (C)</b>	<b>0</b>
<b>TETTO di cui alla DGR 581/2021</b>	<b>124.901.440</b>
<b>MARGINE DAL TETTO</b>	<b>124.901.440</b>



# Regione Umbria

Giunta Regionale

---

## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

N. 148                      SEDUTA DEL    15/02/2023

**OGGETTO:** Centro Unico di formazione e valorizzazione delle risorse umane. Modello organizzativo e approvazione Piano unico di formazione regionale in sanità 2023

		PRESENZE
Tesei Donatella	Presidente della Giunta	Presente
Morrone Roberto	Vice Presidente della Giunta	Presente
Agabiti Paola	Componente della Giunta	Assente
Coletto Luca	Componente della Giunta	Presente
Fioroni Michele	Componente della Giunta	Presente
Melasecche Germini Enrico	Componente della Giunta	Presente

---

Presidente: **Donatella Tesei**

Segretario Verbalizzante: Cristina Clementi

Atto firmato digitalmente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge

---

L'atto si compone di 9 pagine

Fanno parte integrante dell'atto i seguenti allegati:

**Relazione finale.**

**Piano unico di formazione regionale in sanità 2023.**

## LA GIUNTA REGIONALE

**Visto** il documento istruttorio concernente l'argomento in oggetto: “**Centro Unico di formazione e valorizzazione delle risorse umane. Modello organizzativo e approvazione Piano unico di formazione regionale in sanità 2023**” e la conseguente proposta dell'Assessore Luca Coletto;

**Preso atto:**

- a) del parere favorevole di regolarità tecnica e amministrativa reso dal responsabile del procedimento;
- b) del parere favorevole sotto il profilo della legittimità espresso dal Dirigente competente;
- c) del parere favorevole del Direttore in merito alla coerenza dell'atto proposto con gli indirizzi e gli obiettivi assegnati alla Direzione stessa;

**Vista** la deliberazione di Giunta regionale n. 716 del 13 luglio 2022, recante “*Centro Unico di Formazione e valorizzazione delle risorse umane. Architettura del governo della formazione continua in Regione Umbria*”;

**Vista** la deliberazione di Giunta regionale n.1020 del 5 ottobre 2022, recante “*Centro Unico di Formazione e valorizzazione delle risorse umane. Sperimentazione periodo settembre – dicembre 2022*”;

**Vista** la deliberazione di Giunta regionale n. 1415 del 28 dicembre 2022 recante “*Art 23-bis, comma 7 del d.lgs. 30.03.2002, n. 65 – Protocollo d'intesa tra la Regione Umbria e l'Azienda U.S.L. Umbria n. 1, per l'utilizzo, dal 1° gennaio 2023 al 31 dicembre 2023, della dott.ssa Mara Fabrizio*”;

**Vista** la deliberazione di Giunta regionale n.1418 del 30 dicembre 2022 “*Revisione della d.g.r. n. 212 del 29/12/2016, recante Provvedimento generale di programmazione di adeguamento della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati (pubblici e privati) ed effettivamente a carico del Servizio Sanitario regionale” attuativo del Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera (D.M. 2 aprile 2015, n.70) Preadozione*”;

**Vista** la *Relazione finale relativa alla sperimentazione del Piano unico di formazione regionale in Sanità periodo settembre - dicembre 2022* predisposta dal Servizio Amministrativo e risorse umane del SSR allegata al presente provvedimento;

**Acquisito** il parere positivo del Dirigente del Servizio *Affari generali della Presidenza, Comunicazione. Riforme. Rapporti con i livelli di governo. Pari opportunità* sulla proposta del logo del Centro Unico di Formazione Regionale – Valorizzazione delle risorse umane della sanità, logo apposto nel *Piano unico di formazione regionale in sanità 2023* allegato al presente atto;

**Richiamate** le determinazioni dirigenziali n. 4316 del 10/05/2019, n. 10630 del 27/10/2021 e n. 9983 del 03/10/2022 con le quali sono stati assunti impegni di spesa, a valere sul capitolo B2165\_S, per la copertura finanziaria delle attività formative affidate al Consorzio Scuola Umbra di Amministrazione Pubblica;

**Visto** il CCNL Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro relativo al personale del comparto Sanità, triennio 2019/2021, sottoscritto in data 02/11/2022;

**Vista** la determinazione dirigenziale n. 810 del 25/01/2023 recante “*Impegno e liquidazione di €450.000,00 a favore del Consorzio Scuola Umbra di Amministrazione Pubblica, per l'anno 2023, ai sensi della Legge regionale n. 24/2008*”, per il funzionamento dello stesso Consorzio;

**Vista** la legge regionale 1° febbraio 2005, n. 2 e la normativa attuativa della stessa;

**Visto** il Regolamento interno di questa Giunta;

**A voti** unanimi espressi nei modi di legge,

**DELIBERA**

*per le motivazioni contenute nel documento istruttorio che è parte integrante e sostanziale della presente deliberazione*

1. di prendere atto della *Relazione finale relativa alla sperimentazione del Piano unico di formazione regionale in sanità, periodo settembre – dicembre 2022*, allegata al presente provvedimento, quale parte integrante e sostanziale e recepirne per intero i contenuti;
2. di approvare il modello organizzativo contenuto a pag. 3 e 4 della *Relazione finale* di cui al punto 1 del presente provvedimento;
3. di stabilire che:
  - a. le attività riguardanti la gestione e controllo del *Centro Unico di formazione regionale in sanità*, la progettazione unica tra le Aziende sanitarie e la definizione del *Piano unico di formazione regionale in sanità 2023* sono attribuite al Servizio *Amministrativo Risorse umane del SSR - Direzione Salute e Welfare*;
  - b. le Aziende sanitarie regionali, attraverso il personale da loro individuato, garantiscono il coordinamento didattico, il tutoraggio, l'accreditamento dei corsi proposti dalle Aziende stesse;
4. di affidare al Consorzio Scuola Umbra di Amministrazione Pubblica le attività di coordinamento didattico, il tutoraggio, l'accreditamento dei corsi afferenti direttamente alla Direzione *Salute e Welfare*, le attività di segreteria amministrativa, per ogni corso previsto nel Piano formativo 2023;
5. di approvare il "*Piano unico di formazione regionale in sanità 2023*", allegato quale parte integrante e sostanziale, contenente l'elenco dei corsi da realizzare nell'anno 2023, per ciascuno dei quali è specificato l'Ente proponente (Regione Umbria/Aziende sanitarie regionali) cui ricondurre le spese di gestione dei corsi medesimi;
6. di approvare il logo identificativo del Centro Unico di Formazione Regionale - Valorizzazione delle risorse umane della sanità apposto nel frontespizio del Piano di cui al punto 5.;
7. di disporre che la Direzione *Salute e Welfare* acquisisca specifiche relazioni dei Direttori Generali relative alle ricadute derivanti dalla strutturazione del Centro Unico di Formazione, con particolare riferimento all'evoluzione organizzativa delle strutture aziendali deputate alla formazione ante sperimentazione;
8. di dare mandato al Servizio *Amministrativo e risorse umane del SSR* congiuntamente alle Aziende Sanitarie regionali e al Consorzio Scuola Umbra di Amministrazione Pubblica di redigere, entro il 15 marzo 2023, secondo principi di economicità e razionalizzazione della spesa, il regolamento di gestione del processo formativo, con l'individuazione dei ruoli, delle funzioni, dei costi generali da ripartire, del personale da impiegare, dei tariffari, ecc.;
9. di stabilire che, nelle more della predisposizione ed approvazione del regolamento, gli oneri derivanti dalla realizzazione delle attività formative di cui al *Piano unico di formazione regionale in sanità 2023* e delle eventuali attività conclusive del periodo di sperimentazione, saranno corrisposti secondo i criteri già approvati con atti regionali e regolamenti aziendali;
10. di richiamare il Protocollo di Intesa approvato con d.g.r. n. 1415 del 28 dicembre 2022 in cui sono definite le funzioni e le attività spettanti alla Dott.ssa Mara Fabrizio assegnata al Servizio *Amministrativo Risorse umane del SSR - Direzione Salute e Welfare*, in particolare la gestione e controllo del Centro Unico di formazione regionale in sanità;

11. di dare atto che, nelle more dell'approvazione del regolamento di cui al precedente punto 7., la spesa complessiva che la Regione deve sostenere per i corsi di propria competenza è quantificata in € 268.200,00;
12. di dare atto che la copertura finanziaria per la realizzazione dei corsi compresi nel *Piano unico di formazione regionale in sanità 2023* è garantita dalle risorse già impegnate nei capitoli di competenza del bilancio regionale (cap. B2165\_S – dd.dd. n. 10630/2021 e n.9983/2022) e dei bilanci di ogni Azienda e che la liquidazione, ciascuno per la parte di propria competenza, avverrà previa rendicontazione delle spese sostenute dal Consorzio SUAP;
13. di notificare il presente atto alle Aziende Sanitarie regionali, al Consorzio SUAP e a tutti i soggetti interessati;
14. di pubblicare il presente atto sul Bollettino Ufficiale Regionale e nel sito web regionale, nella pagina dedicata della sezione “*Salute*”;
15. di pubblicare il presente atto ai sensi dell’art. 37 e art. 23 comma 1 del D.lgs. n.33/2013.

## DOCUMENTO ISTRUTTORIO

### **Oggetto: Centro Unico di formazione e valorizzazione delle risorse umane. Modello organizzativo e approvazione Piano unico di formazione regionale in sanità 2023**

Con d.g.r. n. 716 del 13 luglio 2022, *Centro Unico di formazione e valorizzazione delle risorse umane. Architettura del governo della formazione continua in Regione Umbria*, è iniziato il percorso di riordino della formazione continua e aggiornamento in Sanità, che sta accompagnando la riorganizzazione della rete sanitaria, alla luce degli sviluppi normativi e cambiamenti contestuali di tutto il territorio.

La formazione si conferma essere uno strumento di governo clinico per garantire a tutti i professionisti delle Aziende sanitarie appropriate conoscenze basate sulle migliori evidenze scientifiche, al fine di sviluppare competenze avanzate sempre più specifiche e/o specialistiche, per rispondere appropriatamente ai bisogni di salute dei cittadini nel contesto geo demografico umbro.

Ne consegue che la programmazione con la relativa progettazione della formazione e la riorganizzazione del sistema sanitario regionale debbano essere percorsi condivisi e fortemente integrati, al fine della realizzazione dei molteplici obiettivi da attuare in linea con il D.M. 70/2015, il D.M. 77/2022, il Piano Sanitario regionale, le linee di indirizzo regionali e le indicazioni del PNNR.

La d.g.r. n.1020 del 5 ottobre 2022, recante "*Centro Unico di Formazione e valorizzazione delle risorse umane. Sperimentazione periodo settembre – dicembre 2022*" ha stabilito che, alla conclusione del periodo di sperimentazione, il Comitato gestionale/operativo avrebbe inviato al Servizio *Amministrativo delle risorse umane del SSR* la relazione finale contenente i risultati operativi dell'attività del Centro Unico di formazione e valorizzazione delle risorse umane.

L'esito della sperimentazione è stato rappresentato dal Servizio *Amministrativo risorse umane del SSR* nella *Relazione finale relativa alla sperimentazione del Piano unico di formazione regionale in Sanità periodo settembre - dicembre 2022*, con evidenza del costante monitoraggio e supervisione da parte del Servizio nella gestione ed erogazione dei corsi durante la sperimentazione medesima, delle specificità delle singole Aziende, della relazione finale da parte del Consorzio SUAP, nonché delle considerazioni in merito agli sviluppi per la gestione del Centro Unico di Formazione regionale per l'anno 2023.

Sono emersi elementi determinanti per migliorare e sviluppare un modello organizzativo, descritto a pag. 3 e 4 della Relazione finale relativa alla sperimentazione del *Piano unico regionale in sanità periodo settembre – dicembre 2022*, modello suscettibile di progressiva evoluzione.

E' stato, altresì, elaborato il *Piano unico di formazione regionale in sanità 2023*, sulla base del reale fabbisogno formativo, come ad es. l'esigenza di adottare linee guida e implementare procedure e protocolli comuni e condivisi in virtù dell'integrazione ospedale e territorio ed in ottemperanza dei cambiamenti organizzativi dell'assetto sanitario.

Il citato *Piano* è il risultato del coinvolgimento dei Servizi della Direzione regionale *Salute e Welfare*, della Commissione Tecnico Scientifica di cui alla d.g.r. n. 716/2022, nonché degli Stakeholder; sono stati presentati, entro il 20 dicembre 2022, molti progetti di formazione accuratamente visionati, alla luce delle linee di indirizzo, dei tavoli interregionali, delle normative vigenti, della programmazione sanitaria regionale, dell'attuazione del Piano Sanitario Regionale, del Piano di Prevenzione Regionale, delle indicazioni sistema ECM nazionale, nonché del PNNR.

Nell'ambito Piano figurano, al momento, i progetti finanziati con fondi del PNRR in materia di infezioni ospedaliere e fascicolo sanitario elettronico; la gestione e il finanziamento di tali progetti saranno oggetto di un successivo provvedimento di Giunta regionale, in particolare per l'individuazione dell'Ente/degli Enti attuatori.

Nel *Piano unico di formazione regionale in sanità 2023* è apposto il logo del Centro Unico di Formazione Regionale - Valorizzazione delle risorse umane della sanità, per il quale è stato acquisito il parere positivo del Dirigente del Servizio *Affari generali della Presidenza, Comunicazione. Riforme. Rapporti con i livelli di governo. Pari opportunità*.

Il suddetto logo sancisce la nascita del Centro Unico di Formazione (CUF): attraverso la collaborazione delle due Aziende sanitarie territoriali (Azienda USL Umbria 1 e Azienda USL Umbria 2) e delle 2 Aziende sanitarie Ospedaliere (Azienda Ospedaliera di Perugia e Azienda Ospedaliera di Terni) rappresentate da quattro eliche, ognuna delle quali riprende il colore identificativo dei loghi aziendali. Al centro, per evidenziare il rapporto col territorio, è raffigurata la sagoma geografica dell'Umbria contenente il logo del Consorzio SUAP.

**Tutto ciò premesso si propone alla Giunta regionale:**

1. di prendere atto della *Relazione finale relativa alla sperimentazione del Piano unico di formazione regionale in sanità, periodo settembre – dicembre 2022*, allegata al presente provvedimento, quale parte integrante e sostanziale e recepirne per intero i contenuti;
2. di approvare il modello organizzativo contenuto a pag. 3 e 4 della *Relazione finale* di cui al punto 1 del presente provvedimento;
3. di stabilire che:
  - a. le attività riguardanti la gestione e controllo del *Centro Unico di formazione regionale in sanità*, la progettazione unica tra le Aziende sanitarie e la definizione del *Piano unico di formazione regionale in sanità 2023* sono attribuite al Servizio *Amministrativo Risorse umane del SSR - Direzione Salute e Welfare*;
  - b. le Aziende sanitarie regionali, attraverso il personale da loro individuato, garantiscono il coordinamento didattico, il tutoraggio, l'accreditamento dei corsi proposti dalle Aziende stesse;
4. di affidare al Consorzio Scuola Umbra di Amministrazione Pubblica le attività di coordinamento didattico, il tutoraggio, l'accreditamento dei corsi afferenti direttamente alla Direzione *Salute e Welfare*, le attività di segreteria amministrativa, per ogni corso previsto nel Piano formativo 2023;
5. di approvare il "*Piano unico di formazione regionale in sanità 2023*", allegato quale parte integrante e sostanziale, contenente l'elenco dei corsi da realizzare nell'anno 2023, per ciascuno dei quali è specificato l'Ente proponente (Regione Umbria/Aziende sanitarie regionali) cui ricondurre le spese di gestione dei corsi medesimi;
6. di approvare il logo identificativo del Centro Unico di Formazione Regionale - Valorizzazione delle risorse umane della sanità apposto nel frontespizio del Piano di cui al punto 5.;
7. di disporre che la Direzione *Salute e Welfare* acquisisca specifiche relazioni dei Direttori Generali relative alle ricadute derivanti dalla strutturazione del Centro Unico di Formazione, con particolare riferimento all'evoluzione organizzativa delle strutture aziendali deputate alla formazione ante sperimentazione;
8. di dare mandato al Servizio *Amministrativo e risorse umane del SSR* congiuntamente alle Aziende Sanitarie regionali e al Consorzio Scuola Umbra di Amministrazione Pubblica di

- redigere, entro il 15 marzo 2023, secondo principi di economicità e razionalizzazione della spesa, il regolamento di gestione del processo formativo, con l'individuazione dei ruoli, delle funzioni, dei costi generali da ripartire, del personale da impiegare, dei tariffari, ecc.;
9. di stabilire che, nelle more della predisposizione ed approvazione del regolamento, gli oneri derivanti dalla realizzazione delle attività formative di cui al *Piano unico di formazione regionale in sanità 2023* e delle eventuali attività conclusive del periodo di sperimentazione, saranno corrisposti secondo i criteri già approvati con atti regionali e regolamenti aziendali;
  10. di richiamare il Protocollo di Intesa approvato con d.g.r. n. 1415 del 28 dicembre 2022 in cui sono definite le funzioni e le attività spettanti alla Dott.ssa Mara Fabrizio assegnata al Servizio *Amministrativo Risorse umane del SSR - Direzione Salute e Welfare*, in particolare la gestione e controllo del Centro Unico di formazione regionale in sanità;
  11. di dare atto che, nelle more dell'approvazione del regolamento di cui al precedente punto 7., la spesa complessiva che la Regione deve sostenere per i corsi di propria competenza è quantificata in € 268.200,00;
  12. di dare atto che la copertura finanziaria per la realizzazione dei corsi compresi nel *Piano unico di formazione regionale in sanità 2023* è garantita dalle risorse già impegnate nei capitoli di competenza del bilancio regionale (cap. B2165\_S – dd.dd. n. 10630/2021 e n.9983/2022) e dei bilanci di ogni Azienda e che la liquidazione, ciascuno per la parte di propria competenza, avverrà previa rendicontazione delle spese sostenute dal Consorzio SUAP;
  13. di notificare il presente atto alle Aziende Sanitarie regionali, al Consorzio SUAP e a tutti i soggetti interessati;
  14. di pubblicare il presente atto sul Bollettino Ufficiale Regionale e nel sito web regionale, nella pagina dedicata della sezione “*Salute*”;
  15. di pubblicare il presente atto ai sensi dell'art. 37 e art. 23 comma 1 del D.lgs. n.33/2013.

---

## PARERE DI REGOLARITÀ TECNICA E AMMINISTRATIVA

Ai sensi del vigente Regolamento interno della Giunta: si esprime parere favorevole in ordine alla regolarità tecnica e amministrativa del procedimento e si trasmette al Dirigente per le determinazioni di competenza.

Perugia, lì 14/02/2023

Il responsabile del procedimento  
Ivana Ranocchia

FIRMATO

Firma apposta digitalmente ai sensi  
delle vigenti disposizioni di legge

## **PARERE DI LEGITTIMITÀ**

Ai sensi del vigente Regolamento interno della Giunta;

Visto il documento istruttorio;

Atteso che sull'atto è stato espresso:

- il parere favorevole in ordine alla regolarità tecnica e amministrativa reso dal responsabile del procedimento;

Si esprime parere favorevole in merito alla legittimità dell'atto

Perugia, lì 14/02/2023

Il dirigente del Servizio  
Amministrativo e Risorse umane del SSR

- Davina Boco

**FIRMATO**

Firma apposta digitalmente ai sensi  
delle vigenti disposizioni di legge

---

## **PARERE DEL DIRETTORE**

Il Direttore, ai sensi e per gli effetti degli artt. 6, l.r. n. 2/2005 e 13 del Regolamento approvato con Deliberazione di G.R., 25 gennaio 2006, n. 108:

- riscontrati i prescritti pareri del vigente Regolamento interno della Giunta,  
- verificata la coerenza dell'atto proposto con gli indirizzi e gli obiettivi assegnati alla Direzione,  
esprime parere favorevole alla sua approvazione.

Perugia, lì 14/02/2023

IL DIRETTORE  
DIREZIONE REGIONALE SALUTE E WELFARE  
- Massimo D'Angelo  
Titolare

**FIRMATO**

Firma apposta digitalmente ai sensi  
delle vigenti disposizioni di legge

---

## PROPOSTA ASSESSORE

L'Assessore Luca Coletto ai sensi del vigente Regolamento della Giunta regionale,

**propone**

alla Giunta regionale l'adozione del presente atto

Perugia, lì 14/02/2023

Assessore Luca Coletto  
Titolare

**FIRMATO**

Firma apposta digitalmente ai sensi  
delle vigenti disposizioni di legge

---

COD. PRATICA: 2023-001-830



# Regione Umbria

Giunta Regionale

---

## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

N. 839                      SEDUTA DEL    07/08/2023

**OGGETTO:** Approvazione Disciplinare Centro Unico di Formazione e sviluppo risorse umane

		PRESENZE
Tesei Donatella	Presidente della Giunta	Presente
Morrone Roberto	Vice Presidente della Giunta	Assente
Agabiti Paola	Componente della Giunta	Presente
Coletto Luca	Componente della Giunta	Presente
Fioroni Michele	Componente della Giunta	Presente
Melasecche Germini Enrico	Componente della Giunta	Presente

---

Presidente: **Donatella Tesei**

Segretario Verbalizzante: Cristina Clementi

Atto firmato digitalmente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge

---

L'atto si compone di 5 pagine

Fanno parte integrante dell'atto i seguenti allegati:

**Disciplinare CUF.**

## LA GIUNTA REGIONALE

**Visto** il documento istruttorio concernente l'argomento in oggetto: **“Approvazione Disciplinare Centro Unico di Formazione e sviluppo risorse umane”** e la conseguente proposta dell'Assessore Luca Coletto;

**Preso atto:**

- a) del parere favorevole di regolarità tecnica e amministrativa reso dal responsabile del procedimento;
- b) del parere favorevole sotto il profilo della legittimità espresso dal Dirigente competente;
- c) del parere favorevole del Direttore in merito alla coerenza dell'atto proposto con gli indirizzi e gli obiettivi assegnati alla Direzione stessa;

**Vista** la legge regionale n. 24 del 23 dicembre 2008, *“Costituzione del Consorzio “Scuola Umbra di Amministrazione Pubblica”*;

**Vista** la deliberazione di Giunta regionale n. 716 del 13 luglio 2022 *“Centro Unico di formazione e valorizzazione delle risorse umane. Architettura del governo della formazione continua in Regione Umbria”*;

**Vista** la deliberazione di Giunta regionale n. 1415 del 28 dicembre 2022 *“Art. 23-bis, comma 7, del d.lgs. 30.03.2001, n. 165 - Protocollo d'Intesa tra la Regione Umbria e l'Azienda U.S.L. Umbria n. 1, per l'utilizzo, dal 1° gennaio 2023 al 31 dicembre 2023, della dott.ssa Mara Fabrizio”*.

**Vista** la deliberazione di Giunta regionale n. 148 del 15 febbraio 2022 *“Centro Unico di formazione e valorizzazione delle risorse umane. Modello organizzativo e approvazione Piano unico di formazione regionale in sanità 2023”*;

**Visto** il CCNL Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro relativo al personale del comparto Sanità, triennio 2019/2021, sottoscritto in data 02/11/2022;

**Vista** la legge regionale 1° febbraio 2005, n. 2 e la normativa attuativa della stessa;

**Visto** il Regolamento interno di questa Giunta;

**A voti** unanimi espressi nei modi di legge,

### DELIBERA

*per le motivazioni contenute nel documento istruttorio che è parte integrante e sostanziale della presente deliberazione*

1. di approvare, in adempimento al punto 8. della d.g.r. 148/2023, il *“Disciplinare Centro Unico di Formazione e sviluppo risorse umane”*, quale parte integrante e sostanziale di questo provvedimento, dando atto che è stato predisposto dal Servizio *Amministrativo Risorse umane del SSR*, congiuntamente alle Aziende Sanitarie regionali e al Consorzio Scuola di Amministrazione Pubblica, secondo principi di economicità e razionalizzazione della spesa;
2. di dare mandato ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie regionali e all'Amministratore Unico del Consorzio Scuola di Amministrazione Pubblica di recepire, con proprio atto deliberativo, il suddetto disciplinare e di trasmetterlo al Servizio *Amministrativo Risorse umane del SSR - Direzione Salute e Welfare*;
3. di notificare il presente atto a tutti i soggetti interessati;
4. di pubblicare il presente atto nel Bollettino Ufficiale Regionale e nel sito istituzionale regionale, alla pagina dedicata nella sezione *“Salute”*.

## DOCUMENTO ISTRUTTORIO

### **Oggetto: Approvazione Disciplinare Centro Unico di Formazione e sviluppo risorse umane**

Con d.g.r. n. 148 del 15 febbraio 2023 "*Centro Unico di formazione e valorizzazione delle risorse umane. Modello organizzativo e approvazione Piano unico di formazione regionale in sanità 2023*" è stato approvato il modello organizzativo delle attività del processo formativo, che rispecchia esattamente i cambiamenti del contesto del Sistema Sanitario umbro.

Con il citato atto è stato approvato il Piano unico formativo regionale in sanità per l'anno 2023.

Inoltre, al punto 8. della medesima d.g.r. 148/2023 è stato dato mandato al Servizio *Amministrativo e risorse umane del SSR*, congiuntamente alle Aziende Sanitarie regionali e al Consorzio Scuola di Amministrazione Pubblica (Consorzio SUAP) di redigere, secondo principi di economicità e razionalizzazione della spesa, un disciplinare relativo alla gestione del processo formativo, con l'individuazione dei ruoli, delle funzioni, dei costi generali da ripartire, del personale da impiegare e dei tariffari.

In adempimento al punto 8. della d.g.r. 148/2023, il Servizio *Amministrativo e risorse umane del SSR* ha coordinato tutte le attività volte alla predisposizione del citato disciplinare, ai sensi del punto 10. della d.g.r. n. 1415 del 28 dicembre 2022, nell'ambito del gruppo di lavoro formato dai referenti delle Aziende Sanitarie e del Consorzio SUAP del *Centro Unico di Formazione e valorizzazione risorse umane*.

Con nota prot. n. 191198 del 2 agosto 2023 è stato trasmesso ai Direttori Generali delle quattro Aziende Sanitarie regionali e all'Amministratore Unico del Consorzio SUAP il *Disciplinare Centro Unico Formazione e sviluppo risorse umane in Sanità* elaborato e condiviso dal suddetto gruppo di lavoro, secondo principi di economicità e razionalizzazione della spesa. Il suddetto *Disciplinare* regola la gestione del processo formativo, individua i ruoli, le funzioni del personale, definisce i costi generali, il personale da impiegare e il tariffario docenti. Sono allegati al Disciplinare i seguenti documenti:

- Allegato 1 "*Job description Gestione formazione*",
- Allegato 2 "*Tariffario docenti*",
- Allegato 3 "*Costi corso formazione*".

Tutto ciò premesso si propone alla Giunta regionale:

1. di approvare, in adempimento al punto 8. della d.g.r. 148/2023, il "*Disciplinare Centro Unico di Formazione e sviluppo risorse umane*", quale parte integrante e sostanziale di questo provvedimento, dando atto che è stato predisposto dal Servizio *Amministrativo Risorse umane del SSR*, congiuntamente alle Aziende Sanitarie regionali e al Consorzio Scuola di Amministrazione Pubblica, secondo principi di economicità e razionalizzazione della spesa;
2. di dare mandato ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie regionali e all'Amministratore Unico del Consorzio Scuola di Amministrazione Pubblica di recepire, con proprio atto deliberativo, il suddetto disciplinare e di trasmetterlo al Servizio *Amministrativo Risorse umane del SSR - Direzione Salute e Welfare*;
3. di notificare il presente atto a tutti i soggetti interessati;
4. di pubblicare il presente atto nel Bollettino Ufficiale Regionale e nel sito istituzionale regionale, alla pagina dedicata nella sezione "*Salute*".

### **PARERE DI REGOLARITÀ TECNICA E AMMINISTRATIVA**

Ai sensi del vigente Regolamento interno della Giunta: si esprime parere favorevole in ordine alla regolarità tecnica e amministrativa del procedimento e si trasmette al Dirigente per le determinazioni di competenza.

Perugia, li 03/08/2023

Il responsabile del procedimento  
Ivana Ranocchia

**FIRMATO**

Firma apposta digitalmente ai sensi  
delle vigenti disposizioni di legge

---

### **PARERE DI LEGITTIMITÀ**

Ai sensi del vigente Regolamento interno della Giunta;

Visto il documento istruttorio;

Atteso che sull'atto è stato espresso:

- il parere favorevole in ordine alla regolarità tecnica e amministrativa reso dal responsabile del procedimento;

Si esprime parere favorevole in merito alla legittimità dell'atto

Perugia, li 03/08/2023

Il dirigente del Servizio  
Amministrativo e Risorse umane del SSR

- Davina Boco

**FIRMATO**

Firma apposta digitalmente ai sensi  
delle vigenti disposizioni di legge

---

### **PARERE DEL DIRETTORE**

Il Direttore, ai sensi e per gli effetti degli artt. 6, l.r. n. 2/2005 e 13 del Regolamento approvato con Deliberazione di G.R., 25 gennaio 2006, n. 108:

- riscontrati i prescritti pareri del vigente Regolamento interno della Giunta,
- verificata la coerenza dell'atto proposto con gli indirizzi e gli obiettivi assegnati alla Direzione, esprime parere favorevole alla sua approvazione.

Perugia, li 03/08/2023

IL DIRETTORE  
DIREZIONE REGIONALE SALUTE E WELFARE  
- Massimo D'Angelo  
Titolare

FIRMATO  
Firma apposta digitalmente ai sensi  
delle vigenti disposizioni di legge

---

#### PROPOSTA ASSESSORE

L'Assessore Luca Coletto ai sensi del vigente Regolamento della Giunta regionale,

**propone**

alla Giunta regionale l'adozione del presente atto

Perugia, li 03/08/2023

Assessore Luca Coletto  
Titolare

FIRMATO  
Firma apposta digitalmente ai sensi  
delle vigenti disposizioni di legge

---



## Regione Umbria

Giunta Regionale

Azienda Ospedaliera di Perugia  
aosp.perugia@postacert.umbria.it  
c.a. Direttore Generale

Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni  
aosp.terni@postacert.umbria.it  
c.a. Direttore Generale

Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 1  
aslumbria1@postacert.umbria.it  
c.a. Direttore Generale

Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 2  
aslumbria2@postacert.umbria.it  
c.a. Direttore Generale

Consorzio Scuola Umbra di Amministrazione Pubblica  
suapvillaumbra@pec.it  
c.a. Amministratore Unico

**e p.c**

Direzione regionale Salute e Welfare

Documento elettronico sottoscritto  
mediante firma digitale e conservato  
nel sistema di protocollo informatico  
della Regione Umbria

GIUNTA REGIONALE

Direzione regionale Salute e Welfare

SERVIZIO: Amministrativo e Risorse  
umane del SSR

Dirigente

Davina Boco

REGIONE UMBRIA  
Via Mario Angeloni, 61 - 06124 Perugia

Telefono: 075 5045290

Indirizzo email:  
dboco@regione.umbria.it

Indirizzo PEC:  
direzionesanita.regione@postacert.umbria.it

**Oggetto: Notifica deliberazione di Giunta regionale n. 839 del 07/08/2023**

Facendo seguito alla precedente nota prot.n. 191198 del 02/08/2023 si trasmette, per gli adempimenti di propria competenza, la deliberazione n. 839 del 07/08/2023 con cui la Giunta regionale ha approvato il "Disciplinare Centro Unico di Formazione e sviluppo risorse umane".

Restando in attesa dell'atto deliberativo di recepimento del *Disciplinare* da parte di ciascun componente del CUF, ai sensi del punto 2. del medesimo provvedimento n. 839/2023, distinti saluti.

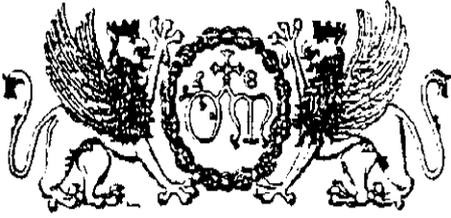


**Regione Umbria**  
Giunta Regionale

*FIRMATO DIGITALMENTE*  
**Davina Boco**

**Allegati alla nota:**

- Disciplinare CUF (DG\_0031129\_2023)
- dgr 839 del 07/08/2023 (DG\_0031130\_2023)



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

# Azienda Ospedaliera di Perugia

Direzione Generale e Sede Ammin.va: Piazzale Menghini, 8/9 – 06129 PERUGIA  
 Sede Legale: Ospedale S. Maria della Misericordia – S. Andrea delle Fratte – 06156 PERUGIA  
 Part. IVA 02101050546 – tel.: 075/5781 – Sito Internet: www.ospedale.perugia.it  
 PEC: aosp.perugia@postacert.umbria.it

## DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

**n. 0000964 del 01/09/2023**

**adottata in Perugia**

### OGGETTO:

RECEPIMENTO DISCIPLINARE “CENTRO UNICO DI FORMAZIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE” -  
 ATTUAZIONE D.G.R. N. 148/2023 E D.G.R. N. 839/2023

Ufficio Proponente: Formazione Qualità  
 Istruttore della pratica: ANTON GIULIO BOVENZI  
 Responsabile del procedimento: DONATELLA BOLOGNI  
 Dirigente dell'Ufficio Proponente: DONATELLA BOLOGNI  
 La Delibera comporta costi: No  
 Modalita' di Pubblicazione: Integrale

VISTA la proposta n. 0001019 del 25/08/2023 a cura di Formazione Qualità  
 hash.pdf (SHA256): f79862175ee0b6c7f54f21bf24c6d0a67cb06e8d8bbb48351efa5036512971b9  
 firmata digitalmente da: DONATELLA BOLOGNI  
 che ne attesta la regolarita' dell'iter istruttorio

IL DIRETTORE SANITARIO: ARTURO PASQUALUCCI  
 Parere: FAVOREVOLE

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO: ROSA MAGNONI  
 Parere: FAVOREVOLE

## DELIBERA

Di fare integralmente propria la menzionata proposta che allegata al presente atto ne costituisce parte integrante e di disporre così come in essa indicato, avendone acquisito i pareri

IL DIRETTORE GENERALE  
 GIUSEPPE DE FILIPPIS\*

\* Documento sottoscritto con firma digitale



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

# Azienda Ospedaliera di Perugia

Direzione Generale e Sede Amministrativa: Piazzale Giorgio Menghini, n. 8 - 9 - 06129 PERUGIA  
Sede Legale: Ospedale S. Maria della Misericordia (ex Silvestrini) - S. Andrea delle Fratte - 06156  
PERUGIA - P.IVA 02101050546 - tel. 075.5781 - Fax: 075.5783531 - sito:  
www.ospedale.perugia.it

## FORMAZIONE E QUALITA'

**Oggetto: Recepimento disciplinare "Centro Unico di Formazione e sviluppo risorse umane" - Attuazione D.G.R. n. 148/2023 e D.G.R. n. 839/2023**

### PREMESSO

che, con Deliberazione della Giunta Regionale n. 716 del 13 luglio 2022, nella ridefinizione dell'architettura del governo della formazione continua per il personale sanitario nella Regione Umbria, in conformità con il Piano Sanitario regionale, è stato istituito il "Centro Unico di Formazione del Servizio Sanitario Regionale"; contestualmente, è stato avviato un periodo di sperimentazione del Piano unico regionale della formazione e la sospensione della programmazione dei Piani formativi aziendali;

che, con Deliberazione n. 148 del 15.02.2023, la Giunta regionale ha approvato il Piano unico di formazione regionale in sanità per l'anno 2023, al termine del periodo di sperimentazione. E' stato altresì stabilito che le Aziende sanitarie regionali, attraverso il personale da loro individuato, garantiscono il coordinamento didattico, il tutoraggio, l'accreditamento dei corsi proposti dalle Aziende stesse, l'affidamento al Consorzio Scuola Umbra di Amministrazione Pubblica delle attività di coordinamento didattico, di tutoraggio e l'accreditamento dei corsi afferenti direttamente alla Direzione Salute e Welfare, per ogni corso previsto nel Piano formativo 2023;

che, con Deliberazione della Giunta Regionale n. 839 del 07.08.2023, è stato approvato il "Disciplinare del Centro Unico di Formazione e sviluppo risorse umane" al fine di regolamentare la gestione del processo formativo, l'individuazione dei ruoli, le funzioni del personale, le tipologie delle attività formative, la formazione in collaborazione con sponsor e quella aperta a partecipanti esterni, nonché la definizione dei costi generali, il personale da impiegare e il tariffario docenti.

### CONSIDERATO

che la D.G. R. n. 839 del 07.08.2023 ha dato mandato ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Regionali di recepire, con proprio atto deliberativo, il disciplinare e di trasmettere tale atto al Servizio Amministrativo Risorse Umane del SSR - Direzione Salute e Welfare;

che, nel sopra menzionato disciplinare, sono altresì contenuti i seguenti documenti che ne costituiscono parte integrante:

Allegato 1: Job description: gestione formazione;

Allegato 2: Tariffario docenti;

Allegato 3: costi corso formazione;

### VISTO

la Deliberazione della Giunta Regionale 13 luglio 2022 n. 716 di "ridefinizione dell'architettura del governo della formazione continua nella Regione Umbria, in conformità con il Piano Sanitario regionale, e istituzione del "Centro Unico di Formazione del Servizio Sanitario Regionale";



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

## Azienda Ospedaliera di Perugia

Direzione Generale e Sede Amministrativa: Piazzale Giorgio Menghini, n. 8 - 9 - 06129 PERUGIA  
Sede Legale: Ospedale S. Maria della Misericordia (ex Silvestrini) - S. Andrea delle Fratte - 06156  
PERUGIA - P.IVA 02101050546 - tel. 075.5781 - Fax: 075.5783531 - sito:  
www.ospedale.perugia.it

la Deliberazione della Giunta Regionale 15 febbraio 2023 n. 148 *“Centro Unico di formazione e valorizzazione delle risorse umane. Modello organizzativo e approvazione Piano unico di formazione regionale in sanità 2023”*;

la Determinazione Dirigenziale della Direzione Salute e Welfare - Servizio Risorse Umane del SSR n. 8470 del 3 agosto 2023 di *“Approvazione modelli di questionario di valutazione nei corsi di formazione dei provider regionali”*.

la Deliberazione della Giunta Regionale n. 839 del 7 agosto 2023 di *“Approvazione Disciplinare Centro Unico di Formazione e sviluppo risorse umane”*.

### ATTESTATO

che, a seguito dell'istruttoria effettuata nella forma e nella sostanza, la proposta è legittima ed utile per il servizio pubblico, essendo atto di recepimento di una Deliberazione della Giunta Regionale;

che il RUP, ai sensi del D.Lgs n. 123/2011, attesta che è stato effettuato il controllo di regolarità amministrativa e contabile;

In considerazione di quanto esposto nel presente documento istruttorio,

### SI PROPONE

1. di recepire il *“Disciplinare Centro Unico di Formazione e sviluppo risorse umane”*, che si allega come parte integrante e sostanziale della presente deliberazione contestualmente all'allegato 1 *“Job description: gestione formazione”*, allegato 2 *“Tariffario docenti”* ed allegato 3 *“costi corso formazione”*.
2. trasmettere il presente atto alla Direzione Aziendale Amministrazione del Personale e al Servizio Amministrativo Risorse umane del SSR – Direzione Salute e Welfare;

Il Funzionario Estensore  
Sig. Anton Giulio Bovenzi

Il Responsabile del Procedimento  
IL DIRIGENTE MEDICO  
S.S. FORMAZIONE E QUALITÀ  
Dr.ssa Donatella Bogni

Dott. Gianluca Ontari  
I.O. SITRO Resp. Formazione Continua  
e sviluppo delle risorse umane  
AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA  
Delegato COMITATO GESTIONALE /OPERATIVO  
Centro Unico di Formazione

# DISCIPLINARE CENTRO UNICO FORMAZIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE IN SANITA'

## Art.1 SCOPO

Il presente disciplinare intende regolamentare la gestione di tutte le attività di formazione in sanità della Regione Umbria erogate attraverso il Centro Unico di Formazione e valorizzazione delle risorse, per brevità d'ora innanzi CUF. Le attività formative si rivolgono a tutto il personale afferente al Sistema Sanitario Regionale. Il CUF è costituito dalle Aziende Sanitarie, Aziende ospedaliere e dal Consorzio Scuola Umbra di Amministrazione Pubblica, d'ora in poi Consorzio SUAP. Gli Enti sono tutti accreditati Provider ECM, regolarmente autorizzati dalla Regione Umbria. I suddetti Enti sono rappresentati nel CUF attraverso i "referenti della formazione", designati dall'Ente stesso a mezzo di manifestazione di interesse interno tra i dipendenti e/o selezione pubblica. Tale modello organizzativo è in continuo sviluppo e divenire in base ai cambiamenti di contesto socio sanitari e legislativi che si presentano nel Sistema Sanitario umbro.

## ART. 2 CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente DISCIPLINARE si applica a tutti i corsi, convegni, attività formative e di aggiornamento che hanno come destinatari il personale dipendente e convenzionato del Sistema Sanitario. Disciplina, inoltre, le modalità di accesso alla "formazione esterna in comando" a carico delle Aziende Sanitarie, ovvero sul fondo sanitario regionale.

## ART. 3 PIANO UNICO DI FORMAZIONE IN SANITA'

Il Piano unico di formazione in Sanità è l'espressione della volontà della Commissione Tecnico Scientifica, composta ai sensi della d.g.r 716/2022. La suddetta Commissione esamina tutte le proposte formative provenienti dalla raccolta del fabbisogno formativo a cura del CUF. Suddetto Piano è redatto annualmente dal CUF. Il Piano unico di formazione in Sanità tiene conto principalmente di alcuni elementi fondamentali, quali:

- a) applicazione di linee guida e documenti programmatici ed attuativi nazionali e regionali
- b) raggiungimento obiettivi strategici nazionali, regionali, aziendali
- c) rilevazione ed analisi dei fabbisogni formativi provenienti dai dipendenti delle Aziende Sanitarie
- d) risorse umane e tecnico-logistiche disponibili
- e) adempimenti normativi
- f) accreditamento istituzionale, norme ISO
- g) obiettivi di accreditamento in qualità di provider
- h) rispetto dell'obbligatorietà dei crediti formativi previsti dal Programma Nazionale ECM per il personale afferente al ruolo sanitario.

Il Piano unico di formazione in Sanità è suddiviso in aree tematiche, le quali possono variare di denominazione a seconda delle esigenze del fabbisogno formativo ed in linea con le strategie regionali e aziendali. Il Piano unico di formazione in Sanità è uno strumento flessibile *work in*

*progress* che, fatte salve necessariamente le condizioni programmatiche, deve poter raccogliere nel tempo modificazioni ed integrazioni alle esigenze formative. Il Piano unico di formazione in Sanità è pubblicato nelle apposite pagine dei siti dei cinque Enti.

## ART. 4 SOGGETTI DELLA GESTIONE DEL PROCESSO FORMATIVO

### 4.1 Centro Unico di Formazione in Sanità (CUF)

Il Centro Unico di Formazione e valorizzazione delle risorse (CUF) è composto dal Comitato gestionale/operativo dai referenti degli Enti, i quali presidiano tutte le fasi del processo formativo, attraverso lo svolgimento delle specifiche declaratorie illustrate nella tabella sinottica "*Job description* Gestione formazione", di cui all'allegato n.1. Tale tabella riassuntiva è stata appositamente creata dagli stessi referenti.

Il modello organizzativo e le suddette declaratorie potranno subire ulteriori sviluppi, modifiche ed integrazioni a seguito di ulteriori elementi sostanziali di cambiamenti di contesto. Tali modifiche saranno oggetto di approvazione attraverso atti amministrativi regionali e aziendali/Enti.

### 4.2 Composizione personale gestione del CUF

Il CUF si compone di dipendenti e/o collaboratori degli Enti stessi. Svolgono le diverse attività del processo di gestione della formazione con diversi ruoli e funzioni.

La gestione del CUF si compone di un team multidisciplinare ed interaziendale al fine di sviluppare e valorizzare, attraverso la formazione, tutte le professioni che operano nel Sistema Sanitario.

In ogni Azienda Sanitaria è individuato un contingente minimo di personale assegnato a tempo pieno, di cui almeno un professionista con incarico di organizzazione, uno con incarico di funzione professionale e almeno un dipendente di area della salute (afferenti alle diverse aree professionali) e almeno uno di area amministrativa.

Tale personale è collocato in Staff alla Direzione strategica aziendale.

Qualora un'Azienda Sanitaria non dovesse partecipare direttamente con proprio personale alla gestione dei progetti formativi del CUF assolverà a tale impegno il Consorzio della Scuola di Amministrazione Pubblica, che renderà periodicamente alla suddetta Azienda tutti i costi. L'Azienda liquiderà le prestazioni erogate nei tempi previsti dalla normativa vigente.

Il Consorzio SUAP svolge, con proprio personale, le attività descritte nella "*Job description* Gestione formazione", di cui all'allegato n.1

Altri soggetti contribuiscono indirettamente alla gestione del CUF:

- a) Commissione Tecnico Scientifica
- b) Responsabile Scientifico
- c) Referenti di area tematica

## ART. 5 PROCESSO E FASI DELLA FORMAZIONE

### 5.1 Accredimento Regionale

Ogni singolo Provider, attraverso i propri referenti, ha l'obbligo di monitorare e controllare ogni fase dell'intero processo, che sinteticamente consiste nell'espletamento delle seguenti funzioni:

- a) progettazione, attuazione e verifica delle attività formative e della loro qualità organizzativa
- b) attribuzione dei crediti ECM ed invio dei tracciati XML al COGEAPS secondo normativa vigente
- c) verifica degli esiti della formazione.

### 5.2 Acquisizione crediti ECM

La Commissione Continua in Sanità (ECM) attraverso il Consorzio Gestione Anagrafica Professioni Sanitarie (CO.GE.A.P.S [www.cogeaps.it](http://www.cogeaps.it)) mette a disposizione di ogni professionista sanitario una pagina personalizzata nel proprio sito, tramite la quale è possibile monitorare ed aggiornare online la propria situazione formativa per i crediti acquisiti esclusivamente tramite eventi organizzati dai provider accreditati dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua.

Il sistema ECM non pone limiti al numero dei crediti che il professionista può acquisire in un determinato anno. L'unico vincolo è posto dal termine del triennio formativo di riferimento, entro il quale il professionista sanitario deve ottemperare al proprio debito formativo.

Il professionista sanitario, in base alle proprie esigenze formative, può decidere come articolare nell'arco del triennio l'acquisizione dei crediti.

L'acquisizione dei crediti ECM è obbligatoriamente subordinata al soddisfacimento dei requisiti di:

- a) presenza ad almeno il 90% (o al 100% laddove richiesto) del monte ore dell'evento formativo
- b) superamento del test di verifica finale dell'apprendimento
- c) compilazione dei questionari di gradimento dell'evento e dei docenti.

Si rinvia al sito [www.cogeaps.it](http://www.cogeaps.it) per i criteri di assegnazione dei crediti alle diverse tipologie di metodologia impiegata nei corsi e all'attribuzione del ruolo in qualità di docente, moderatore, responsabile scientifico. Tali criteri sono oggetto di revisione periodica da parte della Commissione ECM.

### 5.3 Raccolta ed analisi dei fabbisogni formativi

La raccolta dei fabbisogni formativi è effettuata all'interno di ogni Provider/Azienda Sanitaria e mira alla congruità tra attività formative, esigenze organizzative e normative di riferimento.

L'analisi dei fabbisogni formativi rappresenta la fase preliminare alla stesura del Piano unico di formazione in Sanità e deve tener conto sia delle esigenze dell'organizzazione che dei bisogni individuali dei professionisti.

La rilevazione e l'analisi dei fabbisogni formativi sono effettuate dal CUF tramite metodologie o strumenti quali ad esempio questionari e/o focus group, nei mesi di settembre /ottobre per

l'elaborazione del Piano Unico di Formazione in Sanità annuale che periodicamente può essere integrato dal referente Regionale del CUF, se vi concorrono particolari esigenze urgenti.

Le proposte formative presentate alla Commissione Tecnica Scientifica vengono analizzate ed approvate dallo stesso ed inserite nel Piano unico di formazione in Sanità. Sono pianificate ed erogate secondo una calendarizzazione di massima distinta in due periodi. Il primo comprende il periodo da gennaio a giugno ed il secondo da settembre a dicembre dell'anno solare.

#### **5.4 Erogazione corsi di formazione**

I corsi, gli eventi, i congressi programmati e calendarizzati sono diffusi e promossi sul sito del Consorzio SUAP e resi evidenti sui siti dei Provider. Ogni aspirante partecipante ai corsi di formazione deve comunicare e concordare con il proprio responsabile gerarchico la reale fattibilità alla partecipazione in considerazione dell'assenza dal lavoro e senza arrecare disagi organizzativi.

Il Responsabile gerarchico deve valutare l'autorizzazione garantendo l'erogazione delle prestazioni e il rispetto dell'obbligo di raggiungimento crediti ECM previsti dalla normativa vigente. La calendarizzazione permette in anticipo, già da gennaio di ogni anno la pianificazione di massima fino a dicembre.

Nel Piano unico di formazione in Sanità sono garantite di norma n.2 edizioni per ogni corso per assicurare la conciliazione tra organizzazione del lavoro e aggiornamento del personale.

Si definiscono corsi obbligatori tutti quelli segnalati nel Piano unico di Formazione in Sanità e destinati ad un target preciso di personale. Sono corsi indicati da norme e regolamenti, tematiche cliniche, organizzative, amministrative e tecniche selezionate, finalizzate al miglioramento continuo della qualità delle prestazioni. Tali corsi sono promossi e diffusi dai referenti CUF di ogni singola Azienda.

Per tali corsi si garantisce, qualora necessario, la presenza di un interprete LIS o di lingua straniera, ed accesso facilitato per partecipanti con disabilità.

Si definiscono corsi facoltativi i corsi presenti nel Piano unico di Formazione in Sanità e/o richiesti dal dipendente per lo sviluppo del proprio portfolio formativo.

La partecipazione avviene al di fuori dell'orario di servizio o con gli istituti dell'aggiornamento facoltativo secondo CC.NN.LL.

#### **5.5 Obbligo per gli iscritti/partecipanti attività formative**

È fatto obbligo ai partecipanti iscritti ad un corso di formazione di comunicare quanto prima l'impossibilità a partecipare per dare la possibilità ad altro professionista e pertanto diventa un dovere dal punto di vista etico-professionale.

La comunicazione deve avvenire a mezzo mail al tutor d'aula del corso che in collaborazione con il Coordinatore provvede, ove possibile, alla sostituzione dei partecipanti assenti in modo da utilizzare tutti i posti disponibili.

Ogni partecipante deve:

- a) presentarsi puntuale per l'inizio dell'attività formativa
- b) firmare il registro delle presenze gestito dal Tutor del corso, sia in ingresso che in uscita. La mancata apposizione della firma comporta la mancata acquisizione dei crediti ECM.

- c) secondo le disposizioni aziendali è necessario timbrare l'entrata e l'uscita dal corso con apposito codice aziendale, ove possibile
- d) compilare la verifica dell'apprendimento
- e) compilare il questionario anonimo di gradimento dell'evento e valutazione dei docenti.

#### **5.6 Lista di attesa corsi**

Al momento dell'iscrizione, l'aspirante partecipante, si può trovare il corso chiuso per raggiungimento dei posti disponibili, se realmente interessato al corso, può inviare una mail al tutor d'aula per richiedere l'inserimento nella cosiddetta "lista d'attesa", nelle more di informatizzare il processo attraverso l'iscrizione nel gestionale multi provider.

Qualora si raggiunga il numero minimo, si procede con l'apertura di una nuova edizione del corso dando priorità di inserimento a chi ne ha fatto richiesta.

#### **5.7 Sospensione corso**

In fase di verifica delle iscrizioni, un evento con meno del 50% dei partecipanti previsti può essere sospeso dal Coordinatore didattico, in accordo con il Responsabile Scientifico.

#### **5.8 valutazione apprendimento della formazione**

Al termine di ogni corso di formazione il partecipante è tenuto alla compilazione della "scheda di valutazione evento" che consente l'assegnazione dei crediti raggiunti e l'indice di gradimento del corso in merito a contenuti e docenti. Tale valutazione è oggetto di verifica e sviluppo di miglioramento per le progettazioni dei corsi futuri.

#### **5.9 attestati ECM**

L'attestato ECM indica il numero dei crediti maturati per ciascun corso. I crediti ECM acquisiti sono comunicati, a cura del Provider al Cogeaps mediante l'invio dei dati di tutti partecipanti dopo la chiusura del corso ECM come previsto dalla normativa vigente Agenas.

Gli attestati riportano la sottoscrizione del legale rappresentante del provider o suo eventuale delegato.

Ogni attestato ECM individua la metodologia didattica utilizzata.

### **ART. 6 GESTIONALE UNICO REGIONALE DELLA FORMAZIONE IN SANITA'**

È prevista una "unica piattaforma *multiprovider*" utilizzata da tutti i provider per la gestione di tutte le fasi della formazione.

Ogni Provider attraverso il proprio personale, ovvero i referenti CUF, si avvale di tale strumento informatizzato al fine di tutti gli adempimenti ECM.

I Provider ne sono co-proprietari e ne condividono le spese di gestione. Ogni manutenzione del software, sviluppo è stabilito dai cinque Provider, che ne condivide in parti uguali le spese.

Tutti i dati immessi sono di proprietà dei rispettivi Provider.

## ART. 7 TIPOLOGIE DI ATTIVITA' FORMATIVE

Le attività formative inserite nel Piano di Formazione Aziendale sono realizzate nelle modalità previste dalla normativa nazionale, dagli accordi Stato-Regioni e dalla normativa regionale.

L'attività formativa si realizza nelle diverse sedi degli Enti. Le spese di gestione degli spazi, aule, strumentazione, personale dedicato sono a carico delle singole Aziende.

La formazione si articola essenzialmente in diverse tipologie:

- a) **formazione residenziale (RES)** che si svolge in aula ed offre ampio spazio a metodologie didattiche interattive, come i lavori di gruppo con rapporto finale, le esercitazioni esperienziali, *rôle-playing*, e mira a far acquisire nuove conoscenze e competenze prevalentemente su tematiche scientifiche e organizzative
- b) **formazione sul campo (FSC)** deriva alla consapevolezza che l'apprendimento degli adulti è legato soprattutto all'opportunità di trovare possibili soluzioni a problemi concreti del loro lavoro e che la possibilità del "*learning on the job*" rappresenta uno strumento che permette non solo di economizzare, ma soprattutto di abbinare significativamente i bisogni formativi del singolo e gli interessi di innovazione dell'organizzazione. La formazione sul campo può essere esplicita come training individualizzato, gruppi di miglioramento (gruppi di lavoro/studio/miglioramento, comitati aziendali permanenti, commissioni di studio, comunità di apprendimento o di pratica, audit clinico e/o assistenziale, PDTA integrati e multiprofessionali) attività di ricerca (studi osservazionali, studi epidemiologici, ricerca clinica, sperimentazione di farmaci o dispositivi medici (secondo la normativa vigente)
- c) **formazione a distanza (FAD)** nasce per svincolare l'intervento didattico dai limiti posti dalla presenza fisica e si è sviluppata grazie al miglioramento delle tecnologie della comunicazione e alla creazione di piattaforme multimediali dedicate, che garantiscono la tracciabilità delle operazioni (identificazione, presenza, verifica dell'apprendimento, qualità percepita) può essere esplicita come:
  - FAD sincrona** sessioni formative remote attraverso una piattaforma multimediale dedicata, fruibile in diretta tramite connessione a Internet. La sincronità della partecipazione prevede il collegamento dei discenti agli orari prestabiliti dal programma formativo e garantisce un elevato livello di interazione tra docenti/tutor e discenti
  - FAD asincrona** fruizione di materiale didattico durevole e ripetibile attraverso una piattaforma multimediale dedicata, tramite connessione a Internet; può essere prevista una chat, un forum dedicato e tutoraggio metodologico. La partecipazione avviene mediante una piattaforma dedicata alla formazione che garantisce l'utilizzo senza vincoli di orari specifici o di presenza in luoghi prestabiliti
  - Formazione blended** è costituita dall'integrazione di due o più tipologie formative e consente di unire le modalità didattiche più adeguate in percorsi complessi (es.: RES+FSC, FAD+FSC, ecc.)

## ART. 8 ISCRIZIONE ALBO DOCENTI REGIONALE

Ogni attività formativa è realizzata attraverso il coinvolgimento di docenti, esperti, formatori regolarmente iscritti nell'albo docenti regionale raccolto e depositato nel gestionale multi provider.

L'inserimento nell'Albo non garantisce l'effettivo conferimento dell'incarico. La docenza verrà conferita solo a seguito dell'individuazione da parte del Responsabile Scientifico e del Coordinatore

didattico in base alle competenze evidenziate dal curriculum, del compenso richiesto, del target del corso.

L'albo regionale raccoglie gli esistenti albi aziendali e del Consorzio SUAP. Ha comunque validità triennale dalla data di iscrizione.

La tipologia di incarico, scelto dallo stesso docente, può essere a titolo gratuito o a titolo di compenso economico (in orario o fuori orario di servizio per i dipendenti SSR/SSN).

Il tariffario docenti è regolamentato dalla normativa vigente ed è riportato nell'allegato n. 2

Il docente interno ed esterno al CUF è scelto dal Responsabile scientifico. L' Amministratore Unico del Consorzio SUAP provvede ad incaricarlo con apposita lettera. Al termine della prestazione, ovvero effettuazione del corso, il coordinatore del corso redige il modulo di avvenuta prestazione (MAP).

Nel caso di docente interno, il MAP è trasmesso direttamente al referente amministrativo aziendale dal Coordinatore, Referente aziendale con cadenza semestrale.

Nel caso di docente esterno, il Consorzio SUAP procede al pagamento e trasmette la rendicontazione delle spese sostenute al Referente amministrativo aziendale, con cadenza semestrale.

Ogni azienda provvederà quindi alla liquidazione delle spese fatturate per la realizzazione dei corsi nel semestre precedente.

#### **ART. 9 FORMAZIONE IN COLLABORAZIONE CON SPONSOR**

Il Centro Unico di Formazione in Sanità valuta e gestisce il rapporto per possibili sponsorizzazioni in ambito formativo. Si fa riferimento alla normativa nazionale e regionale vigente in materia, alle norme riguardanti i temi di prevenzione della corruzione e di trasparenza, Codice Etico e di Comportamento dei dipendenti pubblici.

#### **ART. 10 ATTIVITÀ FORMATIVE APERTE A PARTECIPANTI ESTERNI**

Per alcune iniziative potrebbe essere consentita la partecipazione regolamentata e concordata con la Regione Umbria di professionisti provenienti da altre Regioni al fine di creare una rete formativa extraregionale che moltiplichi le opportunità di apprendimento, la circolazione delle conoscenze, il potenziamento delle competenze presenti in Umbria.

Potrebbe essere previsto il pagamento di una quota di partecipazione da versare in favore del Provider.

L'ammissione dei partecipanti esterni avverrà fino all'esaurimento dei posti riservati, secondo l'ordine cronologico delle richieste.

## **ART. 11 FORMAZIONE ESTERNA DIPENDENTI DELLE AZIENDE SANITARIE REGIONALI**

### **11.1 Riconoscimento delle spese**

La formazione esterna rappresenta per il personale dipendente, un'integrazione, completamente alle offerte del Piano unico di Formazione in Sanità e non alternativa.

Si potrà richiedere la formazione esterna, appositamente motivata e se i contenuti non sono presenti nel Piano unico di Formazione in Sanità.

Tale integrazione dovrà sempre essere autorizzata dal responsabile gerarchico, secondo le procedure e regolamenti aziendali.

La formazione esterna deve essere in coerenza con gli obiettivi aziendali e con quelli espressi dalla Regione Umbria.

L'autorizzazione alla formazione esterna può essere di due principali tipologie:

- a) istituto del comando
- b) aggiornamento facoltativo

L'Azienda non prevede il contributo alle spese di iscrizione per percorsi individuali di studi post-laurea come master di 1° e 2° livello, lauree specialistiche o magistrali, dottorati di ricerca, se non per motivazioni strettamente legate alla attività lavorativa e di interesse per l'Azienda nell'implementazione di nuovi modelli organizzativi. Eccezionalmente può essere riconosciuto il contributo solo se necessario allo svolgimento di particolari competenze non presenti all'interno dell'Azienda e pertanto il dipendente formato avrà l'obbligo di attuare tale apprendimento su specifico mandato della Direzione aziendale.

### **11.2 Formazione esterna facoltativa con sponsorizzazione**

Le Aziende Farmaceutiche o similari possono sponsorizzare la partecipazione del personale dipendente afferente al ruolo sanitario (non estensibile ad eventuali accompagnatori), inoltrando richiesta formale alla Direzione Aziendale, senza indicazione di alcun nominativo, nel rispetto del criterio della trasparenza e anticorruzione.

Per le dirigenze medica, sanitaria, amministrativa il nominativo del partecipante è individuato ed autorizzato direttamente dal Direttore di Struttura Complessa; per il personale del comparto, dal Responsabile/Referente del SITRO e/o altro Responsabile gerarchico a cui è assegnata la risorsa umana.

La scelta del partecipante, una volta verificata l'assenza di conflitto di interessi, deve rispettare i criteri di competenza e rotazione, al fine di impedire che lo stesso dipendente partecipi nello stesso anno solare a più eventi con lo stesso sponsor.

L'offerta di sponsorizzazione dovrà essere prodotta in tempo utile per l'espletamento della procedura di autorizzazione formale del sanitario individuato.

L'istituto per la partecipazione ad eventi esterni sponsorizzati è quello dell'aggiornamento facoltativo.

Nessun onere sarà a carico dell'Azienda.

## **ART. 12 COSTI DELLA FORMAZIONE**

I costi della formazione comprendono i fissi e i costi variabili. I costi dipendono dal numero dei corsi e dai dettagli di spesa di ogni corso stesso.

La tabella "Costo corso di formazione" di cui all'allegato n.3 descrive le voci dettagliate delle spese presunte.

#### **ART. 13 RAPPORTI CON LE ORGANIZZAZIONI SINDACALI**

La materia della formazione e aggiornamento professionale rientra nelle tematiche delle relazioni sindacali, secondo le modalità ed i contenuti previsti dalla contrattazione collettiva.

Nel caso di scioperi, gli eventi formativi programmati verranno annullati (ed eventualmente ricalendarizzati), ad eccezione dei convegni/congressi con la partecipazione di relatori esterni, data l'impossibilità di avvertire tutti i partecipanti esterni e riprogrammare l'attività formativa in una nuova data compatibile con la loro disponibilità.

La bozza del Piano Unico Formativo è trasmessa alle organizzazioni sindacali aziendali prima dell'approvazione da parte del CTS.

#### **ART. 13 NORMA FINALE**

Il presente DISCIPLINARE si applica a decorrere dalla pubblicazione sul Bollettino Ufficiale Regionale e nel sito web regionale, nella pagina dedicata della sezione "Salute".

#### **ALLEGATI**

1 "Job description - Gestione formazione -"

2 "Tariffario docenti"

3 "Costo corso di formazione"

Job description Gestione formazione Allegato n.1 - Pag. 1

Ruolo e funzioni per la gestione di un corso di formazione accreditato ECM

ATTIVITA' COORDINATORE DIDATTICO	ATTIVITA' SEGRETERIA DIDATTICA	ATTIVITA' AMMINISTRATIVE	ATTIVITA' TUTOR D'AULA E/O FAD SINCRONA	ATTIVITA' GESTIONE FLUSSI INFORMATICI FAD ASINCRONA	ATTIVITA' TUTOR FAD ASINCRONA
Rileva il fabbisogno formativo interno alla propria Azienda e all'interno della Direzione Salute e Welfare regionale  Trasmette i risultati del fabbisogno formativo alla Regione Umbria, Commissione Tecnico Scientifica, al fine della valutazione ed elaborazione del Piano Formativo Regionale  Dopo approvazione Piano unico di Formazione regionale in Sanità, consulta e collabora con il Responsabile Scientifico per la progettazione esecutiva, in particolare: Definisce gli obiettivi del corso in coerenza con le strategie regionali e/o aziendali Stabilisce contenuti Selezione docenti dall'albo regionale. Assegnazione target dei destinatari	Crea il corso nel gestionale multiprovider. Attribuisce il codice corso Apri la cartella nel file system Apri il corso nel gestionale Gestisce le iscrizioni  Segnala gli hotel convenzionati al docente esterno, che provvede in autonomia alla prenotazione  Prenotazione eventuale coffee break e pranzi per i corsisti (se richiesto dal partecipante e a costo dello stesso) Prenotazione eventuali coffee break e pranzi per i corsisti (se richiesti dal partecipante e a costo dello stesso)	Analizza gli input di progettazione in raccordo con coordinatore  Verifica la ricezione scheda fiscale, CV docente anche attraverso l'albo docenti regionale  Inserisce i dati del docente nel sistema contabilità del Consorzio SUAP  Collabora con il tutor d'aula per procedure nel gestionale per la chiusura del corso  Riconoscimento crediti ECM. Registrazione reale frequenza. Comunicazione chiusura corso. Gestione dei flussi informatizzati nel gestionale multiprovider  Genera i flussi xml per COGEAPS Collabora con il Coordinatore didattico per la correzione di errori nei flussi ECM	Comunica con il docente per le indicazioni operative nella erogazione del corso di formazione  Acquisisce e gestisce il materiale didattico  Prepara il materiale didattico, come: locandine e cartellonistica, cavalieri e cartelline docenti, test di verifica ECM, test gradimento evento Predisporre il registro firme presenze per docenti e partecipanti  Crea link di collegamento al FAD ed invia mezzo mail, ai docenti e partecipanti  Allestisce aula con attrezzature digitali e cartacee necessarie  Garantisce la funzionalità dell'aula nella giornata di corso  Invia a mezzo telematico i test di gradimento e test di verifica ECM ai partecipanti. Cura la correzione dei test di verifica, qualora non informatizzati Scarica la reportistica dei test e trasmette alla segreteria didattica ed al Coordinatore didattico	Crea il corso, verifica i lotti di disponibilità e gestisce le classi in FAD Asincrona  Verifica e controllo della funzionalità degli impianti video audio in aula  Inserisce le verifiche di apprendimento nella piattaforma FAD Asincrona  Controlla la numerosità della partecipazione ai corsi Gestisce il registro presenze e test di verifica Elabora il report finale per gli aventi diritto ai crediti ECM  Adotta tutte le procedure informatizzate per la chiusura del corso in FAD Asincrona	Progetta la struttura del corso in piattaforma  Richiede al Responsabile Scientifico l'autorizzazione, attraverso compilazione di nulla osta, l'inserimento in piattaforma del materiale del corso  Gestisce le liberatorie per utilizzo delle immagini e contenuti per piattaforma FAD Asincrona

ATTIVITA' COORDINATORE DIDATTICO	ATTIVITA' SEGRETERIA DIDATTICA	ATTIVITA' AMMINISTRATIVE	ATTIVITA' TUTOR D'AULA E/O FAD SINCRONA	ATTIVITA' GESTIONE FLUSSI INFORMATICI FAD ASINCRONA	ATTIVITA' TUTOR FAD ASINCRONA
Accredita il corso secondo le Ecm	Aggiorna dati su Piano operativo informatizzato in tempo reale	Predisporre l'atto amministrativo per la liquidazione avendo verificato gli adempimenti fiscali (Equitalia) e previdenziali (DUIRC). Emette i mandati di pagamento	Somministra i test Ecm cartacei in caso di analisi di casi o project work Trasmette al docente/ referente scientifico per la correzione Trasmette i test ecm cartacei alla segreteria didattica per la chiusura del corso		
Aggiorna il Piano Operativo informatizzato accessibile a tutti i componenti CUF in tempo reale	Archivia corso sul gestionale multiprovider				
Trasmette il programma al Consorzio SUAP per pubblicazione su sito	Trasmissione materiali per archiviazione presso provider	Controlla gli oneri fiscali del docente (Certificazione Unica, mod. 770)	Verifica la corretta compilazione del registro, prima della trasmissione alla segreteria didattica		
Diffonde a mezzo mail il programma del corso ai componenti CUF e ai target dei destinatari					
Valuta se il corso necessita di particolare diffusione a mezzo social		Si attiene agli adempimenti obblighi trasparenza e anticorruzione			
Comunica al Referente regionale, che trasmette ai referenti della Comunicazione delle Aziende e Consorzio SUAP					
Sceglie gli strumenti di monitoraggio e verifica nei diversi tempi di erogazione del corso: ex ante, in itinere, ex post.		Predisporre le rendicontazioni di spese per la Regione Umbria e le Aziende			
Monitora le attività per garantire la corretta applicazione degli standard di qualità					
Collabora con il Referente regionale per il monitoraggio e la rendicontazione delle attività svolte					
Compila il Modulo Avvenuta Prestazione (MAP) in ogni parte al termine del corso a: SUAP in caso di docenti esterni Referente amministrativo aziendale in caso di docenti interni					
Controlla e corregge eventuali errori dei flussi informativi per accreditamento ECM in collaborazione con la segreteria didattica Invia al Rappresentante legale i flussi informativi per la firma digitale					
Redige la relazione annuale ECM di concerto con la segreteria didattica					

## TARIFFARIO DOCENTI

DOCENTI				
Fascia	Qualifica	Tariffa (€)		
		oraria	forfait 1/2 g.	forfait 1 g.
A	Magistrati ordinali amministrativi e contabili;	100,00*	300,00	500,00
	Avvocati e Procuratori dello Stato			
	Dirigenti Generali dello Stato ed equiparati			
	Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliere			
	Dirigenti di Azienda e liberi professionisti con esperienza almeno decennale nella materia - docenti di ogni grado del sistema universitario			
	Dirigenti di pubbliche amministrazioni impegnati in attività proprie del settore/materia di appartenenza e/o di specializzazione			
	Ricercatori Senior/Dirigenti di ricerca, primi ricercatori impegnati in attività proprie del settore /materia di appartenenza e/o specializzazione			
	Esperti di settore Senior e liberi professionisti impegnati in attività di docenza con esperienza professionale almeno decennale nel profilo/materia oggetto della docenza			
B	Ricercatori universitari	80,00	250,00	400,00
	Dirigenti dello Stato			
	Direttori Amministrativi e Sanitari delle Aziende Sanitarie Locali e Ospedaliere			
	Dirigenti dei ruoli del SSN			
	Dirigenti di azienda e liberi professionisti con esperienza almeno quinquennale nel profilo /materia oggetto della docenza			
C	Funzionari dello Stato di ottava e nona qualifica e personale dei profili equivalenti del SSN	50,00	150,00	250,00
	Assistenti tecnici (laureati o diplomati) con competenza ed esperienza professionale nel settore			
	Professionisti ed esperti con esperienza professionale almeno triennale nel profilo/materia oggetto della docenza			
D	Tutti i dipendenti del Sistema Sanitario Regionale (fuori orario di servizio)	25,82	25,82	25,82
	Tutti i dipendenti del Sistema Sanitario Regionale (in orario di servizio)	5,12	5,12	5,12

\*Ci potrebbero essere variazioni di compenso in caso di docenza per materie particolarmente specifiche, che richiedono competenze altamente qualificate non facilmente reperibili.

COSTI CORSO FORMAZIONE			
Descrizione		n.	Costo corso
Coordinamento	gg	1	€ 100,00
Docenti compresi oneri fiscali "Tariffario docenti", allegato n.1	ore		
Rimborso spese docenti (vitto e alloggio) calcolato sulle spese di viaggio con mezzo pubblico e costo medio per pernottamento	gg		
Tutor d'aula/Tutor FAD SINCRONA/ASINCRONA FAD SINCRONA/ASINCRONA ("a corpo" complessivo di partecipanti)	ore	8	€ 30,00
Segreteria didattica e gestione ECM	gg	1	€ 100,00
Materiale didattico (cartelline a carico della Regione e n.10 fogli a carico degli Enti)	gg		
Coffee break (a carico del partecipante, se richiesto)			
Pranzo (a carico del partecipante, se richiesto)			
Amministrazione	corso	1	€ 300,00
<b>TOTALE</b>			<b>530,00</b>