



USLUmbria**1**

www.uslumbria1.gov.it



Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021 – 2023

1. Premessa
 - 1.1 Acronimi e definizioni
2. Scopo del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
 - 2.1 Definizione di corruzione
3. Riferimenti normativi
4. Campo di applicazione
5. Analisi dei contesti
 - 5.1 Contesto esterno
 - 5.2 Contesto interno
 - 5.2.1 Obiettivi Aziendali
 - 5.2.2. I sistemi di Programmazione e controllo
 - 5.2.3. Coinvolgimento Soggetti esterni all'Azienda
 - 5.2.4. Contributi alla costruzione del Piano
 - 5.3. Conclusioni
6. Le figure della Prevenzione della Corruzione
 - 6.1 La Direzione Aziendale
 - 6.2 Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione
 - 6.3 Il Responsabile della Trasparenza
 - 6.4 I Referenti per la prevenzione della corruzione
 - 6.5 Il Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA)
 - 6.6 I Dirigenti
 - 6.7 Organo Indipendente di Valutazione e gli altri organismi di controllo interno
 - 6.8 Ufficio Procedimenti Disciplinari
 - 6.9 Dirigente della Formazione e Sviluppo risorse
 - 6.10 Dipendenti e collaboratori dell'amministrazione
7. Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
 - 7.1 Fase preparatoria sulla scorta delle indicazioni fornite dai PPNNA
 - 7.2 Criteri per la valutazione del Rischio
 - 7.3 Rischio potenziale
 - 7.4 Misure di sicurezza associate
 - 7.5 Indicatori
 - 7.6 Attività di monitoraggio e valutazione
 - 7.7 Valutazione del rischio
8. Azioni di monitoraggio e controllo sull'attuazione delle misure previste dal piano
 - 8.1 Attività di carattere generale
9. Attività ispettiva ANAC sul PTPCA 2019-2021
10. Considerazioni su Misure trasversali e/o esclusive
- 11 Comunicazione e diffusione del Piano
12. Adempimenti in materia di Trasparenza
13. Allegato 1) – Valutazione del rischio delle attività specifiche comunicate dalle Unità Operative Aziendali
14. Allegato 2) – Amministrazione Trasparente – Elenco degli obblighi di pubblicazione vigenti e dei Responsabili della individuazione/elaborazione/pubblicazione dei dati
15. Allegato 3) – Relazione annuale 2020

16. Allegato 4) - Modulo dichiarazione conflitto di interessi per operatori coinvolti negli appalti

1. PREMESSA

Il presente documento, costituisce l' aggiornamento del Piano Triennale aziendale, della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (adottato con la DDG n°1097 del 24/12/2013, i successivi aggiornamenti sono stati assunti con le Delibere: per il PTCP-PTTI 2015-17: n°95 del 02/02/2015, per il PTCP-PTTI 2016-18: n°122 del 03/02/2016, PTCP-PTTI 2017-19: n° 100 del 31/01/2017, PTCPT 2018-20: n°117 del 26/01/2018, PTPCT 2019-21: n° 126 del 30/01/2019 e PTPCT 2020-22 : n°105 del 31/01/2020)

Cerca di innovare i Piani precedentemente predisposti, che ne rappresentano comunque una parte integrante, concentrando la propria attenzione nei processi a maggior rischio, che sono esplosi nelle varie fasi, per analizzarne compiutamente le criticità.

Il presente Piano, pur tenendo in debita considerazione il PNA 2020/2022, non risponde a tutto il cambiamento metodologico che questo propone, anche a causa della situazione emergenziale da covid-19 che ha diversamente impegnato la parte sanitaria che amministrativa dell'Azienda, rimandando al prossimo aggiornamento, si spera, il completo accoglimento delle proposte innovative.

1.1 Acronimi e definizioni

ALPI	Attività Libero Professionale Intramuraria
ANAc	Autorità Nazionale Anticorruzione
AgeNaS	Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali
AUSA	Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti
AUSL 1 o Azienda	Azienda USL Umbria n.1
AVCP	Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici
CDC	Codice di Comportamento
DDG	Delibera del Direttore Generale
DFP	Dipartimento per la Funzione Pubblica
NVA	Nucleo di Valutazione Aziendale
OIV	Organismo Indipendente di Valutazione
OOSS	Organizzazioni Sindacali
PAF	Piano Aziendale Formativo
PNA	Piano Nazionale Anticorruzione
PTPCT	Piano Triennale Aziendale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza
RASA	Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante
RDP	Responsabile della Protezione dei Dati, traduzione italiana del DPO (Data Protection Officer) : figura introdotta dal Regolamento UE sulla protezione dei dati 2016/679.
RGDP	Regolamento Generale Protezione Dati - UE 2016/679
RPC	Responsabile Aziendale Prevenzione della Corruzione
RT	Responsabile per la trasparenza
RUP	Responsabile Unico del Procedimento
UO	Unità Operativa
UOC	Unità Operativa Complessa
UOS	Unità Operativa Semplice
UPD	Ufficio Provvedimenti Disciplinari
NVAA	Nucleo Valutazione Azione Amministrativa

2. SCOPO DEL PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA

I Piani adottati in questi anni, si sono prefissati di esaminare i processi e le attività svolte dall'Azienda, valutarne i rischi ai fini della prevenzione della corruzione per determinare la scala di priorità e le modalità di intervento per eliminare/ridurre gli stessi. E' un percorso, che come prevedono gli stessi PPNNAA, costituito da step successivi che partono dal riesame di quanto fatto per svilupparlo e migliorarlo ed in caso di necessità cambiarlo; rappresentano un punto di riferimento e lo stimolo di un continuo miglioramento, ma non certo un traguardo.

Il PTPCT è uno strumento attraverso il quale l'amministrazione sistematizza e descrive un "processo"- articolato in più fasi tra loro collegate per formulare una strategia di prevenzione del fenomeno di corruzione, e dar conto del proprio operato ai cittadini. In esso si delinea un programma di attività derivante da una preliminare fase di analisi che, in sintesi, consiste

nell'esaminare l'organizzazione, le sue regole e le sue prassi di funzionamento in termini di "possibile esposizione" al fenomeno corruttivo. Tutto questo deve avvenire ricostruendo il sistema dei processi organizzativi, con particolare attenzione alla struttura dei controlli ed alle aree sensibili nel cui ambito possono, anche solo in via teorica, verificarsi episodi di corruzione. Questo implica necessariamente una valutazione probabilistica di tale rischiosità e l'adozione di un sistema di gestione del rischio medesimo.

I Piani nazionali e quelli aziendali stanno accompagnando l'evoluzione organizzativa dell'Ente, costituitosi il 1° gennaio 2013 e sono integrati dai regolamenti che disciplinano il rapporto dell'Azienda sia con i propri dipendenti, che con i soggetti esterni che a qualsiasi titolo collaborano con la stessa.

L'Azienda USL Umbria 1 nel predisporre il presente Piano ha tenuto ben presente la propria missione: garantire il diritto fondamentale alla salute dei cittadini in ottemperanza all' Art. 32 della Costituzione italiana, che non consente in alcun caso il rallentamento delle attività.

Le misure sono state elaborate nel rispetto dell'organizzazione aziendale e dei vincoli di bilancio per permettere la loro effettiva realizzazione nei tempi e nelle modalità previste. Nelle note vincolanti sia per gli obiettivi di Budget 2020 che per quelli 2021, è stato inserito il rispetto del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, il mancato raggiungimento di detto obiettivo da luogo a penalizzazioni legate alla valutazione di risultato. Dal 2020, per rendere più incisivo questo concetto era stato individuato per ogni macrostruttura / struttura un indicatore specifico per la verifica della corretta applicazione del Piano, focalizzando l'attenzione sul conflitto di interessi. Tali indicatori causa pandemia sono stati rimandati.

OBIETTIVI ED INDICATORI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	
Presidi - Dipartimenti Ospedalieri e loro UO	
Ottemperare a quanto previsto dal Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza	A) Monitoraggio e controllo su autorizzazione attività occasionale area dirigenza
	B) Monitoraggio e controllo attività di aggiornamento area dirigenza
Dipartimento di Prevenzione	
Ottemperare a quanto previsto dal Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza	C) Monitoraggio e controllo su autorizzazione attività occasionale del personale
	D) Monitoraggio su rotazione personale ispettivo e/o misure alternative assunte
DISTRETTI- Dipartimento di Salute Mentale e loro UO	
Ottemperare a quanto previsto dal Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza	E) Monitoraggio e controllo su autorizzazione attività occasionale area dirigenza
	F) Monitoraggio inserimenti in strutture come da procedure adottate

Ad ogni buon conto viene predisposto un modello di dichiarazione di assenza o meno di conflitto di interessi da rilasciare a cura degli operatori impegnati in attività a maggior rischio di corruzione.

Corre l'obbligo segnalare che con Delibera del Direttore Generale n. 853 del 23/7/2020 è stata adottata la "Istituzione Nucleo Aziendale Controllo Legittimità e Merito Azione Amministrativa", tra i cui compiti insiste anche quello di collaborare direttamente con il Responsabile della Trasparenza e con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione circa il completo e corretto esercizio delle discipline in materia di conflitto di interessi e monitoraggio delle aree di rischio

Sono parte integrante e sostanziale del PTPCT: il Codice di Comportamento Aziendale e di tutti i documenti che disciplinano il rapporto fra i collaboratori a qualsiasi titolo e l'Azienda USL Umbria 1.

2.1 Definizione di corruzione

Il PTPCT, così come il PNA, è uno strumento finalizzato alla prevenzione. Il concetto di corruzione che viene preso a riferimento nel presente documento ha un'accezione ampia. Esso è comprensivo delle varie situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si riscontri l'abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati.

In ambito sanitario, dove, unitamente alle attività amministrative insiste *per default* l'erogazione di prestazioni sanitarie, l'accezione "corruzione", qualora riscontrata, oltre a suscitare maggior impatto mediatico, costituisce l'aberrazione più ampia di tale termine proprio perché connessa a problematiche legate alla salute.

Le situazioni rilevanti, sono più ampie dello specifico reato di corruzione e del complesso dei reati contro la pubblica amministrazione, ma coincidente con la "*maladministration*", intesa come assunzione di decisioni (di assetto di interessi a conclusione di procedimenti, di determinazioni di fasi interne a singoli procedimenti, di gestione di risorse pubbliche) devianti dalla cura dell'interesse generale a causa del condizionamento improprio da parte di interessi particolari. Occorre, cioè, avere riguardo ad atti e comportamenti che, anche se non consistenti in specifici reati, contrastano con la necessaria cura dell'interesse pubblico e pregiudicano l'affidamento dei cittadini nell'imparzialità delle amministrazioni e dei soggetti che svolgono attività di pubblico interesse. La diffusione e gli effetti del fenomeno corruttivo sono stati oggetto di vari studi anche relativi al nostro Paese.

Gli approfondimenti, i dati e le statistiche in materia hanno messo in luce uno scostamento tra corruzione reale e corruzione percepita, che potrebbe evidenziare il carattere sommerso del fenomeno, ed i notevoli effetti che il fenomeno corruttivo possa produrre sull'economia e sulla crescita. Proprio per i suoi rilevanti effetti sul sistema delle economie, il tema della prevenzione ha da tempo assunto un rilievo sovranazionale.

La trasparenza riveste un rilievo fondamentale per la prevenzione della corruzione, in quanto, la sua corretta applicazione favorisce la promozione dell'integrità e lo sviluppo della cultura della legalità in ogni ambito dell'attività, nonché una possibile forma diffusa di controllo da parte dei cittadini.

3. RIFERIMENTI NORMATIVI

Per non appesantire ulteriormente il documento si rinvia al link del sito istituzionale <http://www.uslumbria1.gov.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti-corruzione>, per i necessari approfondimenti normativi.

Si ribadisce altresì che, tutti i regolamenti adottati dall'Azienda, pubblicati nella sezione Amministrazione Trasparente, anche se qui, non espressamente richiamati, si intendono complementari al presente Piano aziendale .

4. CAMPO DI APPLICAZIONE

Sono obbligati al rispetto di quanto previsto dal PTPCT, tutti i dipendenti dell'Azienda USL Umbria 1 e, per quanto compatibile, tutti i collaboratori o consulenti, aventi qualsiasi tipologia di contratto od incarico, nonché le imprese fornitrici di opere o servizi. A tale fine, negli atti di incarico o nei contratti di acquisizioni delle collaborazioni, delle consulenze o dei servizi, la struttura preposta inserisce apposite disposizioni o clausole di risoluzione o decadenza del rapporto in caso di violazione degli obblighi derivanti dal presente documento.

5. ANALISI DEI CONTESTI

Nelle varie edizioni del PTPCT è stata progressivamente sviluppata l'analisi dei contesti in particolar modo di quello esterno; nel presente documento si è utilizzata la nota della prefettura di Perugia prot 18338 01/02/2021 "Piani triennali della Prevenzione della Corruzione nelle pubbliche Amministrazioni. Analisi del contesto esterno.

5.1 Contesto esterno

Si riporta di seguito l'ultima nota (prot. 18338 01/02/2021) pervenuta della Prefettura di Perugia:

Si fa riferimento alla nota sopra distinta, con la quale è stato chiesto a questa Prefettura di fornire un supporto di carattere tecnico-informativo per l'analisi del contesto esterno, necessaria ai fini dell'aggiornamento del Piano di prevenzione della corruzione, relativo al triennio 2021-2023.

Al riguardo, si ritiene di dover preliminarmente evidenziare che, dall'analisi dei dati inerenti l'andamento delle delittuosità, la Provincia di Perugia risulta prevalentemente caratterizzata dalla commissione di reati classificabili nel novero della cd. "criminalità diffusa".

Per quanto concerne specificamente i reati contro la Pubblica Amministrazione - la cui incidenza numerica rispetto al totale dei delitti commessi appare allo stato abbastanza limitata - nel 2020 si è registrato un loro incremento rispetto all'anno precedente.

In particolare, le attività di indagine svolte dalle Forze di Polizia hanno consentito l'accertamento, nel 2019, di 48 violazioni, a seguito delle quali sono state denunciate 126 persone e 4 arrestate, mentre, nel 2020, i reati accertati ammontano a 58, i soggetti denunciati a 167 e quelli arrestati a 3.

In relazione al settore degli appalti di lavori, servizi e forniture, si rappresenta che le violazioni alla vigente normativa, rilevate dalla Guardia di Finanza attengono:

- al frazionamento artificioso dei servizi commissionati, in modo tale da poter svolgere procedure di affidamento diretto, evitando il ricorso a procedure di gara più complesse;*
- all'illegittima proroga di appalti di servizi;*
- alla corresponsione di somme di denaro quale corrispettivo della mancata partecipazione ad un'asta.*

Nell'ambito dei concorsi pubblici, invece, le indagini hanno fatto emergere taluni casi di coinvolgimento, a vario titolo (con particolare riferimento ai reati di corruzione, abuso d'ufficio e falsità ideologica in atto pubblico), di persone sia appartenenti alle commissioni giudicatrici, sia esterne ad esse.

Si segnala infine, che una specifica attenzione viene riservata alla prevenzione ed al contrasto di tentativi di infiltrazione della criminalità organizzata di stampo mafioso nell'economia legale, soprattutto in settori (edilizia, ristorazione, ricettivo-alberghiero) che risultano maggiormente funzionali al riciclaggio e/o al reimpiego di capitali di illecita provenienza.

Tale azione, anche alla luce di specifiche direttive emanate dal Ministero dell'Interno a seguito dell'emergenza epidemiologica da covid-19, è stata ulteriormente rafforzata, in considerazione della maggiore condizione di fragilità che le imprese si trovano ad affrontare in conseguenza dei gravi contraccolpi prodotti dalle restrizioni imposte dalle misure di contenimento del rischio sanitario.

Motivo di riflessione ulteriore, per la valutazione dei contesti esterni, è il discorso pronunciato dal Procuratore Nicola Gratteri "La narrazione della Mafia calabrese" pronunciato nel Dicembre 2019.

<https://www.youtube.com/watch?v=0ZkbHjAY8so>

A tal scopo di invita a visionare il video sopra riportato: la difficoltà di intercettare pressioni esterne, che si manifestano in contesti completamente avulsi alla realtà aziendale, sono in grado di dirottarne le scelte.

Anche le vicende di "Concorsopoli" umbra, di cui dettaglieremo in seguito, anche se su situazioni decisamente diverse, hanno avuto origine in contesti esterni alle Aziende Sanitarie regionali, in ambiti molto vari, ma comunque in grado di condizionarne le scelte.

Altri esempi,.....

accordi con le case di cura convenzionate: la mancata sostituzione di un primario, per mancanza di autorizzazione regionale o volontà aziendale, può incidere sul ricorso o meno ad esse;

gare centralizzate: i tempi dilazionati per giungere all'aggiudicazione, costringono a gare ponte ripetute che per la loro complessità potrebbero generare significativi risvolti di carattere occupazionale.

Ora, in una Regione che tende ad impoverirsi, il posto di lavoro rappresenta preziosa merce di scambio, di difficile tracciabilità, in particolar modo quando si ricorre ad aziende che somministrano lavoro interinale o sono in regime di controllo incrociato.

5.2 Contesto interno

La gestione del rischio corruttivo non riguarda solo il RPCT ma l'intera struttura organizzativa. A tal fine, occorre sviluppare a tutti i livelli organizzativi una responsabilizzazione diffusa e una cultura consapevole dell'importanza del processo di gestione del rischio e delle responsabilità correlate.

Proprio per tale assunto, l'organo di indirizzo Aziendale ha da sempre assunto un ruolo proattivo nella definizione delle strategie di gestione del rischio corruttivo e contribuito allo

svolgimento di un compito tanto importante quanto delicato, anche attraverso la creazione di un contesto istituzionale e organizzativo favorevole di reale supporto al RPCT.

L'Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria n.1, è stata costituita con la Legge regionale 12 novembre 2012 n. 18, (abrogata e sostituita dalla Legge regionale n° 11 del 9 aprile 2015, Testo unico in materia di sanità e Servizi sociali"); serve l'area più vasta e popolosa della Regione, ha una popolazione di 500.864 abitanti, (dati ISTAT al 01/01/2020) ed una superficie complessiva di 4.298,38 Km², dove insistono 38 Comuni. (Fig. 1)

Popolazione residente al 01/01/20120 (Fonte ISTAT)

Fasce d'età	0-14		15-64		65-74		≥ 75		Totale
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Distretto del Perugino	25.500	13,1	123.319	63,2	21.590	11,1	24.684	12,7	195.093
Distretto dell'Assisano	8.182	13,2	39.145	63,1	6.835	11,0	7.856	12,7	62.018
Distretto della Media Valle del Tevere	7.090	12,4	35.231	61,8	6.599	11,6	8.092	14,2	57.012
Distretto del Trasimeno	7.230	12,6	35.066	61,1	7.119	12,4	7.959	13,9	57.374
Distretto dell'Alto Tevere	9.662	12,8	46.996	62,0	9.178	12,1	9.928	13,1	75.764
Distretto dell'Alto Chiascio	6.275	11,7	32.908	61,4	6.548	12,2	7.872	14,7	53.603
Totale	63.939	12,77	312.665	62,43	57.869	11,55	66.391	13,26	500.864

*Azienda Unità Sanitaria Locale
Umbria n.1*



F. 1 – Comuni USL Umbria 1

L'Azienda USL Umbria n.1, ai sensi e per gli effetti dell'art. 3 comma 1-bis del D. L.gs. n. 502/92, ha personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale.

Gli organi dell'Azienda sono: il Direttore Generale, il Collegio di Direzione e il Collegio Sindacale.

- **Il Direttore Generale** ha la rappresentanza dell'Azienda ed è responsabile della sua gestione. Il Direttore Generale, al fine di garantire il corretto, efficace ed efficiente funzionamento dell'organizzazione da esso diretta, attribuisce, tramite l'Atto Aziendale, i poteri di gestione ad esso riconosciuti dalle vigenti disposizioni ai diversi livelli gestionali. Al Direttore Generale compete la verifica dei rendimenti e dei risultati aziendali, nonché la valutazione dell'efficacia e dell'economicità dell'azione amministrativa.

Con Delibera G. R. Umbria n. 350 del 25/3/2019 stante la scadenza del 31/3/2019 dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie dell'Umbria, la Regione Umbria ha ritenuto di non procedere alla nomina dei nuovi Direttori Generali, rinviando la decorrenza dei nuovi incarichi al 1/7/2019, e, conseguentemente, ha disposto di nominare i Commissari Straordinari, al fine di garantire nel modo più adeguato le esigenze di continuità gestionale delle medesime Aziende Sanitarie; Con la Delibera di Giunta sopra citata la Regione ha disposto pertanto la nomina dei Commissari Straordinari delle Aziende Sanitarie, nelle persone degli stessi Direttori Generali, fino al 30/6/2019 in quanto "l'elemento del conseguimento del pareggio del bilancio di esercizio 2018 delle aziende sanitarie Regionali potrebbe incidere sulla scelta dei futuri incarichi".

Richiamato il quadro normativo sopra descritto adottato dalla Regione Umbria nei primi mesi del 2019, non può non essere contestualizzato il quadro fattuale venutosi a creare, nell'immediatezza, a seguito degli interventi della Procura della Repubblica per smantellare "un consolidato sistema clientelare per la spartizione di nomine ed incarichi all'interno del sistema Sanitario", a seguito del quale i vertici istituzionali della Sanità umbra "sono stati indagati per aver sistematicamente influenzato l'esito di concorsi pubblici nell'Ospedale di Perugia e nella Ausl Umbria 1 "

Gli effetti di tale terremoto definito "Concorsopoli Umbro", sono stati quelli dell'azzeramento dei vertici politici coinvolti e il seguente Commissariamento delle Aziende Sanitarie fino ad un massimo di 60 giorni dall'insediamento della nuova Giunta a seguito di elezioni da indire.

Per tale motivo, con Delibera G. R. Umbria n. 828 del 28/6/2019, stante la scadenza del 30/6/2019, sono stati nominati i Commissari Straordinari della Sanità umbra a decorrere dal 1/7/2019 fino al sessantesimo giorno successivo all'insediamento della nuova Giunta Regionale.

La nuova Giunta infine con propria delibera n. 1316 del 27/12/2019 e del conforme Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 59 del 30/12/2019, la Regione Umbria ha preso atto delle dimissioni dell'allora Commissario Straordinario della USL Umbria 1, a decorrere dal 3/1/2020, è stato nominato un nuovo Commissario Straordinario, a decorrere dal 3/1/2020 fino al 30/6/2020.

Con Delibera G. R. Umbria n. 519 del 29/6/2020 e il D.P.G.R. n. 56 del 30/6/2020 stante la scadenza al 30/6/2020 dei Commissari Straordinari delle Aziende Sanitarie Regionali, la Regione Umbria ha nominato, infine, quale Commissario Straordinario dell'Azienda USL

Umbria 1 il Dr. Gilberto Gentili, a decorrere dal 10/7/2020 fino al 31/12/2020, di fatto proseguendo lo stato commissariale della Sanità Umbra fino a tale data.

Dal 01/01/2021 il Dr. Gilberto Gentili è stato nominato Direttore Generale almeno fino al 31/12/2023, dando continuità alla gestione aziendale sicuramente propedeutica ai necessari aggiornamenti sanitari- amministrativi.

E' intenzione ricordare che con DGR 829 del 28/06/2019 la Regione ha provveduto ad assegnare gli obiettivi ai Commissari straordinari delle Aziende Sanitarie regionali, uno dei quali, "l' Aggiornamento del Piano di Comunicazione Aziendale con Focus su trasparenza e anticorruzione", ripreso, forse non a caso, dal PNA 2019/2021 ancora in fase partecipativa, che, nella parte generale testualmente prevede:

1) Coinvolgimento dell'organo di indirizzo politico-amministrativo.

L'organo di indirizzo politico-amministrativo deve assumere un ruolo pro-attivo nella definizione delle strategie di gestione del rischio corruttivo e contribuire allo svolgimento di un compito tanto importante quanto delicato, anche attraverso la creazione di un contesto istituzionale e organizzativo favorevole che sia di reale supporto al RPCT Omissis

Il Commissariamento che di fatto ha interessato l'Umbria a far data dal 01/04/2019, che per questa Azienda ha portato al vertice quattro diversi Commissari in breve tempo, ha avuto sicuramente ripercussioni nel contesto interno, quale ad esempio la mancanza di sostituzioni e/o nuove assunzioni personale amministrativo, concentrando le funzioni in capo ai pochi Dirigenti e Responsabili di Posizioni amministrative rimasti.

Contribuiscono alla direzione strategica dell'Azienda finalizzata al raggiungimento degli obiettivi di salute partecipando ai processi di pianificazione strategica e di programmazione annuale, il **Direttore Amministrativo** e il **Direttore Sanitario**.

- **Il Collegio di Direzione** svolge le seguenti funzioni:

- a) Concorre al governo delle attività cliniche;
- b) Partecipa alla pianificazione dell'attività, incluse la ricerca, la didattica ed i programmi di formazione;
- c) Indica le soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero-professionale intramuraria.

La Regione Umbria con DGR n. 1602 del 28/12/2016 ha approvato la Direttiva Vincolante (prevista dall'art. 32 comma 4 della L. R. n. 11/2015) relativa alla composizione, alle competenze ed ai criteri di funzionamento del Collegio di Direzione nelle Aziende Sanitarie.

- **Il Collegio Sindacale** è istituito presso ogni Azienda Sanitaria Regionale, con compiti di vigilanza sulla regolarità amministrativa e contabile, così come previsto dall'articolo 3-ter del d.lgs. 502/1992.

Il Collegio sindacale, nominato dal Direttore Generale dell'Azienda sanitaria regionale, dura in carica tre anni ed è composto da tre membri, di cui uno designato dal Presidente della Giunta Regionale uno designato dal Ministro dell'Economia e delle Finanze e uno dal Ministro della Salute di cui all'articolo 33 L.R.11/2015.

Il 7 novembre 2018 il Collegio Sindacale della Azienda UsI Umbria 1 ha incontrato il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione. In tale incontro il RPC ha rappresentato sinteticamente il percorso metodologico per la redazione dei Piani Triennali della Prevenzione

della Corruzione, i criteri per la individuazione dei processi ed attività a maggior rischio corruttivo in essi declinate e le modalità di interventi previsti per la mitigazione dei rischi.

La **Conferenza dei Sindaci** è organismo di rappresentanza dei comuni per l'espressione delle esigenze sanitarie del territorio di competenza. Svolge le sue funzioni tramite il Consiglio di rappresentanza composto da quattro membri e dal presidente della Conferenza stessa. Nel Consiglio di rappresentanza sono comunque presenti i sindaci dei due comuni con maggior numero di abitanti.

Il **Consiglio dei Sanitari** è organismo elettivo dell'Unità Sanitaria Locale con funzioni di consulenza tecnico sanitaria ed è presieduto dal direttore sanitario.

La Legge Regione Umbria n. 11/2015 "Testo unico in materia di Sanità e Servizi Sociali" ed in particolare l'art. 35 stabilisce che "La Giunta regionale, definisce con direttiva vincolante e nel rispetto di quanto stabilito dall'art. 3 comma 12 del D. Lgs. 502/9, la composizione, le modalità di elezione e di funzionamento del Consiglio dei Sanitari".

La Regione Umbria con Deliberazione di Giunta n. 786 del 18/07/2018 ha emanato tale direttiva vincolante assegnando alle Aziende Sanitarie il termine di sei mesi, dalla notifica del documento di Giunta, per l'adeguamento dei rispettivi atti interni disciplinanti la materia.

L'Azienda Usl Umbria 1, in ottemperanza a tale direttiva, ha provveduto a redigere il Regolamento per le elezioni dei componenti elettivi del Consiglio dei Sanitari, approvato con Delibera del Direttore Generale n. 47 del 16 gennaio 2019.

L'adozione di atti che impegnano l'azienda verso l'esterno, per l'attuazione degli obiettivi definiti dalla programmazione aziendale, può essere delegata unicamente ai **dirigenti di struttura**

La descrizione completa dell'azienda e della sua organizzazione è consultabile all'indirizzo <http://www.uslumbria1.gov.it/amministrazione-trasparente/atti-generalis> (Atto Aziendale); Vedasi anche: la Relazione sanitaria annuale 2020 (All. 3)

A margine della descrizione del contesto interno non si può non fare riferimento all'emergenza sanitaria da covid 19 iniziata a febbraio 2020, e protrattasi per tutto l'anno, che di fatto ha sconvolto l'attività programmata ed imposto misure straordinarie di prevenzione.

Il rapido diffondersi dell'epidemia, anche nella nostra Regione, ha imposto di mettere in atto drastiche misure di contenimento e contestualmente avviare un processo di riorganizzazione dei servizi sanitari per rendere adeguata l'offerta ai bisogni della popolazione nel momento dell'emergenza COVID-19.

Con Delibera n. 475 del 24/04/2020 è stata riorganizzata la rete Ospedaliera aziendale ai sensi delle disposizioni regionali impartite con DGR 180/2020

Riprendendo fonti ANAc, durante crisi come queste, il rischio di corruzione nel settore sanitario è aggravato da una drammatica pressione esercitata sul sistema. Interruzioni, incertezza e distrazione contribuiscono a creare un ambiente in cui i corrotti possono approfittare della crisi a proprio vantaggio.

Condividendo che effettivamente il rischio poteva essere che la concentrazione del potere avrebbe potuto portarne all'abuso e, ritenendo che l'accesso alle informazioni sia fondamentale, in modo che possa essere chiara la responsabilità per le decisioni prese, si è potuto constatare come nell'anno trascorso, l'Azienda UsI Umbria 1, abbia reagito bene alle necessità del sistema senza sospendere le garanzie di pubblicità delle decisioni prese. Sono stati pubblicati i dati di tutte le donazioni ricevute e degli acquisti effettuati, che purtroppo date le effettive difficoltà di reperire alcuni beni (ad es. Alcool guanti, mascherine, tute e qualsiasi altro dispositivo di protezione o tutela degli operatori) hanno orientato gli acquisti piuttosto che verso il rapporto qualità/prezzo, sulla disponibilità del prodotto, nel rispetto delle caratteristiche minime richieste.

5.2.1 Obiettivi aziendali

Costituiscono obiettivi dell'Azienda la promozione della salute, la prevenzione, la cura e la riabilitazione, al fine di assicurare ai cittadini i livelli uniformi ed essenziali di tutela della salute e assistenza sanitaria indicati dalla programmazione nazionale, nonché eventuali ulteriori livelli integrativi di assistenza sanitaria indicati dalla programmazione regionale anche in rapporto alle risorse messe a disposizione.

- Programmazione attività

La programmazione delle attività, così come ribadito all'art. 16 dell'Atto Aziendale, rappresenta la metodologia ordinaria di gestione dell'Azienda e lo strumento funzionale all'introduzione della cultura della "gestione per obiettivi". L'adozione di un tale sistema di gestione comporta il necessario sviluppo di sistemi di controllo per la verifica, valutazione e regolazione dei processi e dei risultati assistenziali e gestionali raggiunti.

Preliminarmente alla definizione delle varie fasi del processo di programmazione e controllo, è stato necessario individuare, in modo chiaro ed esplicito, il modello teorico/concettuale di riferimento.

Si è scelto di utilizzare il modello cosiddetto "**circolare**" basato sull'incontro e sull'integrazione tra gli indirizzi emanati dalla Direzione Aziendale (tenuto conto delle direttive nazionali e regionali) e le proposte tecniche formulate dal nucleo operativo.

Tale modello è sembrato quello più idoneo a dare pratica attuazione alle scelte strategiche aziendali, in quanto:

- favorisce la ricerca del consenso che rappresenta l'elemento fondante del successo di ogni organizzazione, in quanto capace di garantire una diffusa responsabilizzazione, unico vero collante tra le strategie elaborate dalla direzione generale e le scelte operative poste in essere dai singoli professionisti;
- obbliga i professionisti ad esplicitare i loro più rilevanti comportamenti operativi, riducendo la loro indubbia autoreferenzialità e permettendo alla Direzione Aziendale di verificarne la congruità e la coerenza rispetto alle strategie aziendali.

La programmazione annuale si realizza attraverso i seguenti principali strumenti:

- il **Bilancio di Previsione** con allegato il **Piano triennale degli Investimenti** che riporta il dettaglio degli interventi e delle relative fonti di finanziamento per l'anno di bilancio ed i due esercizi successivi;
- Il **Piano del Fabbisogno di Personale**, sottoposto all'approvazione regionale
- Il **Programma degli acquisti di forniture e servizi** biennale, coordinato con il programma annuale e pluriennale delle attività di Umbria Salute (CRAS), con il piano integrato delle iniziative di acquisto nazionale della CONSIP e del tavolo dei Soggetti Aggregatori (DPCM 24.12.2015)
- Il **Piano delle Performance** triennale
- il Programma annuale di attività **dei Dipartimenti, delle Strutture e dei Servizi (Budget)** ;
- gli **Accordi ed i Contratti con le Strutture sanitarie erogatrici**, pubbliche e private accreditate;
- gli **Accordi con i medici convenzionati**.

In particolare, il **Piano delle Performance** ed il **Budget** permettono:

- la traduzione dei programmi di medio lungo periodo in piani di azione annuali, attraverso l'attribuzione degli obiettivi aziendali alle strutture organizzative;
- il monitoraggio costante delle attività e dei costi al fine di evidenziare eventuali criticità per le quali siano necessari interventi correttivi.

Il Budget è, inoltre, il principale strumento di integrazione tra i diversi processi aziendali:

- lo svolgimento delle attività cliniche e assistenziali,
- l'erogazione delle prestazioni,
- l'assunzione del personale,
- l'acquisizione delle attrezzature sanitarie e non,
- la gestione degli istituti contrattuali della valutazione e della retribuzione di risultato,
- la gestione dei rapporti con l'utenza,
- la formazione,
- la gestione tecnologica e strutturale, ecc.

La metodologia del budget aziendale prevede i seguenti livelli budgetari:

- Budget di Macrostruttura;
- Budget di Struttura.

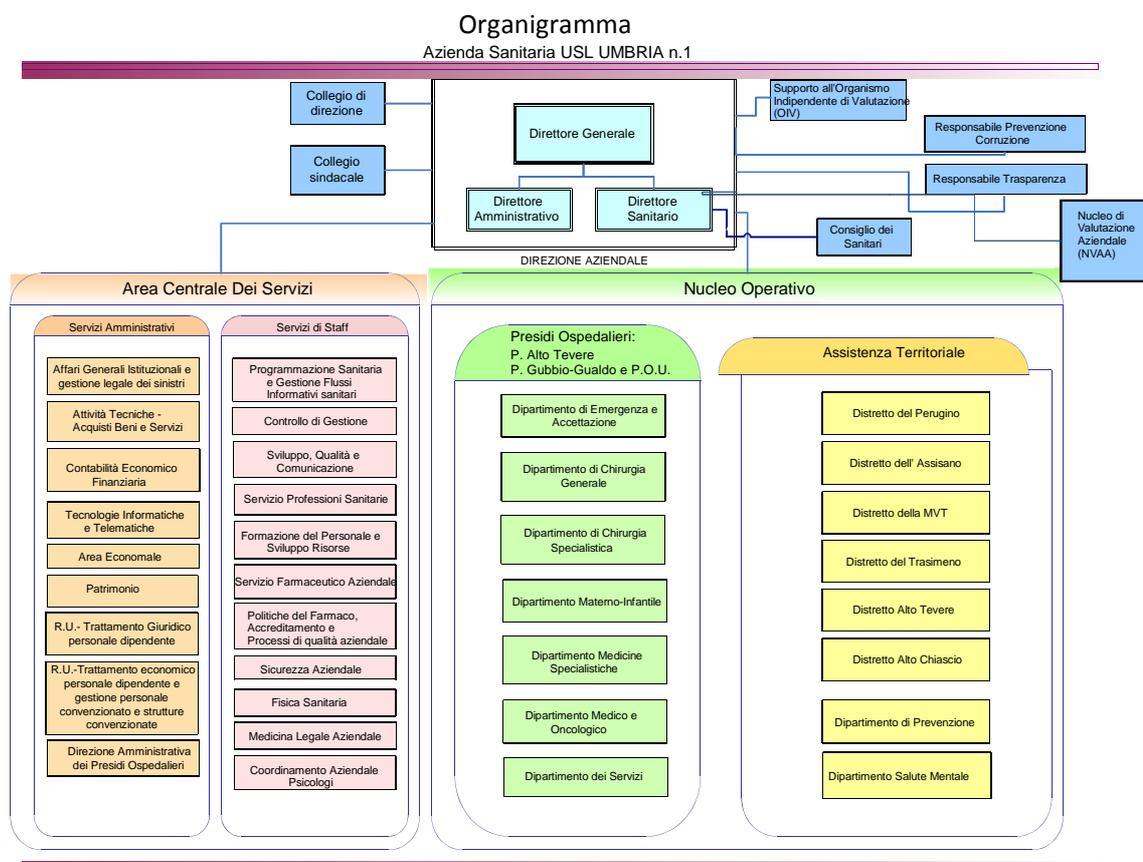
La Direzione Aziendale negozia il Budget di Macrostruttura, mentre i Responsabili di Macrostruttura adottano procedura analoga nei confronti delle strutture organizzative di riferimento per la negoziazione dei Budget di Struttura.

Il monitoraggio dell'andamento del budget viene effettuato, attraverso idoneo sistema di reporting, con cadenza di norma trimestrale e relazione semestrale; mentre la valutazione finale del grado di raggiungimento degli obiettivi previsti nel budget viene effettuata entro il mese di aprile dell'anno successivo.

I Dirigenti attuano gli obiettivi e i programmi negoziati con la Direzione Aziendale e formulano proposte ai rispettivi superiori livelli direzionali. Sono in generale di competenza dei dirigenti la direzione, il coordinamento, l'organizzazione e la gestione delle articolazioni organizzative professionali o funzionali alle quali sono preposti.

Tutti gli incarichi dirigenziali sono conferiti con atto scritto e motivato del Direttore Generale ai Dirigenti in possesso dei requisiti prescritti dai CCNL.

Organigramma



Nell'Azienda USL Umbria n.1 sono presenti **2 Presidi Ospedalieri sedi di DEA di 1° livello** (Alto Tevere e Gubbio- Gualdo Tadino) ed un **Presidio Ospedaliero Unificato** con 3 Ospedali di Territorio e un Centro Ospedaliero di Riabilitazione Intensiva (CORI). Tutti i Presidi Ospedalieri sono organizzati secondo il modello dipartimentale, sono previsti sette Dipartimenti aziendali: "Servizi", "Materno Infantile", "Chirurgia generale", "Chirurgia specialistica", "Emergenza ed Accettazione", "Medicine specialistiche" e "Medico e Oncologico".

Con Ordinanza del Presidente della Regione n. 5 del 12/03/2020 è stata predisposta la Riconversione parziale e temporanea dello stabilimento ospedaliero della Media Valle del Tevere Pantalla . Tale Struttura è stata scelta in virtù di due elementi importanti:

- la geo- localizzazione della struttura che si trova ubicata sulla direttrice stradale principale dell'Umbria posta tra i due HUB regionali di Perugia e Terni,
- la possibilità di procedere con la riconfigurazione strutturale in maniera più celere essendo quello di più recente ultimazione.

Con Ordinanza del Presidente della Regione n. 6 del 13/03/2020, la Regione Umbria ha disposto la parziale riconversione dello stabilimento ospedaliero di Città di Castello il quale è stato temporaneamente riconfigurato a livello organizzativo-strutturale come ospedale regionale dedicato all'emergenza coronavirus.

Ciò al fine di predisporre idonee misure per fronteggiare l'emergenza dovuta all'estendersi dell'epidemia da COVID-19 e considerato che l'Ospedale di Città di Castello:

- ha un'impostazione distributiva che consente di individuare spazi indipendenti da adibire a terapia intensiva, nonché accessi e percorsi dedicati;
- garantisce percorsi maggiormente protetti per la gestione del paziente;
- offre maggiore potenzialità di estendere progressivamente i posti letto da destinare a pazienti sospetti o positivi al COVID-19, in relazione all'evolversi dell'epidemia a livello regionale data la sua configurazione.

Per effetto della cosiddetta "seconda ondata" (autunno 2020) i due Ospedali hanno riassunto le funzioni di Ospedali Covid, dopo che, durante l'estate, per lo scemarsi della pandemia, si era timidamente cercato di riportarli alle legittime attività

Il **Dipartimento di Prevenzione** è la struttura operativa di cui l'Azienda si avvale per garantire la tutela della salute collettiva perseguendo obiettivi di promozione della salute e prevenzione delle malattie e delle disabilità. Svolge attività di vigilanza ed autorizzazione sia sui luoghi di lavoro che di vita, tramite tutte le sue articolazioni. Durante il perdurare dell'emergenza Covid è stato ed è il principale artefice del tracciamento dei casi positivi, definendo il calendario dei tamponi e cercando di contenere la pandemia.



figura 2 Distretti

Il **Distretto** è l'articolazione territoriale ed organizzativa dell'Azienda per lo svolgimento delle attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, alle cure e alla riabilitazione, tramite la gestione integrata delle risorse aziendali e degli enti locali.

La USL Umbria 1 è suddivisa in 6 Distretti, che hanno una dimensione tale da garantire un'ampia presenza di servizi territoriali e di operatori, in modo da caratterizzarsi come soggetto di negoziazione con la Direzione aziendale e di interlocuzione con il sistema del governo locale. Nel territorio opera il **Dipartimento di Salute Mentale** quale insieme delle strutture e dei servizi che hanno il compito di farsi carico della domanda legata alla cura, all'assistenza e alla tutela della salute mentale

Non si può a questo punto tralasciare di accennare alle attività governate, durante la pandemia, dalle articolazioni territoriali dell'azienda che hanno spaziato dal tracciamento alla gestione dei covid – hotel, tanto per citarne due.

5.2.2. I Sistemi di Programmazione e Controllo

La programmazione delle attività, come ribadito all'art. 16 dell'Atto Aziendale, rappresenta la metodologia ordinaria di gestione dell'Azienda e lo strumento funzionale all'introduzione della cultura della "gestione per obiettivi". L'adozione di un tale sistema di gestione comporta il necessario sviluppo di sistemi di controllo per la verifica, valutazione e regolazione dei processi e dei risultati assistenziali e gestionali raggiunti.

In particolare, il **Budget** permette:

- la traduzione dei programmi di medio lungo periodo in piani di azione annuali, attraverso l'attribuzione degli obiettivi aziendali alle strutture organizzative;
- il consolidamento di un cambiamento organizzativo finalizzato ad esplicitare la strategia, a chiarire, condividere e negoziare gli obiettivi, ad orientare realmente i comportamenti;
- il monitoraggio costante delle attività e dei costi al fine di evidenziare eventuali criticità per le quali siano necessari interventi correttivi.

Il Budget è, inoltre, il principale strumento di integrazione tra i diversi processi aziendali.

La Direzione Aziendale negozia il Budget di Macrostruttura, mentre i Responsabili di Macrostruttura adottano procedura analoga nei confronti delle strutture organizzative di riferimento per la negoziazione dei Budget di Struttura.

La spinta di programmazione delle attività così come previsto dall'aggiornamento del PNA assieme alla dematerializzazione degli atti (Delibere del Direttore generale e Determine Dirigenziali) nonché l'istituzione del protocollo elettronico ostacola qualsiasi facile manomissione, che comunque rimane tracciata.

La regione Umbria ha avviato il Percorso Attuativo della Certificabilità (di seguito PAC), secondo quanto previsto dal Decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, del 1 marzo 2013: "Definizione dei Percorsi Attuativi della Certificabilità", finalizzato al raggiungimento degli standard organizzativi, contabili e procedurali, necessari a garantire la certificabilità dei dati e dei bilanci delle Aziende Sanitarie, della Gestione Sanitaria Accentrata (di seguito G.S.A.) e del consolidato regionale. Con Deliberazioni n. 662/2013 e n. 1785/2014, la Giunta Regionale ha approvato il PAC.

Il PAC è stato identificato dalla Regione Umbria come una leva strategica del processo di riorganizzazione dell'area amministrativa regionale; ad esso è riconosciuto lo scopo di perseguire l'obiettivo della omogeneità, della confrontabilità, dell'attendibilità e della chiarezza dei documenti contabili redatti dalle Aziende del proprio sistema sanitario, nonché la loro verificabilità anche in un'ottica di programmazione e di governance di gruppo.

All'interno del Percorso sulla Certificabilità, la Regione dell'Umbria, con DGR n. 238 del 13/03/2017 ha ritenuto necessario approvare un "Progetto di potenziamento del sistema di controllo interno e Internal Auditing nelle Aziende Sanitarie della Regione Umbria" finalizzato a consolidare e sostenere gli obiettivi raggiunti, ed a verificare la completa implementazione del sistema delle procedure amministrativo-contabili nonché la manutenzione ed aggiornamento costante delle stesse.

Nell'anno 2020 la pandemia ha rallentato decisamente il progetto "Potenziamento del Sistema di Controllo Interno e Internal Auditing nelle Aziende Sanitarie".

Parimenti già opera da alcuni anni il Nucleo Ispettivo Aziendale, che ai fini della Prevenzione della Corruzione, ha fra i suoi compiti, tra l'altro, il controllo sulla Libera professione aziendale ed il controllo a campione su almeno 30 mandati di pagamento, prevedendo la ricostruzione a ritroso di tutti i procedimenti che hanno dato luogo agli stessi per verificarne la correttezza formale e sostanziale".

La definizione delle procedure di controllo previsto dal PAC, la costituzione del Gruppo di lavoro per il potenziamento del sistema di controllo interno ed internal auditing così come l'aver demandato al Nucleo ispettivo aziendale, opportunamente integrato, il controllo a campione su alcuni mandati di pagamento, riscontrando tutti gli atti che lo hanno generato, rappresentano sicuramente efficaci misure di prevenzione della corruzione, che alla fine dell'emergenza dovranno riprendere o dovranno essere previste misure analoghe.

Come già sopra descritto con delibera del Direttore Generale n. 853 del 23/7/2020 è stata adottata la "Istituzione Nucleo Aziendale Controllo Legittimità e Merito Azione Amministrativa", tra i cui compiti insiste anche quello di collaborare direttamente con il Responsabile della Trasparenza e con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione circa il completo e corretto esercizio delle discipline in materia di conflitto di interessi e monitoraggio delle aree di rischio, in staff alla Direzione Generale, preposto all'espletamento ed all'effettuazione delle seguenti competenze :

1. Verifica e controllo periodico per conto della Direzione aziendale della legittimità e merito degli atti adottati e della correttezza dei procedimenti amministrativi, istruiti in conformità agli istituti normativi che regolano tale materia tanto in termini di regolarità procedurale e provvedi mentale che di esercizio degli istituti di autotutela amministrativa ;
2. Supporto alla Direzione aziendale nella predisposizione istruttoria procedimentale nell'adozione delle deliberazioni a più elevata complessità istruttoria per le quali si renda necessario il coordinamento fra strutture aziendali e/o l'acquisizione di parere obbligatori e/o il coinvolgimento di soggetti ed Enti terzi;
3. Effettuare il costante monitoraggio e manutenzione dei regolamenti aziendali finalizzati alla disciplina dell'adozione degli atti, favorendo sia il costante adeguamento normativo, che l'efficientamento nella celere conclusione dei procedimenti

4. Collaborazione con la Responsabile della Trasparenza e Responsabile della Prevenzione della Corruzione , con particolare riferimento al completo e corretto esercizio delle discipline in materia di conflitto di interessi e monitoraggio delle aree a rischio.
5. Interazione con il nucleo Ispettivo aziendale , con particolare riferimento ai procedimenti di controllo interno, che tale organismo aziendale effettua a campione sugli atti , in merito alla loro regolarità contabile.

Per concludere la sezione riguardante i sistemi di monitoraggio e controllo non possiamo che descrivere l'OIV, ovvero l'Organismo indipendente di valutazione aziendale, di recente ricomposizione presso l'Azienda .

L'OIV 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.

Il presente Piano è stato trasmesso alla Direzione aziendale per la condivisione dei contenuti, in prima battuta , tramite mail, il 16 marzo e successivamente, una volta completata la raccolta delle relazioni annuali dei Dirigenti, il 25 marzo u.s. è stata inviata la versione definitiva. La Direzione ha accolto favorevolmente la proposta finale del Piano presentata.

5.2.3 Coinvolgimento Soggetti Esterni all'Azienda

L'Azienda promuove il coinvolgimento dei Cittadini, delle Istituzioni, del Volontariato, delle Associazioni, delle Organizzazioni non profit, degli operatori sanitari, delle organizzazioni sociali e sindacali e degli organi di comunicazione nel perseguimento delle politiche di salute nel rispetto e nella valorizzazione delle responsabilità e delle competenze di ciascuno, garantendo la tutela dei diritti di tutti gli utenti.

Il RPC nel mese di dicembre 2020 ha richiesto, come già nell'anno prima agli Enti del terzo settore, possibili contributi alla stesura dell'aggiornamento del Piano (che si aggiungono alle richieste formulate alla Prefettura e alla "Commissione umbra di analisi e studi su criminalità organizzata, infiltrazioni mafiose, tossicodipendenze, sicurezza e qualità della vita").

CITTADINANZATTIVA UMBRIA APS (ente di terzo settore) con nota mail del 30/12/2020 ha di fatto elaborato le proposte sotto riportate che verranno attenzionate dai Responsabili della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza unitamente alla Direzione aziendale e sviluppate per quanto compatibili con l'attuale organizzazione:

1. Quanto all'analisi del contesto esterno :

E' opinione di questa associazione che l'analisi di contesto esterno, ai fini di una completa e più esaustiva fotografia del contesto in cui si trova ad operare l'Amministrazione e quindi ad elaborare le proprie misure preventive del fenomeno corruttivo, potrebbe beneficiare, oltre al canale della Prefettura, anche di attività di collaborazione con altre amministrazioni che operano nello stesso territorio o nello stesso settore e che potrebbero disporre di risorse e capacità di acquisizione e analisi dei dati diverse, realizzando in tal modo economie di scala, acquisendo dei dati rilevanti, quali una più completa interpretazione dei dati, nonché l'estrazione di elementi utili, relativamente alle aree a rischio da esaminare prioritariamente, all'identificazione di nuovi eventi rischiosi, all'elaborazione di misure di prevenzione specifiche, producendo analisi congiunte.

2. Quanto alla mappatura dei rischi:

In ordine a questo aspetto, con riferimento alle tradizionali aree di rischio, quali, a titolo esemplificativo, autorizzazioni, gare concorsi pubblici ecc..., si ritiene che costituisca un valore aggiunto la precisazione per cui sostituisce un'area sensibile al rischio, non soltanto l'attribuzione di vantaggi ai privati, ma anche allo stesso soggetto pubblico. Ciò dal momento che l'illegalità sussiste, non soltanto quando ad essere avvantaggiato è un soggetto privato, ma anche nel caso di vantaggi indebiti per l'ente pubblico. A tal fine è fondamentale la predisposizione di protocolli contestualizzati tramite procedure, ad esempio per gli affidamenti senza gara, da cui possa evincersi con semplicità quale sia la regolamentazione con gli imprenditori e/o professionisti, dove incontrarli (rectius in quali uffici), cosa dire, chi (della p.a.) debba parlare con essi, quali informazioni dare, come tracciare l'incontro e rendere tutto trasparente al cittadino.

3. Quanto all'individuazione misure di prevenzione della corruzione:

Si suggerisce ai RPCT di affiancare al lavoro relativo alla individuazione delle misure di prevenzione della corruzione in sede di elaborazione del PTPCT, un'analisi delle ricadute di tali misure in termini di doveri di comportamento, per accertare se i codificati comportamenti (soggettivi) del personale permetta una effettiva attuazione delle misure (oggettive) e organizzative anticorruzione del piano. Ciò al fine di poter effettuare una efficace prognosi in ordine all'idoneità e sufficienza dell'articolazione di detti doveri comportamentali a garantire il successo delle misure, ovvero se non sia necessario individuare ulteriori doveri, da assegnare a determinati ufficio o a determinati dipendenti (o categoria di dipendenti);

4. Quanto alla relazionata percezione delle misure anticorruzione come appesantimenti burocratici da parte del personale dipendente: E' convinzione di questa associazione che ai fini di una corretta attuazione del piano anticorruzione sia necessaria la collaborazione, non soltanto delle figure apicali dell'azienda, ma all'intero personale dipendente. A tal fine si ritiene necessario un cambiamento nella cultura e nella mentalità di approccio al lavoro e al rispetto delle misure stesse. Per accompagnare e rendere ancora più efficace tale cambiamento, quindi è imprescindibile la formazione del personale, che evidentemente, vista l'analisi di cui alla relazione allegata al piano, necessità di essere implementata e riqualficata. In altri termini, si ritiene che la logica che dovrebbe essere posta a fondamento della formazione non dovrebbe essere tanto quella di formare il dipendente alla correttezza della procedura, come semplice adempimento amministrativo, ma di sperimentare un a formazione orientata a produrre cambiamento, a partire dall'emowerment del personale pubblico, quale reale processo di potenziamento delle capacità di compiere scelte e di trasformarle in azioni e risultati concreti. Si

ritiene che in questo modo, dirigendo la formazione verso questi obiettivi, si possano ridurre le resistenze interne al cambiamento e, al tempo stesso si possa favorire in ogni dipendente l'affermazione di pratiche di natura manageriale.

5. quanto all'apertura dell'Amministrazione al cittadino e alla partecipazione civica : Come si è letto nel vigente piano triennale e negli allegati di esso parte integrante, l' Amministrazione molto ha operato al cittadino anche sotto gli aspetti di trasparenza amministrativa delle sue procedure. Si ritiene tuttavia che molto ancora si possa e si debba fare. Si suggerisce, per l'aggiornamento del Piano per la promozione di maggiori livelli di trasparenza quale obiettivo strategico che “concorre alla realizzazione di una amministrazione aperta, al servizio del cittadino” (articolo 1, comma 2, decreto legislativo 14 marzo 2013, n.33) le seguenti attività: - aumentare i canali di comunicazione con i cittadini, sia in chiave di trasparenza, che ai fini dell'ascolto delle loro istanze. Si potrebbe suggerire al riguardo l'istituzione di un canale di comunicazione sempre accessibile, tramite mail dedicata. -introduzione di una modalità permanente di consultazione da parte degli enti esponenziali degli interessi collettivi, degli stakeholders, in ordine all'implementazione e introduzione di misure di trasparenza, nonché alla fruibilità di dati pubblicati, attraverso l'istituzione di un dedicato canale di comunicazione agli stessi aperto, anche ai fini del monitoraggio e della verifica della corretta osservanza degli obblighi di pubblicazione dei dati: -prosecuzione delle attività formative rivolte al personale dell'Autorità in materia di trasparenza, etica, integrità e anticorruzione; -previsione di iniziative di sensibilizzazione in materia di trasparenza, quali le Giornate sulla trasparenza, ai sensi dell'articolo 10, comma 6, del Decreto Trasparenza. Tali giornate sono un'occasione per informare tutti i soggetti, a vario titolo interessati e coinvolti, sulle misure adottate con il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e sulla fase di pianificazione strategica con il Piano della performance. Esse rappresentano, altresì, un momento di condivisione di best practice, ed esperienze, del “clima” lavorativo e del livello dell'organizzazione del lavoro, nonché dello stato di attuazione degli obblighi di pubblicazione. Gli aventi in questione, organizzati per tematiche e in modalità interattiva, consentono di acquisire utili elementi al fine di effettuare l'analisi delle potenzialità da sviluppare e delle opportunità per raggiungere nuovi obiettivi. -creare insieme alle associazioni di consumatori e utenti, un osservatorio permanente, a composizione mista (dirigenti e delegati della p.a. e un referente per ogni associazione) in cui condividere percorsi, attività e risultati del monitoraggio dell'attuazione del piano, nonché individuare nuove aree di rischio/relative problematiche e ed elaborare insieme possibili soluzioni o nuove misure. Detto osservatorio, specifico per l'ambito sanitario sarebbe da costituirsi in seno alla USL UMBRIA 1, ma potrebbe coinvolgere del caso, ragionando in ottica regionale, stante anche la limitatezza dell'estensione territoriale dell'Umbria, anche la USL UMBRIA 2 , ai fini di una maggiore sinergia e uniformità strategica. Requisito prioritario da assicurare al suddetto osservatorio dovrebbe essere la garanzia della effettiva operatività e non mera rappresentanza. -realizzazione di audit civici periodici (anche annuali) in collaborazione con le associazioni di consumatori e utenti.

L'Associazione UNC Umbria, con nota Pec 4/01/2021 ha scritto...

inoltriamo le nostre osservazioni: - riteniamo importante prevedere nelle attività di valutazione e monitoraggio l'attivazione di un rapporto continuo con le associazioni dei consumatori e utenti maggiormente rilevanti in Umbria, iscritte nella lista regionale ex L.R. 17/2014; - altrettanto rilevante sarebbe prevedere una linea diretta per le segnalazioni che vengono inoltrate all'Associazione dei consumatori, con attivazione di un dipendente "anti-ritardo" che può essere allertato per la segnalazione di eventuali condotte dell'ufficio da valutare come anomale.

L'Azienda Usl Umbria 1, come peraltro altre molte realtà sanitarie e non, per la erogazione di servizi di particolare interesse sociale e per migliorare i servizi di accoglienza alle Strutture, da anni si avvale del contributo di Associazioni no profit, Onlus etc.

Ora, pur nella bontà e rispetto degli intenti operativi proposti da tali Enti, il Legislatore, nel 2017, ha inteso riordinare il settore, fornendo alle Amministrazioni strumenti idonei ad approfondire la trasparenza di tali Organizzazioni anche al fine di prevenire possibili "infiltrazioni", chiamiamole così, che potessero interagire con esse.

Ricordiamo pertanto sia il D.Lgs. 117/2017 "Codice del terzo Settore", che la L. 124/2017 "Legge annuale per il mercato e la concorrenza", che specularmente al D.Lgs.33/2013, rivolto alle Amministrazioni pubbliche, ha posto obblighi di trasparenza anche in capo a tali Enti.

L'azienda Usl Umbria 1, pertanto, nel corso del 2019 ha ottemperato alle disposizioni di cui all'art. 56 del D.Lgs. 117/2017 citato ed ha proceduto alla pubblicazione di apposito avviso per l'acquisizione di manifestazioni di interesse, da parte degli stessi, per lo svolgimento in favore di terzi di attività o servizi sociali di interesse generale, se piu' favorevoli rispetto al ricorso al mercato.

Per effetto invece della L. 124/2017, l'Azienda ha chiesto a tutti gli Enti del terzo settore notizie in ordine alla pubblicità dei dati relativi ai benefici economici ricevuti dall'Azienda.

Per effetto dell'emergenza sanitaria da covid – 19, da febbraio 2020 sono state sospese tutte le attività di collaborazione con gli Enti del terzo Settore presenti presso le nostre strutture ed autorizzati, secondo le procedure sopra delineate o in deroga alle stesse, in quanto espresse in forma gratuita, per riprendere in maniera limitata dal mese giugno, quando è stato chiesto loro di occuparsi principalmente di triage telefonico, in ambienti protetti, permettendo all'Azienda di ottimizzare le risorse umane sanitarie (Infermieri, OSS etc) impiegate fino ad allora. Altre attività legate all'accoglienza dei pazienti presso le strutture ospedaliere erogate da Associazioni, anch'esse timidamente riprese nel periodo estivo, sono state nuovamente sospese in concomitanza della seconda ondata della pandemia.

5.2.4 Contributi alla costruzione del Piano

L'Azienda, come promuove il coinvolgimento dei Cittadini, delle Istituzioni, del Volontariato, delle Associazioni, delle Organizzazioni non profit, promuove altresì il coinvolgimento degli operatori sanitari, delle organizzazioni sociali e sindacali nel perseguimento delle politiche di salute nel rispetto e nella valorizzazione delle responsabilità e delle competenze di ciascuno, garantendo la tutela dei diritti di tutti gli utenti.

L'RPC pertanto, con rispettive note ha chiesto anche alle OOSS del Comparto e della Dirigenza, a tutti i Dipendenti dell'Azienda, al NVAA, all'OIV e al NIA possibili contributi alla stesura dell'aggiornamento del Piano. Nonostante il coinvolgimento l'RPC non ha ricevuto alcun contributo.

Mutuando il PNA 2019/2021, poi, la gestione del rischio corruttivo non riguarda solo il RPCT ma l'intera struttura organizzativa. A tal fine, occorre sviluppare a tutti i livelli organizzativi una responsabilizzazione diffusa e una cultura consapevole dell'importanza del processo di gestione del rischio e delle responsabilità correlate. L'efficacia del sistema dipende anche dalla piena e attiva collaborazione della dirigenza, del personale non dirigente e degli organi di valutazione e di controllo

Nell'Azienda Ausl Umbria 1 si è manifestata una buona propensione a collaborare con i Responsabili della Trasparenza e della Prevenzione della Corruzione. Molti Dirigenti e Responsabili di Posizioni Organizzative hanno partecipato fattivamente agli incontri organizzati ed hanno recepito nei propri atti e procedimenti, sia sostanzialmente che formalmente, i principi della trasparenza e della prevenzione della corruzione. Parimenti si è manifestata una certa resistenza alla rotazione del personale, già per stessa di difficile applicazione in sanità e a volte i dettami della trasparenza e della prevenzione della corruzione sono stati vissuti come un ulteriore appesantimento, di dubbio efficacia del proprio lavoro quotidiano.

La maggior parte delle gare sono svolte direttamente dall'Azienda a causa della non perfetta messa a regime della Centrale regionale di committenza, e per quelle attivate dalla stessa, in attesa della loro conclusione, si ricorre frequentemente ad affidamenti diretti al fine di garantire la continuità dei servizi e la fornitura di medicinali, dispositivi medici ed altri beni necessari al corretto funzionamento della struttura.

5.3 Conclusioni

L'Azienda USL è fortemente radicata e collegata al territorio, (è la più grande realtà produttiva), composto in larga parte da comunità medio piccole, caratterizzate da forti campanilismi; in Umbria solo 2 comuni superano i 100.000 abitanti ed altri quattro i 30.000, equamente divisi fra le due ASL territoriali. I Servizi dell'Azienda sono erogati in ben 180 strutture pertanto c'è una fortissima interazione fra cittadini ed operatori, questo rappresenta allo stesso tempo il maggior punto di forza e di debolezza dell'Ente. E' presente un forte controllo sociale, rafforzato dal senso di appartenenza alla comunità degli operatori, sui fenomeni corruttivi, di contro questo rappresenta un rischio per l'imparziale funzionamento della pubblica amministrazione e di indebite pressioni.

- La problematica rappresentata del mancato pagamento dei ticket, segnalato a seguito di indagine della Procura regionale della Corte dei Conti, riferita agli anni 2011, 2012, 2013 ne è stato un chiaro segnale rilevatore; nello specifico il fenomeno emerso era quello che, consentiva a dipendenti e relativi familiari e/o parenti di sottoporsi ad esami di laboratorio analisi senza il pagamento del relativo ticket. L'Azienda, dopo aver proceduto a debiti approfondimenti ed accertato che ciò era stato possibile, a volte, per falle nel sistema operativo, si è dotata pertanto di una linea guida operativa per incrociare gli esami di laboratorio analisi effettuati in un dato periodo ed addebitati ad un preciso reparto ospedaliero, con i contestuali ricoveri presso di essi.

Torniamo poi brevemente allo scenario umbro 2019 , cui risvolti hanno ampiamente inciso anche nel 2020 come già accennato , ovvero alla c.d "concorsopoli". Mutuando l'analisi Anac, su 152 casi di corruzione analizzati in tre anni, il posto di lavoro si è concretizzata come la nuova mazzetta; pur lasciando alla magistratura l'accertamento di eventuali responsabilità non possiamo che commentare come, anche in tale caso, sembri ci sia stata la "ritirata" del contante, con tangenti sempre più "smaterializzate", ovvero promessa del posto di lavoro in favore dello scambio di voto. A seguito di tali eventi la Regione Umbria ha adottato la DGR 946

del 1.8.2019 quale linea guida per il rafforzamento della trasparenza e la prevenzione della corruzione in materia di concorsi e selezioni pubbliche nel sistema regionale umbro. Ogni Azienda regionale ha provveduto ad adeguarsi alle nuove disposizioni in materia concorsuale. Gli atti della Azienda Usl Umbria 1 sono quelli indicati nella tabella “Altri importanti adempimenti adottati nell’anno 2019”.

6. LE FIGURE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

6.1 La Direzione Aziendale

Come ribadito dagli aggiornamenti del PNA la Direzione aziendale è la prima artefice della Prevenzione della Corruzione, assicura il suo fondamentale sostegno alle azioni integrate del R.P.C. e del Responsabile della Trasparenza:

- 1) designa e supporta il R.P.C. (art. 1, comma 7, legge n. 190/12);
- 2) designa e supporta il Responsabile della Trasparenza (art. 43, legge n. 33/13);
- 3) esamina e successivamente adotta il P.T.P.C.T e i suoi aggiornamenti e comunica al Dipartimento della funzione pubblica e alla Regione, la pubblicazione sul sito istituzionale;
- 4) adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione (ad es.: criteri generali per il conferimento e l’autorizzazione allo svolgimento degli incarichi da parte dei dipendenti ex art. 53 del d.lgs. n. 165 del 2001, codice di condotta, etc.);
- 5) garantisce il coordinamento degli atti adottati al presente piano, in primis quelli organizzativi.

Come già accennato, ricordiamo come, la Regione Umbria, nell’intento di ribadire l’importanza della Direzione quale primario attore nella prevenzione del fenomeno corruttivo, con DGR 829 del 28/06/2019 ha provveduto ad assegnare gli obiettivi ai Commissari straordinari delle Aziende Sanitarie regionali, uno dei quali è appunto “l’Aggiornamento del Piano di Comunicazione Aziendale con Focus su trasparenza e anticorruzione”.

Gli Obiettivi 2020 assegnati alle Direzioni, invece, hanno riguardato principalmente le azioni inerenti il contenimento della pandemia, da un lato, al recupero delle prestazioni rimandate nel periodo del lock-down, dall’altro, come giusto che fosse, stante la sofferenza nel periodo, dei servizi sanitari tutti.

L’Azienda USL Umbria 1 ha storicamente suddiviso le funzioni di Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, dato l’esiguo numero dei Dirigenti dell’Area Professionale, Tecnica ed Amministrativa, a tempo indeterminato.

6.2 Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione è stato nominato dal Direttore Generale tra i dirigenti della Dirigenza PTA di ruolo, è adeguatamente formato e soggetto a rotazione, il suo nominativo è comunicato alla CIVIT (Commissione Indipendente per la Valutazione, la Trasparenza e l’Integrità delle amministrazioni pubbliche), ora A.N.Ac.. E’ in posizione di Staff

alla Direzione Aziendale, è prevista la rotazione/alternanza dell'incarico, la massima durata è di 5 anni, salvo diverse indicazioni dai CC.NN.LL., così come previsto dalla circolare n°1, del 25/01/2013, ha i seguenti compiti prioritari:

- l'elaborazione della proposta di piano della prevenzione della corruzione, che deve essere adottato dalla Direzione aziendale entro il 31 gennaio di ogni anno (art. 1, comma 8 L. 190/2012), nei contenuti, che caratterizzano anche l'oggetto dell'attività del Responsabile, e sono indicati nell'art. 1, comma 9 L. 190/2012;
- la definizione di appropriate procedure per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione (art. 1, comma 8 L. 190/2012);
- la verifica, d'intesa con il dirigente competente, dell'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione (art. 1, comma 10, lett b L. 190/2012);
- la individuazione del personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità (art. 1, comma 10, lett c L. 190/2012);
- la pubblicazione sul sito web dell'Amministrazione, entro il 15 dicembre di ogni anno, della relazione recante i risultati dell'attività svolta e relativa trasmissione all'organo di indirizzo politico (art. 1, comma 14 L. 190/2012);
- la verifica dell'attuazione del piano, nonché la proposta di modifica dello stesso quando sono accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nella attività dell'Amministrazione (art. 1, comma 10, lett a L. 190/2012). Ai sensi dell'art. 1 c. 14 della l. n. 190 del 2012 il R.P.C. entro il 15 dicembre di ogni anno redige una relazione annuale (da qualche anno prorogato da Anac al 31 gennaio...), sull'apposito modello predisposto dall'ANAc, che offre il rendiconto sull'efficacia delle misure di prevenzione definite dai PTPCT. Questo documento dovrà essere pubblicato sul sito istituzionale dell'Azienda ed allegato al P.T.P.C.T dell'anno successivo.

Nel caso in cui, nello svolgimento delle proprie funzioni, il R.P.C. riscontri dei fatti che possono presentare:

- una rilevanza disciplinare ne dà tempestiva comunicazione al Dirigente preposto all'ufficio interessato ovvero al Dirigente sovraordinato e all'Ufficio procedimenti disciplinari per i necessari provvedimenti,
- una responsabilità contabile, presenta tempestiva denuncia alla competente procura della Corte dei conti,
- un'ipotesi di notizia di reato ne dà tempestiva denuncia alla Procura della Repubblica o ad un Ufficiale di Polizia giudiziaria.

Il R.P.C., al di là dei compiti e responsabilità postagli in capo dalla normativa nazionale, è il regista della gestione del rischio di corruzione, per attuare le misure preventive nuove, in coordinamento con quelle esistenti, anche secondo specifici monitoraggi. La prevenzione della corruzione è uno dei pilastri portanti della riorganizzazione della Azienda USL Umbria 1, recentemente costituita. Il R.P.C. si avvale, nell'ambito dell'esercizio delle funzioni, del supporto e della collaborazione, oltre che delle risorse professionali in Staff alla Direzione Aziendale, dei Referenti come di seguito identificati e dell'apporto di tutti i Dirigenti delle strutture aziendali che concorrono, nell'ambito di un'azione sinergica, a determinare misure preventive attraverso una verifica periodica della valutazione connessa ai rischi dei propri uffici /servizi.

Con Delibera del 17 settembre 2013, n°717, il Direttore generale ha nominato R.P.C. il dott. ing. Tullio Tavernelli, dipendente a tempo indeterminato nella posizione funzionale di Dirigente

Ingegnere, che ricopre il ruolo di Responsabile dell'UOC Area Economale, giusta DDG n. 1037 del 03/08/2017. L'incarico di Responsabile della prevenzione della corruzione, è collegato con il precedente incarico professionale di alta specializzazione "Valutazione strutturale ed impiantistica di pertinenza del Servizio di Prevenzione e Protezione aziendale".

Con la DDG n° 739 del 31/05/2017 è stata conferita alla dott.ssa Simona Nanni, Responsabile della posizione organizzativa "Aspetti Giuridico Contabili dell'Attività Amministrativa dei Presidi Ospedalieri" la funzione di collaborare con il RPC.

L'incarico di Responsabile della prevenzione della corruzione (scaduto il 31/12/2018) è stato prorogato con nota del 28/12/2018 prot. 190478, nelle more dell'adozione di ulteriore atto. Si ricorda a tal proposito che dall'adozione del PTCPT 2019-22 le Direzioni aziendali non hanno avuto un orizzonte temporale superiore a sei mesi impedendo di fatto l'assunzione di misure strategiche, se non quelle strettamente necessarie allo svolgimento delle funzioni correnti.

6.3 Il Responsabile della Trasparenza

Il Responsabile della Trasparenza è stata nominata dal Direttore generale fra i Dirigenti amministrativi in servizio, in posizione di staff alla Direzione Aziendale, Le sono affidati i compiti di seguito specificati:

- svolgere stabilmente un'attività di controllo sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate, nonché segnalando all'organo di indirizzo politico, all'Organismo indipendente di valutazione (OIV, nell'Azienda USL Umbria 1 Nucleo di Valutazione Aziendale, NVA), all'Autorità nazionale anticorruzione e, nei casi più gravi, all'ufficio di disciplina, i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione;
- provvedere all'aggiornamento della Sezione del PTPCT relativa alla programmazione delle azioni di trasparenza, prevedendo specifiche misure di monitoraggio sull'attuazione degli obblighi di trasparenza e su ulteriori misure e iniziative di promozione della trasparenza coerenti con gli obiettivi di prevenzione della corruzione;
- controllare ed assicurare la regolare attuazione dell'accesso civico sulla base di quanto stabilito dal D. L.vo n. 33/2013 e ss.mm.ii.;
- svolgere i compiti previsti per il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza dettati dall'art. 5 del D. Lgs.vo 33/2013 così come modificato dal D.Lgs.vo 97/2016;
- segnalare, in relazione alla loro gravità, i casi di inadempimento o di adempimento parziale o di ritardato adempimento degli obblighi in materia di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, alla Direzione Aziendale, al R.P.C., all'Organismo indipendente di valutazione (OIV), all'Autorità nazionale anticorruzione e all'Ufficio dei Procedimenti Disciplinari dell'Azienda ai fini dell'eventuale attivazione del procedimento disciplinare.

Con Delibera del 27/06/2013, n. 517, il Direttore Generale ha nominato l'avv. Giulia Silvestri Responsabile della Trasparenza, Dirigente Responsabile dell'U.O. Affari Generali Istituzionali e Gestione legale dei Sinistri. Collabora fattivamente e stabilmente con la dott.ssa Maria Gabriella Stortoni, Responsabile della posizione organizzativa "Affari generali e Privacy".

6.4 I Referenti per la prevenzione della corruzione

Date le dimensioni territoriali e il numero dei lavoratori dipendenti e non, che collaborano con l'Azienda, nella prima fase di approntamento e sviluppo del P.T.P.C.T e di organizzazione aziendale sono stati individuati come Referenti tutti i Dirigenti responsabili dei Presidi Ospedalieri, dei Distretti, dei Servizi dell'Area Centrale e di Staff, nonché del Dipartimento di Salute Mentale e dell'Unità Operativa Medicina legale.

Trascorsa proficuamente la prima fase di integrazione dell'Azienda USL Umbria 1, si è ritenuto opportuno ridurre il numero dei Referenti a 18 dall'originale 33, prevedendo uno/due rappresentanti per aree omogenee, come ad esempio: Distretti, Presidi Ospedalieri, Area di staff ad eccezione della Contabilità e Formazione, etc, come di seguito dettagliato:

<i>Elenco dei referenti individuati</i>		
	<i>Nominativo</i>	<i>Rappresentante delle Unità Operative:</i>
1)	<i>dott.ssa Cecilia Montefusco</i>	<i>Presidio Ospedaliero Unificato</i>
2)	<i>dott.ssa Simona Nanni</i>	<i>Presidio Ospedale Gubbio-Gualdo Tadino</i>
		<i>Presidio Ospedaliero Alto Tevere</i>
		<i>Direzione Amministrativa Presidi Ospedalieri</i>
3)	<i>dott.ssa Daniela Felicioni</i>	<i>Distretto del Perugino</i>
4)	<i>dott.ssa Barbara Mercurelli</i>	<i>Distretto Assisano</i>
		<i>Distretto Media Valle del Tevere</i>
		<i>Distretto del Trasimeno</i>
		<i>Distretto Alto Chiascio</i>
		<i>Distretto Alto Tevere</i>
		<i>Dipartimento di Salute mentale</i>
5)	<i>dott. Antonio Bodo</i>	<i>Medicina legale</i>
6)	<i>dott. Giorgio Miscetti</i>	<i>Dipartimento di Prevenzione</i>
7)	<i>dott. Stefano Tappini</i>	<i>Programmazione, Sanitaria e Gestione Flussi Informativi sanitari</i>
		<i>Controllo di Gestione</i>
		<i>Sviluppo Qualità e Comunicazione</i>
		<i>Sicurezza Aziendale</i>
		<i>Risk Management</i>
		<i>Fisica Sanitaria</i>
8)	<i>dott.ssa Daniela Menicucci</i>	<i>Contabilità Economico Finanziaria</i>
9)	<i>dott. Roberto Bacchetta</i>	<i>Formazione del Personale e Sviluppo Risorse</i>
10)	<i>dott.ssa Giovanna Garinei</i>	<i>Servizio Farmaceutico Aziendale</i>
11)	<i>dott. ing Barbara Gamboni</i>	<i>Tecnologie Informatiche e Telematiche</i>
12)	<i>dott.ing. Fabio Pagliaccia</i>	<i>Attività Tecniche - Acquisti Beni e Servizi</i>
13)	<i>dott. Luca Petrangeli</i>	<i>Area Economale</i>
14)	<i>dott.ing. Giuseppe Stefano Bernicchi</i>	<i>Patrimonio</i>
15)	<i>dott.ssa avv. Giulia Silvestri</i>	<i>Affari Generali Istituzionali e Gestione legale dei Sinistri</i>
16)	<i>dott.ssa Maria Gabriella Stortoni</i>	<i>I.P.A.S. Affari Legali del Contenzioso</i>

17)	dott. ssa Eleonora Di Maolo	Risorse Umane -Trattamento Giuridico Personale Dipendente
		Risorse Umane - Trattamento Economico Personale Dipendente - Gestione Personale Convenzionato e Strutture Convenzionate
18)	dott. Piero Fiordelli	In rappresentanza delle professioni sanitarie

I Referenti, secondo quanto previsto dalla circolare Dipartimento della Funzione Pubblica n. 1 del 2013, svolgono in maniera prioritaria i seguenti compiti:

- 1 attività informativa nei confronti del R.P.C., affinché questi abbia elementi e riscontri sull'intera organizzazione ed attività dell'amministrazione, e di costante monitoraggio sull'attività svolta dai dirigenti, anche con riferimento agli obblighi di rotazione del personale;
- 2 partecipano al processo di gestione del rischio;
- 3 osservano le misure contenute nel P.T.P.C.T (art. 1, comma 14, della l. n.190 del 2012);
- 4 collaborano con il R.P.C. alla programmazione ed attuazione dei piani di controllo a campione.

Segnalano al R.P.C. annualmente le criticità riscontrate, gli eventuali casi di corruzione/violazione del codice di comportamento per gli aspetti di competenza dello stesso, i bisogni formativi e le azioni di miglioramento individuate e gli eventuali suggerimenti, al fine di aggiornare e migliorare il PTCPT.

Nel corso del 2020 è stato effettuato un incontro con i Referenti individuati i quali sono stati invitati a produrre due relazioni semestrali, quale resoconto delle azioni messe in campo e quelle da adottare nella rispettiva area ed a raccogliere quelle delle altre strutture da essi rappresentate, finalizzata alla descrizione del rispetto dell'efficacia e della tempistica associata ad ogni singola attività declinata nell'allegato 1 al Piano 2020/2022; di tali relazioni se ne darà più sotto un significativo estratto, a significare la particolare attenzione della struttura aziendale.

Dovuto dal periodo, consapevole dello sforzo richiesto dallo stato emergenziale, che ha messo in subordine le attività routinarie e di miglioramento, il RPC ha chiesto di rappresentare nelle relazioni, le attività aggiuntive in urgenza e quanto questo abbia inciso sulla programmazione pianificata ad inizio anno.

6.5 Il Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA)

Con la DDG n° 1057 del 21/12/2013 "Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti art. 33 ter, decreto legge n°179/2012 convertito con la legge n° 221/2012. Nomina Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA)" è stato nominato RASA il Dirigente dell'attuale UO Attività Tecniche – Acquisti Beni e Servizi dott. Ing. Fabio Pagliaccia, incaricato della verifica e/o compilazione e del successivo aggiornamento, almeno annuale, delle informazioni e dei dati identificativi della stazione appaltante stessa.

Con nota 176727 del 19/12/2017 il Responsabile dell'Anagrafe, ha chiesto, ai RUP individuati per ogni singolo contratto, una relazione per l'aggiornamento dei dati nella banca dati in argomento.

6.6 I Dirigenti

Tutti i dirigenti per la struttura diretta:

- α) svolgono attività informativa nei confronti del Responsabile, dei Referenti e dell'autorità giudiziaria e contabile nonché degli Uffici dei Procedimenti Disciplinari;
- β) partecipano al processo di gestione del rischio;
- χ) dichiarano di non essere in situazione di incompatibilità e la verificano per i funzionari ad essi assegnati adibiti ad attività a maggior rischio corruzione (come previsto dalla DDG 500/2016)
- δ) propongono le misure di prevenzione (art. 16 d.lgs. n. 165 del 2001);
- ε) assicurano l'osservanza del Codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione;
- φ) adottano le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del personale (artt. 16 e 55 bis d.lgs. n. 165 del 2001);
- γ) osservano le misure contenute nel PTPCT(art.1, comma 14, della l. n. 190 del 2012);
- η) garantiscono il regolare flusso e la pubblicazione delle informazioni, nei tempi e con le modalità previste dalla normativa e nel rispetto dei termini stabiliti dal D.Lgs.vo 33/13 e ss.mm.ii.
- ι) forniscono, nei tempi e con le modalità previste dalla normativa nazionale e da quanto stabilito con i regolamenti aziendali, tutti i documenti in possesso dell'Ente soggetti ad accesso civico, ai cittadini che ne facciano richiesta.

6.7 Organo Indipendente di Valutazione e gli altri organismi di controllo interno

Gli organismi di controllo interno (come ad esempio l'O.I.V., nel nostro caso Nucleo di Valutazione Aziendale, Sindaci revisori etc.) svolgono, oltre al mandato istituzionale proprio, i seguenti compiti:

- × partecipano al processo di gestione del rischio;
- × considerano i rischi e le azioni inerenti la prevenzione della corruzione nello svolgimento dei compiti ad essi attribuiti;
- × svolgono compiti connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza amministrativa (artt. 31, 43, 44 d.lgs. n. 33 del 2013);
- × esprimono parere obbligatorio sul Codice di comportamento adottato dall'Ente (art. 54, comma 5, d.lgs. n. 165 del 2001);
- × possono proporre le modifiche e miglioramenti del P.T.P.C.T..

Con nota mail di fine anno 2020 è stata chiesta dal RPC eventuali contributi all'aggiornamento del Piano.

6.8 Ufficio Procedimenti Disciplinari

Nell'Organizzazione dell'Azienda USL Umbria 1, sono previsti quattro Uffici per i provvedimenti disciplinari, (di seguito U.P.D.), uno per il Personale del Comparto, uno per i Dirigenti del ruolo sanitario (medici, veterinari e sanitari non medici), uno per i Dirigenti dei ruoli professionali, tecnici, e amministrativi ed uno per gli Specialisti Ambulatoriali con i seguenti compiti:

1. svolgono i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza (art. 55 bis d.lgs. n. 165 del 2001 e art. 37 comma 5 lett. B del CNL 2015 per gli Specialisti Ambulatoriali);
2. provvedono alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria e di quella contabile;
3. propongono l'aggiornamento del Codice di comportamento;
4. relazionano semestralmente al R.P.C. sui provvedimenti assunti sia quelli residui di competenza del Dirigente

6.9 Dirigente della Formazione e Sviluppo risorse

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

- 1) il collegamento tra la formazione specifica e il programma annuale della formazione;
- 2) i criteri per scegliere i soggetti che erogano la formazione;
- 3) i contenuti della formazione;
- 4) i canali e gli strumenti di erogazione della formazione.

6.10 Dipendenti e collaboratori dell'amministrazione

La prevenzione della corruzione deve essere un'azione sinergica di tutti coloro che prestano la loro opera a qualsiasi titolo nell'organizzazione dell'Ente, indipendentemente dal ruolo ricoperto.

La grande maggioranza degli operatori lavora a contatto con il pubblico e pertanto ognuno contribuisce sostanzialmente alla costruzione dell'immagine dell'Azienda, sia in positivo, ed occorrono anni per edificarla, che in negativo, basta poco per danneggiarla gravemente. E' chiaro che la diffusione fra tutti gli operatori di questa consapevolezza e di valori etici condivisi e principi di comportamento eticamente e giuridicamente adeguati rivestono un'estrema importanza.

Ogni dipendente/collaboratore deve:

- partecipare al processo di gestione del rischio;
- osservare le misure contenute nel PTPCT e nel Codice di comportamento aziendali;
- segnalare le situazioni di condotta illecita di cui sono venuti a conoscenza, in ragione del rapporto di lavoro, al proprio Dirigente o al R.P.C o all'U.P.D. (art.54 bis del D.Lgs 165/01 ed art. 15 Codice di comportamento aziendale);
- segnalare casi di personale conflitto di interessi (art. 6 bis l. n. 241 del 1990; artt. 6 e 7 Codice di comportamento nazionale e art. 8 Codice di comportamento aziendale);
- segnalare al proprio dirigente/superiore gerarchico o al RPC l'apertura di eventuali procedimenti penali e procedimenti contabili per reati contro la pubblica amministrazione,

che si sono conclusi con la richiesta del rinvio a giudizio, entro quindici giorni dalla ricezione formale del provvedimento (art. 7 Codice di comportamento aziendale);

- tenere un comportamento eticamente e giuridicamente adeguato.

Per sviluppare un'etica condivisa sono stati organizzati corsi di formazione specifici che hanno visto la partecipazione attiva di gran parte del personale.

7. II PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA

Le indicazioni provenienti dalle organizzazioni sovranazionali evidenziano l'esigenza di perseguire i tre seguenti obiettivi principali nell'ambito delle strategie di prevenzione:

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

Il progetto del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (di seguito PTPCT) aziendale sulla base delle indicazioni di quello Nazionale si sviluppa secondo le seguenti direttrici:

1. mappatura dei processi;
2. individuazione delle aree a rischio;
3. individuazione per ciascuna area degli interventi per ridurre i rischi con indicazione degli obiettivi, della tempistica, dei responsabili, degli indicatori e delle modalità di verifica dell'attuazione;
4. programmazione delle iniziative di formazione;
5. individuazione dei referenti e dei soggetti tenuti a relazionare al R.P.C;
6. individuazione di ulteriori misure di trasparenza, rispetto a quelle contenute nel programma per la trasparenza;
7. definizione delle misure per l'aggiornamento ed il monitoraggio del P.T.P.C.T;
8. rotazione degli incarichi nelle aree a rischio;
9. integrazione del codice di comportamento del personale;
10. definizione dei criteri di inconfiribilità degli incarichi;
11. definizione dei criteri di incompatibilità degli incarichi, anche rispetto a processi specifici;
12. definizione di un sistema di verifica del rispetto delle procedure e criteri stabiliti.

Il PNA 2019/2021, all'All. 1 testualmente prevede che:

“L'identificazione dei processi è il primo passo da realizzare per uno svolgimento corretto della mappatura dei processi e consiste nello stabilire l'unità di analisi (il processo) e nell'identificazione dell'elenco completo dei processi svolti dall'organizzazione che, nelle fasi successive, dovranno essere accuratamente esaminati e descritti. In altre parole, in questa fase l'obiettivo è quello di definire la lista dei processi che dovranno essere oggetto di analisi e approfondimento nella successiva fase 4.

È opportuno ribadire che i processi individuati dovranno fare riferimento a tutta l'attività svolta dall'organizzazione e non solo a quei processi che sono ritenuti (per ragioni varie, non suffragate da una analisi strutturata) a rischio”

Proprio in virtù di tale richiamo che nel presente Piano è stato inserito l'allegato 2, quale mappatura dell'intera attività espletata dall'Azienda. Tale mappa altro non è se non l'estratto di un più ampio lavoro effettuato per dar seguito al GDPR ovvero al Regolamento Generale Protezione Dati - UE 2016/679 e che sarà meglio descritto nella parte relativa agli approfondimenti della trasparenza.

Nell'allegato 1 invece i vari Responsabili hanno inteso attenzionare le attività , *che tra tutte quelle svolte*, rappresentano quelle a maggior rischio corruttivo, associate alle quali insistono le varie azioni individuate al fine della mitigazione dei rischi appunto e sulle quali ogni Dirigente di Area relaziona una o due volte all'anno.

Il PTPCT, è un documento pertanto dinamico e per la normativa stessa che prevede il suo aggiornamento con cadenza annuale e/o a seguito di cambiamenti normativi, organizzativi e sul riscontro di importanti anomalie, che ne richiedano l'immediata attualizzazione.

È un programma di attività, con indicazione delle aree di rischio e dei rischi specifici, delle misure da implementare per la prevenzione in relazione al livello di pericolosità dei rischi specifici, dei responsabili per l'applicazione di ciascuna misura e dei tempi.

Per “rischio” si intende l'effetto dell'incertezza sul corretto perseguimento dell'interesse pubblico e, quindi, sull'obiettivo istituzionale dell'Ente, dovuto alla possibilità che si verifichi un dato evento.

Per “evento” si intende il verificarsi o il modificarsi di un insieme di circostanze che si frappongono o si oppongono al perseguimento dell'obiettivo istituzionale dell'Ente.

Il PTPCT individua per ciascuna misura da implementare il responsabile dell'implementazione e il termine per la stessa. L'efficacia dipende dalla collaborazione fattiva di tutti i componenti dell'organizzazione e, pertanto, è necessario che il suo contenuto sia coordinato rispetto a quello di tutti gli altri strumenti di programmazione presenti nell'amministrazione.

Il piano è quindi strutturato come documento di programmazione, con l'indicazione di obiettivi, indicatori, misure, responsabili, tempistica e risorse. Tende a un miglioramento continuo e graduale, considerando gli specifici contesti interni ed esterni, è un processo inclusivo che prevede momenti di coinvolgimento dei portatori di interesse interni ed esterni.

La gestione del rischio di corruzione è lo strumento da utilizzare per la riduzione delle probabilità che il rischio si verifichi. La pianificazione, mediante l'adozione del PTPCT è il mezzo per attuare la gestione del rischio, unitamente a tutti i regolamenti aziendali adottati per la riduzione della discrezionalità degli operatori coinvolti nei vari processi

Il Piano triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza costituisce l'atto attraverso il quale l'Azienda individua le strategie prioritarie per la prevenzione ed il contrasto della corruzione, atto che, per la sua stessa natura, si presenta, non come un' attività compiuta con un termine di completamento finale, bensì come un insieme di strumenti finalizzati alla prevenzione che vengono, come affermato dalle Linee di indirizzo del Comitato ministeriale di

cui al D.P.C.M. 16 gennaio 2013 “via via affinati, modificati o sostituiti in relazione al feedback ottenuto dalla loro applicazione”.

Il Piano è ispirato al criterio della prudenza per evitare una sottostima del rischio e non consiste in un'attività di tipo ispettivo o con finalità repressive; l'obiettivo finale a cui si vuole gradualmente giungere è un sistema di controllo preventivo rappresentato da un sistema di prevenzione tale da non poter essere aggirato se non fraudolentemente al fine di creare un ambiente di diffusa percezione della necessità del rispetto delle regole.

L'aggiornamento annuale del Piano segue la stessa procedura utilizzata per la prima adozione del PTPCT e tiene conto dei seguenti fattori:

- a) normative sopravvenute che impongono ulteriori adempimenti;
- b) normative sopravvenute che modificano le finalità istituzionali dell'amministrazione (es.: acquisizione di nuove competenze);
- c) nuovi indirizzi o direttive contenuti negli aggiornamenti del P.N.A. e nelle Linee Guida emanate;
- d) emersione di rischi non considerati adeguatamente in fase di predisposizione del P.T.P.C.T.;
- e) feedback delle attività di verifica e controllo svolte;
- f) suggerimenti degli organi istituzionali, di altri soggetti sia interni che esterni all'azienda.
- g) A partire dal 2019, come suggerito da ANAc si è iniziato a coinvolgere anche gli Enti del Terzo Settore

7.1 Fase preparatoria sulla scorta delle indicazioni fornite dai PPNNAA

Per predisporre il primo Piano è stata inviata una nota dal R.P.C. ai Dirigenti delle macrostrutture e delle U.O. delle aree centrali, che, domandava la loro indispensabile collaborazione, indicava gli obiettivi nazionali e specifici del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e richiedeva le seguenti informazioni:

- α) la mappatura di tutti i processi svolti,
- β) l'individuazione di ulteriori aree di rischio oltre quelle sotto segnalate,
- χ) il personale coinvolto da destinare ad una specifica formazione,
- δ) le eventuali procedure messe in atto o da adottare per la prevenzione dei fenomeni di corruzione,
- ε) gli eventuali criteri adottati o da adottare per rotazione del personale addetto nelle aree a rischio,
- φ) i criteri utilizzati per la verifica per l'inconferibilità e per l'incompatibilità per lo svolgimento degli incarichi,
- γ) suggerimenti per rendere più trasparenti possibile i procedimenti gestiti e dar modo alla cittadinanza di offrire il proprio contributo al loro miglioramento e per segnalare eventuali non conformità nei processi.”

Nel corso dell'anno 2015 è stato organizzato un corso di formazione sul campo: “Prevenzione della Corruzione: Sviluppo del Piano di Controllo”, suddiviso per gruppi di lavoro per tutte le aree a maggior rischio allo scopo di:

riesaminare le griglie di attività già presentate e valutate nei Piani Triennali della Prevenzione della Corruzione, verificando la loro completezza e la bontà della valutazione effettuata, suggerendo le eventuali integrazioni, modifiche e rivalutazioni;

determinare le fasi maggiormente critiche per individuare i controlli da effettuare e definire i criteri e le modalità degli stessi;

rivisitare i procedimenti amministrativi per permettere la loro pubblicazione sul sito aziendale, secondo le priorità definite.

Questo ha permesso di raccogliere le necessarie informazioni per procedere all'aggiornamento del documento 2016.

Nel PNA 2016 è ribadita più volte la necessità di effettuare controlli; per tale motivo nella nostra Azienda, molte strutture svolgono a vario titolo controlli sia all'interno dell'Azienda (U.O.: Risk management, Sviluppo Qualità e Comunicazione, Sicurezza Aziendale, Nucleo ispettivo aziendale, Gruppo di Lavoro per il potenziamento del sistema di Controllo Interno e Internal Auditing) o su strutture esterne che hanno rapporti con l'Azienda USL Umbria 1, come le strutture accreditate e/o convenzionate, (Dipartimento di Prevenzione e Distretti), nel rispetto della piena autonomia di ogni struttura si sta instaurando una fattiva collaborazione fra queste e il Responsabile della Prevenzione della Corruzione al fine di rispondere compiutamente nella relazione annuale da predisporre entro il 31 gennaio p.v. e verificare l'effettivo rispetto delle procedure aziendali.

Nel corso del 2017 sulla scorta del PNA 2017 e dei cambiamenti normativi apportati dai Decreti attuativi della Legge 124/2015 "Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche" proseguendo sulla linea del massimo coinvolgimento, così come auspicato a livello nazionale, per la definizione di modelli organizzativi e procedure nel pieno rispetto dei principi della prevenzione della corruzione e della trasparenza sono stati organizzati 8 gruppi di lavoro:

- * Accesso agli atti ai sensi del D.Lgs.vo 97/2016 e legge 241/90;
- * Appalti ed Acquisti: Revisione Regolamento e procedure ai sensi del PNA 2016 e PTPC 2016-18 aziendale;
- * Rotazione del Personale e Nomine, revisione Codice di comportamento aziendale e Regolamento per l'autorizzazione e conferimento incarichi, definizione criteri per acquisire lo stato patrimoniale dirigenti e per la verifica delle autodichiarazioni dei collaboratori dell'azienda, pubblicazioni obbligatorie D.Lgs.vo 33/2013 e ssmmii;
- * Rapporti con i soggetti erogatori e relativi controlli secondo quanto previsto dal PNA 2016 e PTPC 2016-18 aziendale;
- * Misure per l'alienazione degli immobili, definizione regolamento per l'acquisizione, cessione, locazione attiva e passiva e gestione immobili;
- * Sperimentazioni cliniche e comodati d'uso/ valutazione "in prova";

- ✗ Gestione dei tempi e delle liste di attesa e dell'attività libero professionale intramoenia, verifica regolamenti in essere alla luce del PNA 2016, definizione dei criteri per i controlli e pubblicazione incassi;
- ✗ Coordinamento attività di controllo interni ed esterni.

Gli obiettivi dei gruppi di lavoro, ciascuno per quanto di competenza sono stati:

- Revisione ed aggiornamento dei documenti aziendali, per la verifica della rispondenza a quanto previsto ed aggiornamento:
 - dal Piano Nazionale Anticorruzione 2016 adottato dall'ANAC con la Delibera n. 831 dell'agosto 2016
 - dall'aggiornamento del Piano Nazionale Anticorruzione adottato dall'ANAC Determinazione n. 12 del 28/10/2015
 - dal Piano triennale della Prevenzione della Corruzione aziendale 2016 – 2018, adottato con la Delibera n. 122 del 03/02/2016
- Verifica stato di attuazione misure previste dal Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione.

Sostanzialmente si può affermare che il raggiungimento degli obiettivi assegnati ai vari gruppi di lavoro hanno consentito un puntuale aggiornamento del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2018/2020, ove sono stati indicati i principali documenti aziendali rivisti ed aggiornati secondo le modifiche normative intervenute e le linee guida emanate.

Doveroso precisare che tale attività di adeguamento è proseguita anche nel 2019 attraverso un costante rapporto sinergico tra il RPC aziendale e i Dirigenti delle Macrostrutture nonché con i Referenti da essi individuati, che ha privilegiato in particolare il monitoraggio delle attività a contenimento corruttivo posto rispettivamente in essere per le aree maggiormente esposte.

Nel corso dell'anno 2017 sono intervenuti, importanti provvedimenti normativi, sia nel settore dei contratti pubblici, che nell'ambito della trasparenza e dell'anticorruzione.

Ricordiamo tra essi , in particolare, il Decreto Legislativo 19 aprile 2017, n. 56, recante “disposizioni integrative e correttive al decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50” (cd. nuovo Codice dei contratti pubblici), il D.Lgs. 117/2017 “ Codice del terzo settore” e la legge 124/2017 per le quali si è già descritto l'intervento aziendale la legge 30 novembre 2017, n. 179, avente ad oggetto “Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato”, che ha consacrato e perfezionato la disciplina dell'istituto innovativo del whistleblowing.

Proprio su tale ultimo aspetto è stato, in collaborazione con la U.O. Tecnologie Informatiche e Telematiche, avviato nella seconda metà 2018, un percorso per testare il sistema più adeguato e destinato a garantire il whistleblowing, così da dare pienamente attuazione alla Legge 179/2017

Tale sistema è entrato a pieno regime dal mese di aprile 2019 e consente al dipendente che segnala al responsabile della prevenzione della corruzione dell'ente o all'Autorità nazionale anticorruzione o ancora all'autorità giudiziaria ordinaria o contabile le condotte illecite o di abuso di cui sia venuto a conoscenza in ragione del suo rapporto di lavoro, di non essere - per motivi collegati alla segnalazione - soggetto a sanzioni, demansionato, licenziato, trasferito o sottoposto a altre misure organizzative che abbiano un effetto negativo sulle condizioni di lavoro.

Di seguito si riporta testualmente l'Avviso, con i relativi link attivi, riportato nella pagina dell'Amministrazione Trasparente

<http://www.uslumbria1.gov.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti-corruzione>

Il pubblico dipendente che, nell'interesse dell'integrità della pubblica amministrazione, segnala al responsabile della Prevenzione della Corruzione aziendale (tramite il seguente indirizzo di posta elettronica prevenzionedellacorruzione@uslumbria1.it o utilizzando l'apposito modulo Modulo segnalazione condotta illecita ovvero presso tutti gli URP) o all'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC) (tramite il seguente link <https://servizi.anticorruzione.it/segnalazioni/#/>) o denuncia all'autorità giudiziaria ordinaria o a quella contabile, condotte illecite di cui è venuto a conoscenza in ragione del proprio rapporto di lavoro non può essere sanzionato, demansionato, licenziato, trasferito, o sottoposto ad altra misura organizzativa avente effetti negativi, diretti o indiretti, sulle condizioni di lavoro determinata dalla segnalazione. A maggior tutela del segnalante, l'Azienda Usl Umbria 1, in ottemperanza alle disposizioni di cui alla Legge 179/2017, ha istituito, inoltre, quale canale di segnalazione idoneo a garantire, con modalità informatiche, la riservatezza ed il completo anonimato dell'identità del segnalante, il seguente indirizzo:

<https://globaleaks.uslumbria1.it>

L'identità del segnalante non può essere rivelata. Nell'ambito del procedimento penale, l'identità del segnalante è coperta dal segreto nei modi e nei limiti previsti dall'articolo 329 del codice di procedura penale. Nell'ambito del procedimento dinanzi alla Corte dei conti, l'identità del segnalante non può essere rivelata fino alla chiusura della fase istruttoria. Nell'ambito del procedimento disciplinare l'identità del segnalante non può essere rivelata, ove la contestazione dell'addebito disciplinare sia fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla segnalazione, anche se conseguenti alla stessa. Qualora la contestazione sia fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione e la conoscenza dell'identità del segnalante sia indispensabile per la difesa dell'incolpato, la segnalazione sarà utilizzabile ai fini del procedimento disciplinare solo in presenza di consenso del segnalante alla rivelazione della sua identità. La segnalazione è sottratta all'accesso previsto dagli articoli 22 e seguenti della legge 7 agosto 1990, n. 241, e successive modificazioni. Al dipendente/collaboratore che segnala illeciti viene, inoltre, assicurata l'integrale applicazione delle tutele previste dall'art. 54-bis del D.Lgs n.165/2001 così come integrato e modificato dalla Legge 179/2017 "Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato". Il dipendente che ritiene di aver subito una discriminazione per il fatto di aver effettuato una segnalazione di illecito deve dare notizia circostanziata dell'avvenuta discriminazione al Responsabile della Prevenzione della Corruzione. Il Responsabile valuta la sussistenza degli elementi per effettuare la segnalazione di quanto accaduto direttamente all'Anac. Le tutele di cui sopra non sono garantite nei casi in cui sia accertata, anche con sentenza di primo grado, la responsabilità penale del segnalante per i reati di calunnia o diffamazione o comunque per reati commessi con la denuncia di cui al comma 1 ovvero la sua responsabilità civile, per lo stesso titolo, nei casi di dolo o colpa grave». Per tutto quanto altro non espressamente riportato nella presente pagina si fa riferimento a quanto disposto dalla Legge 179/2017

Attenzione!

Si informa che le segnalazioni effettuate in forma anonima possono essere prese in considerazione solo in casi peculiari e, comunque, non ai sensi dell'art. 54-bis (normativa anticorruzione). Le segnalazioni, anche se inviate in forma anonima in prima istanza, potranno essere successivamente integrate con le generalità del segnalante ai fini di acquisire l'eventuale tutela legale, oltre alla priorità di gestione. Tutte le segnalazioni, nel rispetto della tutela della riservatezza dell'identità del segnalante,

potranno essere inviate ad altre istituzioni (autorità giudiziaria, dipartimento della funzione pubblica, corte dei conti, etc.). N.B. Si informa che, laddove dalla segnalazione emergessero profili di rilievo penale e di danno erariale, l'Azienda Sanitaria Usl Umbria 1 provvederà a trasmettere la notizia di illecito alle competenti Autorità giudiziarie e, solo su richiesta delle stesse, fornirà l'identità del segnalante. Si raccomanda di prendere visione della piattaforma con cadenza settimanale, poiché i provvedimenti dell'Azienda e le richieste di integrazione documentale, ritenute dall'Ufficio necessarie per poter procedere, verranno comunicati tramite la stessa

Posto quanto sopra ed acquisito il Documento ANAc in fase di consultazione "Linee guida in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza in ragione di un rapporto di lavoro, ai sensi dell'art. 54-bis, del d.lgs 165/2001 (c.d. whistleblowing)", è in corso di perfezionamento la redazione di apposito regolamento operativo, che costituirà un obiettivo 2021, compatibilmente con l'emergenza Covid. Nel corso del 2020 non sono pervenute segnalazioni di reati o irregolarità da parte di whistleblowing.

Gli indirizzi emanati ANAC nel 2017 e finalizzati all'aggiornamento dei Piani Aziendali Anticorruzione, non hanno riguardato nello specifico l'ambito sanitario essendo destinati principalmente alle Autorità di Sistema Portuale, le Istituzioni Universitarie etc.

Nonostante ciò, pur non dovendo procedere ad adeguare il "nostro" vigente Piano alle cogenti indicazioni ANAC, è stato obbligo comunque la rivisitazione dello stesso in considerazione appunto dei mutamenti organizzativi, procedurali etc, intervenuti in corso d'anno nella nostra Azienda e in considerazione della conclusione dei lavori dei Gruppi di Lavoro sopra indicati.

Prima di tutto si è andati verso la rivisitazione delle mappature dei processi, sia a livello generale che attribuibili alle singole macrostrutture. Si rinvia ai precedenti Piani triennali per la descrizione delle fasi che hanno costituito l'ossatura dello sviluppo degli stessi e la pesatura dei fattori di rischio; nel piano 2017 si è cercato di concentrare la attenzione sui processi a maggior rischio esplodendoli ed analizzandoli nelle singole fasi.

E' stato chiesto pertanto a ciascun Referente di voler, per la parte di propria competenza, rivedere le attività nel loro complesso e indicare solo e solo quelle all'interno delle quali potrebbe annidarsi un effettivo rischio corruttivo, e contestualmente pertanto indicarne il potenziale rischio.

Anche gli indirizzi emanati ANAC nel 2018 e finalizzati all'aggiornamento dei Piani Aziendali Anticorruzione, non hanno riguardato nello specifico l'ambito sanitario, essendo destinati principalmente ad altri "settori".

Purtuttavia la parte generale ha offerto interessanti approfondimenti, a conforto delle azioni che il RPC ha portato avanti all'interno della Ausl Umbria 1 e che meglio sono declinate in seguito e a sostegno delle iniziative sinergiche aziendali (ad es. in materia di adeguamento al Regolamento UE 2026/679) che dal secondo semestre del 2018 hanno impegnato le varie strutture in aggiunta alla "quotidianità".

Gli indirizzi ANAC nel 2019 per stessa ammissione dell'Autorità, considerato che nel tempo la Stessa è dovuta tornare più volte sugli stessi temi, vuoi per adeguare gli indirizzi alle novità legislative, vuoi per tenere conto delle problematiche rilevate in sede consultiva e di vigilanza, ha deciso di concentrare la propria attenzione sulle indicazioni relative alla parte generale del PNA, rivedendo e consolidando in un unico atto di indirizzo tutte le indicazioni date fino ad oggi, integrandole con orientamenti maturati nel corso del tempo e che sono anche stati oggetto di appositi atti regolatori.

Le ragioni di fondo che hanno guidato la scelta del Consiglio sono, oltre a quella di semplificare il quadro regolatorio al fine di coordinare le amministrazioni, quelle di contribuire ad innalzare il livello di responsabilizzazione delle pubbliche amministrazioni a garanzia dell'imparzialità dei processi decisionali.

Quanto sopra richiamato non toglie dal fatto che comunque il PNA 2019/2021 abbia rappresentato un valido contributo e abbia offerto spunti significativi per l'aggiornamento del presente documento.

Nello specifico l'Allegato 1 al PNA 2019 ritorna sull'argomento della Rotazione Ordinaria dei dipendenti strettamente connessa a vincoli di natura soggettiva attinenti al rapporto di lavoro e a vincoli di natura oggettiva, connessi all'assetto organizzativo dell'amministrazione.

Il dettato ANAc stabilisce che, per l'attuazione della misura è necessario, che l'amministrazione nel proprio PTPCT chiarisca i criteri, dandone preventiva e adeguata informazione alle organizzazioni sindacali, individui la fonte di disciplina e sviluppi un'adeguata programmazione della rotazione.

Pur mancando una generica e condivisa modalità regolatoria dell'istituto della rotazione ordinaria, corre l'obbligo fornire un riepilogo di quello che fino ad ora sono state le azioni poste in essere dalla Ausl Umbria 1:

L'Azienda USL Umbria 1 è di recente costituzione, 1 gennaio 2013, nasce dalla fusione delle ex ASL 1 e ASL 2, secondo quanto previsto dalla Legge Regionale 12 novembre 2012, n. 18 "Ordinamento del servizio sanitario regionale", da due realtà con vocazioni abbastanza diverse, più ospedaliera la prima, più territoriale la seconda, ove è presente anche un'Azienda Ospedaliera. Nel corso del 2014, sono stati conferiti tutti i nuovi incarichi della nuova Azienda USL Umbria 1. Quasi tutti i Dirigenti dell'area centrale e di staff hanno cambiato almeno in parte il proprio incarico. In tutte le U.O. sono confluiti operatori provenienti da esperienze diverse; tali innovazioni hanno portato alla rivisitazione delle funzioni e ciò ha consentito il coinvolgimento di nuovi soggetti in ogni processo ed il rispetto dello spirito della norma sulla rotazione. Nel 2015 sono state assegnate la Responsabilità di 82 Posizioni Organizzative dell'Area centrale e di Staff, con la ridefinizione delle funzioni di 49 e 7 nuovi incarichi. La Delibera 1128/15, con cui è stato adottato dall'Azienda il "Piano 2014-2016 Revisione Strutture Semplici e Complesse" richiesto dalla Regione, ha comportato una complessiva rivisitazione degli incarichi dirigenziali e la riduzione di 93 strutture semplici. Nel 2016 è stata completata la riorganizzazione che ha portato nei parametri nazionali il numero delle Strutture semplici. Con la soppressione o accorpamento delle strutture, ai dirigenti che ne erano titolari sono stati attribuiti incarichi diversi per tipologia e/o per funzioni. E' stata effettuata la riorganizzazione di molte strutture, sono stati assegnati 57 nuovi incarichi dirigenziali (su 201 complessivi) e sopresse 37 strutture; sono stati assegnati i nuovi incarichi dirigenziali derivanti dalla revisione dell'assetto organizzativo aziendale. Tale assegnazione è stata effettuata, con particolare riferimento alla Dirigenza Professionale ed Amministrativa, tramite procedure selettive di evidenza pubblica. E' stata riassegnata la responsabilità delle 36 Posizioni organizzative del ruolo sanitario, 17 delle quali hanno cambiato il titolare. Nel 2017, proseguendo nel percorso di rinnovamento sono stati conferiti 4 nuovi incarichi di struttura complessa ed 14 di struttura semplice e 3 strutture sono state accorpate, con le DDG n. 65 del 18.01.17 e n. 98 del 26.01.17 è stato definito il nuovo Organigramma degli incarichi di Coordinamento afferenti al Servizio delle Professioni Sanitarie. Nella fase di attribuzione dei nuovi incarichi è stato attuato il principio della rotazione degli incarichi anche ai fini dell'anticorruzione; sono stati ruotati complessivamente 95 incarichi sui 207 assegnati, 95 (pari al 46%), sono state conferite, inoltre, la Responsabilità di 10 Posizioni Organizzative a nuovi soggetti. Nel corso del biennio 2018/2019 non si è proceduta ad alcun conferimento di incarico, salvo alcune eccezioni dovute alla necessità ed urgenza di sostituzione pensionamenti, in quanto è intervenuto il nuovo CCNL del personale del comparto che ha sostanzialmente modificato il quadro normativo di riferimento. Tra le posizioni attribuite si rileva quella denominata "Controllo Attività extraistituzionali ed occasionali personale dipendente/ Rapporti di Lavoro Atipici". E' stato inoltre adottato il nuovo regolamento per l'assegnazione degli incarichi.

La rotazione avviene

- Nelle commissioni invalidi in relazione ai ruoli di titolare/supplente (per i medici) e di alternanza (50% ciascuno) dei segretari, (Delibera del DG. n. 1161/15)
- Nell'attività svolta da CoGeSi (Comitato Gestione Sinistri) in riferimento alle richieste di danni in tema di responsabilità professionale medica è garantita la rotazione delle figure tecniche professionali deputate a formulare gli specifici pareri tecnici.

- La Delibera del D.G. 1029/15 ha approvato le "Linee di indirizzo per la rotazione degli incarichi relativi alle verifiche ispettive delle casse CUP e dei delegati alla firma degli ordinativi di pagamento e di riscossione".
- E' stato ruotato il personale addetto alla liquidazione delle competenze spettanti alle farmacie, parafarmacie, sanitarie ed esercizi commerciali autorizzati.
- Nel Dipartimento di Prevenzione in alternativa alla rotazione è previsto un sistema di audit e/o la verifica di attività a campione, è prevista la rotazione periodica dei membri del gruppo di audit dei Servizi individuati, nei comuni interessati dalle elezioni amministrative, è stato ruotato il personale e l'attività di vigilanza programmata è stata svolta da personale proveniente da altre aree, quando possibile o differita.
- Le commissioni di selezione del personale sono nominate dal D.G., sia per il comparto che per la Dirigenza, di norma variano sempre nella loro composizione, nel rispetto della normativa vigente nazionale e regionale.
- E' stata attuata la rotazione dei RUP, che di solito non coincidono con i DEC. Per le forniture più complesse e più onerose è previsto l'affiancamento del DEC con assistenti nominati dal D.G..

La rotazione non è avvenuta ai soli fini della Prevenzione della Corruzione, ma è comunque una misura prevista nei regolamenti aggiornati per l'assegnazione degli incarichi. Nell'ambito del 2018 non sono state rilevate situazioni di incompatibilità tali da imporre un immediato ricorso alla fattispecie di che trattasi, se non per alcuni componenti delle commissioni invalidi prontamente rimossi .

Posto quanto sopra corre l'obbligo di ricordare come la dotazione organica dirigenziale della Ausl Umbria 1, non aggiornata oramai da anni, fa sommare incarichi in capo alle poche figure rimaste. Ciò impedisce di perseguire l'obiettivo della formazione ai fini della rotazione . Un esempio su tutti è quello che ha visto il pensionamento di quattro Direttori di Distretto su sei. Parimenti va citato che i due Direttori Sanitari di Presidio rimasti, attualmente hanno rivestito per più di un semestre i ruoli di Commissario Straordinario e Direttore Sanitario e le funzioni connesse ai Presidi sono state svolte dai loro sostituti.

A completamento dell'Istituto della Rotazione, va sicuramente citata la Delibera ANAc 215 del 26/03/2019 "Linee guida in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria di cui all'art. 16, comma 1, lettera l quater, del d.lgs. n. 165 del 2001", di certo rilievo comportamentale per le pubbliche amministrazioni, in ordine alla quale la Ausl Umbria 1 ha già iniziato la fase divulgativa, includendo tale disciplina tra le iniziative formative 2019.

Il PNA 2020 non è stato adottato, probabilmente a causa della grave crisi pandemica che ha fagocitato risorse umane, strumentali e strutturali , di ogni settore e ad ogni livello funzionale rispetto alla rispettiva originaria destinazione.

Con Comunicato del Suo Presidente pro tempore, l'Anac il 2 dicembre 2020 ha precisato che :

Tenuto conto dell'emergenza sanitaria da Covid-19, il Consiglio dell'Autorità nella seduta del 2 dicembre u.s. ha ritenuto opportuno differire, al 31 marzo 2021, il termine ultimo per la predisposizione e la pubblicazione della Relazione annuale 2020 che i Responsabili per la Prevenzione della corruzione e la trasparenza (RPCT) sono tenuti ad elaborare, ai sensi dell'art. 1, co. 14, della legge 190/2012. A tal fine, l'Autorità metterà a disposizione, entro l'11 dicembre prossimo, l'apposito modello, che sarà generato anche per chi, su base volontaria, ha utilizzato la Piattaforma per l'acquisizione dei dati sui Piani triennali per la prevenzione della corruzione e la trasparenza. Restano valide le Relazioni già pubblicate.

Per le stesse motivazioni legate all'emergenza sanitaria e al fine di consentire ai RPCT di svolgere adeguatamente tutte le attività connesse all'elaborazione dei Piani triennali per la prevenzione della corruzione e la trasparenza, il Consiglio dell'Autorità ha altresì deliberato di differire alla medesima data (31 marzo 2021) il termine ultimo per la predisposizione e la pubblicazione dei Piani Triennali per la prevenzione della corruzione e la trasparenza 2021-2023.

7.2 Criteri per la valutazione del Rischio

L'allegato 1 al PNA 2019, riepiloga come :

....omissis....L'approccio utilizzabile per stimare l'esposizione delle organizzazioni ai rischi può essere qualitativo, quantitativo o misto.

Nell'approccio qualitativo, l'esposizione al rischio è stimata in base a motivate valutazioni, espresse dai soggetti coinvolti nell'analisi, su specifici criteri. Tali valutazioni, anche se supportate da dati, non prevedono (o non dovrebbero prevedere) la loro rappresentazione finale in termini numerici.

Diversamente, nell'approccio di tipo quantitativo si utilizzano analisi statistiche o matematiche per quantificare l'esposizione dell'organizzazione al rischio in termini numerici. ...omissis..... e che l'allegato 5 del PNA 2013 è superato dalla metodologia indicata nel presente allegato e solo a questo ultimo si dovrà fare riferimento.....

Nello specifico , il PNA 2019 ... suggerisce di adottare un approccio di tipo qualitativo, secondo i seguenti criteri:

- *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.*

L'Attività portata avanti negli anni 2019 e 2020, quest'ultimo fortemente condizionato dal diffondersi della pandemia Covid 19, pertanto è stata quella di iniziare a superare la valutazione del rischio ampiamente usata nei precedenti Piani Triennali aziendali, per privilegiare soprattutto i criteri della percezione esterna e del grado della discrezionalità del funzionario preposto all'esercizio dell'azione.

Si ritiene necessario continuare a valutare, oltre gli indicatori proposti, anche il valore economico delle varie attività, in quanto la sua importanza potrebbe essere indice di appetibilità quale fattore di scambio.

Pertanto, la presenza di uno o più fattori, tra quelli privilegiati dalla Azienda UsI Umbria 1 all'interno di una determinata attività ne attribuisce l'associazione di rischio :

Rischio basso: scarsa rilevanza per soggetti esterni, adeguata regolamentazione di processo, partecipazione allo stesso di più attori aziendali, monitoraggio sistematico, basso valore economico

Rischio medio: scarsa rilevanza per soggetti esterni, adeguata regolamentazione di processo, processo decisionale discrezionale, monitoraggio sistematico, medio valore economico

Rischio alto: processo attenzionato da soggetti esterni, regolamentazione da adeguare, processo decisionale discrezionale, difficoltà di monitoraggio, alto valore economico.

Utilizzando tali criteri definiti, alcuni procedimenti fortemente regolamentati, che prevedono la partecipazione nel processo decisionale di più operatori e/o strutture e a basso impatto economico risultano sempre a rischio basso; aumentando il “grado” dei tre indicatori, ed attenzionando gli stessi, si passa ad identificare un rischio medio fino ad uno alto.

Nella valutazione il grado di rischio viene mantenuto nel grado originale, a monte delle misure prese, in quanto solo la costante attenzione ne può contenere la potenziale pericolosità.

La classificazione del rischio è stata determinata anche dal confronto costante con i Referenti ed i Dirigenti delle Unità Operative incontrate frontalmente nel corso degli anni.

La piena applicazione di quanto previsto dal PNA 2019 di ANAc troverà completamento nei prossimi aggiornamenti del PTPCT

7.3 Rischio potenziale

Per rischio potenziale si intende di norma il prodotto dell'entità di un pericolo e la probabilità che l'evento pericoloso si verifichi.

In tale contesto si può brevemente rappresentare il rischio potenziale come la probabilità che nell'erogazione di un'attività / endoprocedimento, per effetto della discrezionalità ad essa associata, il titolare della funzione possa trarne qualche utilità o beneficio, ponendo in essere un “evento dannoso” per la Sanità tutta e la sua immagine.

7.4 Misure di sicurezza associate

La fase di trattamento del rischio consiste nell'individuare le misure che devono essere predisposte per neutralizzare o ridurre il rischio e nella decisione di quali rischi si decide di trattare prioritariamente rispetto agli altri.

7.5 Indicatori

L'indicatore è una misura sintetica, coincidente con una variabile o composta da più variabili, in grado di riassumere l'andamento del fenomeno cui è riferito. Gli indicatori sono strumenti di misurazione che forniscono dati utili per la gestione del progetto nonché per il monitoraggio e la valutazione dell'efficienza delle attività svolte. In tal modo permettono di migliorare il processo decisionale, promuovere una maggiore efficienza e produrre risultati più rilevanti. Gli indicatori devono essere in relazione diretta con gli obiettivi principali del progetto, in questo caso delle attività e fornire un quadro adeguato di ciò che il progetto si propone di ottenere.

7.6 Attività di monitoraggio e valutazione

Per monitoraggio si intende la vigilanza continua circa la corretta esecuzione di un'attività specifica e la contestuale rilevazione di dati significativi sul contesto interessato.

Valutare significa esaminare in maniera esaustiva, critica e oggettiva l'adeguatezza degli obiettivi e la qualità delle azioni compiute in relazione ai risultati ottenuti, agli effetti provocati e ai bisogni che si prefiggono di soddisfare.

7.7 Valutazione del rischio

Sulla base delle indicazioni del PNA e dei suoi aggiornamenti nonché della valutazione dei rischi sono state individuate le azioni, a carattere generale, per le aree comunque individuate a rischio comuni per l'Azienda.

In allegato 2 sono riportati i processi indicati dai Dirigenti delle macrostrutture e delle aree centrali, per l'analisi dettagliata del rischio, per le attività a rischio medio sono indicate le azioni di miglioramento che sono in carico al Responsabile della Struttura.

8. AZIONI DI MONITORAGGIO E CONTROLLO SULL'ATTUAZIONE DELLE MISURE PREVISTE DAL PIANO

Va premesso che il vero ruolo del piano di prevenzione della corruzione non può essere inteso in senso adempimentale, cioè nella mera previsione di aree di rischio e misure, quanto invece, nella prescrizione di sistemi di presidio dell'attività amministrativa e sanitaria, intesa come rispetto del principio di correttezza ed imparzialità di accesso alle cure.

Semplicisticamente possiamo affermare che l'attività di prevenzione non consiste soltanto nella definizione del piano e nella predisposizione della relazione finale. Tra questi due momenti spetta, al Responsabile della prevenzione, l'attivazione di un sistema di "monitoraggio" ed elaborazione attraverso la prescrizione di "obblighi informativi".

La differenza tra "monitoraggio" (previsto dalla legge 190/2012) e "controllo" (richiamato dall'Autorità anticorruzione) non è oziosa e porta con sé diverse implicazioni che meritano una precisazione.

Certamente entrambi i termini indicano l'azione di osservazione di un fenomeno attraverso la raccolta di informazioni. Tuttavia, mentre il monitoraggio enfatizza l'aspetto informativo, allo scopo di restituire notizie e dati utili alla eventuale correzione della gestione, il "controllo", nell'accezione della dottrina amministrativa, richiama la funzione di verifica finalizzata alla correttezza, con le inevitabili conseguenze, sia in ordine agli ambiti di indagine, sia in ordine agli effetti che ne conseguono (per il controllore e per il controllato).

Non da ultimo la deliberazione ANAc n. 840 del 2 ottobre 2018, richiamata in toto nell'aggiornamento 2018 al PNA, approfondisce, a seguito di impulso di alcune Amministrazioni, il corretto *modus operandi* del RPC attribuendo allo stesso:

1. il potere di acquisizione diretta di atti e documenti e di audizione di dipendenti,
2. il potere monitorare il rispetto degli atti di regolazione adottati da un Ente

Ai fini del **monitoraggio** in ordine all'applicazione delle misure per la prevenzione della corruzione previste dal PTPC pertanto il Responsabile per la prevenzione della corruzione (RPC) provvede a richiedere ai Referenti individuati informazioni in merito all'attuazione delle misure e delle attività di prevenzione, da restituire allo stesso R.P.C..

Nello specifico il R.P.C. ha chiesto ai referenti due relazioni nella quale rappresentare, a seconda delle rispettive aree di rischio, facenti parte sia delle attività di carattere generale/trasversali e/o esclusive che di quelle proprie, le azioni adottate o da adottare entro 2020 per il rispetto della tempistica associata ad ogni singola fattispecie e le eventuali criticità connesse.

Nella richiesta comunque, visto il rapido diffondersi dell'epidemia covid-19 dal febbraio 2020, che ha imposto di mettere in atto drastiche misure di contenimento e contestualmente avviare un processo di riorganizzazione dei servizi sanitari per rendere adeguata l'offerta ai bisogni della popolazione nel momento dell'emergenza, e, consapevole dello sforzo richiesto dallo stato emergenziale, che ha messo in subordine le attività routinarie e di miglioramento, il RPC ha chiesto ai Referenti di evidenziare anche le attività aggiuntive in urgenza dovute al momento e quanto questo abbiano inciso sulla programmazione pianificata ad inizio anno.

Agli Uffici Procedimenti Disciplinari della Dirigenza e del Comparto è stato chiesto invece un riepilogo dei procedimenti avviati e / o conclusi sempre nel corso 2020 con l'indicazione della sanzioni eventualmente comminate.

Le relazioni pervenute e le considerazioni in esse contenute hanno sostanzialmente fatto emergere una attenzione particolare rispetto alla tempistica delle azioni ed agli indicatori di verifica e alla prevenzione della corruzione in genere, se non altro le relazioni richieste hanno avuto quale risultato proprio quello di far riprendere l'attenzione sulle disposizioni del Piano, là ove questo era andato scemando per i contingibili processi di gestione in questa fase di emergenza.

Sinteticamente di seguito si intendono riportare, per ogni Struttura, le *più significative attività descritte* in tali relazioni acquisite direttamente dai rispettivi Responsabili o per il tramite dei Referenti individuati che confortano il Responsabile Anticorruzione sul monitoraggio effettuato nei rispettivi servizi.

Quanto in sintesi si riporta vuole dimostrare che ogni Struttura, pur nella complessità della quotidianità e del periodo dettato dall'emergenza sanitaria, si è comunque dedicata al sostegno delle azioni per la prevenzione della corruzione.

In alcuni casi le relazioni hanno rappresentato uno spunto importante anche per l'integrazione del presente documento, tanto che le misure proposte ed immediatamente applicabili sono state già incluse; per le altre, una loro valutazione, avverrà congiuntamente alla Direzione aziendale

Tutte le relazioni sono conservate presso l'Ufficio del Responsabile della Prevenzione della Corruzione.

Estratti

Presidi Ospedalieri: relazione redatta sia dalla Componente Sanitaria che Amministrativa

Corre l'obbligo precisare che anche in questa parte finale d'anno, la recrudescenza dell'epidemia covid-19, ha imposto di mettere in atto drastiche misure di contenimento e contestualmente avviare un processo di riorganizzazione dei servizi sanitari per rendere adeguata l'offerta ai bisogni della popolazione nel momento dell'emergenza.

E' per tale motivo che risulta utile allegare alla presente, di nuovo la delibera n. 475 del 24/04/2020 " Usi Umbria 1 – Emergenza Coronavirus – Riorganizzazione rete Ospedaliera Aziendale ai sensi della DGR 180 /2020" , delibera con la quale sono stati approvati i Piani di riorganizzazione dei singoli Ospedali durante l'accendersi della pandemia ma tutt'ora valida.

Assistenza Sanitaria Integrativa: dal mese di marzo 2020 per effetto del diffondersi della pandemia e preservare le strutture dal rischio di contagio, era stato vietato l'ingresso di visitatori, parenti ed soggetti di assistenza presso tutte le strutture di degenza ospedaliera. Nelle linee d'indirizzo FASE 2 (fine aprile) era stato previsto la presenza di 1 solo caregiver o familiare alla volta per paziente nei casi autorizzati dalla Direzione Sanitaria.

Nell'anno in considerazione L'Azienda però ha provveduto a pubblicare comunque, come da prassi, i due avvisi per la formazione degli elenchi dei soggetti autorizzati per due ordini di considerazioni :

L'auspicio che a breve sarebbero cessate le misure restrittive di prevenzioni e Preservare conseguentemente le aspettative degli aspiranti candidati ad essere ivi iscritti.

Per Recupero ticket per - codice bianco Pronto Soccorso ed - Altre Prestazioni non sono state segnalate criticità.

Controllo ALPI. Attività sospesa dal mese di marzo 2020 per effetto della pandemia. L'azienda dal mese di giugno 2020 ha come priorità quella di recuperare le prestazioni cancellate.

Con atto deliberativo n.519 del 29/6/2020 la Giunta Regionale nel l'incarico al nuovo Commissario Straordinario dell'Azienda Usi Umbria 1 ha contestualmente assegnato allo stesso le funzioni di supporto al Servizio Sanitario Regionale ed alla Direzione Regionale Salute e Welfare nel governo delle liste d'attesa regionali;

Tale obiettivo strategico si sostanzia nel seguente piano di azioni:

□□ Stesura di un piano operativo straordinario per il recupero liste d'attesa delle prestazioni ambulatoriali, individuando gli interventi integrati sull'offerta e sulla domanda per l'allineamento dei tempi di attesa al 1 gennaio 2021

□□ Definizione di un sistema di monitoraggio unico per la regione e le aziende dei volumi, dei tempi di attesa e delle performance del sistema di appropriatezza

□□ Analisi PRGLA di cui alla DGR N.610/2019 e successivi PAAGLA e stesura check di controllo per la verifica del grado di attuazione e per pianificare l'evoluzione dello stesso anche alla luce delle condizioni post pandemia

□□ Stesura di un piano delle azioni per l'attuazione del PRGLA, definendo tempi, modalità, ruoli e responsabilità

□□ Definizione degli indicatori di processo e di risultato per il monitoraggio di attuazione del progetto

Distretti / Dipartimento Salute Mentale

Anche il secondo semestre dell'anno 2020, è stato caratterizzato dalla necessità di far fronte alle molteplici esigenze del territorio legate al protrarsi dell'emergenza Covid, con il consolidamento di tutte le nuove attività di contenimento e di gestione della pandemia. Tra

queste in particolare si sono rese necessarie numerose procedure e sforzi maggiori per la riorganizzazione dei servizi sanitari territoriali ad esempio:

- rimodulazione dei servizi per coloro che frequentavano i centri semiresidenziali, nel periodo di chiusura degli stessi a seguito di disposizioni legislative o messa in quarantena;
- rimodulazione dell'assistenza domiciliare, per quei pazienti particolarmente fragili, attivando delle modalità di intervento on-line;
- gli inserimenti e le dimissioni in strutture residenziali sono state garantiti nei limiti della sicurezza pandemica;
- attivazione di modalità semplificate di interazione con l'utente, via posta elettronica o altri canali telematici, per ridurre l'affluenza degli utenti presso i vari uffici distrettuali;
- organizzazione, con la collaborazione dei MMG/PLS, di canali telematici per l'inoltro di richieste inerenti ad esempio l'assistenza protesica, l'assistenza integrativa o i trasporti sanitari. L'attività distrettuale è stata inoltre particolarmente impegnata per l'organizzazione, lo sviluppo e il dispiegamento di nuovi servizi per la gestione dei punti territoriali di Drive Trough e poi di quelli vaccinali, necessari per la tempestiva lotta all'andamento pandemico.

Accanto a queste attività straordinarie sono stati comunque garantiti i consueti livelli dei molteplici servizi territoriali, per la maggior parte delle attività a rischio individuate con Delibera del Commissario Straordinario n. 105 del 31/01/2020, sia i Distretti che il Dipartimento Salute Mentale hanno dato continuità alle azioni già individuate e relazionate per l'anno 2019.

Rispetto all'anno 2019 si evidenziano delle differenze sostanziali nella gestione e quindi nelle azioni intraprese per la gestione liste della presa in carico per piano contenimento Tempi di attesa: per i Distretti l'impegno richiesto e lo sforzo organizzativo è stato veramente pesante, nella prima fase, a seguito della Delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020, con la quale è stato dichiarato, per sei mesi, lo stato di emergenza sul territorio nazionale per il rischio sanitario connesso all'epidemia da Covid-19, si è resa necessaria una nuova organizzazione dei servizi sanitari che ha previsto la sospensione delle attività ambulatoriali programmate, anche in libera professione, assicurando quelle urgenti e non procrastinabili. In seguito con DGR 467 del 10/6/2020 "linee di indirizzo per le attività sanitarie nella fase 3", in attuazione della circolare 190011408 del 01/06/2020 del Ministero della Salute, si è prevista la progressiva riattivazione delle attività programmate e a partire dal 22/06/2020 sono state riattivate le prenotazioni per i primi accessi con priorità D e P e degli accessi successivi; per quanto sopra si è dovuto provvedere alla corretta riorganizzazione delle agende CUP, tenendo conto sia del recupero delle prestazioni sospese che delle nuove prenotazioni.

SSA Medicina Legale

Anche questo anno, attraverso la Delibera del Commissario Straordinario n. 516 del 04/05/2020 e Delibera del Commissario Straordinario n. 703 del 22/06/2020, si è provveduto, rispettivamente, alla rotazione annuale del personale medico componente le Commissioni Invalidi Civili – Handicap – Disabilità – Cecità Civile – Sordità, a valenza aziendale, e a integrazione e modifica del disciplinare di attività, al fine di rendere la stessa sempre più lineare, omogenea, trasparente. Tali atti, inoltre, hanno tenuto in debita considerazione anche quanto disposto dalla DGR. Umbria n. 908 del 29/7/2013 per i MM. GG. in convenzione con questa Azienda USL ed i Medici in Convenzione per la Medicina dei Servizi, comportando l'esclusione dalle commissioni di alcune figure professionali mediche la cui posizione è stata riscontrata incompatibile con le relative condizioni contrattuali.

Sempre in merito alle attività riguardanti le commissioni invalidi civili – handicap – disabilità – cecità civile – sordità, prima dell'emissione e pubblicazione delle determine mensili di liquidazione dei compensi viene sistematicamente effettuato un controllo (a campione su tre commissioni mediche aziendali sorteggiate a caso) delle attività di servizio dei professionisti

interessati , attraverso la verifica dei tabulati e quindi di idonea e giuridicamente valida corrispondenza tra orario di lavoro e presenza in commissione .

Alla luce dell'emergenza sanitaria COVID 19 , le attività in oggetto sono state sospese con decorrenza 17 marzo 2020 . In data 04 maggio 2020 , le attività in oggetto sono state riprese prevedendo però valutazioni esclusivamente ambulatoriali ed espresse

in base alla documentazione sanitaria richiesta ed acquisita , senza quindi convocazione e visita diretta delle persone . Questo , per evitare appunto l'accesso di persone da valutare (prevalentemente fragili) presso le strutture sanitarie . Anche le richieste di visita domiciliare sono state riconvertite in visite ambulatoriali da espletare agli atti . Questa modalità operativa , raccomandata anche dal documento Regionale COVID-19 " fase 3 " , vista l'attuale permanenza dell'emergenza sanitaria COVID-19 , è osservata tutt'ora dalle Commissioni Mediche fino a quando non interverranno disposizioni diverse da parte del Centro Operativo Regionale (COR) per l'emergenza sanitaria COVID – 19 Regione dell'Umbria. Tale procedura , inoltre , ha trovato conforto giuridico anche dall'Art. 29 – ter del D.L. n. 76 del 16/07/2020 (in tema di semplificazione dei procedimenti di accertamento degli stati invalidanti e dell'handicap) .

Viene costantemente garantita la rotazione del personale medico componente la Commissione Medica Locale dell' Azienda USL Umbria 1 , per le patenti di guida . Attualmente , le commissioni in attività nelle varie sedute settimanali , presso le tre sedi operative di Perugia – Città di Castello – Gubbio, sono composte da figure professionali sempre alternate tra loro. Inoltre , viene sempre garantita la presenza di figure professionali mediche dipendenti di altre amministrazioni (Polizia di Stato – Carabinieri – Ing. della MCTC.) , come previsto dallo specifico regolamento di attuazione del Ministero dei Trasporti .

Sempre in merito a tale attività , prima dell'emissione e pubblicazione delle determine mensili di liquidazione dei compensi viene sistematicamente effettuato un controllo sui tabulati dei professionisti interessati (e figure amministrative che espletano le sedute pomeridiane) per verificare la congruità e corrispondenza tra orario di lavoro e presenza in commissione .

E' sistematico , inoltre , il controllo e corrispondenza tra prenotazione – reale incasso della prestazione e visita medico – legale , cosa che viene puntualmente rappresentata nell'atto di determina per la liquidazione dei compensi (essi sono determinati proprio in virtù del controllo e corrispondenza tra incasso ed erogato) .

In tema di trasparenza , anticorruzione e per non alimentare le liste di attesa , è altresì previsto , e puntualmente fatto osservare e rispettare , che un cittadino che non si presenta alla visita , senza giustificato motivo rappresentato preventivamente , può essere riprenotato solo a condizione che versi i diritti amministrativi di due prestazioni (quella non fatta per sua mancanza e quella successiva) . Per completezza espositiva , si rappresenta che l'attività in oggetto è stata sospesa in ragione dell'Emergenza Sanitaria COVID – 19 a decorrere dal 17 marzo 2020 . Essa è stata ripresa in data 20 maggio 2020 , con tutte le accortezze e misure necessarie previste in tema di prevenzione da contagio COVID – 19 (prenotazione delle persone , rigoroso rispetto dell'orario di prenotazione , accesso alla struttura sanitaria solo dopo avere effettuato e superato il triage e con ingresso controllato , regolamentazione del flusso delle persone in maniera tale da non sostare a lungo nelle sale d'attesa e senza assembramento , con sedute distanziate , uso di mascherine chirurgiche , detersione delle mani con sostanze igienizzanti , diversa porta di uscita) .

Tutte le attività certificative medico – legali monocratiche sono state sospese a decorrere dal 17 marzo 2020 . Esse sono riprese a decorrere dal 20 maggio 2020 , nel rispetto rigoroso di : prenotazione a CUP , orari ben definiti e con passo di 30 minuti tra ogni prenotazione , flusso regolamentato con accesso controllato e con triage , sedute distanziate in sala d'attesa , assenza di assembramenti . La ripresa di tale attività , con tempi diversi in relazione alle disposizioni impartite dai singoli Direttori di Distretto , è avvenuta in tutti e sei i Distretti Sanitari

Aziendali . L'attività in oggetto è sottoposta anche alla verifica e validazione dell'erogato attraverso il programma ISESWEB ;

In riferimento all'erogazione dell'indennizzo ai sensi della L. 210/92 , in favore di soggetti contagiati da HBV – HCV. - HIV. a seguito di trasfusioni di sangue e/o emoderivati o per contatto in ambiente sanitario , o per patologie riconducibili con rapporto causale diretto a somministrazione di vaccini , dopo avere svolto la necessaria attività istruttoria , questa SSA. di Medicina Legale provvede alla liquidazione bimestrale degli indennizzi (con competenza Aziendale) soltanto in presenza dei verbali di riconoscimento rilasciati dalla CMO Roma Cecchignola e sulla scorta delle tabelle rivalutate annualmente da parte del Ministero della Salute e trasmesse dal competente Ufficio della Regione Umbria. Viene effettuata , inoltre , una verifica bimestrale sulla permanenza in vita delle persone interessate , attraverso l'anagrafe comunale .

Riguardo l'attività svolta dal COGESI (Comitato Gestione Sinistri) , in riferimento alle richieste di risarcimento del danno in tema di responsabilità professionale sanitaria , vengono osservate costantemente le procedure indicate nel relativo disciplinare regionale ed in modo particolare quelle volte a garantire la trasparenza degli atti (comunicazioni alle varie Amministrazioni coinvolte ed interessate , con particolare riferimento alla Corte dei Conti – comunicazione ai professionisti interessati dell'inizio di trattative o di liquidazioni a seguito di sentenza - comunicazione di messa in mora ai professionisti interessati dinanzi ad avvenute liquidazioni di risarcimento del danno) . Durante l'emergenza sanitaria , l'attività in oggetto ha continuato ad essere svolta regolarmente nella sua fase istruttoria e con modalità Smart – Working con il Loss Adjuster e alcuni componenti il COGESI Aziendale. E' alta e vigile l'attenzione del COGESI Aziendale su quello che potrebbe essere , in futuro , lo sviluppo del tema “ responsabilità professionale sanitaria “ nel contesto dell'emergenza sanitaria COVID-19 . A decorrere dal 27 ottobre 2020 , scaduto il contratto con la Compagnia Assicurativa AMTrust , ed in attesa della nuova gara che verrà effettuata dalla Regione Umbria per la stipula di un nuovo contratto assicurativo per la copertura della quota che verrà individuata in franchigia , le Aziende USL e Ospedaliere Regionali svolgono l'attività in oggetto in autonomia , avendo sempre come riferimento e capofila l'Azienda Ospedaliera di Perugia .

Con il personale amministrativo , viene sempre mantenuta alta l'attenzione e la discussione in tema di codice di comportamento , trasparenza , anticorruzione.

Il persistere dell'Emergenza Sanitaria COVID – 19 , impedisce ancora lo svolgimento in presenza dei vari corsi di formazione , possibili attualmente sono attraverso piattaforme WEB . Questa S.S.A. Medicina Legale Aziendale , visto l'esiguo numero di iscrizioni , si è vista costretta a fornire la propria disponibilità per n. 1 edizioni su “ Dichiarazioni Anticipate di Trattamento (DAT) e su Pianificazione Condivisa delle Cure (PCC) “ , articolata su due momenti formativi che si terranno nel mese di dicembre 2020 .

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione

In ordine alla certificazione export ,il controllo è effettuato di norma da almeno due operatori. E' prevista la Rotazione del personale. (in allegato alla relazione sono riportati i verbali di ispezione effettuati nell'anno 2020)

Servizio Igiene Sanità Pubblica

Si riafferma in premessa che “il livello di rischio per la prevenzione della corruzione delle attività ISP si colloca per tutte le attività a livello basso. Si può considerare per default (come già

precedentemente stabilito) un livello di rischio medio per le attività di vigilanza e controllo, senza poter assolutamente differenziare le attività o carattere maggiormente rischioso e i relativi endoprocedimenti o maggior impatto corruttivo”.

Con nota prot.127723 del 06/08/2020, il Direttore della UOC ISP del Dipartimento di Prevenzione ha comunicato che il coordinamento delle attività nel Nucleo Ispettivo Aziendale NIA è assunto dal sottoscritto dr. Igino Fusco Moffa con la collaborazione del dott. Alessandro Maria Di Giulio, Dirigente Sanitario, e del Tdp Dott. Rori Formica, P.O. del Servizio ISP.

Il NIA nel corso di quest'anno ha effettuato verifiche a campione sulle procedure e sulla vigilanza del Servizio 3D – Disinfestazione, Derattizzazione, Disinfestazione – relativamente alle attività di controllo per i rischi collegati alla presenza di organismi infestanti (in particolare zanzare tigre) e alle procedure di acquisto dei prodotti nonché verificare a campione su pratiche riguardanti procedure di autorizzazione all'esercizio di strutture sanitarie.

Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro

Si conferma quanto dettagliato nella relazione intermedia trasmessa in data 03/07/2020, aggiungendo, relativamente al punto 1), che in data 16/07/2020, è stata effettuata la prima verifica semestrale da parte del GOV e non sono state rilevate non conformità di interesse (vedi relazione prot. 106436 già trasmessa). Il prossimo controllo verrà eseguito entro il gennaio 2021. Per quanto riguarda il punto 2), sono stati completati i controlli del rispetto delle misure anti-COVID nelle strutture residenziali socio-sanitarie della nostra USL ed è in fase di elaborazione il report finale. Le attività esterne di vigilanza riprese dal mese di giugno 2020, sono state nuovamente rallentate con la seconda ondata epidemica del virus SARS-COV2 (da ottobre 2020) e tutto il personale si è reso nuovamente disponibile anche per le attività di supporto del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica. Il personale che ne ha fatto richiesta e ne aveva titolo è stato posto in smart-working. Nonostante difficoltà di natura emergenziale di cui sopra, tutte le misure previste dal PTPC e compatibili con le risorse umane e l'assetto organizzativo del servizio sono state attuate e, dal punto di vista operativo, non sono emerse criticità di interesse.

Servizi Igiene degli Alimenti di Origine Animale- Igiene degli Animali e Produzioni Zootecniche

In considerazione dell'attuale situazione di crisi sanitaria da coronavirus SARS-CoV-2, parte delle attività di interesse sono state gestite in maniera discontinua attraverso, comunque le “misure di sicurezza associate” e con il “monitoraggio” individuati nella scheda. Come da note del Ministero della Salute, doveva essere comunque garantito il controllo ufficiale sulle filiere di produzione di alimenti che erano e sono attive, e sulle seguenti attività che comunque erano e sono da considerarsi imprescindibili e indifferibili:

Attività ispettiva presso stabilimenti di macellazione

Macellazioni d'urgenza/emergenza

Attività di controllo ufficiale (C.U.) correlate alla gestione dei sistemi di allerta

Attività di C.U. a seguito di casi o sospetti di malattia trasmessa da alimenti

Attività di C.U. e relativa certificazione per export

Attività di C.U. a seguito di segnalazione

Nello specifico per quanto riguarda le attività effettuate: - il Servizio ha comunque svolto le proprie funzioni secondo procedure condivise ed operative per le diverse attività in modo da ridurre la discrezionalità; - il controllo ufficiale presso gli impianti di macellazione è stato sempre assicurato con la presenza di almeno due veterinari per turno di lavoro, come per altro anche le attività di C.U. sulle altre imprese alimentari; - nel mese di gennaio è stata realizzata la programmazione relativa all'attività di controllo ufficiale su tutti i settori di competenza da parte

dello scrivente, condivisa con le U.O.S. territoriali, le quali a loro volta hanno prodotto la programmazione e pianificazione di equipe. naturalmente, vista la situazione, sono state rinegoziate tutte al 50% - il programma di AUDIT pianificato a gennaio dallo scrivente, è stato ridimensionato al 50% e gli audit eseguiti sono stati svolti dai vari gruppi di audit (personale interdistrettuale); - parte del personale, che non era occupato nelle attività inderogabili e indifferibili, ha collaborato e collabora tutt'ora con i colleghi del Servizio ISP per fronteggiare la situazione emergenziale.

Servizio Sanità Animale

Sono stati rispettati gli indicatori su tutte le azioni previste nel Piano per la Prevenzione della Corruzione.

Si precisa che i controlli avvengono , su ogni attività, alla fine di ogni trimestre.

Servizio Medicina dello Sport

La Struttura Complessa di Medicina dello Sport da sempre profonde il massimo impegno per assicurare un livello elevato delle condizioni di sicurezza, e anche nella situazione di emergenza, che, come tutti, si è trovata a fronteggiare in questo 2020, ha garantito la massima trasparenza in ogni decisione presa, mantenendo un confronto costante con il Direttore del Dipartimento di Prevenzione, e con tutte le altre figure di riferimento dell'Azienda USL Umbria1. La situazione eccezionale che si è venuta a creare ha inciso in maniera significativa sulla programmazione pianificata ad inizio anno, infatti da Marzo sono state sospese le visite medico-sportive e tutte le altre attività ambulatoriali, allo stesso modo in cui sono state sospese tutte le prestazioni prenotate con RAO P, in attuazione del D.L. 9.03.2020 n°14 "Disposizioni urgenti per il potenziamento del Servizio sanitario nazionale in relazione all'emergenza COVID-19", che prevedeva all'art.13 la rimodulazione delle attività ambulatoriali differibili, al fine di ridurre al massimo l'accesso alle strutture sanitarie. Già prima della chiusura definitiva, la paura del contagio e le misure adottate per evitare assembramenti avevano ridotto notevolmente l'afflusso degli utenti. L'interruzione delle attività ha impedito che venissero effettuati anche esami strumentali (es. ecocuore), ha interrotto le visite nutrizionali, ha sospeso le iniziative di contrasto all'obesità, ha impedito l'utilizzo della struttura coperta e del "Parco Attivo Grocco", bloccando di fatto tutto ciò che era stato programmato nel definire gli obiettivi di budget.

Il personale afferente al Servizio di Medicina dello Sport (medici e infermieri) è stato reindirizzato presso altre strutture che necessitavano di personale medico e infermieristico, svolgendo compiti differenti rispetto a quelli abituali. In particolare, presso il Dipartimento di Prevenzione, al fine di svolgere servizio di sorveglianza sanitaria e presso Reparti Ospedalieri a svolgere la funzione di medico internista o ad effettuare attività di triage.

Tenendo conto dello stato di lavoratore fragile, un amministrativo ha usufruito dello smart-working, mentre, a causa di motivi familiari o di salute, alcuni, tra medici e infermieri, hanno potuto usufruire di congedi straordinari.

A metà Giugno, il Servizio di Medicina dello Sport ha ripreso le visite medico-sportive, gli esami integrativi e le visite nutrizionali, pianificando le nuove agende con un passo di 30 minuti per le visite di tipo A e B e di 60 minuti per le visite di tipo C e gli ecocuore, seguendo le "linee di indirizzo per la progressiva riattivazione delle attività programmate considerate differibili in corso di emergenza da COVID-19", emanate dal Ministero della Salute con Circolare n. 190011408 del 01/06/2020.

La ripresa delle attività, per quanto riguarda l'aspetto organizzativo, ha dovuto naturalmente tener conto ed adeguarsi alle strutture in cui il Servizio di Medicina dello Sport si trova ad operare, come, ad esempio, i Centri di Salute, le Case e i Palazzi della Salute, gli Ospedali e le RSA. In particolare, l'Ospedale di Città di Castello, a fine Febbraio, ha redatto un Piano

Straordinario in relazione all'emergenza Coronavirus, che consentisse di affrontare adeguatamente un afflusso di pazienti via via più elevato, con sospensione di tutte le attività ambulatoriali procrastinabili e redistribuzione degli spazi, con trasferimento dell'attività residua dell'ambulatorio cardiologico presso i locali della Medicina dello Sport.

Tale redistribuzione ha di fatto impedito alla Medicina dello Sport di effettuare visite utilizzando i suoi abituali spazi e, alla ripresa delle attività ambulatoriali, è stato attivato un ambulatorio provvisorio che consentisse le visite, seppure in numero estremamente ridotto rispetto alla precedente attività, con limitazioni di orario e di personale.

A Novembre, in base a quanto stabilito da "Le strategie diagnostiche per la seconda ondata epidemica", disposte dalla Regione Umbria, il Servizio di Medicina dello Sport ha attuato una progressiva sospensione delle attività ambulatoriali in tutte le sedi, al fine di garantire supporto per le attività del Dipartimento di Prevenzione, mettendo a disposizione personale medico ed infermieristico per l'attività di tracciamento.

Un dirigente medico e alcune infermiere del Servizio, inoltre, sono state utilizzate a supporto delle degenze ospedaliere, nel reparto di Medicina Interna dell'Ospedale di Città di Castello, così come altre infermiere hanno dato il loro supporto all'attività di triage ed altre ancora sono andate a supportare l'attività residua nei poliambulatori dell'Ospedale di Branca.

Il Servizio ha portato a compimento, nel mese di Dicembre, il recupero delle visite sospese nel periodo da Marzo a Giugno in tutte le sedi.

Programmazione Sanitaria e Gestione Flussi Informativi sanitari

Di seguito si riportano le attività effettuate nel corso dell'anno 2020 dalla SSA Programmazione Sanitaria e Gestione Flussi Informativi Sanitari, tenuto conto delle indicazioni contenute nel PTPCT 2020-2022.

Con riferimento alle Attività di carattere generale previste nel PTPCT, la UO scrivente ha garantito il supporto alla Direzione Aziendale per l'elaborazione delle strategie e delle politiche aziendali e per la definizione annuale degli obiettivi e delle risorse delle Macrostrutture, con successiva negoziazione a inizio marzo 2020. Con il verificarsi dell'emergenza pandemica si è resa necessaria una riorganizzazione di tutti i Servizi\UO Aziendali, compreso lo scrivente (note prot. 57632 del 26/03/2020, prot. 83508 del 21/05/2020 e prot. 180838 del 02/11/2020). Tale emergenza sanitaria ha comportato la rinegoziazione degli obiettivi, anche alla luce della DGR n. 855 del 07/10/2020 "Formalizzazione assegnazione obiettivi ai Commissari Straordinari delle aziende sanitarie regionali per l'anno 2020". Visto quanto sopra, la rinegoziazione degli obiettivi delle Macrostrutture e di Area Centrale/Staff si è conclusa con la formulazione delle nuove Schede di Budget anno 2020 di cui alla Delibera del Commissario Straordinario n. 1314 del 19/11/2020. Si precisa che l'attuazione delle misure previste dal PTPCT è stata individuata, anche per l'anno 2020, come obiettivo specifico per le strutture di Area Centrale/Staff.

Il Servizio ha comunque assicurato il monitoraggio e la rendicontazione dell'attività aziendale con produzione della specifica reportistica e sono state assicurate tutte le funzioni e debiti informativi verso Regione e Ministero.

Di seguito si specificano le azioni poste in essere in merito ai processi/attività riconducibili alle funzioni di competenza della UO Programmazione Sanitaria e Flussi Informativi Sanitari.

1. Gestione dei Flussi informativi finalizzati alla compensazione della mobilità sanitaria attiva (ricoveri, medicina generale, specialistica ambulatoriale, cure termali, trasporti sanitari): gli addebiti inerenti i ricoveri dei 3 Presidi Ospedalieri, la specialistica ambulatoriale di tutte le strutture ambulatoriali territoriali e ospedaliere della USL Umbria n.1, la medicina generale, l'attività termale ed il trasporto sanitario vengono inviati regolarmente alla Regione Umbria ed all'Azienda Sanitaria USL Umbria n.2 entro i termini previsti dal Disciplinare Regionale per la Compensazione della Mobilità Sanitaria.

2. *Gestione dei Flussi informativi finalizzati alla compensazione della mobilità sanitaria passiva (ricoveri, medicina generale, specialistica ambulatoriale, cure termali): viene garantita l'attività di controllo tecnico-sanitario sugli addebiti avanzati dall'Azienda USL Umbria n.2 e dalle 2 Aziende Ospedaliere di Perugia e Terni. Le relative contestazioni vengono effettuate nei tempi previsti dal Disciplinare Regionale per la Compensazione della Mobilità Sanitaria, così come l'analisi delle controdeduzioni fornite da ogni singola Azienda.*

3. *Attività di controllo tecnico-sanitario sui flussi informativi finalizzati alla compensazione dell'attività di ricovero erogata dalle Case di Cura Private: vengono effettuati mensilmente, con uno specifico sistema informatizzato, tutti i controlli previsti dal "Disciplinare Regionale per la compensazione della Mobilità Sanitaria Intraregionale", e secondo la specifica procedura aziendale. L'esecuzione delle procedure di controllo, effettuate su tutti i ricoveri addebitati, genera delle anomalie che vengono inviate formalmente, con lettera protocollata, alla Casa di Cura Privata interessata per le correzioni del caso. Le anomalie che più di frequente sono emerse da tali controlli, sono state:*

- _ Anomalie relative ai dati anagrafici;*
- _ Anomalie di attribuzione del DRG;*
- _ Anomalie di tariffazione.*

Le controdeduzioni fornite dalle Case di Cura vengono attentamente valutate e i dati, una volta effettuate le modifiche, sono sottoposti nuovamente alle procedure di controllo. Dopo la convalida degli importi mensili, i dati definitivi vengono trasmessi formalmente alla U.O. R.U. Trattamento Economico Dipendente - Gestione personale convenzionato e Strutture Convenzionate per i successivi provvedimenti relativi alla gestione degli aspetti contabili ed alla verifica del rispetto delle condizioni contrattuali.

Come previsto dal PTPCT, sono state applicate le seguenti procedure alle quali si fa riferimento nella gestione delle attività di competenza della compensazione della mobilità sanitaria:

- _ Delib. Commissario Straordinario n. 1548 del 11/12/2019 avente oggetto "Adozione della PGA 59 . Gestione della compensazione della mobilità sanitaria passiva intraregionale. Rev 02";*
- _ DDG n.1519 del 28/12/2016 procedura PGA18/16 "Gestione della compensazione della mobilità sanitaria attiva intraregionale ed extraregionale".*

Con riferimento a quanto rientra nelle competenze della scrivente UO, per l'area della trasparenza, si procede regolarmente all'invio per la pubblicazione, dei seguenti documenti:

- _ Piano della Performance 2020-2022 (art. 10, d.lgs. 150/2009).*
- _ Relazione Sanitaria Aziendale - Relazione sulla Performance anno 2019.*
- _ Performance del Sistema Sanitario - Indicatori di attività anni 2018-2019 (ai sensi del comma 522 legge di stabilità 2016).*

_ Rilevazione ex ante mensile dei Tempi di Attesa elaborati secondo quanto stabilito dalla PGA06/16-IST05, che ha subito variazioni temporali nella rilevazione a seguito dell'emergenza sanitaria da pandemia. Inoltre, il nuovo Piano regionale di Gestione delle Liste di Attesa 2019-2021, prevedeva la costruzione di un cruscotto web per la consultazione automatica dei tempi d'attesa, progetto che si è arrestato a seguito dell'emergenza covid-19.

U.O. Controllo di Gestione

Con riferimento alle Attività di carattere generale previste nel PTPCT, la U.O. scrivente ha garantito il supporto alla Direzione Aziendale per l'elaborazione delle strategie e delle politiche aziendali e per la definizione annuale degli obiettivi e delle risorse delle Macrostrutture, collaborando alla fase di negoziazione che ha avuto a inizio marzo 2020. Con il verificarsi dell'emergenza pandemica si è resa necessaria una riorganizzazione di tutti i Servizi\UO Aziendali, compreso lo scrivente. Tale emergenza sanitaria ha comportato la rinegoziazione degli obiettivi, anche alla luce della DGR n. 855 del 07/10/2020 "Formalizzazione assegnazione

obiettivi ai Commissari Straordinari delle aziende sanitarie regionali per l'anno 2020". Visto quanto sopra, la rinegoziazione degli obiettivi delle Macrostrutture e di Area Centrale/Staff si è conclusa con la formulazione delle nuove Schede di Budget anno 2020 di cui alla Delibera del Commissario Straordinario n. 1314 del 19/11/2020. Si precisa che l'attuazione delle misure previste dal PTPCT è stata individuata, anche per l'anno 2020, come obiettivo specifico per le strutture di Area Centrale/Staff.

Il Servizio ha inoltre assicurato il monitoraggio e la rendicontazione dei consumi di risorse con produzione della specifica reportistica e sono state assicurate tutte le funzioni e debiti informativi verso Regione e Ministero anche con riferimento alla rendicontazione dei costi direttamente connessi con la gestione dell'emergenza da Covid19.

Tutte le fasi del processo di budget sono gestite in ottemperanza a quanto previsto dalla procedura PGA03_15 "Regolamento del Processo di Budget" adottata con DDG n. 1045 del 01/10/2015 nell'ambito del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC).

Con riferimento all'area della trasparenza, si procede, regolarmente all'invio al Responsabile della Trasparenza, per la conseguente pubblicazione, dei seguenti documenti: Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti e relativo andamento nel tempo.

Sviluppo Qualità e Comunicazione

Di seguito vengono specificate le attività relative alle aree di rischio gestite dalla UO Sviluppo Qualità e Comunicazione, per la relazione annuale del PTPC, specificando che lo Staff Qualità e Comunicazione ha rimodulato il Piano Comunicazione triennale dell'Azienda USL Umbria 1 con focus su Trasparenza e Anticorruzione e Piano Qualità - Anni 2019-2021 (DDG 1587/2019):

1 Servizio di Rassegna Stampa on-line (DDG 667/2019): il servizio di rassegna stampa online affidato alla ditta Telpress è stato svolto quotidianamente e rendicontato mensilmente dal DEC1 secondo le modalità previste in delibera. Nell'attività di monitoraggio è stata verificata la corrispondenza del servizio svolto alle caratteristiche previste dal contratto e non si sono verificate anomalie.

2 Servizio di Informazione e comunicazione ai media (DDG 417/2019): dal 1 aprile 2019 la UO Sviluppo Qualità e Comunicazione, è stata incaricata di gestire l'esecuzione del contratto con la ditta TGC Eventi per il Servizio di Informazione. Il servizio rendicontato mensilmente dal DEC 1, secondo le modalità previste in delibera. Nell'attività di monitoraggio è stata verificata la corrispondenza del servizio svolto alle caratteristiche previste dal contratto e non si sono verificate anomalie. Tale servizio si configura analogamente alle attività di cui sopra, come servizio a basso rischio ed è stato inserito nel Piano triennale della Comunicazione come indicato in premessa.

3 Servizio di Mediazione Culturale (DDG 418/2019): il servizio di Mediazione Culturale affidato ad Auriga Soc. Consortile Coop. Sociale, da svolgersi presso le strutture ospedaliere/distrettuali di questa Azienda, nonché in favore dei pazienti di nazionalità estera onco-ematologici in età pediatrica e loro familiari e pazienti ematologici adulti, ospiti del Comitato Daniela Chianelli in base alla convenzione tra questa USL e il Comitato (DDG 1639/2019), è coordinato dallo Staff Qualità e Comunicazione. La rendicontazione viene effettuata semestralmente dalla dr.ssa Daniela Bellini, con la relativa attestazione di conformità del servizio svolto da parte di Auriga. Nell'attività di monitoraggio è stata verificata la corrispondenza del servizio svolto alle caratteristiche previste dal contratto e non si sono verificate anomalie. Lo Staff Qualità e Comunicazione, redige inoltre annualmente il Report sul monitoraggio della qualità degli interventi di Mediazione Culturale (interviste agli operatori dei servizi; feed-back organizzativo con mediatori e mediatrici).

4 Servizio di campagne di comunicazione aziendale (DDG 1184/2017): il servizio di attività di comunicazione affidato alla ditta Promovideo prevede la progettazione e la realizzazione di materiali informatizzati e a stampa per molteplici esigenze comunicative dell'azienda. La rendicontazione avviene periodicamente, in genere ogni tre mesi, con una relazione periodica dal DEC1, secondo le modalità previste in delibera. Nell'attività di monitoraggio è stata verificata la corrispondenza del servizio svolto alle caratteristiche previste dal contratto e non si sono verificate anomalie.

5 Campagne di comunicazione emergenza coronavirus: si evidenzia che con protocollo in entrata n. 83577 del 21/05/2020 il Direttore Regionale Salute e Welfare dott. Claudio Dario ha chiesto, in virtù dell'appalto per i servizi di comunicazione in vigore presso l'Azienda USL Umbria 1, di poter usufruire dei servizi forniti dall'agenzia di comunicazione individuata, nei termini previsti dal contratto, in relazione a campagne di comunicazione come il riavvio dell'attività vaccinale e dei programmi di screening oncologici. Con protocollo 118251 del 22/7/2020 il Commissario Straordinario dott. Gilberto Gentili ha confermato la disponibilità della nostra Azienda a fornire il supporto necessario per le campagne di comunicazione per l'emergenza coronavirus. Tutte le attività realizzate su mandato della Regione sono rendicontate come sopra indicato, in genere ogni tre mesi, con una relazione periodica dal DEC, previa attestazione di conformità materiali rilasciata dal Referente comunicazione dell'Unità Strategica Emergenza Coronavirus Dr. Stefano Piccardi.

Sicurezza Aziendale

La valutazione dei rischi è stata aggiornata in tutti i sopralluoghi che il Servizio ha effettuato, poiché è regolamentata da norme specifiche e cogenti che dettano anche i criteri di valutazioni. questi sono esplicitati nelle relazioni relative ai sopralluoghi. E' stata effettuata nel rispetto nel rispetto dei tempi e delle modalità previsti dalla norma e dalle circolari che hanno disciplinato la materia rispetto al covid- 19.

I Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza sono informati sia sul protocollo che, durante la Riunione periodica annuale, sull'andamento generale della sorveglianza sanitaria. In caso di situazioni ritenute "particolari" dal Medico Competente di Area, esiste un confronto tra tutti i Medici Competenti Aziendali per definire una corretta valutativa finale. I pareri per le maternità vengono espressi secondo protocollo entro i tempi previsti dalla normativa. Il servizio predispone per tutte le gare il DUVRI. E' stata sempre prontamente aggiornata sia la sorveglianza sanitaria che la valutazione dei rischi in funzione della situazione pandemica.

Risk Management

Incident Reporting: Al fine di omogeneizzare le procedure di segnalazione e analisi degli eventi all'interno di tutti i Servizi territoriali e Stabilimenti ospedalieri la Procedura pga 25 "Incident Reporting" è stata Deliberata in data 26/02/2015 con atto num. 226 e revisionata nel corso dell'anno 2019. E' stata Inoltre effettuata una delibera la numero n. 10 del 07/01/2019 in cui viene dettagliata tutta l'attività inerente la gestione degli eventi avversi.

Applicazione metodi proattivi FMEA E LEAN: Essendo le due metodologie FMEA E LEAN utilizzate poco frequentemente per l'onerosità della realizzazione, si propone come già fatto nel corso del precedente anno, la rimozione di questo item dalla griglia dei processi da monitorare nell'ambito del Piano della Anti-Corruzione.

Proposizione e gestione audit: Al fine di promuovere l'analisi di tutti gli eventi segnalati standardizzando la modalità di effettuazione in tutti gli Stabilimenti/servizi/presidi è stata elaborata una Procedura Specifica. Con la delibera n. 10 del 07/01/2019 viene dettagliata anche l'applicazione dei metodi AUDIT, RCA e SEA a seconda della tipologia di evento da analizzare.

Elaborazione Procedure, Protocolli, Regolamenti per la Sicurezza del Paziente: pubblicazione in intranet di tutte le Procedure elaborate ed implementate in modo da essere sempre consultabili da tutti i dipendenti

Collaborazione Gestione Sinistri: Applicazione del regolamento aziendale con modifiche in atto come previsto dalla L24/17

Fisica Sanitaria

Il Servizio di Fisica Sanitaria non ha predisposto capitolati tecnici per l'acquisizione di beni strumentali mentre si è verificato che le donazioni dei portatili per radiografia di esclusività. Nel corso dell'anno 2020 sono state effettuate 33 classificazioni e circa 90% sono state rivalutate da altro esperto qualificato. In 5 casi le classificazioni sono state effettuate direttamente dall'esperto qualificato per esigenze di servizio quali assenze o ferie etc.

U.O. Contabilità Economico Finanziaria

Si conferma quanto dettagliatamente evidenziato con la relazione intermedia di cui alla nota prot. 128451 del

7/8/2020: Omissis- VERIFICHE DETERMINE LIQUIDAZIONE PRIMA DELLA EMISSIONE DEI MANDATI

In sede di verifica a campione delle determine di liquidazione prima della emissione e sottoscrizione dei mandati di pagamento da parte di questa U.O., si rileva la mancata dichiarazione da parte di tutti i dirigenti e dei funzionari che sottoscrivono gli atti, eccetto che per quelli dell'U.O.C. Economato, dell'insussistenza di qualsiasi conflitto di interesse con i beneficiari di cui si liquidano le fatture passive/note debito per tutti gli effetti del provvedimento. Si rappresenta la necessità di valutare unitamente alla Direzione Aziendale e ai Dirigenti interessati se tale dichiarazione debba essere inserita obbligatoriamente in tutti i provvedimenti di liquidazione, attesa la particolare attenzione dedicata dal Piano al conflitto d'interesse, anche in considerazione delle indicazioni Anac, e della previsione dell'obbligo, al paragrafo 6.10 del Piano, per tutti i dipendenti, di segnalare casi di conflitto di interesse in conformità al Codice di Comportamento Nazionale ed Aziendale.

- PREVENZIONE FENOMENI CRIMINALITA' FINANZIARIA E ANTIRICICLAGGIO ANCHE CONNESSI CON EMERGENZA COVID

L'Unità di informazione finanziaria per l'Italia (Uif), con la Comunicazione del 16/4/2020, pubblicata sul sito di Banca d'Italia, ha dato una serie di indicazioni alle Pubbliche Amministrazioni in relazione alla prevenzione di fenomeni di criminalità finanziaria connessi con l'emergenza da Covid-19. Infatti, la situazione di emergenza sanitaria sta esponendo il sistema economico-finanziario, secondo la Uif, a molteplici rischi di comportamenti illeciti; l'indebolimento economico di famiglie e imprese accresce i rischi di usura, in questo contesto è fondamentale che gli interventi pubblici sostengano effettivamente persone e imprese in difficoltà, prevenendo azioni illegali e preservando l'integrità dell'economia legale. La UIF nella comunicazione ha anche invitato i soggetti destinatari degli obblighi di collaborazione attiva, tra cui le PA, a diffondere le indicazioni al personale, avendo cura di sensibilizzarlo con idonee iniziative anche mediante istruzioni volte ad assicurare un'efficace applicazione della disciplina antiriciclaggio.

La pubblica amministrazione ha assunto un ruolo primario e attivo nella lotta contro il riciclaggio e il finanziamento del terrorismo; infatti, l'articolo 10 del decreto legislativo 231/2007, così come modificato dal decreto legislativo 90/2017, ha esteso alcuni degli obblighi previsti per gli altri destinatari della normativa antiriciclaggio anche alle pubbliche amministrazioni responsabili dei seguenti procedimenti amministrativi: autorizzazioni e concessioni, affidamento di lavori, forniture

e servizi, erogazioni di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari e vantaggi economici. Pertanto le PA, devono adottare, in base al predetto articolo 10, procedure interne, proporzionate alle proprie dimensioni, idonee a valutare il livello di esposizione dei propri uffici al rischio e indicare le misure necessarie a mitigarlo, il tutto accompagnato da precisi obblighi di comunicazione alla Uif, l'Unità di informazione finanziaria per l'Italia, di dati e informazioni concernenti operazioni sospette di cui le pubbliche amministrazioni vengano a conoscenza nell'esercizio della propria attività istituzionale.

Il Piano Triennale non sembra evidenziare e prevedere, né nella parte generale, né in quella delle attività oggetto di analisi del rischio, alcuna procedura interna per valutare il rischio di riciclaggio nei procedimenti amministrativi di autorizzazione e concessione, affidamento di lavori, forniture e servizi, erogazioni di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari e vantaggi economici. Ciò nonostante la continuità esistente fra i presidi anticorruzione e antiriciclaggio e l'utilità delle misure di prevenzione del riciclaggio a fini di contrasto della corruzione sia incontestata (vedi PNA anno 2019 e Protocollo d'intesa UIF ANAC del 30/7/2014). Si rappresenta pertanto la necessità di valutare, unitamente alla Direzione Aziendale e ai Dirigenti responsabili dei procedimenti individuati dalla normativa, una eventuale integrazione del Piano, anche in considerazione dell'emergenza covid e dello specifico richiamo della UIF.

U.O. Formazione del Personale e Sviluppo Risorse

Precedentemente all'adozione del PFA 2020, Delibera N. 31 del 14/01/2020 e successiva revisione e integrazione, si è provveduto alla rilevazione del fabbisogno e del bisogno formativo tramite l'utilizzo del dossier individuale e di gruppo;

· Precedentemente all'adozione del PFA 2020 e durante l'effettuazione dei corsi ivi contenuti, si è provveduto alla verifica del rispetto delle procedure previste dal regolamento aziendale da parte dei responsabili scientifici;

· È stato predisposto ed adottato con Delibera N. 31 del 14/01/2020 il PFA 2020, in gran parte non espletato a seguito dell'adozione delle misure di contenimento per l'emergenza pandemica COVID-19, che hanno vietato a tutti gli operatori la partecipazione ad eventi formativi in modalità residenziale; con Delibera n. 1134 del 13/10/2020 è stata fatta la revisione e l'integrazione dello stesso in quanto l'Azienda si è dotata, tramite procedura su MEPA, di una piattaforma informatizzata per la realizzazione di eventi formativi residenziali in modalità videoconferenza;

· È stato rispettato il regolamento per la gestione dei progetti finanziati (DDG n. 321 del 08.03.2017);

· È stata prodotta la rendicontazione sulle fonti di finanziamento dei progetti;

· È stato aggiornato l'albo docenti in procedura GURU;

· Si è verificato il rispetto della circolare del D.G. del 30.12.2014 inerente i punti 2, 2.1 e 2.2; in particolare, è stato richiesto con nota protocollo n. 0040987 del 27/02/2020 il rendiconto annuale per la Formazione esterna di cui all'art. 12 del regolamento Aziendale delle Attività di Formazione Continua ed Aggiornamento Professionale, "Rendiconto annuale" – Delibera del DG n. 346 del 14/03/2018;

· Si è verificata l'appropriatezza degli impieghi del personale tirocinante; da evidenziare, quest'anno, il fermo delle attività di tirocinio e delle frequenze volontarie, così come previsto dalle norme nazionali, comunicato da questa U.O. con nota Protocollo 0047125 del 06/03/2020. Alla ripresa delle attività, si è posta particolare attenzione alla sicurezza, assimilando i tirocinanti ai dipendenti nei controlli previsti dal DVR aziendale;

· Si è adempiuto alla verifica dei criteri per l'autorizzazione alle sperimentazioni cliniche;

- Si è verificato il rispetto del regolamento aziendale inerente il sistema di valutazione della performance individuale, per quanto riguarda i punti 3 e 3.1. Sempre a causa dell'emergenza pandemica, quest'anno, in accordo con la Direzione Aziendale e il NVA, si sono snellite le procedure permettendo di omettere, in caso di giudizio più che positivo, la parte descrittiva;
 - A causa dell'emergenza pandemica quest'anno non sono state fatte indagini di benessere organizzativo e stress lavoro correlato, in collaborazione con la UO Sicurezza Aziendale.
- Come da relazione intermedia 2020, nota protocollo n. 0151862 del 18/09/2020, si informa che è stato approvato ed adottato il nuovo regolamento della Formazione Aziendale delle Attività di Formazione Continua ed Aggiornamento Professionale, stilato in collaborazione con la S.V. – Delibera n. 56 del 19/01/2021.

Servizio Farmaceutico Aziendale

Si evidenzia come l'anno 2020 sia stato caratterizzato dalla pandemia COVID-19, il Servizio Farmaceutico è in prima linea nell'emergenza al fine di garantire la continuità delle forniture di dispositivi medici e DPI, fortemente carenti nel ciclo distributivo nazionale, alle UU.OO e Servizi Aziendali in particolare verso le numerose Strutture COVID in cui sono ricoverati pazienti ad elevata criticità.

Tale attività ha di conseguenza condizionato i processi e le azioni intraprese che tuttavia sono proseguite nel corso del 2020.

Il piano triennale per la corruzione 2020/2022 adottato con Delibera del Commissario Straordinario n. 105 del 31/01/2020 e i relativi allegati individua, tra l'altro, le attività di competenza del Servizio Farmaceutico da monitorare per la valutazione del rischio di corruzione. Da un'analisi di quanto previsto e alla luce di quanto esplicito in premessa, si specifica quanto segue:

Direzione del Servizio:

Con Delibera n. 80 del 22/01/2020 è stato effettuato il conferimento di sostituzione del Direttore del Servizio, pertanto, per l'anno 2020 rispetto agli anni precedenti, il coordinamento e la referenza della Struttura sono risultati sotto la responsabilità di un diverso Professionista;

Vigilanza sulle strutture convenzionate per le attività di competenza del Servizio:

nel corso del 2020 sono state effettuate ispezioni ordinarie e straordinarie alle farmacie territoriali e distributori intermedi, nel corso delle stesse sono state fatte varie prescrizioni e/o sanzioni, si sottolinea che l'attività è stata necessariamente sospesa a causa del COVID come indicato nei protocolli riportati nella griglia allegata;

sono stati effettuati numerosi controlli sulle distinte e sulle ricette inerenti la liquidazione della spesa farmaceutica, in alcuni casi sono state riscontrate irregolarità recuperate o in corso di recupero;

è stata fornita piena collaborazione alle forze dell'ordine su ulteriori attività di controllo e verifica della prescrizione di loro spettanza;

è stata riunita la commissione di paritetica aziendale DPR 371/98 per la verifica delle ricette contestate alle Farmacie convenzionate;

nel corso del 2020 è stato esteso l'utilizzo della ricetta dematerializzata anche ai farmaci dispensati tramite il canale della Distribuzione Per Conto dalle Farmacie convenzionate. Questo passaggio consente un maggiore controllo delle prescrizioni che vengono inserite in una procedura gestita dal Ministero dell'Economia e Finanze (MEF) tramite SOGEI;

Farmaceutica Ospedaliera:

Dal mese di marzo 2020 sono stati ruotati i Farmacisti Dirigenti addetti al punto distributivo presso l'Azienda Ospedaliera di Perugia; Negli anni 2019/2020 è stato implementato il sistema di ordini elettronici su Nodo Smistamento Ordini (NSO) secondo le direttive e le indicazioni del Ministero Economia e Finanze (MEF);

E' stato completato nel Presidio Ospedaliero di Città di Castello il processo di ordine elettronico da Reparto su procedura Aziendale SAP; il Servizio ha partecipato attivamente a tutte le commissioni di gara centralizzata di competenza sia per farmaci che per dispositivi medici; Nel corso dell'anno 2020 sono stati effettuati inventari anche parziali, con verifica e conta fisica delle giacenze nei magazzini aziendali e sono svolte dal personale del Servizio Farmaceutico numerose attività ispettive verso magazzino esternalizzato di Perugia con verifica delle giacenze su procedura contabile aziendale SAP e sulle modalità di conservazione dei farmaci.

U.O. Tecnologie Informatiche e Telematiche

Anche il secondo semestre, come il primo dell'anno 2020, è stato caratterizzato dalla necessità di far fronte alle molteplici esigenze legate al protrarsi dell'emergenza Covid, con il consolidamento di tutte le nuove attività di contenimento e di gestione della pandemia... Tra queste in particolare si sono rese necessarie numerose procedure di acquisto in urgenza, per la fornitura di strumenti per le videoconferenze, per lo smart working, per l'apertura di nuovi reparti covid, e per la riorganizzazione dei servizi sanitari.

Inoltre la U.O. è stata profondamente impegnata per la progettazione, lo sviluppo e il dispiegamento di nuovi servizi informatici per la gestione dei test, quali il contact tracing, la tracciatura dei test diagnostici e la raccolta dei dati di monitoraggio necessari per la tempestiva comprensione dell'andamento pandemico.

Accanto a queste attività straordinarie sono stati comunque garantiti i consueti livelli di servizio per la manutenzione e gestione dei sistemi ICT, in particolare per la rete e le infrastrutture.

Nello specifico si riportano le attività conseguenti alla emergenza epidemiologica che hanno richiesto un assetto organizzativo e procedurale non ordinario.

1- Attività di attrezzaggio e movimentazione logistica di computer telefoni e beni informatici per far fronte alla riorganizzazione logistica di tutti gli ospedali ed in particolare degli ospedali COVID

2- Attività di modifica e di adeguamento dei sistemi software per il monitoraggio dell'epidemia e per soddisfare le esigenze informative a livello aziendale, regionale e nazionale;

3- Sviluppo e consolidamento di nuovi sistemi informatici condivisi con tutte le Aziende della Regione, per il tracciamento dei contatti, la raccolta e il monitoraggio delle informazioni legate all'emergenza Covid.

4- Attivazione di servizi di videoconferenza e comunicazione a distanza.

5- Ampliamento e riconfigurazione dei servizi di telecomunicazione per necessità di gestione dell'emergenza (telefonia mobile, fissa, reti ecc.);

6- Gestione del personale in smart working (configurazioni, attrezzatura, formazione, supporto);

7- Gestione della sicurezza informatica per fronteggiare gli attacchi e limitare le vulnerabilità derivanti dall'utilizzo di sistemi non sicuri. Il periodo emergenziale ha reso necessaria l'apertura della rete a servizi e siti prima segregati o bloccati nonché lo sviluppo e la modifica dei software in tempi molto rapidi che non hanno permesso i dovuti test e controlli.

8- Acquisti di strumentazione informatica aggiuntiva con procedure d'urgenza.

Nella seconda fase della pandemia è stato possibile affrontare il carico di lavoro grazie all'inserimento di tre nuove unità di personale e alla abnegazione di tutto il personale assegnato a questa U.O. e di tutti i tecnici delle società fornitrici di servizi ICT che hanno operato in tutte le condizioni, senza restrizione di orario, anche di notte e nei giorni festivi, con grande disponibilità e abnegazione.

Per quanto concerne gli acquisti di beni e servizi, nonostante l'urgenza in cui si è dovuto operare, è stato possibile procedere con le modalità ordinarie, senza particolari eccezioni. Per le procedure di importo sotto i 5.000,00 € ci si avvalsi delle procedure previste dall'art 36

comma 2 del D.Lgs 50/2016 procedendo ad individuare nell'ambito del Mepa il fornitore che per il singolo prodotto presentava il miglior prezzo con garanzia di consegna entro un massimo di 15 giorni lavorativi. Ciò ha consentito il pieno rispetto del principio di rotazione previsto dall'art. 36 c.1 del DLgs 50/2016 e delle linee guida ANAC n. 4.

Per gli acquisti di importo superiore ai 5.000,00 € e comunque inferiori alle soglie comunitarie, laddove non si è potuto ricorrere a Convenzioni Consip, si è proceduto ad effettuare RDO su Mepa preceduto da avviso di manifestazione di interesse, se di importo superiore a 40.000 euro.

Altre attività straordinarie sono state possibili nell'ambito di contratti vigenti, utilizzando le forniture di servizi a consumo, quali le attività di movimentazione delle postazioni di lavoro e le giornate di supporto specialistico previste nei contratti, senza necessità di attivare procedure straordinarie. Si riporta in allegato l'elenco degli acquisti di questo secondo semestre da cui si evince che i costi straordinari complessivi per tecnologie informatiche e telecomunicazioni, determinati dall'emergenza del secondo semestre, sono pari ad € 399.184,23, corrispondenti al 12,06 % del budget complessivo preventivato per lo stesso periodo.

Per quanto riguarda lo sviluppo di sistemi informatici COVID, sulla base delle direttive aziendali e di quelle pervenute della Task Force regionale, sono stati sviluppati diversi sistemi informatici per la gestione dell'emergenza COVID-19, in collaborazione con tutte le altre Aziende sanitarie della regione Umbria.

Questi i principali sistemi attivi:

1. Portale regionale schede COVID e portale regionale USCA (<https://intraweb.uslumbria2.it/>) – installato presso il CED dell'Azienda USL Umbria2
2. Portale regionale dei tamponi – installato presso il CED dell'Azienda Ospedaliera di Perugia
3. Concentratore regionale dati COVID – installato presso il Data Center Regione Umbria (DCRU) gestito da Umbria Digitale
4. Sistema regionale per le vaccinazioni anti COVID.

Preme segnalare che il sistema informatico per la gestione della vaccinazione ha consentito una gestione puntuale delle priorità degli aventi diritto della prima fase, secondo quanto definito nei Piani vaccinali nazionale e regionale, con criteri di trasparenza e di equità anche nei momenti di carenza del vaccino.

L'ecosistema informatico dedicato al Covid 19 vede il contributo di tutte le aziende sanitarie ed ospedaliere regionali, nonché della Regione Umbria mediante la società in house Umbria digitale.

Relativamente ai temi di sicurezza e privacy, come indicato nella precedente relazione semestrale, è indispensabile un'azione comune con tutti gli enti coinvolti, al fine di:

- verificare la correttezza dell'applicazione della normativa sulla privacy dei pazienti soprattutto relativamente alle continue evoluzioni che il modificarsi della situazione pandemica richiede.
- consolidare i processi e ove possibile ricondurli nell'ambito dei processi ordinari;
- avviare la necessaria ed eventuale reingegnerizzazione dei processi sin qui definiti, secondo la logica del data protection by design e data protection by default;
- definire le necessarie policy di accesso ai dati e le autorizzazioni necessarie alle varie categorie di utenti, considerando anche il carattere sovra-aziendale e regionale dei diversi sistemi;
- allocare le necessarie risorse umane e strumentali per consentire la corretta gestione dei nuovi sistemi informatici;

Nel secondo semestre è stata approvato e sottoscritto dai commissari straordinari, l'accordo tra Regione Umbria e tutte le Aziende del servizio sanitario regionale per gli adempimenti GDPR, per le funzioni di comune titolarità. Il documento costituisce la cornice formale che regola le responsabilità nel trattamento dei dati personali di ciascuna azienda sanitaria e della Regione.

U.O. Attività Tecniche - Acquisizione Beni e Servizi

Con riferimento all'oggetto e alla nota prot. n. 183650 / 2020, si riportano alcune attività rappresentative, nonché quelle aggiuntive in urgenza, dovute al diffondersi dell'epidemia Covid-19, messe in atto dall'U.O. Attività Tecniche.

- Con Delibera n. 113/2020, è stata autorizzata l'attivazione di una procedura negoziata, ai sensi

dell'art. 36, c.2, lett. a) del D. Lgs. 50/2016 sul MEPA, per l'individuazione di un soggetto cui affidare la verifica del progetto esecutivo e supporto al RUP relativo all'intervento "Riqualificazione porzione ex ospedale di Gubbio".

- Con Delibera n. 881/2020, tenuto conto del D.L. n. 76/2020, art. 1, c. 2, lett. a), il Dirigente dell'U.O. è stato autorizzato ad individuare il soggetto con cui concludere l'accordo quadro con un unico operatore economico per l'espletamento dei servizi attinenti l'architettura ed ingegneria propedeutici all'esecuzione di interventi di manutenzione edile sugli immobili dell'Azienda sanitaria (affidamento diretto).

- Con Delibera n. 144/2020, è stata autorizzata l'attivazione ed espletamento di procedura aperta ex art. 36, c. 1, lett. d) e 60 del D. Lgs. 50/2016 per l'affidamento dei lavori di adeguamento impiantistico e riqualificazione di strutture aziendali, suddivisa in 9 lotti autonomi. Tale procedura di gara è stata esperita con modalità telematica, mediante la piattaforma di e-procurement aziendale Net4market.

Per quanto attiene le attività aggiuntive dovute al diffondersi dell'epidemia, premesso, a livello generale, che è stato fatto ricorso ai contratti vigenti per opere edili, servizi di manutenzione e multi servizi tecnologici, si evidenzia quanto segue.

- Piano di riorganizzazione emergenza Covid19: potenziamento della rete ospedaliera.

Approvazione progetti di fattibilità tecnica ed economica (Delibera n. 1336/2020). Tenuto conto del D.L. n. 34/2020, convertito in L. 77/2020, art. 2, sono stati redatti progetti di fattibilità tecnica ed economica per interventi di edilizia sanitaria da realizzare nelle strutture di competenza dell'Azienda USL Umbria1. Tali interventi sono associati all'Ordinanza n. 29/2020, con cui il Commissario Straordinario per l'emergenza Covid19 per la regione Umbria ha nominato le Aziende del SSR soggetti attuatori dei piani di riorganizzazione delle reti ospedaliere di competenza ed alla comunicazione del Commissario straordinario di aggiudicazione, per il lotto geografico Umbria, di Accordi Quadro per il Servizio di progettazione, direzione lavori e coordinamento della sicurezza in fase di progettazione e per Lavori o Appalto integrato.

- In base a comunicazioni del Servizio di Sicurezza Aziendale, con Delibera n. 1282/2020 è stato affidato il servizio di lavaggio ed igienizzazione degli impianti aeraulici con frequenza mensile alle ditte affidatarie di appalti multiservizi derivanti da convenzioni Consip (SIE2-Engie e MIES-CNS).

L'estensione del servizio per il periodo di emergenza epidemiologica da Covid19 si configura come una variante in corso d'opera, riconducibile alle ipotesi di cui all'art. 106, c. 1, lett. c-1) del D. Lgs. 50/2016 (circostanze impreviste ed imprevedibili): le relative informazioni sono state comunicate alla sezione regionale dell'Osservatorio Contratti Pubblici e alla Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea.

- Sempre in tema di varianti, e sempre a causa della grave situazione generata dall'emergenza

epidemiologica da Covid19, con Delibera n. 1505 del 23.12.2020 è stata autorizzata la variante in corso d'opera al contratto riguardante la fornitura in "global service" di gas medicinali, tecnici e servizi annessi. Le relative informazioni sono state comunicate all'Osservatorio regionale dei contratti pubblici della Regione dell'Umbria ed alla Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea.

Per quanto attiene l'attività relativa ai subappalti, si fa presente che ne sono stati autorizzati circa 30, tutti nell'ambito dei contratti multiservizi SIE2 e MIES, derivanti da convenzioni Consip.

U.O. Area Economale

Gestione contratti passivi di beni e servizi economali : La liquidazione delle fatture avviene previa verifica dell'effettiva prestazione fornita a fronte dei MAP elaborati dalle Unità Operative fruitrici dei servizi. Per rispettare i tempi imposti per la liquidazione e non incorrere sul pagamento degli interessi di mora, i servizi più complessi sono pagati con un canone mensile, sulla base del fatturato dell'anno precedente. Stiamo ridefinendo sia l'importo al massimo il 90% del fatturato anno precedente, che il mese di prima applicazione del nuovo prezzo, partendo dai contratti recentemente attivati Lavanolo e Ristorazione.

Con l'avvento della pandemia Covid, le attività si sono dovute adattare alla situazione emergenziale, che ha portato all'apertura di nuovi servizi, la chiusura di altri e la modifica più o meno accentuata di tutti. Nelle strutture Covid 19, (ospedali di Città di Castello e Pantalla) sono stati trasferiti in pochi giorni interi reparti, alcune attività sono aumentate, il più significativo la pulizia e sanificazione dei locali, che dovrebbe eccedere il così detto 20% di obbligo ed è già stata richiesta la variante di contratto, altre diminuite quali la sterilizzazione e la Ristorazione. Per i beni oltre che il soliti parametri qualità e prezzo nei mesi dell'emergenza, il mercato ne ha imposto un terzo, la disponibilità: dispositivi individuali, mascherine chirurgiche, camici, guanti, alcool, per lunghi periodi erano difficilissimi da reperire ed a prezzi non confrontabili con quelli antecedenti la pandemia. Negli ospedali anche nei momenti più critici, si è assicurata una razionale e ponderata distribuzione, diversi beni sono stati razionati e distribuiti in base al criterio dell'esposizione al rischio. Questo risultato è stato ottenuto anche con la collaborazione delle cittadinanze tutte, che dimostrando solidarietà ed un forte senso di appartenenza alla comunità sono intervenute fattivamente. Sono state definite alcune richieste di adeguamento ISTAT dei contratti da parte di alcuni fornitori.

Liquidazione Nel primo semestre 2020 è proseguita l'analisi e la verifica delle Determine di liquidazione, per verificarne la corrispondenza della prestazione resa a quanto fatturato, la rendicontazione mensile dei costi sostenuti causa COVID, ha accentuato il livello di vigilanza sulla conformità degli atti amministrativi a monte e del CIG assunto

Gestione contratti attivi (es. bar, distributori, etc) La pandemia ha riportato a rinegoziare i canoni per i servizi in concessione, prevedendo come criterio base il rispetto dell'"equilibrio economico-finanziario" della concessione, con una riduzione dei canoni legata alla contrazione dei fatturati.

In alcuni casi, vedi le attività chiuse dall'USL Umbria 1, nell'ambito delle misure di contenimento della pandemia, non sono state emesse fatture o con importi ridotti proporzionalmente ai giorni di apertura.

Gestione buoni pasto: ordini distribuzione e rendicontazione Sistematicamente la Struttura verifica la corrispondenza tra l'acquisto dei buoni pasto, la loro distribuzione tra i servizi con le scorte. E' stato deciso, come da nota ARAN, di non fornire i buoni pasto quando il dipendente è in smart working. E' stato deciso di passare all'acquisto e distribuzione di buoni pasto elettronici.

Gestione magazzino sia in conduzione diretta che appaltata: ordini, verifiche, inventario etc. E' stata verificata semestralmente la consistenza delle scorte verificandone la corrispondenza tra quanto ordinato e quanto consegnato, sono stati effettuati inventari globali sia intermedio nella

seconda metà del mese di giugno u.s.. che quello annuale fine dicembre. Sono stati nominati gli agenti contabili per i magazzini, sia interni che esternalizzato.

Cassa economale Ogni trimestre sono state verificate le spese sostenute tramite cassa economale, la consistenza della stessa e il necessario reintegro. Con l'entrata a regime del sistema Siope plus, sono state ridotte sensibilmente le spese tramite la cassa economale a favore delle liquidazioni tramite determina che prevedono un percorso più definito. La cassa economale, date le sue peculiarità, ha permesso interventi veloci e mirati, che si sono rilevati molto utili, per interventi in caso di urgenza. E' stata svolta, con l'ausilio del Servizio di Sicurezza Aziendale e Farmaceutico, una indispensabile azione di filtro per evitare acquisti inappropriati. E' stata nominata l'agente contabile per la cassa economale.

Individuazione fabbisogno per l'espletamento delle gare e collaborazione nella redazione dei capitolati di gara Si è sempre collaborato attivamente con la UO Attività Tecniche- Acquisti Beni e Servizi per raccogliere, filtrare e compattare i fabbisogni. C'è un'attenta vigilanza per assicurare che i prodotti/servizi siano conformi a quanto richiesto e/o indicato nel capitolato di gara e offerta migliorativa

Subappalto Si stanno svolgendo le necessarie verifiche sulle richieste di subappalto da parte dei fornitori. Per quanto in essere , prima di procedere al pagamento del fornitore sono stati sempre richiesti i documenti attestanti l'avvenuto pagamento dei subappaltatori.

U.O. Patrimonio

Richiamata la Relazione intermedia in corso d'anno 2020, di cui al prot. n. 121233 del 28.07.2020, si confermano essenzialmente i contenuti e le attività svolte per la prevenzione della corruzione.

In particolare, per quanto riguarda l'accettazione delle donazioni di beni e/o denaro pervenute a questa AUSL in conseguenza dell'emergenza sanitaria COVID-19, si è proseguito nella attività di applicazione del regolamento "Procedure operative Donazioni", in sinergia con il Servizio di Ingegneria Clinica, non riscontrando anche nel secondo semestre alcuna criticità degna di nota. Per quanto riguarda l'applicazione dello smart working, pur continuandone l'utilizzo in modo sistematico, lo stesso si è ridotto in misura residuale in relazione all'andamento della pandemia. Nella sua applicazione, non si sono registrate criticità, avendo i dipendenti in smart working garantito continuità di servizio ed efficienza.

Altresì, sono state perfezionate le attività di controllo da parte del Dirigente, stante anche le novità conseguenti all'introduzione straordinaria di tali modalità lavorative, tramite la richiesta di relazioni sintetiche agli addetti sul lavoro svolto fuori dall'ufficio.

La gestione del patrimonio immobiliare, per quanto concerne la sua valorizzazione, è proseguita con l'espletamento di bandi ad evidenza pubblica, prestando particolare attenzione alla pubblicazione e trasparenza degli atti (gare ed esiti). La gestione delle locazioni passive è proseguita con attività negoziata di spending review nei casi di rinnovo dei contratti e si sono programmate attività di verifica dei canoni locativi ai valori di mercato immobiliare attuali. La gestione delle locazioni attive, tendenzialmente sempre più residuale soprattutto nel settore dei terreni agricoli in correlazione alle attività di vendita, non ha avuto situazioni degne di particolare notazione. Per quanto riguarda la gestione contabile del patrimonio si è proseguito da parte dell'ufficio nella scrupolosa applicazione delle leggi e dei regolamenti aziendali e, in modo particolarmente incisivo, con l'attenzione precipua al rispetto delle tempistiche dei pagamenti. In occasione dei pagamenti delle imposte TARI a seguito delle notifiche degli Enti gestori della riscossione, in contraddittorio con gli stessi, sono state operate attività di puntuale verifica dei parametri che comportano la somma da pagare. Infine, il Servizio di Ingegneria Clinica

relativamente al secondo semestre, ha continuato l'intensa e straordinaria attività di raccordo tra gli operatori sanitari e l'Amministrazione per coordinare l'enorme mole di donazioni pervenute da parte di Enti, Associazioni e privati, causa emergenza COVID-19, garantendo credibilità ed efficienza. Nel contempo, sono state monitorate le attività di chiusura del contratto in essere per la gestione e manutenzione delle apparecchiature sanitarie con conseguente attività propedeutiche per all'avvio del contratto con il nuovo R.T.I. avente per capofila ALTHEA ITALIA SPA. Anche in questo caso non si sono manifestate situazioni di criticità degne di nota.

Affari Generali ed Istituzionali e Gestione Legale Sinistri

In relazione alle attività svolta da questa Unità nel primo semestre 2020, ai fini dell'aggiornamento del Piano Triennale Anticorruzione, si rappresenta quanto segue:

- il Progetto Regionale di Autoritenzione del Rischio viene regolarmente applicato in tutte le sue fasi avendo ben presente lo spirito di base del progetto ovvero di una valutazione singola e collegiale di seguito del caso (per i sinistri di valore fino ad € 70.000,00), garantendo l'alternanza nelle valutazioni dei medici-legali interni, avendo cura di acquisire anche pareri specialisti di "second opinion" ogniqualvolta si rende necessario nella valutazione di casi complessi.

Nei Sinistri di II e III fascia l'attenzione viene posta oltre che nell'alternanza di giudizio tra i medici-legali interni, anche e soprattutto garantendo il rispetto delle tempistiche di istruttoria imposti dal Progetto, al fine di consentire una adeguata valutazione da parte dei medici-legali di II livello presso la Capofila A.O di Perugia nonché dei fiduciari della Compagnia, garantendo nel contempo un tempestivo e continuo supporto amministrativo ad ogni necessità istruttoria/documentale richiesta dalla Capofila .

- Per quanto riguarda invece le attività endoprocedimentali a rischio che vedono coinvolto il dirigente della U.O., sotto il profilo dell'anticorruzione, quale la gestione legale dei sinistri in mediazione nonché la gestione legale dei sinistri (vertenze giudiziarie, conferimenti incarichi ecc.), contemplate del Progetto di Autoritenzione, si evidenzia che le stesse vengono regolarmente svolte nel rispetto delle disposizioni normative sulla trasparenza e anticorruzione .

- E' stata effettuata altresì la dovuta vigilanza e conseguenti segnalazioni all'U.O. competente, qualora siano stati rilevati nell'istruttoria dei Sinistri, potenziali Conflitti/incompatibilità in ordine ad incarichi di consulenza tecnica svolti dal Personale Dipendente/Convenzionato (nel 1° semestre 2020 è stata effettuata una doppia segnalazione)

- Nella fase di emergenza COVID-19 infine si sono presentate fattispecie nuove ed urgenti di allestimento di servizi, rappresentate tramite il Broker Aziendale alle diverse Compagnie assicurative, ai fini dei nuovi rischi da assumere, informandone contestualmente la Direzione Aziendale.

Area Legale e del Contenzioso

Le azioni previste, relative alla tutela legale del personale dipendente sono state realizzate in conformità alla disciplina normativa e contrattuale vigente e è stato tra l'altro ottimizzato e implementato il processo con il nuovo regolamento adottato con la Delibera n. 71 del 20.01.2021.

Il conferimento di incarichi a legali esterni è stato effettuato conformemente alla Regolamentazione Aziendale vigente ed è stata aggiornata la short list con la Delibera 1375/2020.

Tutti i rapporti con gli organi giurisdizionali sono stati intrattenuti con la tempistica e le modalità operative da disciplina Aziendale in essere.

Quanto infine agli altri obiettivi gli stessi sono stati realizzati tramite formale coinvolgimento tracciabile con le Strutture Aziendali coinvolte.

Si rappresenta infine in vista di una futura attualizzazione del piano, la necessità di questa Struttura di individuare nuove aree di intervento ex novo o di attualizzazione e necessaria implementazione di quelli già individuati.

UU.OO. Risorse Umane

Nel corso dell'anno 2020 le Unità Operative RU -UOC Trattamento Giuridico e UOC Trattamento Economico- hanno garantito una costante collaborazione al Responsabile della Prevenzione della Corruzione, fornendo allo stesso regolarmente notizie in merito a fatti che avrebbero potuto ingenerare fenomeni di corruzione e/o, comunque, di conflitto con i primari interessi dell'Azienda. In tale periodo non è stato riscontrato alcun episodio di corruzione. Le UU.OO. Risorse Umane hanno rispettato rigorosamente quanto previsto dal Piano Triennale Anticorruzione e posto in essere tutti i controlli nello stesso previsti per le attività ad alto rischio corruttivo, con il rispetto di tutti gli indicatori come già ampiamente relazionato per il primo semestre 2020.

Si conferma per l'anno 2020 quanto già analiticamente dichiarato nella Relazione al I° semestre 2020 (nota prot. n. 125272 del 3 agosto 2020); eventuali modifiche o variazioni a quanto dichiarato vengono di seguito esplicitate.

Nel secondo semestre 2020 si è proseguita l'attività di gestione dei percorsi attuativi relativi agli istituti giuridici, legislativi e contrattuali nel rapporto di lavoro (ferie, permessi, malattia, attestazioni di presenza in servizio/debito orario, riposi) sulla base delle linee guida già a suo tempo diramate dall'Amministrazione in occasione dell'entrata in vigore delle nuove normative contrattuali relative al Personale del Comparto ed al Personale della Dirigenza.

Gli stessi istituti hanno poi costituito oggetto di ulteriori approfondimenti a fronte della prosecuzione della situazione emergenziale, con particolare e specifico riferimento alla gestione delle malattie (sorveglianza sanitaria, soggetti fragili, infortuni sul lavoro per contagio covid) e alla gestione dei congedi straordinari a sostegno delle famiglie.

Con particolare riferimento alla tematica dei congedi, si è provveduto a predisporre specifica modulistica relativa alle richieste autorizzative dei congedi straordinari a diverso titolo (congedi parentali legati all'emergenza, congedi straordinari per isolamento avvenuto per contatto scolastico, per sospensione dell'attività di didattica in presenza e per sostegno alla disabilità).

In ossequio alla sussistenza delle condizioni e dei presupposti richiesti dalle normative emergenziali a sostegno delle famiglie, i funzionari preposti al procedimento hanno attivato procedure di verifica a tappeto sulla veridicità delle dichiarazioni di responsabilità prodotte ai sensi degli artt. 45,46, 76 del DPR 445/2000.

Sul versante del contenzioso si è dato proseguimento alla consolidata metodologia di impostazione che si incentra sulla costante disamina delle eventuali note precontenziose che giungono da parte di patrocinatori legali, con riferimento alle particolari tematiche trattate dagli Uffici dell'U.O. Risorse Umane.

Tutte le procedure selettive per l'assunzione del personale sono state gestite seguendo le disposizioni di legge nazionali, regionali ed i regolamenti aziendali. Le procedure selettive, sospese dall'art. 87 comma 5 del Decreto Legge n° 18 del 17 marzo 2020 recante " Misure di potenziamento del Servizio Sanitario Nazionale e di sostegno economico alle famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da Covid 19" sono state riattivate a partire dal mese di luglio. Per quanto si riferisce alle procedure di stabilizzazione, si conferma quanto relazionato al riguardo per il I° semestre 2020, mentre, in tema di contenzioso, si segnala che è stato presentato un ricorso innanzi al TAR Dell'Umbria per l'esclusione di n. 3

specialisti ambulatoriali veterinari dalle procedure suddette. Tutte le procedure inerenti i comandi, la mobilità e le assegnazioni sono state gestite nel rispetto delle disposizioni di legge nazionali e dei regolamenti aziendali. Con riferimento agli incarichi dirigenziali, l'entrata in vigore del nuovo CCNL dell'Area Sanità, sottoscritto in data 19/12/2019, ha comportato numerosi e cogenti adempimenti cui dare corso.

In particolare si è resa necessaria un'analisi sistematica dell'anzianità di servizio, compresa anche quella a tempo determinato, di ogni singolo dirigente, per tutte le finalità previste dal nuovo CCNL. Al fine del ricalcolo dell'anzianità di servizio, l'ufficio preposto ha provveduto all'acquisizione delle autocertificazioni relative ai periodi lavorativi prestati dai dirigenti, anche con interruzione di continuità, nonché all'attivazione della verifica a tappeto di tutte le autocertificazioni pervenute.

Tutta la materia correlata alla gestione degli incarichi dirigenziali è disciplinata da appositi regolamenti interni. Nelle more dell'adeguamento degli stessi alla nuova normativa contrattuale, sono stati definiti e posti in essere specifici criteri finalizzati a rendere ancor più oggettive e trasparenti le procedure di selezione nell'assegnazione degli incarichi.

Nello specifico ci si riferisce alle procedure di selezione per l'assegnazione degli incarichi di sostituzione nella responsabilità delle strutture vacanti ai sensi dell'art. 22 del CCNL 19/12/2019. Nel merito sono stati infatti definiti degli specifici criteri di misurazione per l'incasellamento in un determinato livello di giudizio (anzianità di servizio-Tipologia incarichi ricoperti-Formazione professionale manageriale-attività organizzativa tecnico procedurale-Attività scientifica). I criteri di che trattasi discendono dalla lettura combinata della normativa concorsuale e contrattuale vigente.

Per quanto riguarda i Collegi tecnici di valutazione della Dirigenza:

- per le verifiche degli incarichi di struttura complessa, essi hanno visto nella quasi totalità dei casi la partecipazione di almeno un componente esterno all'Azienda e di preferenza anche esterno alla regione; in materia di anticorruzione, tali componenti sono stati invitati a sottoscrivere la dichiarazione di possesso dei requisiti per i membri a qualsiasi titolo delle commissioni aziendali prevista dalla delibera n. 500 del 05/05/2015, in analogia alle procedure di accesso al pubblico impiego;

- per le verifiche dei dirigenti non titolari di incarico di struttura complessa, i collegi tecnici si sono svolti con l'ausilio della procedura web messa a disposizione dalla UO Trattamento Giuridico Personale Dipendente, procedura che consente l'autenticazione con le credenziali aziendali, il tracciamento degli accessi e delle modifiche apportate dai partecipanti.

Tutta la materia direttamente correlata alla gestione delle prestazioni occasionali dei nostri dipendenti è disciplinata da un regolamento interno nel quale sono esplicitati i principi generali fissati dal legislatore e puntualmente determinati specifici ed oggettivi criteri operativi da parte dell'Amministrazione, al fine di ridurre al minimo il rischio di non adottare soluzioni uniformi e non garantire ai dipendenti un trattamento univoco e imparziale. Si richiama interamente quanto riportato al riguardo nella relazione I° semestre 2020.

Il sistema dei controlli interni ed esterni previsti dalla Delibera DG n. 1246 del 27/09/2017 per l'esercizio delle funzioni delle UU.OO. Risorse Umane ha trovato piena attuazione nel corso del periodo esaminato e non ha evidenziato scorrettezze di alcun genere nelle azioni amministrative poste in essere.

In particolare, i controlli effettuati in materia di autocertificazioni riguardanti richieste di assegni familiari e previsti dall'atto deliberativo n. 1148/2016, si sono sostanziati in n. 79 verifiche su n. 508 richieste, corrispondente al 15,55% con ciò superando ampiamente la percentuale del 10% delle istanze prodotte, previste dalla Delibera citata.

Per quanto riguarda le attività rese dalle strutture private accreditate convenzionate, per l'anno 2020 i relativi controlli sono stati effettuati nel rispetto delle procedure previste dal Protocollo

aziendale per la gestione della mobilità adottato con Delibera n. 1548 del 11.12.2019 “Adozione della PGA59/19 - Gestione della compensazione della mobilità sanitaria passiva intraregionale. Rev. 02”.

Si segnala che nel periodo di riferimento, in linea con le disposizioni nazionali e regionali, l'erogazione delle prestazioni sanitarie ha evidenziato un andamento altalenante, dovuto all'evolversi della pandemia COVID-19. Ciò ha determinato una significativa contrazione delle attività di specialistica ambulatoriale rese dalle strutture private accreditate in convenzione. I controlli annuali effettuati su tutte le prestazioni specialistica ambulatoriale erogate dalle strutture private accreditate in convenzione nell'anno 2020, hanno rilevato una inesatta rendicontazione pari ad €. 4.313,16. In merito agli anticipi corrisposti alle Case di Cura Private nell'anno 2020 ai sensi della DGR. n. 277 del 16.04.2020 e della Delibera del Commissario Straordinario n. 634 del 28 maggio 2020 recante “Accordo Quadro tra la Regione Umbria e l'Associazione Italiana di Ospedalità Privata (AIOP Umbria) e l'Associazione Religiosa Istituti Socio Sanitari (ARIS Umbria) per la regolamentazione dei rapporti finalizzati al coinvolgimento degli ospedali privati accreditati nella rete ospedaliera regionale della gestione dell'emergenza COVID -19”, sono state acquisite le note di credito a conguaglio degli anticipi medesimi per complessivi € 5.258.222,00 (residenti USL Umbria n. 1 € 3.009.861,00, residenti fuori regione € 1.791534 e residenti USL Umbria n. 2 € 556.827) I conguagli, come concordato tra le parti (Regione Umbria, USL Umbria n. 1, USL Umbria n. 2 e Case di Cura con note prot. n. 211087/2020, n. 211099/2020, n. 211102/2020 e n. 211105/2020) verranno effettuati con rate mensili sui compensi spettanti a decorrere dal mese di gennaio 2021. Con riferimento alla contrattazione integrativa aziendale, si è continuato ad attuare i consolidati criteri già in essere, finalizzati al pieno rispetto della normativa per quanto concerne sia le materie oggetto di contrattazione sia l'entità delle risorse stabilite nei fondi contrattuali , come certificati da parte del Collegio Sindacale in data 3 luglio 2020. A causa dello stato emergenziale sono stati intrapresi rapporti di natura interlocutoria con le OOSS, volti alla continuità dei processi negoziali già condivisi nell'anno 2019 in materia di retribuzione di Risultato di produttività Collettiva ed alla verifica costante della regolarità della loro concreta attuazione oltre alla costituzione del tavolo tecnico per la discussione del Contratto Integrativo Aziendale della Dirigenza.

S.I.T.R.O. (Si premette che con atto del Commissario Straordinario 514 del 30/04/2020, a seguito del primo triennio di vigenza del modello organizzativo di tale servizio - con atto deliberativo n. 639 del 01.06.16 Regolamento del "Servizio delle Professioni Sanitarie"- è stato intrapreso un percorso di riesame e valutazione dell'efficacia di tale impianto, finalizzato da un lato a superare le criticità emerse e dall'altro a garantirne un'adeguata implementazione e ottimizzazione dal punto di vista operativo. Con tale atto pertanto la Dirigente del Servizio SITRO è stata assegnata alla Struttura Semplice Aziendale “Sviluppo organizzativo e politiche del personale”. Le relazioni finali d'anno sono pertanto state acquisite dai rispettivi 5 Responsabili dei Servizi afferenti il SITRO.

Servizio Infermieristico con funzioni gestionali

Questo è il primo anno che la dirigenza del Servizio Infermieristico viene interessata a relazionare in merito ad attività ed endoprocedimenti a rischio, in quanto titolare, in precedenza, risultava la Dirigenza SITRO;

GESTIONE-AUTORIZZAZIONE A PARTECIPAZIONE A FORMAZIONE CON SPONSOR: la UO Formazione e Sviluppo Risorse, con apposito regolamento proposto e adottato con Delibera del Direttore Generale n. 56 del 19.01.2021, ha definito che “la formazione esterna ad iniziative sponsorizzate o con partecipazione sponsorizzata” debba essere veicolata dalla

Direzione Aziendale. Per quanto riguarda l'anno 2020, per ciò che riguarda il Servizio Infermieristico, non sono state prodotte autorizzazioni.

DETERMINAZIONE FABBISOGNO PERSONALE DEL COMPARTO E GESTIONE ASSEGNAZIONE DI PERSONALE DIPENDENTE: il Servizio Infermieristico si è scrupolosamente attenuto a quanto previsto dall'art. 6 del Regolamento del SITRO (Delibera n. 639 del 01/06/2016), prendendo a riferimento l'art. 6, comma 5. In particolare:

a. Ha gestito l'assegnazione qualitativa e quantitativa del personale afferente al profilo, sulla base del budget assegnato e secondo principi di equità;

b. Ha applicato gli standard di personale nelle strutture del Servizio in base alla programmazione del Dirigente del S.P.S., con riferimento alla normativa e alla letteratura esistente.

In particolare, in relazione alla pandemia COVID-19, la determinazione del fabbisogno del personale nel corso dell'anno 2020 è stata individuata, rispetto ai correnti standard, in applicazione del Piano di riorganizzazione e potenziamento delle rete assistenziale territoriale, del Piano di contenimento e del Piano di salvaguardia.

AUTORIZZAZIONE PER ATTIVITA' DI PRESTAZIONI OCCASIONALI: le autorizzazioni sono sempre state rilasciate dopo attenta valutazione di un potenziale conflitto di interesse del richiedente e sul riscontro delle ore richieste.

Sono stati effettuati, inoltre, controlli random sulle autorizzazioni rilasciate, anche grazie alla collaborazione dell'UO Risorse Umane, PO Controllo attività extra istituzionali e occasionali personale dipendente rapporti di lavoro atipici.

Servizio Tecnico Sanitario

Per quanto richiesto ci si rifà, come base di partenza, alla precedente articolazione definita dalla ex dirigente responsabile del SITRO.

FORMAZIONE CON SPONSOR: durante il 2020, causa anche la pandemia, tutte le manifestazioni sono state sospese e la formazione in presenza sostituita da quella in FAD; ci si attiene comunque alle normative vigenti.

FABBISOGNO DEL PERSONALE: la determinazione del fabbisogno è regolamentata e vincolata alla pianificazione attraverso la contrattazione del budget, le cui regole sono trasparenti. L'assegnazione del personale alle varie U.O. è anche questa diretta conseguenza del processo di Budgeting.

ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE O ATTIVITA' AGGIUNTIVA : L'adesione a tali forme di attività viene determinata attraverso l'emissione di appositi bandi a cui possono partecipare tutti i dipendenti in possesso delle competenze necessarie allo svolgimento dell'attività.

ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE IN REGIME DI PART-TIME: Tale forma di attività necessita di una più attenta regolamentazione in merito alla definizione di incompatibilità e di attività incompatibili; sarebbe necessaria la revisione del Regolamento interno

Servizio della Prevenzione

Per quanto concerne la determinazione del fabbisogno di personale comparto e la gestione dell'assegnazione dello stesso, è stato effettuato il monitoraggio mensile della dotazione organica che è esclusivamente numerico e finalizzato al controllo della spesa.

Inoltre, a seguito di segnalazioni, sono state comunicate all'Ufficio Procedimenti Disciplinari n.2 presunte infrazioni, relative al personale comparto, per fatti ritenuti di rilevanza disciplinare.

Servizio Ostetrico

FORMAZIONE CON SPONSOR: pur nel rispetto della normativa vigente, nell'anno 2020 non sono stati realizzati eventi formativi con il coinvolgimento degli sponsor

FABBISOGNO DEL PERSONALE La determinazione del fabbisogno di personale è stata effettuata sulla base delle indicazioni della Direzione aziendale nel rispetto della pianificazione triennale del fabbisogno complessivo. L'assegnazione del personale alle UO ed ai servizi è

avvenuta sulla base della contrattazione di budget sostenuta dalla Direzione del Dipartimento Materno infantile e dai Responsabili dei servizi consultori ali afferenti ai distretti. Le procedure di reclutamento/assegnazione hanno rispettato le modalità selettive ed i criteri contenuti nel CCNL, nei regolamenti aziendali che disciplinano le acquisizione di risorse , l'assegnazione ed il trasferimento tra sedi.

ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE O ATTIVITA' AGGIUNTIVA Per quanto riguarda lo svolgimento di attività aggiuntiva retribuita appositamente come attività legata a necessità aziendali straordinarie ed una tantum, nel 2020 per la prima volta questa modalità di lavoro ha coinvolto anche i professionisti appartenenti al profilo di ostetrica che hanno aderito a tale iniziativa per effetto dell'emergenza sanitaria, a seguito della comunicazione dei direttori di macrostruttura.

ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE IN REGIME DI PART-TIME Rimane, come segnalato in precedenza , una procedura senza riferimenti chiari rispetto alla definizione di incompatibilità e sussistenza di conflitto di interessi; sarebbe necessaria la revisione e l'integrazione del Regolamento sull'orario di lavoro come più volte richiesto.

Servizio Riabilitativo

A far data dal 1° maggio 2020 quale Dirigente Responsabile del Servizio Riabilitativo- UO SITRO "Servizio delle Professioni sanitarie", ho preso visione delle attività ed endoprocedimenti a rischio, precedentemente indicate dalla Dirigete Sitro; relaziono in merito alle valutazioni effettuate a tal proposito.

GESTIONE-AUTORIZZAZIONE A PARTECIPAZIONE A FORMAZIONE CON SPONSOR: le autorizzazioni sono disciplinate dal regolamento adottato con delibera del Direttore Generale 56 del 19/01/2021.

DETERMINAZIONE FABBISOGNO PERSONALE DEL COMPARTO E GESTIONE ASSEGNAZIONE DI PERSONALE DIPENDENTE: a seguito della definizione delle procedure di stabilizzazione e di quanto disposto dal Commissario Straordinario con Delibera n. 435 del 10/04/2020, ho assegnato il personale del servizio riabilitativo sulla base della programmazione aziendale, osservando regole organizzative interne garanzia della trasparenza, efficienza ed equità.

AUTORIZZAZIONI PER ATTIVITA' DI PRESTAZIONI OCCASIONALI: le autorizzazioni sono state concesse nel rispetto della normativa aziendale e controllo dei pareri.

Per l'aggiornamento del Triennale Anticorruzione per il Servizio Riabilitativo propongo le attività ed endoprocedimenti a rischio descritti nell'allegato (la tre attività proposte sono riportate come parte integrante nell'Allegato 1 a l presente documento)

Ufficio Procedimenti Disciplinari del Personale Dirigenziale Ruolo Sanitario, del Personale Dirigenziale Ruolo Amministrativo Tecnico e Professionale nonché dell'Ufficio Procedimenti Disciplinari per gli Specialisti Ambulatoriali **Ufficio Procedimenti Disciplinari del Comparto**

Gli uffici procedimenti disciplinari tanto del Comparto che delle Aree della Dirigenza Medica e Veterinaria , SPTA e Personale Convenzionato hanno rimesso le relazioni semestrali (1° e 2° semestre 2020) indicando il numero dei procedimenti disciplinari attivati, anche a seguito di procedimenti penali (in genere aperti e sospesi in attesa del primo grado di giudizio) e riportando le sanzioni comminate , là ove il procedimento risultava concluso. Il numero di tali procedimenti e le sanzioni comminate (quella più grave risulta essere stata la sospensione di 15 giorni dal servizio e dalla retribuzione) sono stati riepilogati nella relazione annuale 2020

Ai fini del **controllo**, inteso come verifica finalizzata alla correttezza ed efficacia delle azioni, il R.P.C. nel 2018 ha stabilito di incontrare singolarmente i Responsabili di Struttura.

Gli incontri con le singole Strutture sono continuati anche nel 2019, mentre nel 2020, per ovvi motivi legati all'insorgere della pandemia, non si è proceduto ad incontrare alcuna struttura.

Nel 2018, si è confrontato con la UO Attività Tecniche- Acquisizioni Beni e Servizi, per un raffronto sulle tematiche della Prevenzione della Corruzione connesse alle attività programmatiche proprie della UOC. All'incontro, presenti oltre il Direttore della UOC anche varie Posizioni Organizzative afferenti la medesima UO, è stato partecipato da parte del Responsabile della Prevenzione della Corruzione, la Direttiva Programmatica sull'attività di Vigilanza ANAc nell'anno 2018, declinante le principali tematiche che verranno prese in considerazione nella prosecuzione dell'attività di vigilanza su Asl, Aziende Ospedaliere etc.

Contestualmente è stata affrontata la problematica relativa alla programmazione degli acquisti di forniture e servizi per il biennio 2018-2019, coordinato con il programma annuale e pluriennale delle attività di Umbria Salute (CRAS), con il piano integrato delle iniziative di acquisto nazionale della CONSIP e del tavolo dei Soggetti Aggregatori (DPCM 24.12.2015).

Nello specifico la UOC ha fatto presente che le maggiori difficoltà riscontrate derivano dal fatto che Umbria Salute ancora non è a pieno regime e pertanto nelle more dell'attivazione delle procedure ad essa demandate, l'Azienda deve comunque attivarsi autonomamente, con il ricorso a gare ponte ovvero a trattativa diretta, rendendo pertanto difficile il rispetto delle attività programmate, nonché delle linee guida Anac relativamente agli affidamenti diretti, cui l'azienda ha dovuto ricorrere per garantire la piena funzionalità.

Nel mese di giugno 2019, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione ha incontrato i Responsabili dei 6 Distretti territoriali e dei Dipartimenti di salute mentale, così come nel mese di settembre ha incontrato i Direttori dei Dipartimenti Ospedalieri.

In occasione Dell'incontro con i Direttori dei Distretti e del Dipartimento di Salute mentale, del 2019, sono state prese in esame le attività a maggior rischio corruttivo afferenti tali strutture (riportate nel vigente PTPCT) e ne sono state analizzate le misure di sicurezza associate, la tempistica e soprattutto l'efficacia delle azioni individuate quale monitoraggio e valutazione.

Le riunioni sono terminate con l'impegno dei rispettivi Referenti individuati di relazionare al RPC, di riepilogare le considerazioni emerse durante l'incontro e di dettagliare la quantificazione dei controlli quale verifica, appunto, del rispetto della tempistica associata ad ogni singola fattispecie.

L'incontro 2019 con i Direttori di Dipartimento Ospedaliero, ha avuto invece come punti all'Ordine del Giorno, sia la diffusione e conoscenza delle azioni inserite nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione che, l'individuazione degli indicatori per conseguire l'obiettivo "Promuovere cultura e prassi in materia di prevenzione della corruzione e della promozione della trasparenza nelle pubbliche amministrazioni", inserito nelle schede di budget di tutti i Direttori di Dipartimento.

Nel corso del secondo semestre 2019, il RPC, anche su impulso dell'allora Vertice aziendale, ha di nuovo programmato incontri, questa volta con tutte le UOC aziendali per approfondire ulteriormente le singole tematiche già da esse attenzionate ed elencate nell'allegato e quelle riprese dai Piani Nazionali Anticorruzione 2016 e precedenti. Sono state consegnate altresì le schede predisposte da Agenas e destinate a verificare la completezza del PTPCT e del grado

di applicazione all'interno delle strutture. Le stesse sono state restituite debitamente compilate. Tali incontri frontali hanno di fatto sostituito la seconda riunione plenaria con i Referenti aziendali.

Nel 2020 Il RPC ha incontrato i Referenti una sola volta, tramite collegamento da remoto, causa covid.

In tale incontro si è riscontrato che

- *la vigenza di regolamenti e procedure standardizzate aziendali, abbiano supportato l'azione amministrativa durante il periodo emergenziale, in particolare per la gestione delle donazioni di denaro e di beni;*
- *dal punto di vista contabile descrive come, dall'inizio dell'emergenza covid, tutti costi relativi sono stati rendicontati separatamente;*
- *lo smart working , adottato nel periodo non ha rallentato l'attività della UO medesima;*
- *l'Azienda, per effetto del MEPA ha ottenuto prezzi più favorevoli rispetto a quelli praticati alla Protezione Civile. Il problema più grande è stato quello legato al reperimento del bene più che alla valutazione del prezzo ad esso associato.*

8.1 Attività di carattere generale

Con Delibera del Direttore Generale n. 541 del 10/04/2019 , l'Azienda ha aggiornato il codice di comportamento dell'Azienda Usl Umbria 1.

L'aggiornamento del Codice di Comportamento dell'Azienda USL Umbria 1, è stato redatto in adempimento di :

- D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del Decreto Legislativo 30 marzo 2001, n. 165"
- Linea guida espresse dall'ANAC (Autorità Nazionale Anticorruzione) del 29 marzo 2017, recepita con determina 358//2017 "Linee guida per l'adozione dei Codici di Comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale";
- Documento del 17 luglio 2014 della Conferenza Unificata Stato Regioni, in materia di conflitto di interesse;
- "Manifesti di Responsabilità Disciplinare del Personale del Comparto e del Personale della Dirigenza",
- dal Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- dal Piano Risk Management vigente e aggiornato nel periodo,
- dai Regolamenti e Procedure adottate dall'Azienda per disciplinare i comportamenti dei dipendenti/collaboratori aventi rilevanza nei rapporti con l'Azienda (regolarmente pubblicati rispettivamente, nel sito Aziendale della pagina dedicata alla Prevenzione della Corruzione e Trasparenza e nel Download dei Documenti alla intranet Aziendale);
- "Testo unico sul Pubblico impiego" D.Lgs 165/2001";

L'aggiornamento del codice di comportamento ha rappresentato una delle "azioni e misure" principali di attuazione delle strategie di prevenzione della corruzione a livello aziendale, secondo quanto indicato nel Piano Nazionale Anticorruzione.

Il "Codice" è stato predisposto dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione in collaborazione con le Unità Operative "Affari Generali Istituzionali e Gestione legale dei Sinistri", "Risorse Umane Trattamento Giuridico Personale Dipendente" e "Risorse Umane Trattamento Economico Personale Dipendente – Gestione Personale Convenzionato e Strutture

Convenzionate”, e partecipato ai Responsabili degli “Uffici dei Procedimenti Disciplinari” ed ai Referenti indicati nel Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione per eventuali suggerimenti ed integrazioni.

Il Codice esprime gli impegni e le responsabilità etiche assunte dai dipendenti e da tutti i collaboratori a vario titolo dell’Azienda e definisce i criteri ed i modelli uniformi di comportamento per tutte le attività.

L’Azienda USL Umbria 1, con tale atto, richiede a tutti i suoi dipendenti/collaboratori, nel rispetto delle specifiche competenze di ognuno, di riconoscere, promuovere, realizzare e garantire la diffusione dei valori fondamentali dell’integrità, dell’onestà, della legalità, dell’uguaglianza, della trasparenza, della sussidiarietà, della valorizzazione del merito e delle competenze individuali, nonché del rifiuto di ogni ingiusta discriminazione, violenza, abuso e/o attenzione impropria.

Ampio spazio è stato dedicato alla definizione del conflitto di interesse calato nella realtà aziendale.

Importanti adempimenti adottati nell’anno 2019

DDG 58/2019 Regolamento per l’attività legale e la tutela in giudizio dell’Azienda.	Per sopravvenire, in materia di affidamento di servizi legali, della nuova disciplina contenuta nel D.Lgs. 18/04/2016, n°50 (c.d. “Codice dei contratti pubblici”) e del parere numero 02017 del 03/08/2018 del Consiglio di Stato –Adunanza della Commissione speciale del 9 aprile 2018, da ultimo recepito dall’Autorità Nazionale Anticorruzione con le Linee guida n. 12 “Affidamento dei servizi legali” (approvate dal Consiglio dell’Autorità con delibera n. 907 del 24 ottobre 2018)
DDG 141/2019 Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (CUG) USL Umbria1. Rinnovo.	Con mandato anche di formulare una ipotesi di applicazione dell’art. 260 “Sportelli anti-mobbing” della LR n. 9 del 11/4/2015, come modificata e integrata dalla LR n.9 del 16/11/2018 alla Direzione Aziendale
DDG 203/2019 Performance organizzativa: programma Annuale di Attività dei Distretti e Dipartimenti (Budget) Anno 2019 - Assegnazione degli obiettivi e delle risorse alle Macrostrutture Aziendali	Perché il budget rappresenta lo strumento fondamentale a disposizione della Direzione Aziendale per l’attività di monitoraggio del processo gestionale, in quanto permette di verificare le attività svolte, controllare i risultati raggiunti ed individuare le criticità nel funzionamento dell’Azienda
DDG 247/ 2019 Adozione Piano triennale del patrimonio 2019-2021 ai sensi Art. 87, comma 3 . Legge Regionale 9 aprile 2015, n. 11.	In esecuzione della L.R. 11/2015 e della L.R. 17 agosto 2016, n. 10
DCS 336/2019 Misure di efficientamento della spesa sanitaria - azioni intraprese e risultati conseguiti nell’esercizio 2018.	Così come previsto dall’allegato 1 della DGR 1252 del 30.10.2017, delle azioni più significative intraprese per la razionalizzazione della spesa sanitaria e dei risultati conseguiti in termini economici nell’esercizio 2018 dai Centri di Risorsa Aziendali indicati in narrativa
DCS 370/2019 Procedura per la gestione dei Reclami anno 2019	Per ottimizzare le performance aziendali , di agevolare il rapporto tra l’Azienda ed il cittadino, e migliorare l’attività di relazione con il pubblico e la procedura per la gestione dei reclami.
DCS 427/2019 Programma degli acquisti di forniture e servizi per il biennio 2019-2020, coordinato con il programma biennale delle attività di Umbria Salute (CRAS) e con il piano delle iniziative di acquisto nazionale della CONSIP e del tavolo dei Soggetti Aggregatori. Approvazione ai sensi dell’art.21 del D.Lgs. n.50/2016 e smi.	In ossequio alla Legge Regionale dell’Umbria n.9 del 30.4. è stata disposta la costituzione, fra tutte le Aziende sanitarie regionali, di una società consortile a responsabilità limitata denominata “Umbria Salute”, secondo il modello comunitario dell’in house providing, alla quale sono stati attribuiti una pluralità di servizi di interesse generale preordinati alla tutela della salute, e che, ai sensi dell’art.9 della legge medesima, svolge anche le funzioni di Centrale Regionale di Acquisto per la Sanità (CRAS).
DCS 480/2019 Regolamento per la riscossione dei crediti conseguenti a decisioni di condanna della Corte dei Conti. Determinazioni	In ossequio al Decreto Legislativo 26/08/2016, n°174, contenente il c.d. “Codice di Giustizia Contabile”, entrato in vigore il 07/10/2016 ed alle comunicazioni operative della Procura Regionale della Corte dei Conti

	presso la Sezione Giurisdizionale per l'Umbria, ad oggi, invernanti nelle LINEE GUIDA PER L'ESECUZIONE DELLE SENTENZE DI CONDANNA DELLA CORTE DEI CONTI
DCS 784/2019 Nucleo Ispettivo Aziendale . Rinnovo.	Per effettuare verifiche a campione sui dipendenti delle pubbliche amministrazioni, finalizzate all'accertamento dell'osservanza delle disposizioni di cui ai commi da 56 a 65, le amministrazioni si avvalgono dei rispettivi servizi ispettivi .Analoghe verifiche sono svolte dal Dipartimento della funzione pubblica che può avvalersi, d'intesa con le amministrazioni interessate, dei predetti servizi ispettivi, nonché, d'intesa con il Ministero delle finanze ed anche ai fini dell'accertamento delle violazioni tributarie, della Guardia di finanza
DCS 915/2019 Istituzione .Comitato interaziendale controllo documentazione sanitaria.	d'intesa con l'Azienda USL Umbria n. 2, quale organismo interaziendale a supporto delle attività di controllo tecnico svolte dall' Azienda Sanitaria n. 1 e dall'Azienda Sanitaria n. 2, che avrà il compito di effettuare il controllo di qualità, completezza e congruità della documentazione sanitaria inerente i ricoveri e la specialistica ambulatoriale acquistata dalle strutture private accreditate, nonché dei casi per i quali emergerà una necessità di approfondimento
DCS 1145/2019 Recepimento linee guida per il rafforzamento della trasparenza e la prevenzione della corruzione in materia di concorsi e selezioni pubbliche nel sistema regionale umbro, approvate con DGR 946 del 1.8.2019 ed ulteriori disposizioni.	Con l'approvazione di tale atto, le procedure concorsuali / selettive avviate e momentaneamente sospese ai sensi di precedente DGR 604/19 possono essere portate a conclusione gestendole con modalità operative idonee a conciliare le rispettive esigenze di completamento con il rispetto dei principi ed indicazioni delle linee
DCS 1236/2019 "Linee guida per il rafforzamento della trasparenza e la prevenzione della corruzione in materia di concorsi e selezioni pubbliche nel sistema regionale umbro, approvate con DGR 946/2019. Azione misure operative relativamente alle procedure concorsuali ."	Con l'approvazione di tale atto è stato adottato il regolamento contenente le modalità operative di attuazione delle Linee Guida Regionali di cui alla DGR 946/19 recepita con la delibera n. 1145 del 06.09.2019.
DCS 1233/2019 Approvazione nuovo Regolamento "Disciplina conferimento incarichi di collaborazione a norma art. 7 comma 6 del D.Lgs. 165/2001"	Con tale atto è stato aggiornato il Regolamento "Disciplina conferimento incarichi di collaborazione a norma art. 7 comma 6 del D.Lgs. 165/2001" per adeguamento alle linee guida regionali
DCS 1244/2019 "Approvazione nuovo regolamento .Stipula contratti a tempo determinato Personale Comparto a seguito adeguamento linee guida regionali.	Con tale atto è stato approvato il regolamento in parola per a per adeguamento alle linee guida regionali
DCS 1246/2019" Approvazione nuovo regolamento Stipula contratti a tempo determinato Personale Dirigenza. a seguito adeguamento linee guida regionali.	Con tale atto è stato approvato il regolamento in parola per a per adeguamento alle linee guida regionali
DCS 32/2020 "Verifiche Ispettive Casse CUP anno 2020 "	Con tale atto è stato approvato il Gruppo di Lavoro per l'effettuazione delle verifiche ispettive presso le casse CUP aziendali

Importanti adempimenti adottati nell'anno 2020

DCS 32/2020 "Verifiche Ispettive Casse CUP anno 2020 "	Con tale atto è stato approvato il Gruppo di Lavoro per l'effettuazione delle verifiche ispettive presso le casse CUP aziendali
DCS 171/2020 "Approvazione Regolamento sulle procedure e i criteri per l'attivazione della	Con tale atto il regolamento del 2013 è stato aggiornato per rispondere alle modificate esigenze aziendali

mobilità interna del personale del comparto”	
DCS 269/2020 “Organismo di promozione e verifica dell’attività libero professionale intramuraria” Costituzione	Con tale atto, ai sensi del DPCM 27.03.2000, è stata aggiornata la composizione dell’Organismo di Promozione e Verifica dell’Attività Libero Professionale di cui all’art.15 del Regolamento Aziendale ex DDG 740/2014
DCS 303/2020 “Piano Locale Prevenzione Rischio Suicidario Carcere”	Con tale atto è stato aggiornato il regolamento in parola del 2017
DCS 317/2020 “Adozione Piano triennale del patrimonio 2020-2022 ai sensi dell’Art. 87, comma 3 .Legge Regionale 9 aprile 2015, n. 11.”	Con tale atto è stata adottata la programmazione triennale relativa al patrimonio aziendale
DCS 333/2020 “Performance USL Umbria n. 1: Adozione Piano delle Performance 2020-2022”	Con tale atto è stato adottato il Piano Performance quale e documento di pianificazione e programmazione aziendale
DCS 425/2020 Adozione definitiva Piano del Fabbisogno di Personale triennio 2019/2021.	Con tale atto è stata adottata la programmazione triennale relativa al fabbisogno del personale
DCS 475/2020 “USL Umbria N. 1 - Emergenza Coronavirus - Riorganizzazione Rete Ospedaliera aziendale ai sensi DGR 180/2020”	Atto adottato a seguito della modifica dei percorsi assistenziali ospedalieri dovuti alla pandemia da covid 19
DCS 500/2020 “Misure di efficientamento della spesa sanitaria - azioni intraprese e risultati conseguiti nell’esercizio 2019.”	Con tale atto , così come previsto dall’allegato 1 della DGR 1195 del 29.10.2018, si è dato atto delle azioni più significative intraprese per la razionalizzazione della spesa sanitaria e dei risultati conseguiti in termini economici nell’esercizio 2019 dai Centri di Risorsa Aziendali
DCS 845/2020 “Costituzione Delegazione Datoriale”	Atto con il quale è stata ricomposta la delegazione trattante di parte pubblica
DCS 853/2020 Istituzione Nucleo Aziendale Controllo Legittimità e Merito Azione Amministrativa	Con tale atto è stato istituito il Nucleo aziendale per il controllo legittimità e merito quale supporto alla Direzione aziendale
DCS 871/2020 Dirigenza Area Sanità - Istituzione Area Funzionale Governo Clinico e Ridenominazione Incarico professionale di Alta Specializzazione	Con tale atto è stata istituita l’Area Funzionale di “Governo Clinico” , in Staff alla Direzione Generale, per perseguire gli obiettivi strategici del governo delle liste d’attesa
DCS 997/2020 Dirigenza Area Sanità - Ridenominazione Incarico professionale di Alta Specializzazione	Con tale atto , stante l’importanza strategica, le attività connesse al Risk Management sono state inserite in Staff alla Direzione Generale.
DCS 930/2020 Trattamenti conservativi cadaveri per trasporto salme all’estero - Delega alle Imprese Funebri ai sensi di quanto stabilito dalla D.G.R. n. 1072 del 30/09/2013	Con tale atto sono state “selezionate” le seguenti Imprese Funebri, che a seguito di partecipazione a specifico Corso, possono essere attivate dall’Azienda ad effettuare i trattamenti antiputrefattivi di cui all’art. 32 del DPR n. 285/1990.
DCS 999/2020 Organismo Indipendente di Valutazione. Indizione avviso pubblico.	Con tale atto è stato indetto pubblico avviso di selezione pubblica per l’OIV (Organismo indipendente di valutazione)
DCS 1056/2020 Adozione regolamento funzionamento e attività Nucleo Controllo Azione Amministrativa	Con tale atto è stato approvato il regolamento del NULEO precedentemente istituito (DDG 853/2020)
DCS 1186/2020 Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) della USL Umbria 1. Nomina Componenti e Presidente.	Con tale atto sono stati nominati i n. 3 Componenti dell’Organismo Indipendente di Valutazione: in carica dal 01/11/2020, per la durata di anni 3;
DCS 1336/2020 Piano di riorganizzazione emergenza COVID-19 . Potenziamento rete ospedaliera, ai sensi dell’art. 2 decreto legge 19 maggio 2020 n. 34. Approvazione Progetti di	Con tale atto sono stati previsti gli investimenti , medio tempore, per adeguamenti strutturali e strumentali – causa covid

Fattibilità Tecnica ed Economica e ulteriori determinazioni	
DDG 1512/2020 Adozione "USL Umbria N. 1 - Emergenza Coronavirus- Riorganizzazione della Rete Ospedaliera e Posti letto " ai sensi della DGR 924 del 16.10.2020, DGR 1006 del 02.11.2020 e DGR 1096 del 16.11.2020	Con tale atto è stato approvato il documento "USL Umbria N. 1 - Emergenza Coronavirus- Riorganizzazione della Rete Ospedaliera e Posti letto ai sensi della DGR 924 del 16.10.2020, DGR 1006 del 02.11.2020 e DGR 1096 del 16.11.2020"

Da ricordare che molte delle azioni di controllo previste con una scadenza fissa, ora diventano periodiche come valido strumento di controllo. Un esempio è costituito dalla DDG n° 1524 del 28/12/2016 sono stati adottati i moduli per la comunicazione di quanto previsto dal DPR n. 62/2013 "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165".

I moduli adottati con la DDG n° 1524 del 28/12/2016 sono:

Modulo A - "Dichiarazione sostitutiva di certificazione - Partecipazione ad Associazioni e Organizzazioni che possono interferire con l'attività dell'ufficio ai sensi dell'art. 5 DPR n. 62/2013 e dell'art. 9 del Codice di comportamento aziendale"

Modulo B - "Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà degli Interessi finanziari e Conflitti di interesse ai sensi dell'art. 6 DPR n. 62/2013 e dell'art. 8 del Codice di comportamento aziendale"

- Modulo C – "Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ai sensi dell'art. 13 del DPR 62/2013 e dell'art. 10 del Codice di comportamento aziendale - Disposizioni particolari per i Dirigenti"

- Modulo D – "Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ai sensi dell'art. 13 del DPR 62/2013 e dell'art. 10 del Codice di comportamento aziendale - disposizioni particolari per i Dirigenti situazione reddituale e patrimoniale ai sensi dell'art. 14 Decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 - obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi dirigenziali"

-Modulo E – "Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ai sensi dell'art. 14 Decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 - Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi dirigenziali - Dichiarazione presentata dal Dirigente dichiarante"

Al fine della capillare diffusione di tali modelli tra le figure rispettivamente interessate, facilitare la fase della raccolta, conservazione e soprattutto per esigenza di periodicità (annuale) legata all'aggiornamento degli stessi, si sta procedendo ad attivare la fruizione del sistema intranet aziendale G.U.R.U., attualmente in uso per la valutazione della performance individuale del Dipendente, e sottolineando la sinergia tra il sistema di valutazione delle performance e la Prevenzione della Corruzione.

A questo punto occorre ricordare e prendere atto della Delibera ANAc 586 del giugno 2019 "Integrazioni e modifiche della delibera 8 marzo 2017, n. 241 per l'applicazione dell'art. 14, co. 1-bis e 1-ter del d.lgs. 14 marzo 2013, n. 33 a seguito della sentenza della Corte Costituzionale n. 20 del 23 gennaio 2019" in base alla quale sono state formulate le seguenti indicazioni a modifica e integrazione di quelle contenute nella delibera n. 241/2017, in ordine alle informazioni soggette a pubblicazione; nello specifico

omissis ... “Alla luce di questa chiara indicazione della Corte, proprio in virtù del cambio di passo sulla trasparenza dei dati dei dirigenti segnato dal d.lgs. 97/2016, anche la dirigenza sanitaria è certamente attratta nella disciplina dell’art. 14 del d.lgs. 33/2013.

Il criterio per individuare i dirigenti del SSN assoggettati alla disciplina dell’art. 14, tuttavia, va rivisto rispetto alle indicazioni date con la delibera n. 241/2017 alla luce del criterio introdotto dalla Corte della distinzione fra i diversi tipi di incarichi, apicali e non apicali.

I dirigenti del SSN che rivestono le posizioni elencate dall’art. 41, co. 2 d.lgs. 33/2013, ossia il direttore generale, il direttore sanitario, il direttore amministrativo, il responsabile di dipartimento e di strutture complesse, in quanto titolari di posizioni apicali, ovvero al vertice di strutture articolate al loro interno in uffici dirigenziali generali e non (“dirigenti apicali”), sono interamente assoggettati all’art. 14, co. 1, ivi compresa la lett. f), come previsto dalla Delibera 241/2017. Diversamente, i dirigenti di strutture semplici non sono assoggettati alla lett. f).

Rimangono totalmente esclusi dall’applicazione dell’art. 14 i dirigenti del SSN, a qualunque ruolo appartengano, che non rivestono alcuna delle posizioni indicate all’art. 41, co. 2.”.....omissis...

Per tale motivo l’Azienda, sia per la non piena operatività del sistema GURU, attraverso il quale si sarebbero dovute raccogliere le informazioni dettagliate nella DDG 1524 del 28/12/2016, sia per la loro delicatezza, ha proposto la istituzione di un tavolo regionale con tutti i Soggetti interessati, al fine di dare omogeneità di azione in tale campo, mutuando comportamenti già posti in essere in altre regioni, ma soprattutto tenuto conto anche che:

La Conferenza delle Regioni e delle Province autonome 19/184/CR5a/C1 del 7/11/2019 ha inteso istituire una delegazione politico- tecnica dandole di approfondire con Anac i seguenti aspetti

1. in via principale, l’abrogazione del comma 1bis dell’art. 14 del D.lgs. 33/2013 che estende ai dirigenti le stesse forme di pubblicità originariamente previste per i titolari di cariche politiche;
2. in via subordinata, l’introduzione di un principio limitativo del concetto di “apicalità”, riprendendo i contenuti dell’art. 1, comma 2, lett. i) del d.lgs. n. 39/2013 o altra formula adeguatamente precisa e ristretta;
3. in via ulteriormente subordinata, l’introduzione di forme alternative di pubblicità come suggerito dalla Corte medesima, quali ad esempio il deposito dei dati presso l’Amministrazione (senza pubblicazione);
4. l’ordinanza del Tribunale Amministrativo del Lazio (sezione prima) Pubblicato il 21/11/2019 ha accolto in parte l’istanza di sospensione cautelare del provvedimento della Asl di Matera in cui si impone la pubblicazione dei dati patrimoniali e reddituali dei dirigenti sanitari titolari di struttura complessa, rinviando la trattazione del merito del ricorso all’udienza pubblica del 22 aprile 2020.

Premesso quanto sopra, pur tuttavia si prende atto del decreto Milleproroghe per il 2020 che elimina l’obbligo per i dirigenti della pubblica amministrazione di rendere noti redditi e situazione patrimoniale, come era stato previsto dalla riforma Madia:

L’articolo 1 del decreto sancisce innanzitutto che, “nelle more dell’adozione dei provvedimenti di adeguamento alla sentenza della Corte costituzionale”, ai titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione e dirigenziali non si applicano le sanzioni previste dal decreto legislativo 33 del 2013 per chi non rispetta l’obbligo di pubblicare cv, compensi, importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici e dichiarazioni patrimoniali

Entro il 31 dicembre 2020 il ministero della Pubblica Amministrazione, insieme a quelli della Giustizia, dell'Interno, dell'Economia, degli Esteri e della Difesa, sentito il Garante della privacy, dovranno adottare un regolamento interministeriale in cui sarà specificato quali dati le pubbliche amministrazioni devono pubblicare "con riferimento ai titolari amministrativi di vertice e di incarichi dirigenziali". Il regolamento dovrà rispettare alcuni criteri: dalla "graduazione in relazione al rilievo esterno dell'incarico svolto" e al "livello di potere gestionale e decisionale" alla previsione che le dichiarazioni patrimoniali del dirigente e dei parenti fino al secondo grado vadano comunicate solo all'amministrazione di appartenenza.

Da ricordare che il termine del 31/12/2020 è stato prorogato al 30/04/2021 per effetto del DL 183/2020.

9. ATTIVITA' ISPETTIVA ANAc SUL PTPCA 2019- 2021

Con nota prot. 225887 del 20/11/2019, ANAc ha richiesto alla Guardia di Finanza – Nucleo Speciale Anticorruzione, l'effettuazione di un accertamento ispettivo, presso le sedi competenti dell'Ausl Umbria 1, ai sensi dell'art. 1, comma 3 della L. 190/2012 e dell'art. 45 del D.Lgs. 33/2013 al fine di verificare l'adozione del PTPC per il 2019, focalizzando l'indagine sui contenuti del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2019/2021 e sulle verifiche effettuate in ordine all'attuazione delle misure in esso previste, anche avuto riguardo alla relazione redatta e pubblicata dal RPCT per l'annualità precedente e con particolare riferimento al recepimento delle indicazioni fornite nei PNA sinora emanati ed a quelle relative all'aggiornamento del 2018, approvate con delibera ANAc n. 1074/2018, alla mappatura dei processi ed alle correlate misure di prevenzione con l'indicazione dei soggetti responsabili, nonché sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione, con riferimento a quelli previsti nella delibera ANAc n. 141/2019, paragrafo 2 lettera a), quali elencati nella griglia di cui all'allegato 2.1 alla predetta delibera.

A seguito dell'indagine ispettiva condotta dalla Guardia di Finanza (Nucleo Speciale Anticorruzione/Nucleo di Polizia Economica di Assisi) presso la sede di Codesta Azienda sanitaria, dal 20.11.2019 al 15.01.2020, il Consiglio dell'Autorità, nell'adunanza dell'8 luglio 2020 ha assunto le decisioni in merito, comunicate con nota, acquisita al protocollo generale dell'Azienda al n. 153201 del 9/09/2020, il cui contenuto di seguito si riporta in estratto:

Al riguardo, si precisa che l'accertamento della Guardia di Finanza, in sede ispettiva, ha evidenziato il sostanziale adempimento della ASL Umbria 1 a quanto previsto dalla citata normativa con un buon livello di adeguatezza, salvo il sussistere di alcune criticità, soprattutto riferite agli obblighi di pubblicazione dati dell'OIV...OMISSIS...

Tali obblighi sono stati regolarmente assolti e comunicati da ANAC, con nota prot. 179179 del 29/10/2020 a firma della Responsabile della Trasparenza.

10. CONSIDERAZIONI SU MISURE TRASVERSALI E/O ESCLUSIVE

Posto comunque che non esiste un sistema di prevenzione perfetto (cioè in grado di azzerare il rischio) e che, se anche disponessimo di strumenti di valutazione affidabili o avessimo a disposizione misure di prevenzione efficaci e attuabili al 100%, le Pubbliche Amministrazioni, che devono garantire la gestione dei procedimenti e l'erogazione dei servizi, non possono far altro che assumersi il rischio della corruzione.

Diventa quindi necessario capire come si genera la corruzione, per identificare tempestivamente gli eventi corruttivi che si verificano nonostante l'esistenza di un sistema di prevenzione.

La valutazione del rischio, come la qualità, si concentra sui processi. L'analisi degli inneschi si concentra sugli interessi in gioco, interni ed esterni alla pubblica amministrazione e sulle relazioni che "supportano" tali interessi.

E' per tale motivo che se gli eventi corruttivi sono *innescati* dai conflitti di interessi , allora mappare i processi, all'interno dei quali si annidano indispensabilmente *interessi tanto del funzionario pubblico che dei soggetti che ad esso si rivolgono*, è la prima cosa da fare.

Mentre ***nell'allegato 1*** sono state mappate le attività riconducibili ai rispettivi settori di intervento a maggior rischio corruttivo, ed essendo la realtà sanitaria molto complessa, nei piani precedenti si è anche provveduto a mappare sia le azioni a carattere generali che trasversali alle varie area di intervento, suggerite sia dalla legge 190/2012 che dai Piani Nazionali Anticorruzione.

Tale attività pur non essendo esaustive , data la complessità di una realtà che eroga servizi socio-sanitari, ha rappresentato comunque un primo passo di declinazione delle principali attività di intervento , che nel corso dei vari aggiornamenti si è cercato di perfezionare, assumendo il punto di vista dell'organizzazione: si presuppone che le persone siano oneste, ma che i processi in cui le persone sono coinvolte siano vulnerabili alla corruzione.

Attività carattere generale				
Titolo	Azioni di miglioramento adottate o da adottare	scadenza	Soggetti responsabili	Indicatori
Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	Al fine di realizzare un'efficace strategia di prevenzione del rischio di corruzione, tutti gli strumenti di programmazione che l'Amministrazione adotterà devono essere coordinati con il P.T.P.C.T, in particolare il Piano delle performance ed il Piano triennale della formazione. Già Nelle note vincolanti al budget 2019 era previsto il rispetto delle prescrizioni contenute nei PTPCT; è già stata richiesta la valutazione del RPC, sul rispetto degli adempimenti previsti. Per il 2019, il RPCT ha definito indicatori specifici per la misura del raggiungimento dell'obiettivo. Il piano della formazione aziendale 2020 prevedeva la riproposizione di specifici corsi relativi alla Prevenzione della Corruzione ed alla Trasparenza, o a temi riconducibili a dette tematiche, sia per i Dirigenti di struttura che per il Personale del comparto, purtroppo non attuatisi causa pandemia	Triennio	Direzione aziendale RPC Dirigenti responsabili di macroarea, dei Dipartimenti, di Area centrale e staff	Verifica rispetto degli indicatori di budget e di quanto previsto per i dirigenti nelle sezioni seguenti Verifica della partecipazione ai corsi di formazione
	Aggiornamento P.T.C.P.T • aggiornamento delle attività a rischio; • conseguente aggiornamento del piano di formazione.	31 gennaio di ogni anno	RPC in collaborazione dei Referenti	Pubblicazione nei termini previsti del PTCPT
	Individuazione di ulteriori Referenti per la Prevenzione della Corruzione	31 dicembre di ogni anno	Direzione aziendale RPC	Eventuali referenti nominati
	Adozione delle azioni di miglioramento previste	Vedi termini indicati nella specifica tabella	Dirigenti responsabili di macroarea, dei Dipartimenti, di Area centrale e staff	Vedi termini indicati nella specifica tabella
	Programmazione delle azioni di trasparenza	31 gennaio di ogni anno	Responsabile della Trasparenza	Pubblicazione nei termini previsti del PTCPT
Codice di comportamento	Nel corso del 2017 è stato aggiornato il manifesto dei provvedimenti disciplinari DDG 1512 del 15/11/2017; l'aggiornamento del Codice di comportamento è stato effettuato nel 2019			

Attività carattere generale				
Titolo	Azioni di miglioramento adottate o da adottare	scadenza	Soggetti responsabili	Indicatori
	Monitoraggio annuale sull' attuazione del Codice, tramite il confronto con l'ufficio interessato delle Risorse umane eventuale incontro con i Responsabili della gestione del personale e i presidenti degli U.P.D. in caso di necessità	Annuale in tempo utile per la relazione del RPC	Tutti i soggetti interessati	Verbale incontro ovvero se il dato è richiesto nella relazione annuale pubblicazione dello stesso
	Monitoraggio delle sanzioni disciplinari erogate, (nel corso del 2018 è stato licenziato per motivi disciplinari un dipendente. Semestralmente i Presidenti degli UUPDD aggiornano il RPC , così il Responsabile dell'Ufficio Legale aggiorna lo stato dei procedimenti penali attivati nei confronti dei pubblici dipendenti per reati contro la PA	Semestrale	Dirigenti U.O. Risorse umane, in collaborazione con il RPC	Relazioni semestrali
	Formazione dei Dirigenti e Responsabili delle Posizioni Organizzative per la corretta conoscenza e applicazione del Codice nel 2019 è iniziata la formazione del personale che sarà riproposta nel 2021, in quanto nel 2020 è stata sospesa causa pandemia			
Antiriciclaggio	La vigente disciplina relativa agli obblighi antiriciclaggio ha recentemente subito una importante modifica a seguito della entrata in vigore del D.Lgs. 4 ottobre 2019, n. 125 "Modifiche ed integrazioni ai decreti legislativi 25 maggio 2017, n. 90 e n. 92, recanti attuazione della direttiva (UE) 2015/849, nonché attuazione della direttiva (UE) 2018/843 che modifica la direttiva (UE) 2015/849 relativa alla prevenzione dell'uso del sistema finanziario ai fini di riciclaggio o finanziamento del terrorismo e che modifica le direttive 2009/138/CE e 2013/36/UE". Invero, in ossequio al dovere di recepimento dell'Italia della Direttiva (UE) 2018/843, c.d. V Direttiva, è stato profondamente rimodellato il previgente impianto del D.Lgs. 231/2007 e del D.Lgs. 90/2017.			
	In attuazione delle disposizioni di cui alla citata normativa sarà in capo ai Dirigenti di Struttura la comunicazione delle informazioni rilevanti, inerenti i fornitori di beni e servizi e concessionari (es. cambio assetto sociale, cessione di crediti, affitti rami di azienda etc) idonee a garantire l'efficacia della individuazione delle operazioni sospette al Dirigente della UOC Contabilità Economico Finanziaria che , se opportuno provvederà ad informare tempestivamente l'UIF (Unità di Informazione Finanziaria istituita all'uopo presso la Banca d'Italia).	Immediata	Dirigenti U.O. Dirigente UOC Contabilità Economico Finanziaria	Segnalazioni effettuate/Richieste "rilevanti pervenute"

Attività carattere generale				
Titolo	Azioni di miglioramento adottate o da adottare	scadenza	Soggetti responsabili	Indicatori
Rotazione del personale	<p>L'Azienda USL Umbria 1 è di recente costituzione, 1 gennaio 2013, nasce dalla fusione delle ex ASL 1 e ASL 2, secondo quanto previsto dalla Legge Regionale 12 novembre 2012 , n. 18 "Ordinamento del servizio sanitario regionale", da due realtà con vocazioni abbastanza diverse, più ospedaliera la prima, più territoriale la seconda, ove è presente anche un'Azienda Ospedaliera. Nel corso del 2014, sono stati conferiti tutti i nuovi incarichi della nuova Azienda USL Umbria 1. Quasi tutti i Dirigenti dell'area centrale e di staff hanno cambiato almeno in parte il proprio incarico. In tutte le U.O. sono confluiti operatori provenienti da esperienze diverse; tali innovazioni hanno portato alla rivisitazione delle funzioni e ciò ha consentito il coinvolgimento di nuovi soggetti in ogni processo ed il rispetto dello spirito della norma sulla rotazione. Nel 2015 sono state assegnate la Responsabilità di 82 Posizioni Organizzative dell'Area centrale e di Staff, con la ridefinizione delle funzioni di 49 e 7 nuovi incarichi. La Delibera 1128/15, con cui è stato adottato dall'Azienda il "Piano 2014-2016 Revisione Strutture Semplici e Complesse" richiesto dalla Regione, ha comportato una complessiva rivisitazione degli incarichi dirigenziali e la riduzione di 93 strutture semplici. Nel 2016 è stata completata la riorganizzazione che ha portato nei parametri nazionali il numero delle Strutture semplici. Con la soppressione o accorpamento delle strutture, ai dirigenti che ne erano titolari sono stati attribuiti incarichi diversi per tipologia e/o per funzioni. E' stata effettuata la riorganizzazione di molte strutture, sono stati assegnati 57 nuovi incarichi dirigenziali (su 201 complessivi) e sopresse 37 strutture; sono stati assegnati i nuovi incarichi dirigenziali derivanti dalla revisione dell'assetto organizzativo aziendale. Tale assegnazione è stata effettuata, con particolare riferimento alla Dirigenza Professionale ed Amministrativa, tramite procedure selettive di evidenza pubblica. E' stata riassegnata la responsabilità delle 36 Posizioni organizzative del ruolo sanitario, 17 delle quali hanno cambiato il titolare. Nel 2017, proseguendo nel percorso di rinnovamento sono stati conferiti 4 nuovi incarichi di struttura complessa ed 14 di struttura semplice e 3 strutture sono state accorpate, con le DDG n. 65 del 18.01.17 e n. 98 del 26.01.17 è stato definito il nuovo Organigramma degli incarichi di Coordinamento afferenti al Servizio delle Professioni Sanitarie. Nella fase di attribuzione dei nuovi incarichi è stato attuato il principio della rotazione degli incarichi anche ai fini dell'anticorruzione, sono stati ruotati complessivamente 95 incarichi sui 207 assegnati, 95 (pari al 46%), sono state conferite, inoltre, la Responsabilità di 10 Posizioni Organizzative a nuovi soggetti. Dal 2018 non si è proceduto ad alcun conferimento di incarico, salvo alcune eccezioni dovute alla necessità ed urgenza di sostituzione pensionamenti, in quanto è intervenuto il nuovo CCNL del personale del comparto che ha sostanzialmente modificato il quadro normativo di riferimento. Tra le posizioni attribuite si rileva quella denominata "Controllo Attività extraistituzionali ed occasionali personale dipendente/ Rapporti di Lavoro Atipici" . E' in corso di partecipazione alle OOSS il nuovo regolamento per l'assegnazione degli incarichi che presumibilmente avverrà nel corso del 2019. Nel corso dell'anno 2018 sono stati conferiti e/o rinnovati n. 63 incarichi dirigenziali di cui n. 33 possono rispondere al principio della rotazione in quanto n. 7 derivano da riorganizzazione/accorpamento di strutture e n. 26 sono nuovi incarichi attribuiti mediante avvisi o comunque a soggetti diversi. La rotazione avviene nelle commissioni invalidi in relazione ai ruoli di titolare/supplente (per i medici) e di alternanza (50% ciascuno) dei segretari, (Delibera del DG. n. 1161/15). Nell'attività svolta da CoGeSi (Comitato Gestione Sinistri) in riferimento alla richieste di danni in tema di responsabilità professionale medica è garantita la rotazione delle figure tecniche professionali deputate a formulare gli specifici pareri tecnici. La Delibera del D.G. 1029/15 ha approvato le "Linee di indirizzo per la rotazione degli incarichi relativi alle verifiche ispettive delle casse CUP e dei delegati alla firma degli ordinativi di pagamento e di riscossione". E' stato ruotato il personale addetto alla liquidazione delle competenze spettanti alle farmacie, parafarmacie, sanitarie ed esercizi commerciali autorizzati. Nel Dipartimento di Prevenzione in alternativa alla rotazione è previsto un sistema di audit e/o la verifica di attività a campione, nel 2020 hanno ruotato i membri dei gruppi di Lavoro e di audit del Servizio ISP nel 2016 quello PSAL.</p>			

Attività carattere generale				
Titolo	Azioni di miglioramento adottate o da adottare	scadenza	Soggetti responsabili	Indicatori
	<p>Nei comuni interessati dalle elezioni amministrative, è stato ruotato il personale e l'attività di vigilanza programmata che è stata svolta da personale proveniente da altre aree, quando possibile o differita. Le commissioni di selezione del personale sono nominate dal D.G., sia per il comparto che per la Dirigenza, di norma variano sempre nella loro composizione, nel rispetto della normativa vigente nazionale e regionale. E' stata attuata, quando possibile, la rotazione dei RUP, che di solito non coincidono con i DEC. Per le forniture più complesse e più onerose è previsto l'affiancamento del DEC con assistenti nominati dal D.G.. La rotazione non è avvenuta ai soli fini della Prevenzione della Corruzione, ma è comunque una misura prevista nei regolamenti aggiornati per l'assegnazione degli incarichi. Nell'ambito del 2020 non sono state rilevate situazioni di incompatibilità tali da imporre un immediato ricorso alla fattispecie di che trattasi, se non per alcuni componenti delle commissioni invalidi prontamente rimossi.</p>			
	<p>Quando il numero degli operatori lo consente è variata la composizione delle squadre di vigilanza, in caso contrario la vigilanza avviene sulla base del programma definito a cura del Dirigente del Servizio utilizzando un'apposita check-list ed è previsto un programma di audit di controllo. Recentemente sono ruotati i membri del gruppo di audit del Servizio ISP, nel era avvenuto per il PSAL.</p>	Biennale	Dirigenti responsabili	<p>Numero delle squadre variate Programma di vigilanza predisposto Check list predisposta, numero di audit</p>
	<p>Tempestività nelle adozioni delle azioni necessarie nell'ipotesi che si manifestino cause di incompatibilità allo svolgimento dell'incarico. In particolare in caso di notizia di avvio di procedimento penale a carico di un dipendente (ad esempio perché l'Azienda ha avuto conoscenza di un'informazione di garanzia o è stato pronunciato un ordine di esibizione ex art. 256 c.p.p. o una perquisizione o sequestro) e in caso di avvio di procedimento disciplinare per fatti di natura corruttiva, ferma restando la possibilità di adottare la sospensione del rapporto, l'Azienda assumerà le iniziative necessarie per procedere alla rotazione dell'incarico e/o alla assegnazione ad altro servizio. Secondo questo asserto con la Delibera 100/2021, a seguito di perquisizione per un'indagine che ipotizza reati di natura corruttiva si è proceduto alla rotazione preventiva del personale coinvolto .</p>	immediata	<p>Dirigenti responsabili e Dirigente dell'U.O. Gestione del personale</p>	<p>(numero delle azioni intraprese) / (numero dei casi verificatosi)</p>

Attività carattere generale				
Titolo	Azioni di miglioramento adottate o da adottare	scadenza	Soggetti responsabili	Indicatori
	Rispetto a quanto previsto dal precedente PTPC la revisione del regolamento aziendale in materia di incompatibilità, cumulo di impieghi ed incarichi a pubblici dipendenti, è stato adottata con alcuni mesi di ritardo. Nel 2018 sono stati inseriti criteri più stringenti per l'autorizzazione in particolar modo per il conflitto di interessi. E' stata istituita la posizioni denominata "Controllo Attività extraistituzionali ed occasionali personale dipendente/ Rapporti di Lavoro Atipici", in quanto ritenuta necessaria per la delicatezza trattata e i suoi possibili risvolti anche in materia di prevenzione della corruzione. E' in corso di rielaborazione il nuovo regolamento.	31 dicembre 2021	Dirigente U.O. Risorse umane	Definizione del sistema di monitoraggio
Conferimento e autorizzazione incarichi	Monitoraggio sulle dichiarazioni rese a vario titolo dai collaboratori dell'Azienda	Annuale	Dirigenti Responsabili	Numero dei controlli effettuati
Attività successive alla cessazione dal servizio	Il patto di integrità, adottato con il Piano 2017, prevede la risoluzione del contratto nel caso di violazione da parte dei fornitori del divieto previsto dal DPR 165/2001 art. 53 comma 16 ter.			
Tutela del dipendente pubblico che segnala gli illeciti (whistleblower)	Verifica del sistema di protezione del whistleblower interno o esterno all'Azienda che segnala eventuali condotte illecite (art. 54 bis del d.lgs. n. 165 del 2001, Codice di comportamento aziendale e Legge 179/2017).	Sistema in funzione dal mese di aprile 2019	R.P.C. e Resp. Sistemi informativi e informatici	Effettiva protezione dell'anonimato del dipendente pubblico e soggetto esterno che segnala illeciti
Formazione del personale	Il percorso di formazione iniziato nell'anno 2014, suddiviso in due grandi categorie, riprenderà nel 2021: Formazione specialistica attraverso percorsi articolati, destinata alle figure principali della prevenzione della corruzione: <ul style="list-style-type: none"> • R.P.C., • Referenti per la Prevenzione della Corruzione ed Operatori struttura di 	Nel Triennio 2017-19, sono stati svolti diversi moduli formativi sospesi nel 2020 causa pandemia	R.P.C. UO "Formazione e Sviluppo Risorse	Numero dei corsi svolti 2017/2019 Numero dei discenti che hanno partecipato

Attività carattere generale				
Titolo	Azioni di miglioramento adottate o da adottare	scadenza	Soggetti responsabili	Indicatori
	<p>supporto al RPC;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Responsabile della Trasparenza; • I Dirigenti e le Posizioni organizzative e gli Operatori da questi individuati delle aree a maggior rischio; • I Dirigenti delle Strutture Operative dell'Area centrale, e i Dirigenti dei Dipartimenti sanitari e delle relative Strutture complesse. <p>Formazione generale nel 2019 sono proseguiti i corsi rivolti al personale amministrativo e sanitario, del comparto e dirigenziale delle varie strutture aziendali. I temi trattati sono stati quelli riferiti alle novità contrattuali, al diritto di accesso e trasparenza, alle disposizioni nazionali ed aziendali su anticorruzione e sull'aggiornamento del Codice di comportamento.</p> <p>Detta formazione, curata dal R.P.C., e dal Resp. Trasparenza in collaborazione con i Referenti e da altri docenti individuati secondo il Regolamento aziendale della Formazione, ha visto la partecipazione di oltre 700 persone</p> <p>Per l'anno 2020 i moduli formativi previsti sono stati sospesi causa pandemia</p>			
Patti di integrità negli affidamenti	E' già stato inserito negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere di invito il patto di integrità che in versione aggiornata è riportato in allegato 4, già esteso alle associazioni di volontariato	01 gennaio - 31 dicembre	Dirigenti responsabili dell'area appalti R.P.C.	Numero di contratti sottoscritti contenente il patto di integrità / Numero di contratti sottoscritti

Attività carattere generale				
Titolo	Azioni di miglioramento adottate o da adottare	scadenza	Soggetti responsabili	Indicatori
Azione di sensibilizzazione e rapporto con la società civile	<p>Pubblicazione del P.T.P.C.T nel sito istituzionale</p> <p>È a disposizione della cittadinanza la casella di posta elettronica (prevenzionedellacorruzione@uslumbria1.it) per la segnalazione di episodi di corruzione, cattiva amministrazione e conflitto d'interessi, e sono state collaudate le procedure per ottemperare alla L. 179/2017, in vigore da aprile 2019</p> <p>Predisposizione delle informazioni per l'accesso civico; pubblicazione dei nominativi/caselle di posta elettronica a cui inoltrare le istanze.</p> <p>Sono stati predisposti i moduli per la segnalazione di episodi di corruzione, cattiva amministrazione e conflitto d'interessi, sia per i dipendenti che per i cittadini.</p> <p>Regolamentazione per l'Accesso Civico in relazione alle L.G. ANAc - Delibera n. 1309 del 28/12/2016 e agli adempimenti previsti dagli artt. 5 e 5-bis del D.lgs n.33/ 2013 modificato dal D.lgs n. 97/2016: si è proceduto alla</p> <p>- revisione/integrazione del Regolamento sull'esercizio del diritto di accesso ai documenti amministrativi (Adottato con DDG n°1303 del 9 ottobre 2017)</p>	10 giorni dall'adozione	Responsabili Trasparenza e Prevenzione Corruzione	Pubblicazione

Attività carattere generale				
Titolo	Azioni di miglioramento adottate o da adottare	scadenza	Soggetti responsabili	Indicatori
Monitoraggi interni di ogni unità operativa	Ogni dirigente, in particolar modo quelli delle aree a maggior rischio, definisce un sistema di monitoraggio sui propri processi, la priorità è data dal livello di rischio riscontrato. Segnala allo stesso immediatamente le anomalie riscontrate e se rileva violazioni: <ul style="list-style-type: none"> • di rilevanza disciplinare ne dà tempestiva comunicazione all'Ufficio procedimenti disciplinari per i necessari provvedimenti, • di responsabilità contabile, presenta tempestiva denuncia alla competente procura della Corte dei conti, • con ipotesi di notizia di reato ne dà tempestiva denuncia alla Procura della Repubblica o ad un Ufficiale di Polizia giudiziaria. • Verifica che non sussistano situazioni di incompatibilità 	Decorrenza immediata dall'adozione del P.T.C.P. da concludere entro la fine di ogni anno	Tutti i dirigenti di Macrostruttura, Dipartimenti e U.O. delle aree centrali e di staff in collaborazione con il R.P.C.	Numero delle segnalazioni
	Ogni struttura deve indicare i tempi previsti dalla legge o dai propri regolamenti per la conclusione dei Procedimenti, deve realizzare un sistema di monitoraggio del rispetto dei termini			Numero dei procedimenti di cui è stato definito il tempo di attuazione
	Segnala periodicamente, motivando, eventuali scostamenti dai tempi previsti.			Numero delle segnalazioni
	Controlli a campione sulle autodichiarazioni rese dal personale.		Unità Operativa Risorse Umane	Numero ed esito dei controlli
	L'informatizzazione dei processi costituisce di per sé sistema di monitoraggio e consente di ottenere indicatori di controllo sul processo stesso.			
<p>In particolare, con atto deliberativo n.1148/2016 sono state approvate le linee guida per le autocertificazioni relative a richiesta di assegni familiari e sono state previste, ed effettivamente realizzate, le seguenti tipologie di controlli:</p> <p>- a campione: a posteriori (dopo l'erogazione del contributo) individuando, mediante sorteggio, la percentuale del 10% delle istanze relative al periodo 01/07 - 30/06 di ogni anno;</p> <p>- puntuali:</p> <p>a) (su ogni istanza) prima dell'erogazione del beneficio, per tutte le domande di riconoscimento di arretrati riferiti a periodi precedenti</p> <p>b) in tutti i casi in cui sorgono fondati dubbi sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive.</p> <p>In particolare sono stati effettuati controlli in materia di autocertificazioni relative a richieste di assegni familiari, di cui all'atto deliberativo n. 1148/2016.</p>				

Attività carattere generale				
Titolo	Azioni di miglioramento adottate o da adottare	scadenza	Soggetti responsabili	Indicatori
<p>Con la DDG n° 1524 del 28/12/2016 sono stati adottati i modelli per la comunicazione: di quanto previsto dal DPR n. 62/2013 “Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell’articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165”, recepiti con la DDG di questa USL 541/2019 avente ad oggetto “Adozione del Codice di Comportamento dell’Azienda USL Umbria 1”:</p> <p>Modulo A - <i>“Dichiarazione sostitutiva di certificazione - Partecipazione ad Associazioni e Organizzazioni che possono interferire con l’attività dell’ufficio ai sensi dell’art. 5 DPR n. 62/2013 e dell’art. 9 del Codice di comportamento aziendale”</i></p> <p>- Modulo B - <i>“Dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà degli Interessi finanziari e Conflitti di interesse ai sensi dell’art. 6 DPR n. 62/2013 e dell’art. 8 del Codice di comportamento aziendale”</i></p> <p>- Modulo C – <i>“Dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà ai sensi dell’art. 13 del DPR 62/2013 e dell’art. 10 del Codice di comportamento aziendale - Disposizioni particolari per i Dirigenti”</i></p> <p>- Modulo D – <i>“Dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà ai sensi dell’art. 13 del DPR 62/2013 e dell’art. 10 del Codice di comportamento aziendale - disposizioni particolari per i Dirigenti situazione reddituale e patrimoniale ai sensi dell’art. 14 Decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 - obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi dirigenziali”</i></p> <p>- Modulo E – <i>“Dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà ai sensi dell’art. 14 Decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 - Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi dirigenziali - Dichiarazione presentata dal Dirigente dichiarante”</i></p>				
Monitoraggio dei rapporti amministrazione/ soggetti esterni	Raccolta delle dichiarazioni dal personale interessato	31 dicembre ogni anno	Dirigenti responsabili	N° delle dichiarazioni raccolte
	Per la predisposizione dell’aggiornamento del Piano 2021/2023 sono stati invitati a proporre suggerimenti gli Enti del Terzo settore.	Dicembre ogni anno	Responsabile U.O. gestione del personale; RPC	Modelli predisposti
	E’ stato costituito il Nucleo Ispettivo Aziendale, , che ha fra i suoi compiti “ il controllo a campione su almeno 30 mandati di pagamento, prevedendo la ricostruzione a ritroso di tutti i procedimenti che hanno dato luogo agli stessi per verificarne la correttezza formale e sostanziale”, anche ai fini anticorruptivi.	annuale	Il coordinatore del Nucleo ispettivo	Numero dei controlli effettuati, numero delle non conformità riscontrate
Controllo a campione ai fini della Prevenzione la corruzione	E’ stato costituito uno specifico gruppo di audit/controllo per ogni Servizio del Dipartimento di Prevenzione per verificare alcuni processi a campione sia autorizzativi che di vigilanza	annuale	Il Responsabile del Servizio	Numero dei controlli effettuati, numero delle non conformità riscontrate
	Il Servizio di Medicina legale verifica l’attuazione delle misure di rotazione dei membri delle Commissioni	annuale	Il Responsabile dell’ U.O. Medicina legale	N° dei controlli effettuati, N° delle non conformità riscontrate

Attività carattere generale				
Titolo	Azioni di miglioramento adottate o da adottare	scadenza	Soggetti responsabili	Indicatori
Riduzione della discrezionalità dei processi	I dirigenti devono favorire l'applicazione dei processi ad evidenza pubblica e trasparenti, che siano disciplinati da normative nazionali, regionali o inquadrati in regolamenti aziendali, in mancanza di tutto questo è necessario stabilire a monte i criteri che saranno seguiti, attraverso atto ad evidenza pubblica			
	Tutte le Delibere del Direttore generale e le Determine dirigenziali sono dematerializzate ed il protocollo è elettronico e sono registrati tutti gli interventi effettuati			
	Ogni pagamento avviene tramite l'emissione di ordinativi informatici sul sistema contabile SAP previa Determina dirigenziale di liquidazione dei Responsabili dei Centri di responsabilità, fanno eccezione le spese indifferibili ed urgenti, liquidate mediante cassa Economale, nei limite del budget assegnato, che rappresentano una minima parte delle spese sostenute e comunque riepilogate trimestralmente con apposita DDG. Nel 2020 gli ordini dei beni sono avvenuti tramite il "Nodo Smistamento Ordini", nel 2021 tale obbligo sarà esteso anche ai servizi.			
	Con delibera n. 931 del 12/8/2016 è stato approvato il Regolamento Aziendale sull'Ordinativo Informatico che disciplina il controllo interno da parte degli uffici e dei firmatari degli ordinativi, con apposita verbalizzazione da parte di questi ultimi. I controlli a campione sono stati effettuati, verbalizzati e conservati agli atti d'ufficio.			
	Si dà atto che nel 2017 sono state adottate diverse Procedure Operative nell'ambito del PAC Percorso Attuativo della Certificabilità, in alcune Aree di attività aziendali. La regolamentazione delle procedure aziendali secondo lo schema e con i contenuti minimi previsti dal PAC e nel rispetto dei principi del controllo interno è fondamentale per limitare la discrezionalità, dato che vengono stabiliti, tra l'altro, precisi ed oggettivi criteri, e vengono individuati, in ogni fase procedurale, in maniera univoca ed oggettiva, i soggetti responsabili, coinvolti ed informati. E' quindi importante sottolineare che anche negli anni successivi si è provveduto a regolamentare e revisionare altre aree, nel rispetto dei principi del PAC e del controllo interno, quali le donazioni (delibera 1031 del 1/8/2018) e la mobilità passiva (delibera 1548 del 11/12/2019). Si evidenzia, però che risulterebbero ancora da regolamentare, nel rispetto dei principi del controllo interno, diverse aree di attività aziendali, quali quelle relative, a titolo meramente esemplificativo, alle presenze/assenze del personale dipendente, alla liquidazione delle utenze (vedi verbale NIA del 21/11/2019), al rifiuto delle fatture elettroniche (vedi parere Consiglio di Stato del 12/6/2020), che hanno anche rilevanti ricadute economiche, dirette ed indirette, sul bilancio aziendale ed in taluni casi anche ampi margini di discrezionalità. Tali attività risultano disciplinate o da provvedimenti interni, non deliberati e comunque non conformi alle regole del controllo interno, ovvero deliberati con atti ormai datati e non rispondenti ai contenuti minimi richiesti o alle sopravvenute modifiche normative, oppure non ancora regolamentate formalmente. Si potrebbe effettuare, previa intesa con la Direzione aziendale ed i dirigenti interessati, anche assegnando specifici obiettivi, una ricognizione delle aree da regolamentare con le procedure del controllo interno ed un cronoprogramma che preveda anche la revisione di quelle esistenti, ove necessario.			
	Informatizzare per quanto possibile tutti i processi, partendo da quelli a maggior rischio. Il programma deve dare modi di evidenziare le modifiche effettuate con data e autore delle stesse. Nel 2015 in tutta l'azienda è stata implementata la procedura informatizzata ASTER per l'assistenza protesica. Nel corso del 2016 è stata implementata informatico (Aster con interfaccia INPS) per le procedure in materia di Invalidità Civile e normative connesse			

Attività carattere generale				
Titolo	Azioni di miglioramento adottate o da adottare	scadenza	Soggetti responsabili	Indicatori
	<p>Tutte le procedure sotto soglia, ove presente il meta prodotto, vengono espletate tramite procedure telematica (MEPA).</p> <p>Tutte le fasi delle gare sono sempre seguite da almeno due persone, anche la verifica dell'anomalia.</p> <p>E' stato predisposto modello per la dichiarazione di non incompatibilità dei componenti delle commissioni di gara, firmato ed inserita dichiarazione a verbale e riportato nelle delibere di nomina delle commissioni e delle aggiudicazioni.</p> <p>Sono stati attivati, attraverso idonea modulistica, dei percorsi di raccolta del fabbisogno.</p> <p>Sono sempre fatti i controlli dei requisiti delle ditte aggiudicatariè così come previsto dal codice.</p> <p>Le funzioni di RUP sono state assunte anche da altri dipendenti della U.O. Attività Tecniche - Acquisti Beni e Servizi in modo da distribuire le gare ed evitare la concentrazione in un unico soggetto di tali funzioni e sostanziare un maggiore controllo</p> <p>Nell'UO Area Economale, sono state segregate le funzioni per i Servizi, il ruolo è ricoperto da un funzionario dell'Area quello di DEC da uno esterno alla stessa, il Dirigente mantiene le funzioni di controllo e provvede alla liquidazione delle fatture.</p>			
	<p>Completamento del processo di suddivisione dei compiti e della responsabilità delle varie fasi del processo su più dirigenti/funzionari, per evitare che chi predispone un atto, come istruttore, sia lo stesso che lo sottoscrive e lo autorizza come dirigente e poi, eventualmente liquida anche i relativi debiti, che chi prescrive un ausilio o un farmaco sia lo stesso che lo collauda o l'autorizza, chi autorizza una struttura sia lo stesso che la vigila, etc., (salvo dettami normativi che impongono prassi diverse, ad es. il DM 332/1999 prevede espressamente che chi prescrive è anche colui che collauda).</p>			
	<p>Tutte le integrazioni e modifiche ai bandi di gara devono essere assunte con DDG.</p>			
	<p>Sono stati posti in essere sistemi di controllo per la verifica della corrispondenza sia per i beni e soprattutto per i servizi fra quanto previsto nel capitolato d'appalto, integrato da quanto offerto in sede di gara, e quanto effettivamente fornito, tramite il "modulo di avvenuta prestazione" e la documentazione allegata per procedere alla liquidazione delle fatture. Si stanno individuando per ogni struttura dei referenti adeguatamente formati (o da formare) in grado di controllare e segnalare al Dirigente dell'esecuzione del contratto (DEC) eventuali anomalie. Negli appalti di servizi di particolare rilevanza o complessità assieme al DEC sono nominati uno o più assistenti.</p>			
	<p>Si sta completando la nomina degli assistenti al DEC, per tutti gli appalti di particolare rilevanza economica o complessità (valore economico superiore al milione di euro),</p>			

Attività carattere generale				
Titolo	Azioni di miglioramento adottate o da adottare	scadenza	Soggetti responsabili	Indicatori
	Completamento nella predisposizione dei modelli di verbali di controllo, con apposita check list, redatto dai funzionari incaricati, attestante tutti controlli (a campione o sistematici) effettuati nel periodo di riferimento della fattura per la quale il DEC deve dichiarare la regolarità dell'esecuzione e la conseguente liquidabilità. Il suddetto verbale deve poi essere vistato dal DEC e conservato agli atti unitamente alla restante documentazione e per lo stesso periodo. Nel 2018 sono state predisposte le check list per i controlli a campione: ristorazione ,rifiuti e pulizie. Si sta predisponendo l'informatizzazione delle le check list al fine di renderle capillari il più possibile	31 dicembre di ogni anno	DEC	Numero dei modelli predisposti
	Completamento dell'addestramento del personale addetto alla verifica dell'"avvenuta prestazione"	31 dicembre 2021	DEC	Numero degli operatori addestrati
Monitoraggio sull'adempimento degli obblighi di trasparenza	- Verifica trimestrale dell'aggiornamento delle informazioni, che se non pubblicate rendono inefficaci gli atti di riferimento ed impediscono i pagamenti. - Verifica annuale check-list - modello con voci dell'allegato 2)	dal 15 al 30 gen/apr/lug/ott); (dal 15/al 28 feb)	Responsabile Trasparenza	Pubblicazione degli esiti delle verifiche
	- Verifica annuale (entro la data fissata da ANAc) check-list e modello di attestazione predisposti da ANAC	Data fissata da ANAc	Nucleo di Valutazione Aziendale	Verifica entro il 31marzo e pubblicazione entro il 30 aprile di ogni anno (solitamente)

Di seguito sono indicate le misure da prendere o da migliorare, sia trasversali che esclusive per le aree individuate, per prevenire e ridurre il rischio corruzione				
Reclutamento, gestione e trattamento giuridico ed economico del personale interno ed esterno				
Assunzioni a tempo indeterminato e determinato Rischio medio-alto	I requisiti per i concorsi per l'accesso del personale sono ben definiti a livello nazionale. Dopo il cd. Concorsopoli, la Regione Umbria ha dettato nuove linee guida sia per la composizione delle Commissioni che per lo svolgimento dei concorsi/avvisi e conferimento incarichi. La Ausl Umbria 1 ha recepito con appositi atti le linee guida sopra citate. Il Settore, se pur già fortemente disciplinato, ha dimostrato delle lacune come Concorsopoli ha dimostrato			
	Monitoraggio ricorsi/sospensione del concorso, verifica procedimento	annuale	Responsabile U.O. Area Risorse Umane	Numero dei ricorsi/sospensioni Numero di non conformità riscontrate
Stipula di contratti professionali Rischio alto	Più delicata è l'attribuzione di incarichi professionali, che si presta ad una maggior discrezionalità, comunque sono già previsti avvisi pubblici e procedure di comparazione, secondo il regolamento aziendale recentemente adottato.			
	Monitoraggio degli incarichi esterni attribuiti e controllo a campione su alcuni di essi per verificare tutto il percorso che ha portato al conferimento.	annuale	Responsabile U.O. Area Risorse Umane	Numero di controlli effettuati Numero di non conformità riscontrate
Progressioni di carriera Rischio medio	Nella valutazione complessiva ai fini dell'indennità di risultato nonché delle progressioni di carriera sono stati penalizzati, così come previsto dal PTPC, gli operatori per cui sono in corso provvedimenti disciplinari.			
Sostituzioni art. 18	Nel secondo semestre 2018 è stato adottato il regolamento per la nomina dei sostituti ai sensi dell'art. 18 del CCNLL . A gennaio 2019 è stata adottata la Delibera di ratifica dell'attribuzione di tali incarichi .			
	Rotazione degli incarichi e/o stabilizzazione degli stessi, per le strutture che permettono tali provvedimenti	31 dicembre di ogni anno	Responsabile U.O. Area Risorse Umane	Numero incarichi ruotati e /o stabilizzati
Istituto della mobilità	E' stata Prevista la costituzione di apposita Commissione per la valutazione delle istanze presentate			
Autorizzazione allo svolgimento di incarichi extraistituzionali.	Aggiornamento del regolamento, comprendendo anche la regolamentazione del part time e dei rapporti non esclusivi	31 dicembre 2021	Dirigenti U.O. Risorse Umane	Regolamento aggiornato
Ulteriori misure- Il RPC ritiene che nel corso della validità del Piano, considerato il rischio medio alto delle fasi sopra descritte, in aggiunta alle misure già in attuazione, di predisporre ulteriori precauzioni relativamente alla seguenti fasi:				

Reclutamento personale a qualsiasi titolo	Nel Settembre 2019, l'Azienda con specifici atti ha recepito le linee guida a seguito di Concorsopoli. Nel corso del 2021 continuerà il monitoraggio sull'applicazione di tali nuove direttive	Annuale	RPC	N° controlli effettuati N° non conformità riscontrate
<p>ASSUNZIONI STRAORDINARIE COVID Fin dalla prima fase della pandemia le UUOCC Risorse Umane – Trattamento Giuridico e Trattamento economico personale dipendente- sono state in grado di procedere alle assunzioni straordinarie di personale (anche attraverso le liste della Protezione civile) nel rispetto delle procedure di cui sopra, garantendo così la necessaria risposta alla criticità dovuta all'emergenza Covid..</p>				
<p>Acquisizione di beni e servizi e gestione del contratto (comprese le gare di affidamento dell'assistenza domiciliare e gestione delle strutture), le attività per loro natura dati gli importi in gioco, sono considerati a rischio medio/alto</p>				
<p>Gli acquisti sono regolati dagli strumenti della programmazione aziendale:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ il bilancio preventivo economico annuale; ✓ Piano triennale degli investimenti; ✓ il programma pluriennale delle forniture ai fini della programmazione degli acquisti; ✓ Il Piano del Fabbisogno di Personale triennio 2019/2021; ✓ i programmi annuali di attività dei dipartimenti, delle strutture e dei servizi, i progetti operativi annuali; ✓ il programma delle attività territoriali di distretto previsto dall'art. 38 della LR 18/2012 i cui contenuti sono fissati all'articolo 3-quater, commi 2 e 3 del D.Lgs. 502/1992 e dall'articolo 4, comma 2 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001; ✓ il programma delle attività e degli investimenti inserito nel documento di programmazione previsto dall'articolo 3 della L.R. n. 51/1995; ✓ gli accordi ed i contratti con le strutture sanitarie erogatrici, pubbliche e private accreditate. 				
Definizione dei Fabbisogni (fase comune alle procedure di gara per affidamento forniture/servizi)	<p>Il protocollo adottato prevede il coordinamento della raccolta dei fabbisogni, in particolare per l'acquisto di beni, da parte dei Direttori di dipartimento che nella richiesta dichiarano di aver effettuato la ricognizione delle scorte e di aver verificato la necessità per tutte le U.O. afferenti, per evitare sia ordini frazionati dello stesso prodotto che eccessi di scorta. La richiesta dell'acquisto di farmaci è a cura del Responsabile dell'U.O. Farmacia sulla base di quella del medico specialista. Sta aumentando la consapevolezza da parte del personale sanitario dell'esigenza di compattare ed uniformare le richieste.</p> <p>Negli atti di indizione della gara è indicato chi ha trasmesso le caratteristiche tecniche di minima del prodotto da acquistare. Il capitolato viene sempre inviato tramite email e quindi è tracciato</p>			

<p>Procedure di gara previa pubblicazione del bando (o avviso esplorativo)</p>	<p>Stato attuale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Per SOPRA SOGLIA: utilizzo delle Piattaforme Consip per il Sistema dinamico o adesione a gare da Centrale di Committenza Regionale (ove disponibili e coerenti con le necessità aziendali/regionali). - Per SOTTO SOGLIA: utilizzo Piattaforma MEPA (ove presente metaprodotto). - Pubblicazioni avvisi su sito aziendale. - Pubblicazione dati e diffusione informazioni.
<p>Procedure di gara senza previa pubblicazione del bando</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Raccolta autodichiarazioni da parte dei componenti delle commissioni giudicatrici e aggiudicatrici, relativamente ad assenza conflitto d'interesse relativo alla procedura e assenza condanne e procedimenti ai sensi della normativa anticorruzione. - Trasmissione di tali autodichiarazione all'ufficio personale ai fini dell'effettuazione dei relativi controlli. - Utilizzo di una scheda istruttoria preliminare agli acquisti ai fini della omogeneizzazione delle valutazioni inerenti la procedura da effettuare. - Sottoscrizione da parte del fornitore del Patto di Integrità predisposto.
<p>Attività verifica e controllo requisiti fornitori / appaltatori</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Controllo sulle autodichiarazioni di possesso dei requisiti generali, professionali, economico-finanziari ecc. in fase di prequalifica, l'attività è condotta da almeno 3 collaboratori della U.O. - Controllo sulle autodichiarazioni di possesso dei requisiti generali, professionali, economico-finanziari ecc. in fase di aggiudicazione: - Avvio esternalizzazione verifica tramite AVCPass - Verifica della permanenza possesso requisiti generali, in fase di stipula del contratto - Verifica del permanere del possesso requisiti ai fini della liquidazione delle fatture (regolarità DURC) - Verifiche ai sensi del D.Lgs. n.159/2011, art.86. e s.m.i.
<p>Selezione del contraente</p>	<p>Sono accessibili online la documentazione di gara e/o delle informazioni complementari rese, in caso di documentazione non accessibile online, sono definite e pubblicate le modalità per acquisire la documentazione e/o le informazioni complementari ed è pubblicato il nominativo dei soggetti cui ricorrere in caso di ingiustificato ritardo o diniego dell'accesso ai documenti di gara. Sono definite le direttive/linee guida interne che individuino in linea generale i termini (non minimi) da rispettare per la presentazione delle offerte e le formalità di motivazione e rendicontazione qualora si rendano necessari termini inferiori. Sono previsti idonei ed inalterabili sistemi di protocollazione delle offerte (protocollo informatizzato). Sono definite le modalità per la corretta conservazione della documentazione di gara per un tempo congruo al fine di consentire verifiche successive. Sono rispettati gli obblighi di trasparenza/pubblicità delle nomine dei componenti delle commissioni e eventuali consulenti. E' stata predisposta una <i>Check list</i> di controllo sul rispetto degli obblighi di tempestiva segnalazione all'ANAC in caso di accertata insussistenza dei requisiti di ordine generale e speciale in capo all'operatore economico. Nei verbali di gara sono specificate le cautele adottate a tutela dell'integrità e della conservazione delle buste contenenti l'offerta. Nella Delibera di aggiudicazione sono riportati i punteggi attribuiti agli offerenti e sono pubblicate le informazioni circa la prima seduta di gara ed in quella sede</p>

	definito il calendario successivo. In caso di affidamento diretto l'atto viene inviato al Responsabile della Prevenzione della Corruzione .			
Autorizzazione al subappalto (compresa la fase di verifica dei requisiti in capo al subappaltatore)	L'autorizzazione al subappalto può essere concessa nei termini previsti dalle norme vigenti previa sottoscrizione anche da parte del subappaltatore del protocollo di legalità	annuale	Responsabile U.O. Attività Tecniche - Acquisti Beni e Servizi	Numero di protocolli sottoscritti/numero di sub appalti concessi
Di seguito sono indicate alcune delle misure per la verifica di anomalie e di prevenzione tratte dall'aggiornamento del PNA da adottare nel triennio di valenza del Piano che possono essere applicate utilmente all'organizzazione dell'Azienda USL Umbria 1				
	Verifica ricorso a procedure di urgenza	annuale	Responsabile U.O. Attività Tecniche - Acquisti Beni e Servizi	Rapporto fra: procedure di urgenza/numero gare
	Proroghe dei contratti non previsti in sede di gara o con gara non istituita	annuale	Responsabile U.O. Attività Tecniche - Acquisti Beni e Servizi	Rapporto fra: contratti prorogati e quelli esitati in gara
	Verifica valore degli appalti affidati tramite procedure non concorrenziali (affidamenti diretti, cottimi fiduciari, procedure negoziate con e senza previa pubblicazione del bando di gara) riferiti alle stesse classi merceologiche di prodotti/servizi.	annuale	Responsabile U.O. Attività Tecniche - Acquisti Beni e Servizi	Verifica valore annuo appalti per classi omogenee affidati tramite procedure concorsuali
	Il RUP sei mesi prima della scadenza dei termini utili per predisporre la tipologia di gara richiesta, richiede tutte le informazioni necessarie per iscritto agli interessati	annuale	Responsabile U.O. Attività Tecniche - Acquisti Beni e Servizi	Rapporto fra: richieste effettuate nei tempi previsti/numero gare espletate
	Elenchi aperti elenchi aperti di operatori economici con applicazione del principio della rotazione. Nel 2019 è stato definito il regolamento per la predisposizione degli elenchi degli avvocati per la tutela legale dipendenti. Nel 2016 l'Azienda ha deliberato di attingere all'elenco regionale dei professionisti" di cui all'art. 21 della L.R. n. 3/2010 e nel 2018 di attingere agli Albi regionali sia delle imprese che dei professionisti	Annuale	Responsabile U.O. Attività Tecniche - Acquisti Beni e Servizi	Numero di elenchi aperti
	Verifica della presenza di denunce/ricorsi da parte dei concorrenti ovvero dell'aggiudicatario	annuale	Responsabile U.O. Attività Tecniche - Acquisti Beni e Servizi	Numero delle denunce/ricorsi presentati, da comunicare al RPC

	Verifica numero varianti concesse	annuale	Responsabile U.O. Attività Tecniche - Acquisti Beni e Servizi	Rapporto fra gli affidamenti con varianti e numero totale di affidamenti
	Piani di controllo sui Servizi, oltre agli interventi programmati che vengono fatti in collaborazione con il "Gruppo tecnico per i servizi esternalizzati" Il Piano di Controllo dettaglia quindi in modo analitico tutti i punti da considerare in fase di verifica definendo, per ognuno di essi, le condizioni di Conformità, Osservazione e Non Conformità.	annuale	Responsabile U.O. Area Economale	Non conformità riscontrate
	Verifica a campione di una liquidazione	Mensile	Responsabile U.O. Area Economale	Nel 2018 il NIA ha segnalato alcuni rilevi , che hanno portato all'aggiornamento dei modelli base delle Determine dirigenziali
Gestione lavori pubblici (ampliamento, ristrutturazioni, nuove costruzioni, manutenzioni straordinarie)	Gli incarichi devono essere conferiti con la procedura applicabile a secondo gli importi, è preferibile utilizzare bandi pubblici, evitando per quanto possibile l'affidamento diretto, devono essere contattati almeno 5 soggetti, anche utilizzando l'albo regionale dei professionisti. Si è preferito privilegiare la sottoscrizione di accordi quadro nel quali far confluire i lavori di manutenzione	annuale	Responsabile U.O. Attività tecniche - Acquisiti beni e servizi	Rapporto fra gli affidamenti diretti e il numero totale di affidamenti
I lavori da effettuare sono svolti sulla base del programma delle attività e degli investimenti inserito nel documento di programmazione previsto dall'articolo 3 della L.R. n. 51/1995.	Valgono le stesse regole riportate per l'acquisizione di beni e servizi.	annuale	Responsabile U.O. Attività tecniche - Acquisiti beni e servizi	Rapporto fra gli affidamenti diretti e il numero totale di affidamenti Rapporto fra gli importi dei lavori affidati diretti e il numero totale di affidamenti compresi quelli relativi agli accordi quadro
Affidamento incarichi professionali Rischio: medio alto	Valgono le stesse regole riportate per l'acquisizione di beni e servizi.	annuale	Responsabile U.O. Attività tecniche - Acquisiti beni e servizi	Rapporto fra gli affidamenti diretti e il numero totale di affidamenti Rapporto fra gli importi dei lavori

				affidati diretti e il numero totale di affidamenti compresi quelli relativi agli accordi quadro
Affidamento lavori Rischio: Alto	I principali lavori di manutenzione sono affidati mediante l'adesione alla gara CONSIP MIES ed accordi quadro. L e ditte devono essere preferibilmente individuate all'inizio dell'anno con la procedura applicabile a secondo gli importi, ma è preferibile utilizzare bandi pubblici. E' prevista la sottoscrizione da parte dei fornitori del protocollo di integrità			
Aquisto/affitto Immobili Rischio medio/alto	Si procede agli acquisti o al reperimento in affitto dei locali mediante avviso pubblico e solo in casi particolari alla negoziazione diretta con il proponente, così come per l'alienazione degli immobili e/o loro cessione in affitto.			
	Sono stati predisposti i regolamenti per l'inventario dei beni mobili e di quelli immobili, di prossima emissione quello di gestione dei beni immobili.			
Ulteriori misure: Il RPC ritiene che nel corso della validità del Piano , considerato il rischio medio alto delle fasi sopra descritte (acquisizione beni e servizi, gestioni immobili , gestione patrimonio etc), in aggiunta alle misure già in attuazione , di predisporre ulteriori precauzioni relativamente alla seguenti fasi:				
Acquisti straordinari Covid – Lavori Straordinari Covid: Fin dalla prima fase della pandemia la UOC “ Attività Tecniche- Acquisizione beni e servizi” è stata stressata dalle attività per l'adeguamento strutturale e l'acquisizione straordinaria di beni e strumentazione finalizzata alla riconversione di reparti di degenza in reparti covid e al loro funzionamento, attraversando momenti di grande criticità. Gli sforzi degli operatori tutti, addetti a tale UOC, hanno consentito , in tempi rapidi, l'adeguamento dei reparti ospedalieri rendendoli adatti alla situazione di emergenza .				
Dichiarazione assenza conflitto di interesse	Ogni operatore coinvolto nelle varie fasi di predisposizione, aggiudicazione e gestione dei contratti, nonché liquidazione delle fatture deve rilasciare sull'apposito modulo, allegato n° 4 del presente PTPCT, la dichiarazione di assenza di conflitto di interesse verso la Ditta fornitrice. Il Dirigente si farà carico di rilasciare detta dichiarazione ed acquisire quella dei Suoi collaboratori	Dirigente UO interessata	31/12/2021	Dichiarazioni raccolte
Costruzione del fabbisogno	Verifica eventuali conflitti di interesse del richiedente/proscrittore	Dirigente richiedente/ prescrittore	Verifica annuale	Anomalie riscontrate
Ricorso dell'affidamento in esclusiva	Verifica effettiva produzione in esclusiva del prodotto	Dirigente Farmacia	Verifica annuale	Anomalie riscontrate
Utilizzo farmaci con brand in presenza di farmaci generici	Motivazione ricorso farmaco griffato	Dirigente Farmacia	Verifica annuale	Anomalie riscontrate

Indipendenza commissione di gara	Verifica a campione delle dichiarazioni rilasciate dai Commissari	Dirigente UOC Attività Tecnica – Acquisti Beni e Servizi	Verifica annuale	Anomalie riscontrate
Gestione del Contratto	Verifica corrispondenza tra prestazione resa e quella contrattualmente prevista	Dirigente UOC Area Economale	Verifica annuale	Anomalie riscontrate
Manutenzione immobili e apparecchiature	Verifica a campione che la prestazione richiesta/ resa sia effettivamente necessaria	Dirigenti UOC Attività Tecnica e UOC Area Economale	Verifica annuale	Anomalie riscontrate
Acquisto/affitto immobili	Verifica caratteristiche immobili rispondente alle effettive esigenze	UOC Patrimonio	Verifica annuale	Anomalie riscontrate
Gestione liste di attesa				
<p><i>Ricoveri Ordinari e Diurni.</i> Al fine di garantire la trasparenza, intesa come standardizzazione dei relativi percorsi di accesso e quant'altro, l'Azienda ha emanato, in particolare nell'ultimo triennio, diverse procedure generali, tra le quali, a titolo esemplificativo, ma non esaustivo, si ricordano:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Gestione Blocco Operatorio · Gestione delle liste di attesa per intervento chirurgico programmato · Gestione percorso preoperatorio in chirurgia programmati 				
Liste di Attesa	Riduzione della percentuale delle prestazioni accettate rispetto a quelle prenotate	annuale	Dirigenti responsabili	Rapporto fra le prestazioni prenotate e quelle accettate
Liste di Attesa	Informatizzazione delle liste di attesa a livello distrettuale consultabili dal cittadino che ne fa richiesta.	annuale	Dirigenti responsabili	Numero delle liste di attesa predisposte
Liste di Attesa	Definizione delle modalità per fornire al cittadino informazioni sullo stato di avanzamento della propria domanda	Annuale	Dirigenti responsabili	Procedura predisposta
Liste di Attesa	Verifica attività istituzionale effettivamente resa	Annuale	Dirigenti responsabili	Procedura predisposta
Libera professione	Verifica prenotazione attività		Ufficio Libera Professione Responsabili servizi interessati	Rapporto visite prenotate/visite accettate

Libera professione	Verifica dei criteri per il controllo del rispetto dei requisiti igienico sanitari delle strutture utilizzate, assenza di conflitto di interesse fra il professionista ed il gestore dello studio, rispetto degli orari autorizzati, verifica dei tempi di attesa dell'attività istituzionale e modalità di comunicazione all'ufficio libera professione dell'eventuale superamento.	annuale	Ufficio Libera Professione Dirigenti responsabili	N° delle verifiche effettuate N° delle non conformità riscontrate
Libera professione	Verifica dei criteri sopra definiti. In sede di autorizzazione e/o campione	annuale	Ufficio Libera Professione Dirigenti responsabili	N° delle verifiche effettuate N° delle non conformità riscontrate
Ulteriori misure: Il RPC ritiene che nel corso della validità del Piano , considerato il rischio medio alto delle fasi sopra descritte , (gestione liste di attesa e libera professione) in aggiunta alle misure già in attuazione , di predisporre ulteriori precauzioni relativamente alla seguenti fasi:				
Liste di attesa	Definire e pubblicare i criteri per la presa in carico	annuale	Direttori Distretto	Pubblicazione
Libera professione	Rispetto orario di lavoro istituzionale da parte del Soggetto autorizzato all'Alpi	annuale	Dirigente Struttura	N° delle verifiche effettuate N° delle non conformità riscontrate
Libera professione	Confronto tempi di attesa prestazioni istituzionale rispetto alle medesime in Alpi	annuale	Direzione Sanitaria	N° delle verifiche effettuate N° delle non conformità riscontrate
<p>Al momento non vengono segnalate "non conformità" rispetto ai descritti percorsi ed agli altri comunque applicati. E' a regime l'adozione dei RAO con la presa in carico con lista di attesa informatizzata (DDG n. 796/2014 "Adozione del Piano Attuativo aziendale per il contenimento delle Liste di Attesa, per le prestazioni di specialistica ambulatoriale).</p> <p><i>Ricoveri Ordinari e Diurni.</i> Al fine di garantire la trasparenza, intesa come standardizzazione dei relativi percorsi di accesso e quant'altro, l'Azienda ha emanato, in particolare nell'ultimo triennio, diverse procedure generali per la consultazione delle quali si rimanda direttamente al link per la visione integrale delle stesse:</p> <p>Per effetto della pandemia da Covid- 19, nell'anno 2020 è stata ridisegnata la mappa dei servizi ospedalieri ed ambulatoriali offerti. Al fine di recuperare , anche se parzialmente quelli temporaneamente sospesi, la Direzione aziendale, ha adottato la delibera n. 871/2020 con la quale è stato conferito alla Dr.ssa Teresa Tedesco, Direttore Sanitario POU, l'incarico per la:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stesura di un piano operativo straordinario per il recupero liste d'attesa delle prestazioni ambulatoriali, individuando gli interventi integrati sull'offerta e sulla domanda per l'allineamento dei tempi di attesa al 1 gennaio 2021 • Definizione di un sistema di monitoraggio unico per la regione e le aziende dei volumi, dei tempi di attesa e delle performance del sistema di appropriatezza • Analisi PRGLA di cui alla DGR N.610/2019 e successivi PAAGLA e stesura check di controllo per la verifica del grado di attuazione e per pianificare l'evoluzione dello stesso anche alla luce delle condizioni post pandemia • Stesura di un piano delle azioni per l'attuazione del PRGLA, definendo tempi, modalità, ruoli e responsabilità 				

- Definizione degli indicatori di processo e di risultato per il monitoraggio di attuazione del progetto

<http://intranet.uslumbria1.it/index.php/modulistica/category/215-procedure-general-aziendali>

Strutture convenzionate

Case di cura accordi contrattuali

La nostra Azienda, anche per l'anno 2020 ha fatto ricorso alla stipula di accordi contrattuali con Strutture Sanitarie accreditate, esclusivamente al fine di potenziare i programmi di attività relativi alle specialità non presenti in Azienda, che abbiano evidenziato una insufficienza rispetto alla domanda. Si è perseguito comunque l'obiettivo di potenziare l'attività svolta nelle strutture aziendali e mantenere il ricorso alle strutture esterne nelle aree specialistiche ove è maggiore la mobilità sanitaria passiva.

Attività di controllo tecnico-sanitario sui flussi informativi finalizzati alla compensazione dell'attività di ricovero erogata dalle Case di Cura Private: vengono effettuati mensilmente, con uno specifico sistema informatizzato, tutti i controlli previsti dal "Disciplinare Regionale per la compensazione della Mobilità Sanitaria Intraregionale". L'esecuzione delle procedure di controllo, effettuate su tutti i ricoveri addebitati, genera delle anomalie che vengono inviate formalmente, con lettera protocollata, alla Casa di Cura Privata interessata per le correzioni del caso. Le anomalie che più di frequente sono emerse da tali controlli, sono state:

- _ Anomalie relative ai dati anagrafici;
- _ Anomalie di attribuzione del DRG;
- _ Anomalie di tariffazione.

Le controdeduzioni fornite dalle Case di Cura sono attentamente valutate e i dati, una volta effettuate le modifiche, sono sottoposti nuovamente alle procedure di controllo. Dopo la convalida degli importi mensili, i dati definitivi vengono trasmessi formalmente alla U.O. R.U. Trattamento Economico Dipendente - Gestione personale convenzionato e Strutture Convenzionate per i successivi provvedimenti relativi alla gestione degli aspetti contabili ed alla verifica del rispetto delle condizioni contrattuali.

Come previsto dal PTPCT 2018/2020, sono state applicate le seguenti procedure alle quali si fa riferimento nella gestione delle attività di competenza della compensazione della mobilità sanitaria:

- DDG 1033 del 21/09/2016 procedura PGA12/16 "Gestione della compensazione della mobilità sanitaria passiva intraregionale"
- DDG 1519 del 28/12/2016 procedura PGA18/16 "Gestione della compensazione della mobilità sanitaria attiva intraregionale ed extraregionale".

Con DDG 1249 del 2019 l'Azienda Usl Umbria 1 ha emesso un Avviso di Manifestazione di Interesse, per l'acquisto di prestazioni ricomprese nei LEA e appartenenti a varie Branche di specialistica ambulatoriale finalizzato, come da indicazione regionale, all'abbattimento delle liste d'attesa. Azioni di miglioramento: monitorare le azioni di accreditamento

Ulteriori misure: Il RPC ritiene che nel corso della validità del Piano , considerato il rischio medio alto delle fasi sopra descritte , in aggiunta alle misure già in attuazione , di predisporre ulteriori precauzioni relativamente alla seguenti fasi:				
Case di cura accordi contrattuali	Controlli per la verifica del rispetto e del permanere dei criteri di accreditamento secondo quanto previsto dalla DGR 3/2020	1 gennaio - 31 dicembre	Coordinatore Nucleo Ispettivo (Responsabile ISP)	N° controlli effettuati N° non conformità riscontrate
Specialistica convenzionata	Controllo formale sulle richieste dei MMG e verifica tra le prestazioni rese ed il fatturato della specialistica			
	Verifica dei criteri di validazione delle prestazioni rese a seguito di prescrizioni dematerializzate non è ancora conclusa.	Annuale	Responsabili servizi interessati	N° verifiche effettuate N° non conformità riscontrate
	Controllo del rispetto dei criteri definiti del rispetto e del permanere dei criteri di autorizzazione/accreditamento Con nota a firma della Direzione Sanitaria Aziendale, indirizzata al Servizio ISP Aziendale è stata richiesta la verifica della permanenza dei requisiti di autorizzazione all'esercizio delle Strutture private accediate con le quali sono in atto rapporti convenzionali ex art. 8 quinquies D. Lgs n. 502/92. Le attività di verifica sono in corso	Annuale	Responsabili servizi interessati	N° controlli effettuati N° non conformità riscontrate
Attività Medici Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS)	Sensibilizzazione ad aderire a protocolli informatici per l'aggiornamento dell'anagrafe sanitaria (cancellazione deceduti e immigrati per recupero quote)	Annuale	Responsabili servizi interessati	Verifica disponibilità tabulati
	controlli a campione dei riepiloghi delle PIIP (prestazioni di particolare impegno) dei MMG e PLS inseriti nella procedura informatizzata	Annuale	Responsabili servizi interessati	N° controlli effettuati N° non conformità riscontrate

<p>Il 2020 è stato un anno molto particolare, il Dipartimento di Prevenzione, struttura aziendale deputata per antonomasia, è stata completamente quasi completamente assorbita a fare il tracciamento dei casi positivi e la nuova criticità è diventata il rispetto dei protocolli, nazionali e regionali, in rapida evoluzione.</p>				
<p>Individuazione degli utenti aventi diritto ed assegnazione di beni (ausili e protesi ad es.) e servizi (ADI, trasporti sanitari)</p>				
Cure palliative e alla terapia del dolore	<p>Gli accessi alle cure palliative e alla terapia del dolore sono disciplinati dalle Delibere del Direttore generale: n°1027/2013 “Cure palliative e terapia del dolore” , n° 334/2015 “Cure domiciliari” e n° 390/2015 valutazione e trattamento del dolore.</p>			
	Utilizzo degli indicatori del Sistema Atlante con caricamento del 100% dei casi trattati per la verifica del rispetto dei criteri definiti	annuale	Dirigenti responsabili	N° delle verifiche effettuate N° delle non conformità riscontrate
<p>Sono stati uniformati l'organizzazione e i protocolli, implementando i dispositivi regolamentari per l' assegnazione degli ausili ed effettuare i relativi controlli con le Delibere del Direttore generale: n° 450/2015 “Istituzione del nuovo Centro Ausili Aziendale e direttive vincolanti per le procedure di erogazione dell'assistenza protesica” , n° 157/2015 “Procedura operativa concordata tra le Unità Sanitarie Locali dell'Umbria per l'attuazione della DGR 1679 del 16.12.2012 riferita ai dispositivi protesici destinati a sordi e ciechi” , sono state predisposte liste di attesa trasparenti per le richieste di protesi acustiche a livello distrettuale. I collaudi vengono regolarmente effettuati per gli ausili e dispositivi di cui all'Elenco n. 1 e per gli ausili e dispositivi degli Elenchi 2 e 3 non a gara con le modalità previste dal DM 332 e dagli atti regionali di riferimento sono effettuati i controlli sul 10% della fornitura di ausili garati (elenco 2 e 3), come disposto dalla DDG 450/2015. Sono state definite le modalità operative per assicurare la corretta informazione all'utenza in ordine all'elenco dei fornitori autorizzati con atto regionale (modifica modulistica nota Direttore sanitario prot. n. 80912 del 2/9/2015). Sono già state definite e realizzate procedure e modalità di attivazione della CNS in ogni sede distrettuale</p>				
<p>Concessione benefici economici</p>				
Concessione benefici economici: PRINA, SLA	<p>Sono stati applicati i criteri definiti negli atti nazionali e regionali</p>			
Concessione benefici economici: Invalidità civile, L.104, L. 68, ciechi e sordomuti, soggetti sottoposti a trapianto L.31/99	<p>E' stata realizzata la piena condivisione dei processi accertativi nella Azienda con l'INPS titolare del provvedimento finale Condivisione delle procedure aziendali</p>			
	Rotazione annuale di almeno un componente delle Commissioni di accertamento	annuale	Responsabile U.O. Medicina legale	Rapporto fra le commissioni con membro ruotato/n° commissioni

Concessione benefici non economici			
Commissioni patenti, porto d'armi, contrassegno parcheggio, cessione del quinto dello stipendio Rischio: medio	E' stata informatizzata l'attività di prenotazione delle visite per il rilascio delle certificazioni medico-legali con l'inserimento a CUP. Sono state pubblicate nel sito intranet le modalità operative riguardanti le attività medico legali di primo livello (procedure da osservare per il rilascio di certificati medico-legali)		
Gestione sperimentazioni cliniche			
Gestione sperimentazioni cliniche	Il regolamento aziendale vigente, già di recente aggiornamento, per sperimentazioni cliniche, sarà ulteriormente rivisto entro il 2021 per effetto dell'entrata in vigore del D.Lgs 52/2019		
	<p>Autorizzazione visione dispositivi medici. Esistono procedure aziendali consolidate nonché una precisa modulistica che impone la firma di più soggetti, non da ultimo, in alcuni casi, quella del Direttore Sanitario dell'Azienda. La rigidità, con la quale tale sistema è stato costruito, è stata dettata dalla consapevolezza che fenomeni, quali ad esempio il comparaggio, avrebbero potuto annidarsi nella filiera. Ciononostante, la continua evoluzione dei dispositivi e l'innovazione costante dei prodotti farmacologici, pur nel rispetto della deontologia medica e sempre nell'ambito dell'appropriatezza, meritano, se non altro, particolare attenzione. Il Decreto legislativo n. 52 del 14 maggio 2019 "Attuazione della delega per il riassetto e la riforma in materia di sperimentazione clinica dei medicinali ad uso umano" Tale Decreto rinvia all'AIFA la pubblicazione di una serie di adempimenti da mettere in campo nelle Aziende Sanitarie, in particolare la contrattualistica tra Azienda Sanitaria e Sponsor. L'AIFA si è espressa, attraverso il proprio sito web, circa le modifiche da applicare in data 30 ottobre. Si legge sul portale che tutti gli studi in essere, o che siano in corso di approvazione, possono seguire le attuali norme/regolamenti aziendali. Pertanto, non appena sul portale AIFA vi saranno linee di indirizzo più specifiche, nonché dopo aver consultato il Comitato Etico Regionale, si provvederà all'aggiornamento del Regolamento esistente in materia di sperimentazioni cliniche aziendale.</p>		
	Verifica corretta applicazione del regolamento aziendale	annuale	Responsabile U.O. Formazione del personale e Sviluppo Risorse
Verifica autorizzazione visione dispositivi medici	annuale	Responsabili macrostrutture	N° delle verifiche effettuate N° delle non conformità riscontrate

Gestione finanziamenti pubblici e privati				
Gestione finanziamenti pubblici e privati, (donazioni e finanziamenti pubblici vincolati) Rischio medio in funzione degli importi e della tipologia della donazione	E' stato predisposto apposito regolamento che definisce i criteri per l'accettazione delle donazioni che non devono generare ulteriori costi aggiuntivi o acquisizione vincolate. E' prevista l'adozione dei progetti finanziati con atto deliberativo che definisce i tempi di attuazione			
	Con Delibera n. 1031 del 2018 è stata effettuata l'adozione della Revisione periodica della Procedura Operativa denominata "Conferimenti, Donazioni e Lasciti vincolati ad Investimenti" e adozione Procedura Operativa denominata "Conferimenti, Donazioni e Lasciti di somme di denaro destinati a spese di natura corrente". La disponibilità di detta procedura si è rivelata fondamentale nella prima fase della pandemia, dove la solidarietà della popolazione ha portato a ricevere innumerevoli donazioni. In strumenti, dispositivi di protezione, denaro e quanto altro fosse ritenuto utile.			
Acquisizione di prestazioni e servizi sanitari e non presso terzi				
Trasporti sanitari Rischio: alto	<i>Autorizzazione trasporti Sanitari.</i> Per tale fattispecie, il GdL ha ipotizzato un innalzamento del possibile rischio corruttivo, sia per il potenziale economico connesso che per la discrezionalità attribuita agli operatori , in presenza ancora di due realtà , quella relativa alla ex Asl n. 1 e Usl n.2 , con diverse modalità operative di gestione non ancora omogeneizzate, e per le quali tutt'ora vengono applicati due diversi modelli disciplinari. Entrambi i modelli operativi applicati con l'effettuazione dei relativi controlli al momento non hanno evidenziato alcuna "non conformità"			
	E' stato perfezionato il contratto per i trasporti sanitari in emergenza (118) e trasferimenti dagli Ospedali. E' stata espletata la gara per l'assegnazione alle associazioni non profit dei trasporti sanitari dal territorio anche per la zona nord, ma anche in questo i relativi contratti non sono stati perfezionati.			
Ulteriori misure: Il RPC ritiene che nel corso della validità del Piano , considerato il rischio alto delle fasi sopra descritte , in aggiunta alle misure già in attuazione , di predisporre ulteriori precauzioni relativamente alla seguenti fasi:				
Trasporti sanitari	Verifica rapporti economici volontari ed Associazioni	Annuale	DEC	N° Verifiche effettuate N° non conformità riscontrate
Rilascio Autorizzazioni				
Rilascio Autorizzazioni Rischio: medio	Le autorizzazioni sono rilasciate sulla base di protocolli definiti ed in alcuni casi check list; l'autorizzazione è rilasciata dal Dirigente del Servizio previo esame pratica e sopralluogo da parte dei Tecnici. Nel Dipartimento di Prevenzione è stata prevista la costituzione all'interno di ogni Servizio di un gruppo controllo per la verifica delle attività a campione.			
	Raccolta dichiarazione aggiornata di mancanza di conflitto di interesse e raccolta delle stesse	annuali	Responsabili dei servizi	Rapporto n° dichiarazioni / n° operatori
	Verifica rispetto dei protocolli	annuale	Responsabili dei servizi	Numero protocolli aggiornati e check list predisposte

Attività di controllo e vigilanza				
Attività di controllo e vigilanza Rischio: medio	La vigilanza è svolta sulla base del programma dato dal Responsabile del servizio sulla base di protocolli definiti ed in alcuni casi check, Nel Dipartimento di Prevenzione è stata prevista la costituzione all'interno di ogni Servizio di un gruppo controllo per la verifica delle attività a campione.			
	Raccolta dichiarazione aggiornata di mancanza di conflitto di interesse e raccolta delle stesse	Annuale	Responsabili dei servizi	Rapporto n° dichiarazioni / n° operatori
	Verifica rispetto protocolli vigilanza	Annuale	Responsabili dei servizi	N° controlli effettuati N° non conformità riscontrate
Distretti Attività di controllo e vigilanza Rischio: medio	Controlli da parte dei distretti su tutti gli aspetti della strutturazione sul territorio e dell'erogazione dell'assistenza medico generica.	Annuale	Responsabili dei Distretti	N° controlli effettuati N° non conformità riscontrate
Spesa farmaceutica				
Spesa farmaceutica Ospedaliera e Territoriale Rischio: Alto	In funzione di un miglioramento della appropriatezza prescrittiva è stata effettuata una revisione degli elenchi di farmaci antibiotici e non; tale revisione è stata fatta alla luce di nuovi farmaci entrati in commercio, in base alla ristrettezza terapeutica di alcune molecole, in base all'elevato costo di alcuni farmaci. Tali elenchi obbligano i Medici prescrittori a compilare una modulistica che permette al Servizio di Farmacia di controllare che scelta, dosaggio, frequenza, tempi siano coerenti con la condizione patologica, per autorizzare l'acquisto del farmaco più economico a parità di efficacia rispetto alla patologia riscontrata. A livello distrettuale sono state costituite le commissioni per l'appropriatezza prescrittiva, (Nota della Direzione Sanitaria prot. n. 89227 del 28/9/2015 relativa alla composizione delle Commissioni Distrettuali). <i>Autorizzazione uso farmaci e dispositivi fuori gara e fuori indicazione .</i> Esistono procedure aziendali consolidate nonché una precisa modulistica che impone la firma di più soggetti , non da ultimo, in alcuni casi, quella del Direttore Sanitario dell'Azienda. La rigidità, con la quale tale sistema è stato costruito, è stata dettata dalla consapevolezza che fenomeni, quali ad esempio il comparaggio, avrebbero potuto annidarsi nella filiera. Non si segnalano "non conformità". Nella prima fase dell'emergenza Covid i Servizi farmaceutici sono stati stressati dal reperire e distribuire i Dispositivi di protezione, data la scarsa disponibilità sul mercato, che pur attraversando momenti di grande criticità è stato possibile, anche grazie alle donazioni ricevute, proteggere gli operatori.			
	Verifica, come da obiettivo aziendale, dell'utilizzo di farmaci di pari efficacia e costo minore	Annuale	Responsabili Servizi farmaceutici	N° dei controlli effettuati N° non conformità riscontrate
	Verifica a campione delle scorte a reparto/magazzino	Annuale	Responsabili Servizi farmaceutici	N° dei controlli effettuati N° non conformità riscontrate

Incasso prestazioni sanitarie e non sanitarie				
Incasso prestazioni sanitarie e non sanitarie Rischio: alto	<p>Sono stati adottati i regolamenti per il funzionamento del CUP,(in ogni sede è prevista la possibilità di pagare anche con bancomat e carta di credito), per il recupero crediti e del ciclo attivo. Il bollettino per il pagamento viene inviato a seguito del documento contabile; è attivo servizio regionale di recalling che consente la messa a regime per l'applicazione del comma 15 art. 3 Decreto Legislativo 124/ 1998. Negli ambulatori deve essere effettuato il controllo preventivo dell'avvenuto pagamento della prestazione.</p> <p><i>Recupero ticket per - codice bianco Pronto Soccorso ed - Altre Prestazioni</i> .Premesso che l'implementazione informatica degli strumenti attualmente in uso è l'auspicabile sviluppo cui l'Azienda tende per evitare i possibili rischi corruttivi legati a tali fattispecie, per il recupero dei ticket "codice bianco" di Pronto Soccorso (ex Legge 296/2006) sono attualmente applicate delle procedure consolidate che regolano il percorso dai Pronto Soccorso alle Unità Operative Amministrative deputate alla spedizione degli inviti al pagamento e alla ricostruzione degli incassi. Quanto sopra è la necessaria evoluzione per evitare fenomeni "mal funzionamento" verificatisi in particolare negli anni 2010/2012 .</p> <p>Più impegnativo riguarda il recupero del costo per le altre prestazioni.</p> <p>Al fine di migliorare, la collaborazione tra la Direzione Amministrativa e le Direzioni Sanitarie di Presidio, per lo sviluppo delle procedure di controllo in ordine al rapporto tra esami clinico-chimici e ricoveri ospedalieri, con atto n. 1443 del 28/12/2015 è stata approvata una specifica linea guida, che ha standardizzato le diverse fasi del processo, per assicurare l'inequivocabile corrispondenza tra esame ed introito ove non correlato da ricovero. In base a tale linea guida le Direzioni Sanitarie, con cadenza periodica, riscontrano la corrispondenza degli esami di laboratorio prodotti in favore di singole Unità Operative ospedaliere.</p> <p>Le azioni per il recupero dell'intero costo di esami di laboratorio analisi effettuati e non ritirati, al momento viene svolto manualmente nelle more dell'implementazione del software attualmente in uso per la registrazione degli stessi, mentre per il recupero degli esami di radiologia, effettuati e non ritirati, avviene attraverso il programma informatizzato. Si precisa comunque che da tutti i controlli effettuati il rischio, del non ritiro di esami effettuati, è 0.</p>			
	Verifica corrispondenza fra erogato ed incassato.	A random	Presidi Ospedalieri	Numero non conformità riscontrate
Utilizzo spazi nelle strutture				
Utilizzo spazi nelle strutture Rischio: medio-basso	E' stato predisposto il regolamento aziendale, gli spazi sono concessi dai Responsabili delle Strutture previo domanda al Direttore generale			
	Verifica dell'applicazione del regolamento	Annuale	Responsabili Strutture	N° dei controlli effettuati N° non conformità riscontrate
Rapporti con soggetti esterni				
Rapporti con soggetti esterni (assistenza privata e	Sono stati predisposti i regolamenti sull'assistenza sanitaria, gestione camere mortuarie, uso degli auditorium e sala riunioni.			

gestione camera mortuaria,, etc.). Rischio: alto	<p><i>Utilizzo Camera mortuaria - Certificazione decessi ospedalieri.</i> Con Atto n. 1463 del 29/12/2015 è stato adottato il “Regolamento aziendale per la gestione della medicina necroscopica per pazienti deceduti in ospedale”, al fine di omogeneizzare le procedure all'interno di tutti i Presidi e Stabilimenti ospedalieri e sostanzialmente affidando la gestione delle strutture mortuarie, alle rispettive direzioni sanitarie.</p> <p>Nello specifico, le rispettive Direzioni Sanitarie vigilano affinché gli operatori, di reparto e/o preposti alla gestione operativa delle camere mortuarie, non intrattengano alcun contatto con agenzie di onoranze funebri al fine di ottenere “utili” dal possibile orientamento in loro favore di parenti dei deceduti.</p> <p>Nel sopra citato regolamento è previsto proprio, tra l'altro , uno specifico modulo , di assunzione di responsabilità per la scelta dell'agenzia funebre, firmato dal parente del defunto, con valore di liberatoria nei riguardi dell'amministrazione.</p> <p>Con atto n. 651 del 09/06/2016 è stata indetta procedura negoziata per l'affidamento del servizio di trasporto , sepoltura e conferimento presso inceneritore di parti anatomiche a seguito della quale sono state individuate le agenzie disposte ad effettuare il servizio.</p>			
	Verifica dell'applicazione dei regolamenti	Annuale	Responsabili Strutture	N° dei controlli effettuati N° non conformità riscontrate
Affari legali e del Contenzioso				
Affari legali e del Contenzioso	<p>In Azienda è stata costituita l'Avvocatura interna e “Affari Legali e del Contenzioso” che patrocinia direttamente gran parte del contenzioso, eccezion fatta per il contenzioso collegato a malpractice sanitaria che afferisce all'Unità Operativa “Affari Generali, Istituzionali e Gestione legale dei sinistri”.</p> <p>Gli incarichi agli avvocati esterni vengono conferiti secondo i criteri stabiliti nel regolamento approvato con DDG n. 648/2016 “Regolamento per l'attività legale e la tutela in giudizio dell'Azienda”. Con delibera del Direttore Generale n. 91 del 23/01/2019 è stato adottato il nuovo regolamento sul patrocinio legale dei dipendenti resosi necessario alla luce dei recenti pareri del Consiglio di Stato e linee guida ANAc</p>			
	Monitorare l' affidamento degli incarichi esterni nel rispetto del regolamento aziendale	Annuale	Responsabile IPAS Affari legali e del Contenzioso	Verifica semestrale
	Atti di rilevanza penale, comunicazione immediata al Dirigente/Responsabile del collaboratore coinvolto o direttamente all'UPD e al Responsabile Anticorruzione	Annuale	Responsabile IPAS Affari legali e del Contenzioso	Verifica tempi di trasmissione

11. COMUNICAZIONE E DIFFUSIONE DEL PIANO

La comunicazione riveste un ruolo strategico per l'attuazione delle politiche strategiche aziendali; è infatti uno strumento fondamentale per lo sviluppo di quella alleanza tra cittadini ed operatori sanitari.

In questo senso assumono particolare rilevanza le azioni tese a correggere l'asimmetria informativa tra professionista e cittadino, per migliorare le relazioni fra l'Azienda e i vari portatori di interesse (stakeholders).

I Piani nazionali e quelli aziendali stanno accompagnando l'evoluzione organizzativa dell'Ente, costituitosi il 1° gennaio 2013 e sono integrati dai regolamenti che disciplinano il rapporto dell'Azienda sia con i propri dipendenti, che con i soggetti esterni che a qualsiasi titolo collaborano con la stessa.

I Piani Aziendali anticorruzione, come da linee guida ANAC, sono pubblicati all'interno del sito web istituzionale, nell'albero della Amministrazione Trasparente, nella sezione "altri contenuti", "Prevenzione della Corruzione", nonché nella sezione "Disposizioni Generali" e dell'avvenuta pubblicazione ne viene data comunicazione alla Regione Umbria, alla Prefettura territorialmente competente, al Collegio Sindacale, al Nucleo di Valutazione Aziendale, gli Enti del Terzo settore e tutti gli operatori aziendali.

12. ADEMPIMENTI IN MATERIA DI TRASPARENZA

a) Accesso

In adempimento di quanto previsto dalla vigente normativa, il Responsabile della Trasparenza effettua un costante monitoraggio delle richieste di accesso pervenute, prestando la propria attività di consulenza giuridica ai Servizi coinvolti.

Nell'ambito dell'attività di monitoraggio, il Responsabile della Trasparenza predispone il registro degli accessi, che viene pubblicato semestralmente nel sito aziendale – *Sezione trasparenza- Altri contenuti - accesso civico e documentale – Registro degli accessi*, in ottemperanza alla Circolare N. 2/2017 del Ministro per la Semplicazione e al Pubblica amministrazione.

Nel corso dell'anno 2020 sono pervenute n. 12 richieste di accesso generalizzato e nessuna di accesso civico semplice.

Si evidenzia che, a volte, pervengono richieste di accesso civico generalizzato alle quali l'Amministrazione risponde con una certa difficoltà, in quanto ciò impone agli Uffici addetti, già gravati peraltro dall'emergenza sanitaria dovuta alla pandemia, un carico di lavoro eccessivamente oneroso.

Si sottolinea che l'Azienda non ha mai opposto rifiuti alle varie richieste, evadendo le stesse nei tempi previsti; ciò, nonostante l'art. 22 del Regolamento Aziendale in materia di accesso, conformemente a quanto stabilito dal Punto 4.2 della Delibera ANAC n. 1309/2016 e dal Punto 7 lett. d) della Circolare del Ministro per la Pubblica Amministrazione, stabilisca che *“l'Amministrazione si riserva di valutare l'ammissibilità di domande di accesso civico generalizzato relative ad un numero irragionevole di documenti, imponendo così un carico di lavoro tale da paralizzare in modo sostanziale il buon funzionamento dell'attività pubblica. Il rifiuto deve essere adeguatamente e concretamente motivato”*.

b) Obblighi di pubblicazione

Anche l'attenzione prestata dalla USL Umbria 1 all'adempimento degli obblighi di pubblicazione è massima.

Il Responsabile della Trasparenza effettua periodicamente il monitoraggio sulle pubblicazioni obbligatorie da parte dei Servizi competenti e fornisce un costante supporto sia giuridico sia tecnico al personale ed ai Dirigenti.

Si sottolinea, in particolare, la collaborazione fattiva e continua con i Servizi competenti per le pubblicazioni al fine di chiarire dubbi interpretativi delle diverse normative.

Si evidenzia, inoltre, che l'attività di pubblicazione si aggiunge alle quotidiane attività istituzionali che gravano sui singoli Servizi e particolare difficoltà è stata registrata in questo ultimo periodo durante l'emergenza sanitaria.

Il Responsabile della Trasparenza svolge, inoltre, due volte all'anno, le verifiche sulle pubblicazioni dei dati ad opera delle Società partecipate sui relativi siti.

Le verifiche sono state effettuate nei confronti di *“Istituto Prosperius Tiberino”*, di *“Umbria Salute SCARL”* e di *“Umbria Digitale Scarl”*.

Altra attività a carico del Responsabile della Trasparenza, è l'aggiornamento annuale la tabella con l'indicazione dei Responsabili della pubblicazione, che viene allegata al PTPCT.

b) Rapporti tra “Trasparenza” e “Trattamento dei dati personali”

Anche per l'anno 2020 è stata proficuo e continuo il raccordo tra il Responsabile della Trasparenza ed il Responsabile della Protezione dei Dati Personali.

L'attività di pubblicazione dei dati sui siti *web* per finalità di trasparenza, anche se effettuata in presenza di idoneo presupposto normativo, deve comunque avvenire nel rispetto di tutti i principi applicabili al trattamento dei dati personali contenuti all'art. 5 del Regolamento Europeo per il Trattamento dei Dati personali n. 679/2016 (liceità, correttezza e trasparenza; minimizzazione dei dati; esattezza; limitazione della conservazione; integrità e riservatezza, adeguatezza, pertinenza e limitazione a quanto necessario rispetto alle finalità per le quali i dati personali sono trattati).

Al fine di non incorrere in violazioni della *privacy*, che potrebbero comportare l'apertura della procedura di *Data Breach* con conseguenti eventuali sanzioni a carico dell'Ente, il Responsabile della Trasparenza collabora strettamente con il Responsabile della Protezione dei Dati Personali, il quale fornisce il proprio supporto, sia in merito alle richieste di accesso civico generalizzato, qualora le stesse riguardino profili attinenti alla protezione dei dati personali, sia in merito a problematiche legate agli obblighi di pubblicazione, in applicazione di quanto previsto dall'art. 7 bis, co. 4, del D. L.vo 33/2013 il quale dispone che *«Nei casi in cui norme di legge o di regolamento prevedano la pubblicazione di atti o documenti, le pubbliche amministrazioni provvedono a rendere non intelligibili i dati personali non pertinenti o, se sensibili o giudiziari, non indispensabili rispetto alle specifiche finalità di trasparenza della pubblicazione»*.