

Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2026-2028

ai sensi del decreto legge 80 del 9 giugno 2021
come convertito con la legge n.113 del 6 agosto 2021

PREMESSA.....	3
SIGNIFICATO DEL PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE	5
1.SCHEDA ANAGRAFICA- IDENTITÀ DELL’AZIENDA USL UMBRIA N. 1	10
CHI SIAMO	10
MISSIONE.....	11
IL CONTESTO	12
LA SALUTE CHE PRODUCIAMO	14
PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITÀ PUBBLICA	14
ASSISTENZA DISTRETTUALE	17
ASSISTENZA OSPEDALIERA.....	26
2. VALORE PUBBLICO	38
CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE	45
RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA	53
3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	58
L'ORGANIZZAZIONE AZIENDALE.....	58
RISORSE UMANE	61
PIANO ORGANIZZATIVO LAVORO AGILE (POLA)	63
LINEE PROGRAMMATICHE DEL PIANO DELLE AZIONI POSITIVE	73
4. DIGITALIZZAZIONE.....	77
5.MONITORAGGIO	79

Premessa

La programmazione aziendale si articola, ormai da tempo, attraverso un sistema integrato di strumenti e atti di indirizzo che consentono di pianificare in modo organico le attività e i servizi, individuare le priorità strategiche, definire tempistiche coerenti per il loro raggiungimento e verificarne nel tempo gli esiti.

Un'impostazione di questo tipo rappresenta un fattore determinante per il miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia delle aziende e delle amministrazioni, ma deve necessariamente essere adattata al contesto politico, sociale ed economico di riferimento, che evolve in funzione del momento storico e del territorio.

Gli effetti delle emergenze sanitarie degli anni passati, unitamente alle dinamiche economiche e geopolitiche che hanno interessato il quadro nazionale e internazionale, hanno inciso in maniera significativa sull'organizzazione e sulla sostenibilità del Sistema Sanitario Regionale e delle singole Aziende. Tali criticità risultano tuttora evidenti, in particolare sotto il profilo economico-finanziario. In un contesto caratterizzato da risorse sempre più limitate, una programmazione efficace non può prescindere da un ripensamento strutturale dei servizi, volto a garantire una maggiore coerenza tra fabbisogni assistenziali, offerta sanitaria e disponibilità di risorse.

Il Piano Sanitario Regionale, approvato con DGR Umbria n. 793 del 01/08/2022, ha delineato il quadro di riferimento e gli indirizzi strategici per la ridefinizione del Sistema Sanitario Regionale nel medio-lungo periodo, in coerenza con gli obiettivi e le linee di intervento del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

L'attuale congiuntura economica ha reso necessario l'adozione di specifiche misure finalizzate ad assicurare l'erogazione delle prestazioni comprese nei LEA nel rispetto dei principi di efficienza, efficacia e appropriatezza, salvaguardando al contempo l'equilibrio economico-finanziario della gestione.

In tale quadro si collocano gli interventi di riorganizzazione avviati negli ultimi anni, tra cui il riassetto della rete dell'emergenza-urgenza, l'istituzione di un Centro Unico per la formazione e la valorizzazione delle risorse umane, nonché la revisione dell'organizzazione ospedaliera e territoriale delle Aziende Sanitarie Umbre, in attuazione delle disposizioni contenute nella DGR n. 1399 del 28/12/2023, recante il "Provvedimento generale di programmazione della Rete Ospedaliera regionale ai sensi del D.M. 70/2015 – Allineamento alla DGR 212/2016 – Terzo Polo. Integrazione Ospedale/Territorio", e nella DGR n. 796 del 07/08/2024, di aggiornamento del "Piano di Efficientamento e Riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale 2022-2024". A tali atti ha fatto seguito l'adozione della Delibera del Direttore Generale n. 1085 del 30/09/2024, di approvazione del Programma Operativo Aziendale 2024.

All'interno di uno scenario in costante evoluzione e caratterizzato da un elevato grado di incertezza, soprattutto in relazione alla disponibilità delle risorse, risulta complesso definire una programmazione pienamente definitiva; pertanto, le previsioni contenute nel presente Piano potranno essere oggetto di aggiornamento in funzione dei futuri sviluppi del contesto di riferimento.

Resta tuttavia possibile individuare alcune Macro-Aree Strategiche di intervento sulle quali concentrare l'azione anche nel medio-lungo periodo, con l'obiettivo di valorizzare le nuove risorse e i nuovi assetti organizzativi e rafforzare in modo strutturale la capacità del sistema di rispondere ai bisogni assistenziali della popolazione.

Questo il fine precipuo del **Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)** che di seguito si andrà a declinare, nella logica di semplificazione voluta dal legislatore, in un'ottica di snellimento burocratico ed amministrativo.

Il documento è composto di cinque parti corrispondenti alle macro-aree/sezioni di riferimento. La prima (elaborata a cura del Servizio di Programmazione Sanitaria e Gestione dei Flussi Informativi Sanitari) illustra in breve l'**Azienda** e le principali attività svolte ("chi siamo", "cosa facciamo" e "la salute che produciamo").

La seconda è focalizzata sul concetto di **Valore Pubblico** inteso in termini di benessere della cittadinanza nella sua peculiare declinazione in obiettivi di salute pubblica (a cura del Servizio U.O. Programmazione Sanitaria e Gestione dei Flussi Informativi Sanitari) e sua massimizzazione attraverso un sistema integrato di rafforzamento della performance in condizioni di trasparenza e riduzione dei rischi corruttivi (a cura delle specifiche funzioni professionali di riferimento).

Nella terza parte si concentra l'attenzione sul **capitale umano**, prezioso ed indispensabile a garantire i Livelli Essenziali di Assistenza (a cura dei due Servizi: U.O. Risorse Umane - Trattamento Giuridico - Economico Personale Dipendente e Convenzionato e U.O. Formazione del Personale e Sviluppo Risorse).

La quarta parte, sezione **digitalizzazione**, individua e sintetizza i progetti volti ad una maggiore dematerializzazione della documentazione clinica e all'aumento del livello di accessibilità digitale (a cura del Servizio U.O. Tecnologie Informatiche e Telematiche).

La quinta definisce i percorsi e i termini del **monitoraggio** degli obiettivi sopra individuati.

Il Piano viene pubblicato sul sito web istituzionale dell'Azienda (<http://www.uslumbria1.it>) nella sezione "Amministrazione Trasparente" e sul Portale Nazionale Governativo.

Nel documento sono presenti in forma integrata il Piano delle Performance, il Piano delle Azioni Positive e il Piano Organizzativo del lavoro Agile, in allegato il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e per il Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale si rinvia alla Delibera n. 97 del 28/01/2026 "PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE 2026 – 2028. ADOZIONE PROVVISORIA".

Significato del Piano Integrato di Attività e Organizzazione

Il **decreto legge 80 del 9 giugno 2021** (convertito con legge n. 118 del 6/08/2021) emanato al fine di rispondere alle esigenze di rafforzamento della capacità funzionale della pubblica amministrazione e di supporto agli interventi previsti nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, ha previsto, all'art. 6, l'adozione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO). Il Piano, documento programmatico di durata triennale, declinato annualmente secondo gli indirizzi strategici regionali, ha l'obiettivo di assorbire, razionalizzandone la disciplina in un'ottica di massima semplificazione, molti degli atti di pianificazione cui sono tenute le amministrazioni. In particolare, in esso confluiscono, in una visione integrata e strategica, volta a garantire l'ottimizzazione del valore pubblico, il Piano delle Performance, il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, il Piano Triennale del Fabbisogno del Personale e Il Piano di Organizzazione del Lavoro Agile.

L'integrazione sinergica in un unico documento dei vari Piani e le specifiche attività trasversali, quali, ad esempio, la formazione e digitalizzazione del sistema, consente una visuale d'insieme del **ciclo di gestione della performance**. Il PIAO permette di definire gli obiettivi principali dell'azienda, con una particolare proiezione verso la performance aziendale, condizionata anche dalla attuazione delle indicazioni in ambito anticorruzione, trasparenza, digitalizzazione e valorizzazione del personale.

Il Piano viene strutturato consentendo una rappresentazione della programmazione comprensibile agli stakeholders, in modo tale da rendere noti al cittadino gli obiettivi, le azioni e i risultati che l'Azienda intende perseguire.

Essendo un atto di programmazione pluriennale per il triennio 2026-2028, con pianificazione delle attività per l'anno in corso, il Piano è modificabile con cadenza annuale in relazione a:

- obiettivi strategici ed operativi per la programmazione annuale;
- modifiche del contesto interno ed esterno di riferimento;
- modifica della struttura organizzativa e, più in generale, delle modalità di organizzazione e funzionamento dell'Azienda.

Il presente Piano si pone inoltre la finalità di rappresentare e di rendere pubblico l'insieme dei processi e delle azioni (Performance Organizzativa) attraverso cui l'Azienda intende raggiungere gli obiettivi volti alla soddisfazione dei bisogni di salute della collettività. La programmazione delle attività deve essere effettuata proseguendo e consolidando le iniziative intraprese negli anni precedenti, nonché attivando azioni in linea con la normativa ed i documenti di

programmazione nazionale e regionale. Gli indirizzi, gli obiettivi strategici ed operativi ed i relativi indicatori per la misurazione della Performance Organizzativa si intersecano con la programmazione delle risorse finanziarie ed umane e con la pianificazione di strumenti volti ad implementare la trasparenza e l'anticorruzione in una logica sinergica volta al risultato più efficiente ed efficace.

Di seguito vengono riportati i documenti normativi di maggior rilievo sul piano nazionale e regionale.

Tra i documenti di **programmazione nazionale** si ricordano:

- Decreto n. 70 del 02/04/2015 relativo al Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi dell'assistenza ospedaliera.
- DPCM 12/01/2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502".
- Legge n. 119 del 31/07/2017 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, recante disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale".
- Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa per il triennio 2019-2021, Presidenza del Consiglio dei Ministri 20/02/2019.
- Decreto Legge n. 80 del 9 giugno 2021 - Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia, convertito con la Legge n. 113 del 6 agosto 2021.
- Decreto-Legge 30 aprile 2022 n. 36 "Ulteriori misure urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza".
- Decreto Ministero della Salute n. 77 del 23 maggio 2022 (DM 77/2022) pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n.144 del 22 giugno 2022, "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale".
- Decreto interministeriale 30 Giugno 2022 n. 132, "Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione".
- Decreto-Legge del 24 febbraio 2023, n. 13 "Disposizioni urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e del Piano nazionale degli investimenti complementari al PNRR (PNC), nonché per l'attuazione delle politiche di coesione e della politica agricola comune".
- Legge 30 dicembre 2023, n. 213 Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2024 e bilancio pluriennale per il triennio 2024-2026.
- Decreto Ministero della Salute 25 novembre 2024 "Definizione delle tariffe relative all'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica"
- Legge di Bilancio n. 265 30 dicembre 2025.

- Decreto-legge 31 dicembre 2025, n. 200 "Milleproproghe 2026"

I principali documenti di **programmazione regionale** a cui fare riferimento sono:

- DGR 214 del 20.02.2019 avente ad oggetto: "Deliberazione di Giunta Regionale n. 1516 del 20.12.2018 - Linee attuative".
- DGR 374 del 13.05.2020 "Linee Guida per la gestione della ripresa dell'assistenza sanitaria regionale".
- DGR 483 del 19.06.2020 avente oggetto "Piano di Riorganizzazione emergenza COVID 19 - Potenziamento rete ospedaliera (ai sensi dell'art.2 del decreto legge 19 maggio 2020 n. 34).
- DGR 710 del 05.08.2020 "Piano di Potenziamento e Riorganizzazione della Rete Assistenziale Territoriale (art 1 decreto-legge 19 maggio 2020 n. 34, conversione legge n.77 del 17 luglio 2020)".
- DGR 711 del 05.08.2020 "Piano operativo per il recupero delle prestazioni sospese e/o ridotte in periodo di lock-down".
- DGR 916 del 14.10.2020 "DGR 710/2020 "Piano di potenziamento e riorganizzazione della rete assistenziale territoriale (art1 decreto-legge 10 maggio 2020 N. 34, conversione legge n. 77 del17 luglio 2020). Aggiornamento".
- DGR 924 del 16.10.2020 "Strategie nell'utilizzo della rete ospedaliera in fase di ripresa epidemica".
- DGR 1249 del 10.12.2021 " *Attuazione Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Missione 6*".
- DGR 1297 del 23.12.2020 recante "Indirizzi vincolanti alle Aziende Sanitarie Regionali per la predisposizione del Bilancio di previsione per l'esercizio 2021".
- DGR 1319 del 31.12.2020 recante "Piano vaccinale Regione Umbria".
- DGR 469 del 22.05.2021 " Piano Assistenza Ospedaliera - Dotazione Posti Letto e Ripresa Attività".
- DGR 482 del 27.05.2021: Adozione del documento "Piano Vaccinazioni ANTI COVID-19: prosecuzione campagna".
- DGR 1249 del 10.12.2021 "Attuazione Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Missione 6".
- DGR 1251 del 10.12.2021: " Accordi contrattuali tra le strutture erogatrici pubbliche e tra le Aziende USL e le strutture private che intrattengono rapporti con il Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2021 e linee guida controlli 2020/2021".
- DGR 96 del 09.02.2022 avente oggetto "Rimodulazione del Piano di Riorganizzazione della rete ospedaliera adottato con Delibera di Giunta Regionale 483 del 19.06.2020 ai sensi dell'art.2 del decreto legge 19 maggio 2020 n. 34".

- DGR 472 del 18.05.2022 “Piano regionale di Governo delle liste di attesa per il triennio 2022-2025”.
- DGR 793 del 01.08.2022 “Piano Sanitario 2022-2026”.
- DGR 1020 del 05.10.2022 “Centro Unico di formazione e valorizzazione delle risorse umane. Approvazione Piano unico di formazione regionale. Sperimentazione periodo settembre - dicembre 2022”.
- DGR 1024 del 05.10.2022 “Piano di Efficientamento e Riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale 2022-2024. Determinazioni”.
- DGR 1174 del 09.11.2022 “Istituzione del Dipartimento Interaziendale Regionale di Emergenza urgenza - nuovo assetto organizzativo della rete regionale dell'emergenza - urgenza. Determinazioni”.
- DGR 1418 del 30.12.2022 Revisione della DGR n. 212 del 29/02/2016, recante “Provvedimento generale di programmazione di adeguamento della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati (pubblici e privati) ed effettivamente a carico del Servizio Sanitario regionale attuativo del Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera (D.M. 2 Aprile 2015, n. 70) Preadozione”.
- DGR 184 del 22.02.2023 avente ad oggetto: “Linee guida per la stipula degli accordi contrattuali tra le strutture erogatrici pubbliche e tra le Aziende USL e le strutture private che intrattengono rapporti con il Servizio Sanitario regionale per l'anno 2023”.
- DGR 437 del 26/04/2023 avente ad oggetto “Piano operativo straordinario di recupero delle liste di attesa e recepimento dell'accordo, ai sensi dell'articolo 4, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante “linee di indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato”, sancito dalla conferenza permanente stato-regioni nella seduta del 9 luglio 2020”.
- DGR n. 1399 del 28/12/2023, avente ad oggetto “Provvedimento generale di programmazione della Rete Ospedaliera regionale ai sensi del D.M. 70/2015 - Allineamento alla DGR 212/2016 - TERZO POLO. Integrazione Ospedale/Territorio”.
- DGR n. 1406 del 28/12/2023 avente ad oggetto “Linee di indirizzo regionali per il regolamento di sala operatoria. Adozione”.
- Legge Regionale n. 16 25/09/2024, n. 16 – Modifiche e integrazioni alla legge regionale 9/2015
- DD Direzione Regionale Salute e Welfare n. 2995 del 15/03/2024, avente ad oggetto “Tavolo di monitoraggio a livello regionale dell'attuazione del Provvedimento generale di programmazione della Rete Ospedaliera regionale ai sensi del D.M. 70/2015 - Allineamento alla DGR 212/2016 -TERZO POLO. Integrazione Ospedale/Territorio. Approvazione obiettivi e indicatori”.

- DGR n. 796 del 07/08/2024, "DGR 1024/2022 avente ad oggetto: " Piano di Efficientamento e Riqualficazione del Sistema Sanitario Regionale 2022-2024. Determinazioni - Aggiornamento per scorrimento anno 2024".
- DGR n. 801 del 7/08/2024, "Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2024".
- DGR n. 776 del 31/07/2025 "Integrazione al Finanziamento del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2025 – ulteriori indicazioni per la programmazione annuale delle Aziende Sanitarie".
- DGR n. 825 del 13/08/2025 "Accordi contrattuali per l'assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale - Determinazione dei tetti di spesa per l'anno 2025".
- DGR. n. 403 del 7/05/2025 avente ad oggetto" Aziende Sanitarie regionali - Assegnazione obiettivi per l'anno 2025".

Con DGR n. 793 del 01/08/2022 la Giunta Regionale ha adottato il **Piano Sanitario Regionale 2022-2026** che si propone l'adozione di sei strategie volte a dar compimento e realizzazione a quelle che vengono individuate come le 12 priorità del Sistema Sanitario Regionale. Le strategie consistono, in particolare, nella semplificazione ed integrazione dei vari servizi e governance al fine di garantire maggiore universalità, omogeneità ed efficienza delle prestazioni a misura del cittadino, senza tralasciare l'attenzione al personale del Sistema Sanitario Regionale.

La Programmazione regionale ed aziendale sarà volta all'adozione di nuovi modelli organizzativi con maggior trasferimento di risorse per il potenziamento del territorio, a cui dovrà corrispondere la ridefinizione, riorganizzazione e ammodernamento della rete ospedaliera, il tutto in coerenza con quanto previsto dalla nuova programmazione delle reti ospedaliere e territoriali.

Da un punto di vista più prettamente organizzativo il Piano ha declinato gli obiettivi di semplificazione e coordinazione assunti in una concreta rimodulazione territoriale delle unità distrettuali. Vengono altresì inserite nuove figure e organi con lo scopo precipuo di garantire maggior omogeneità dei servizi nei territori di riferimento. A titolo esemplificativo si fa riferimento al Coordinatore dei distretti nonché al Comitato Regionale di Valutazione - C.RE.VA. (di recente istituzione) e all'infermiere di famiglia e di comunità. Inoltre, Il Piano punta sullo sviluppo della sanità digitale e sull'implementazione di una rete volta all'integrazione socio sanitaria, nonché all'adozione di un sistema di accreditamento delle strutture sociali, in coerenza con quello già previsto nel Testo Unico per le strutture sanitarie. Ratio di siffatta integrazione è quella di rendere più specifica e funzionale la missione dell'ospedale e dell'emergenza e quella dell'assistenza territoriale, sì da differenziarle in una logica di "continuità di cura".

In un tale contesto sarà prevista la trasformazione della medicina territoriale, centrale nella gestione della sanità, con particolare riferimento al potenziamento e all'integrazione

dell'equipe dei medici dei MMG, le AFT (anche pediatriche) e UCPP con i più recenti modelli di Ospedale e Casa di Comunità, per attuare a pieno la medicina d'iniziativa, secondo il Chronic Care Model, per una gestione pro-attiva della cronicità.

D'altro canto l'Ospedale sarà il luogo di cura delle acuzie in grado di rispondere ai casi complessi e di alta specializzazione, che richiedono approcci multidisciplinari.

Attualmente, pur non essendo stato ancora adottato formalmente, è in fase di elaborazione e confronto istituzionale l'aggiornamento del **Piano Socio-Sanitario Regionale dell'Umbria**.

Il Piano è orientato al rafforzamento dell'assistenza territoriale e all'integrazione tra servizi sanitari, sociali e sociosanitari.

Particolare attenzione è dedicata alla presa in carico delle cronicità, della non autosufficienza e delle fragilità sociali.

Sono centrali lo sviluppo delle Case della Comunità, degli Ospedali di Comunità e dell'assistenza domiciliare.

Il Piano valorizza inoltre l'uso della telemedicina e degli strumenti digitali per migliorare per migliorare accessibilità e continuità delle cure.

1.SCHEDA ANAGRAFICA- Identità dell'Azienda USL Umbria n. 1

Sezione a cura della UO Programmazione Sanitaria e Gestione Flussi Informativi Sanitari

Chi siamo

Con Legge Regionale del 12.11.2012 n. 18 "Ordinamento del Servizio sanitario Regionale", come riconfermato dal "Testo unico in materia di Sanità e Servizi sociali" 2015 e modifiche, è stato istituito dal 1 gennaio 2013, il nuovo soggetto giuridico "Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria n. 1", nato dalla fusione, delle ex ASL n. 1 e n. 2 e che subentra in tutti i rapporti giuridici attivi e passivi delle ex Aziende, di cui alla Legge Regionale 3/98. Questa Azienda, nel corso del 2013, ha attuato il processo di unificazione procedendo ad una graduale riorganizzazione dei servizi, in considerazione del primario e prioritario obiettivo della continuità dell'attività istituzionale legata al funzionamento dei Dipartimenti, Servizi, Unità Operative ed Uffici, afferenti alle soppresses USL. Con l'unificazione del sistema contabile/informatico, dal 01/01/2014, si è completato, dal punto di vista economico/finanziario, il complesso iter di fusione delle due Aziende. Il processo di integrazione è comunque in continua evoluzione in un'ottica di costante razionalizzazione, verifica, revisione e perfezionamento delle procedure aziendali.

La sede legale dell'Azienda USL Umbria n. 1 è sita in Perugia, con indirizzo in Via Guerriero Guerra n. 21/17, con recapiti dei centralini telefonici **075 5411 - 075 85091 - 075 9270801**.

L'azienda è contraddistinta dal seguente logo, che la identifica chiaramente quale componente del Sistema Sanitario Regionale Umbro:

Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria n.1

Il Portale Web Istituzionale è <https://www.uslumbria1.it>;

l'indirizzo di posta certificata è: aslumbria1@postacert.umbria.it;

il numero di partita IVA è C.F. 03301860544;

l'indirizzo email dell'URP (Ufficio Relazioni col Pubblico) è urp@uslumbria1.it.

L'Atto Aziendale è stato approvato con la delibera n.914/2014; nel 2016, con Delibera n. 1256 del 09.11.2016 è stato ridefinito l'intero assetto organizzativo aziendale; successivamente, si è provveduto ad integrare l'Atto, relativo alla individuazione delle Strutture Complesse, con la Delibera 284 del 08.03.2017 e Delibera n. 794 del 08.06.2017; infine, si è avuta una ulteriore riformulazione e integrazione dell'Atto Aziendale con la Delibera n. 1504 del 15.11.2017.

Missione

La **missione** dell'Azienda USL Umbria n.1 consiste nel promuovere e tutelare la salute degli individui e della collettività che vive e lavora nel suo territorio, anche attraverso politiche orientate alla diffusione di stili di vita salutari, assicurando i livelli essenziali di assistenza, nell'ambito delle indicazioni normative e programmatiche nazionali e regionali, nel rispetto dell'equilibrio economico finanziario della gestione.

L'Azienda assume il governo clinico come strategia per la costruzione di appropriate relazioni funzionali tra le responsabilità cliniche ed organizzative per il miglioramento della qualità dell'assistenza in tutte le sue dimensioni. Garantisce la propria azione nel rispetto della privacy, con riguardo all'umanizzazione dei servizi, promuovendo la sicurezza delle cure e lo sviluppo continuo del sistema, con attenzione all'innovazione tecnologica ed organizzativa.

Nell'adempire alla sua missione istituzionale l'Azienda si ispira ai **seguenti principi**:

- appropriatezza delle prestazioni erogate;
- efficacia delle prestazioni erogate;
- equità di accesso alle prestazioni;
- trasparenza e miglioramento condiviso della qualità;
- efficienza organizzativa e produttiva;
- tempestività dell'azione;
- coinvolgimento degli operatori nella responsabilizzazione al risultato, favorendone anche il senso di appartenenza;
- soddisfazione dei cittadini/utenti;

- continua crescita professionale degli operatori;
- salvaguardia dell'ambiente di lavoro e naturale.

Il contesto

L'Azienda USL Umbria 1 è un'Azienda Sanitaria Territoriale che, allo stato attuale, assiste l'area più vasta e popolosa della Regione, opera su un territorio avente una superficie complessiva di 4.298,38 Km², dove insistono 38 Comuni suddivisi nei sei distretti

Suddivisione in Distretti dei 38 Comuni della Azienda USL Umbria n.1

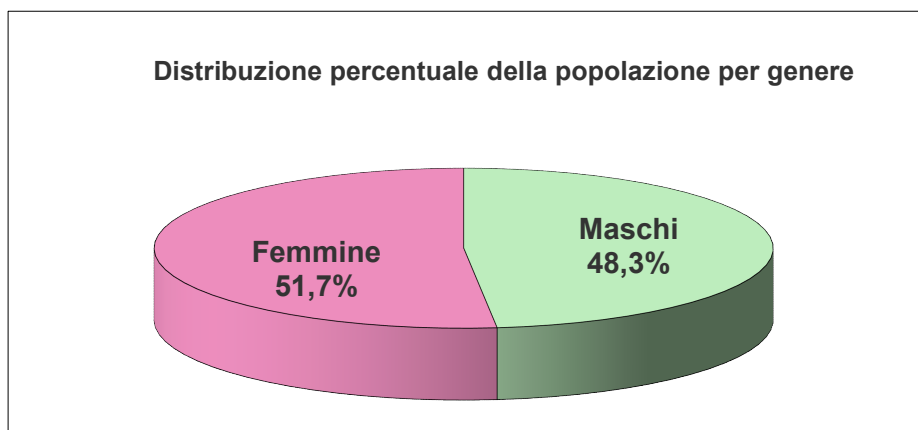


La popolazione residente, complessivamente, al 1 Gennaio 2025, ammonta a **488.009 abitanti** (Fonte ISTAT) e rappresenta il **57,28%** dell'intera popolazione regionale (**851.954**).

Popolazione Residente 1 gennaio 2025 (Fonte ISTAT)

COMUNI	POPOLAZIONE RESIDENTE	SUPERFICIE KM. Q.	DENSITA' PER KM. Q.
DISTRETTO PERUGINO	190.638	551,49	345,68
DISTRETTO ASSISANO	60.402	384,37	157,15
DISTRETTO MEDIA VALLE TEVERE	55.286	781,16	70,77
DISTRETTO TRASIMENO	56.253	777,95	72,31
DISTRETTO ALTO TEVERE	73.788	987,25	74,74
DISTRETTO ALTO CHIASCIO	51.642	816,16	63,27
AZIENDA USL Umbria n.1	488.009	4.298,38	113,53

Analizzando la popolazione in base al sesso, la percentuale di donne 51,42% (250.924) è maggiore rispetto a quella degli uomini 48,58% (237.085).



Per quanto riguarda l'età, ha un peso significativo la popolazione ultrasessantacinquenne pari al 26,37%, che, richiede l'applicazione di misure che promuovano il mantenimento della dinamicità nei soggetti anziani riconosciuti come "risorsa", ovvero programmi per un invecchiamento attivo e in buona salute, inteso come "processo di ottimizzazione delle opportunità relative alla salute, partecipazione e sicurezza, allo scopo di migliorare la qualità della vita delle persone anziane".

Popolazione Residente al 1 gennaio 2025 per Distretto e fasce di età (Fonte ISTAT)

Fasce d'età	0-14		15-64		65-74		>74		Totale
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Distretto Perugino	22.374	11,74	120.101	63,00	21.745	11,41	26.418	13,86	190.638
Distretto Assisano	7.208	11,93	37.965	62,85	7.015	11,61	8.214	13,60	60.402
Distretto MVT	6.263	11,33	33.849	61,23	7.060	12,77	8.114	14,68	55.286
Distretto Trasimeno	6.244	11,10	34.290	60,96	7.303	12,98	8.416	14,96	56.253
Distretto Alto Tevere	8.673	11,75	45.404	61,53	9.422	12,77	10.289	13,94	73.788
Distretto Alto Chiascio	5.327	10,32	31.624	61,24	6.658	12,89	8.033	15,56	51.642
Totale	56.089	11,49	303.233	62,14	59.203	12,13	69.484	14,24	488.009

Cosa facciamo e come operiamo

Al fine di attuare la mission aziendale di promozione e tutela della salute degli individui e della collettività che risiede nel proprio territorio, l'Azienda USL Umbria n.1 assicura l'erogazione delle prestazioni comprese nei tre livelli essenziali di assistenza:

- Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica
- Assistenza Distrettuale
- Assistenza Ospedaliera

Di seguito si riporta sinteticamente l'analisi delle risorse e dell'attività erogata dai servizi dell'Azienda e si rimanda alla Relazione Sanitaria Annuale, pubblicata sul sito <https://www.uslumbria1.it> per un'analisi completa dell'assistenza erogata.

La salute che produciamo

Prevenzione collettiva e sanità pubblica

Il Dipartimento di Prevenzione (DP) è la struttura gestionale 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, attraverso azioni volte ad individuare e rimuovere le cause di nocività e di malattia di origine ambientale, umana ed animale.

Il Dipartimento di Prevenzione è articolato in macro-aree a cui afferiscono le Strutture Complesse e Semplici Dipartimentali:

- Sanità Pubblica: UOC Igiene e Sanità Pubblica (I.S.P.), UOSD Epidemiologia;
- Prevenzione nei Luoghi di Lavoro: UOC Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro (P.S.A.L.);
- Sanità Pubblica Veterinaria: UOC Sanità Animale (S.A.), UOC Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche (I.A.P.Z.);
- Sicurezza Alimentare: UOC Igiene degli Alimenti di Origine Animale (I.A.O.A.), UOC Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (I.A.N.).

Le Unità Operative Complesse e Unità Operative Semplici Dipartimentali assicurano la propria attività attraverso punti di erogazione in ognuno dei 6 ambiti distrettuali dell'Azienda.

Al Dipartimento di Prevenzione afferisce anche la U.O.C. Medicina dello Sport.

La tabella che segue fornisce una **sintesi dei principali Servizi dell'Area della Prevenzione**, evidenziandone le **funzioni fondamentali** e le **attività chiave**, al fine di offrire un quadro organico e immediatamente leggibile degli ambiti di intervento.

Servizio	Funzione principale	Attività chiave
Igiene e Sanità Pubblica (ISP)	Tutela della salute della popolazione da rischi ambientali e sanitari	Sorveglianza epidemiologica; gestione emergenze sanitarie; programmi vaccinali (in particolare adulti); medicina del viaggiatore; controllo qualità acque; vigilanza piscine; controllo strutture collettive, abitazioni ed esercizi sulla persona; valutazioni ambientali <u>in collaborazione con ARPA</u>
Epidemiologia	Monitoraggio dello stato di salute della popolazione e valutazione degli interventi sanitari	Rapporti epidemiologici; sorveglianze (PASSI, PASSI d'Argento, OKkio alla Salute, HBSC/GYTS, 0-2 anni); gestione ReNCaM; integrazione banche dati; supporto al Piano della Prevenzione; formazione e produzione scientifica
Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (PSAL)	Tutela della salute e sicurezza dei lavoratori	Vigilanza D.Lgs. 81/08; indagini su infortuni e malattie professionali; monitoraggio esposizioni chimiche e fisiche; controlli amianto; piani regionali (REACH, WHP); assistenza e formazione
Sanità Animale (SA)	Tutela della salute animale e prevenzione delle zoonosi	Controllo anagrafi animali; certificazioni e movimentazioni; sorveglianza malattie animali; gestione emergenze epidemiche; randagismo e igiene urbana; controllo comportamentale cani morsicatori; attività di polizia giudiziaria
Igiene degli Alimenti di Origine Animale (IAOA)	Sicurezza degli alimenti di origine animale	Controllo stabilimenti; campionamento alimenti; certificazioni export; gestione allerte alimentari; prevenzione MTA; controllo filiera carni, latte, uova, miele e prodotti ittici
Igiene degli Alimenti e Nutrizione (IAN / SIAN)	Tutela del consumatore e prevenzione dei rischi nutrizionali	Controllo alimenti vegetali e bevande; sorveglianza nutrizionale; educazione alimentare; certificazioni export; vigilanza su alimenti per l'infanzia, prodotti dietetici, funghi, fitofarmaci
Igiene degli Allevamenti e Produzioni Zootecniche (IAPZ)	Tutela del benessere animale e sicurezza delle produzioni zootecniche (One Health)	Controlli allevamenti e trasporto animali; monitoraggio farmaci veterinari; controllo mangimi e sottoprodotti; sorveglianza sanitaria; certificazioni e allerte
Medicina dello Sport	Promozione della salute e prevenzione attraverso l'attività fisica	Accertamenti idoneità sportiva agonistica e non; visite cardiologiche di II livello; promozione attività fisica; prevenzione obesità; progetti regionali e scolastici

Estratto delle Attività del Dipartimento di Prevenzione

Indicatori di Attività	2022	2023	2024	2025
N° cantieri ispezionati	599	790	813	752
N° aziende controllate con sopralluogo	1202	1446	1542	1489
N. campionamenti/misurazioni di igiene industriale	552	676	706	489
N. indagini infortuni effettuate	101	95	106	90
N. indagini malattie professionali effettuate	36	75	71	74
N. aziende con controllo protocolli di sorveglianza sanitaria/cartelle sanitarie	63	155	144	136
N° controlli in stabilimenti di macellazione di carni rosse	1.425	1457	1.427	1.526
N° aziende del settore alimentare controllate	735	715	706	717
N° aziende di lavorazione/trasformaz./deposito di alimenti di origine animale controllate	93	85	87	87
N° aziende produz./trasformaz./confez./distribuz./somministr. alimenti/bevande controllate	378	482	615	568
N° allevamenti controllati per il corretto utilizzo del farmaco veterinario	175	167	174	227
N° ambulatori veterinari controllati	32	25	24	30
N° aziende di produzione, deposito e commercializ. del farmaco veterinario controllate	31	29	24	33
N° aziende produzione e commerc. di alimenti zootecnici controllate	78	81	98	142
N° sopralluoghi effettuati per sorveglianza di alimenti zootecnici	234	232	225	258
N° allevamenti da latte (produzione primaria) controllati	48	74	75	72
N° sopralluoghi effettuati per la tutela del benessere animale	249	271	175	265
N° allevamenti controllati per identificazione e registrazione (I&R)	182	243	230	219
N° certificazioni per stato sanitario bestiame (DdA, Traces, ...)	1540	5111	6242	9744
N° interventi Profilassi malattie infettive in allevamento	848	838	713	562
N° interventi Vigilanza permanente e sorveglianza epidemiologica	2552	2702	2749	2216
N° Focolai malattie infettive elencate (Reg. UE 2016/429) gestiti	6	8	6	44
N° cani e gatti sterilizzati	1.946	2.021	2.066	1.914
N° visite medico-sportive	8.615	9.566	10.051	10.369
N° strutture sanitarie controllate	218	206	240	282
N° campioni su captazione acque destinate al consumo umano effettuati	128	224	147	104
N° campioni su manufatti di trattamento/accumulo di acque destinate al consumo umano effettuati	52	85	53	103
N° campioni acque potabili effettuati in distribuzione	1850	2207	1627	1915
N° progetti educativi/formativi per la promozione di una sana alimentazione	3	4	5	6
N° aziende del settore alimentare controllate	735	715	706	717
N° interventi ispettivi di verifica e promozione della qualità nutrizionale dei pasti erogati nella ristorazione collettiva assistenziale/scolastica	19	18	18	18

Coperture vaccinali

Indicatori di Attività	2022	2023	2024	2025
Tasso di copertura per la vaccinazione esavalente	96,61	96,7	96,96	96,98
Tasso di copertura vaccinale per meningococco C (entro 24° mese di vita)	88,02	92,01	90,85	92,47
Tasso di copertura vaccinale per MPR (1 ^a dose)	95,36	96,12	95,21	96,28
Tasso di copertura vaccinale per pneumococco	94,63	94,76	94,96	94,59
Tasso di copertura vaccinale per 1° dose HPV F	81,96	84,88	85,52	84,96

Di seguito il numero dei questionari somministrati per ciascuna sorveglianza effettuata dal Servizio di **Epidemiologia** nell'ultimo quinquennio.

Riepilogo attività sorveglianza	2022	2023	2024	2025
N Questionari PASSI somministrati validati (rilevazione in continuo)	400	400	401	468
N Questionari PASSI d'Argento somministrati validati (rilevazione in continuo)	300	300	300	351
N Questionari Sorveglianza 0-2 anni somministrati validati (rilevazione triennale)	1200			1228
N Questionari OKkio alla salute somministrati validati (rilevazione triennale)		670		
N Questionari HBSC/GYTS somministrati validati (rilevazione quadriennale)	3900			

Per l'anno 2026 la **Promozione della Salute** ha previsto le seguenti azioni: pianificazione, progettazione, realizzazione, monitoraggio e valutazione degli interventi di promozione della Salute in conformità al piano Regionale di Prevenzione 2020-2025 nel setting scolastico (attraverso la Rete delle scuole che Promuovono Salute) - nei luoghi di lavoro (Rete WHP) - e nelle Comunità (Invecchiamento Attivo); collaborazione alla definizione del nuovo Piano Regionale di Prevenzione.

Assistenza distrettuale

L'Azienda è articolata in sei Distretti, i quali presentano una struttura organizzativa basata su un modello che prevede l'articolazione in Centri di Salute, decentrati in molteplici Punti di Erogazione.

I **sei Distretti** dell'Azienda USL Umbria n.1 garantiscono, attraverso proprie strutture, la maggior parte delle attività previste dal Livello Essenziale di Assistenza "Assistenza Distrettuale":

l'assistenza dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, l'assistenza farmaceutica, l'assistenza domiciliare, l'attività di continuità assistenziale, l'assistenza specialistica ambulatoriale, l'assistenza consultoriale, l'assistenza riabilitativa, l'assistenza protesica, l'assistenza a persone con dipendenze patologiche, l'assistenza psichiatrica, l'assistenza socio-sanitaria. La programmazione nazionale e regionale ha incentivato, inoltre, lo sviluppo del ruolo dei Distretti nel "governo della domanda", al fine di riuscire a programmare efficacemente l'offerta di servizi e prestazioni, partendo da un'accurata analisi dei bisogni.

Nell'ambito dell'assistenza Territoriale, il Servizio Sanitario Nazionale garantisce alle persone con **dipendenze patologiche o comportamenti di abuso patologico di sostanze** la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato che include le prestazioni mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative previste dalle norme vigenti.

Tale assistenza è assicurata dai **Servizi per le Dipendenze operativi nei 6 territori aziendali**. E' garantito alle persone con disturbi psichiatrici la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato che include le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative previste dalle norme vigenti.

L'attività di promozione e tutela della salute mentale viene assicurata da 8 CSM, da strutture semiresidenziali (6 a gestione diretta e 2 convenzionate) e da strutture residenziali (18 a gestione diretta e 11 convenzionate).

Nell'Area Distrettuale l'Azienda ha operato mediante 175 strutture a gestione diretta e 74 strutture convenzionate insistenti sul territorio aziendale.

La tipologia di strutture e il tipo di assistenza erogata sono riassunte nelle seguenti tabelle.

DISTRETTO	CENTRI DI SALUTE	AFT	PUNTI UNICI DI ACCESSO
Distretto del Perugino	5	7	1
Distretto dell'Assisano	1	2	1
Distretto della MVT	2	3	1*
Distretto del Trasimeno	2	3	2
Distretto dell'Alto Tevere	2**	3	2**
Distretto dell'Alto Chiascio	2	2	2
TOTALE	14	20	9

*Per quanto attiene al Distretto della Media Valle del Tevere Con DD 3712 è stata attivata la Casa di Comunità a Todi con attivazione del PUA, ma per l'anno 2025 il PUA ha sempre lavorato con vocazione distrettuale.

** Per quanto attiene al Distretto Alto Tevere il Centro di Salute di Umbertide è diventato Casa di Comunità, con un Punto Unico di Accesso (PUA) proprio ed il Centro di Salute di Città di Castello che a breve diventerà Casa di Comunità.

Nei distretti sono stati attivati 6 Ospedali di Comunità (Città di Castello; Assisi; Città della Pieve; Gubbio; Marsciano; Perugia) e 6 Case di Comunità (Ponte San Giovanni; Umbertide; Marsciano; Magione; Todi).

Strutture a gestione diretta 2025 (Mod. STS11)

Descrizione tipo assistenza erogata	AMBULATORIO E LABORATORIO	CASA DELLA COMUNITÀ	STRUTTURA RESIDENZIALE	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE
ASSISTENZA AGLI ANZIANI			4	9	
ASSISTENZA AI DISABILI FISICI			1	7	
ASSISTENZA AI DISABILI PSICHICI				6	
ASSISTENZA ALLE PERSONE NELLA FASE TERMINALE DELLA VITA			1		1
ASSISTENZA DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE E DELL'ADOLESCENZA				2	10
ASSISTENZA PER DIPENDENZE PATOLOGICHE			1	1	8
ASSISTENZA PSICHIATRICA			20	9	11
ATTIVITÀ DI CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE					5
ATTIVITÀ DI OSPEDALE DI COMUNITÀ			5		
ATTIVITA' DI CONSULTORIO MATERNO-INFANTILE					22
ATTIVITA' CLINICA	46	4			2
ATTIVITA' DI LABORATORIO	8	1			
DIAGNOSTICA STRUMENTALE E PER IMMAGINI	12	3			3

(alcune strutture possono avere più tipologie di assistenza)

Strutture convenzionate 2025 (Mod. STS11)

Descrizione tipo assistenza erogata	AMBULATORIO E LABORATORIO	STRUTTURA RESIDENZIALE	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE
ATTIVITA' CLINICA	16		
ATTIVITA' DI LABORATORIO	5		
DIAGNOSTICA STRUMENTALE E PER IMMAGINI	17		
ASSISTENZA AGLI ANZIANI		16	2
ASSISTENZA AI DISABILI FISICI		1	3
ASSISTENZA AI DISABILI PSICHICI		5	5
ASSISTENZA PER DIPENDENZE PATOLOGICHE		3	1
ASSISTENZA PERSONE CON INFEZIONE DA HIV		1	
ASSISTENZA PSICHIATRICA		11	2

(alcune strutture possono avere più tipologie di assistenza)

Istituti o centri di riabilitazione convenzionati ex art.26 L.833/78 - 2024 (Mod. RIA 11)

Codice struttura	Denominazione struttura	Posti letto - Assistenza residenziale	Posti letto - Assistenza semiresidenziale
100A01	COMUNITA' CAPODARCO RESIDENZ.	24	0
100A03	COMUNITA' CAPODARCO SEMIRESID.	0	10
100B01	ISTITUTO SERAFICO	86	30
100B02	CENTRO SPERANZA	6	60
100B03	C.R.SERENI-OPERA DON GUANELLA	60	60
100B04	ISTITUTO PADRE L. DA CASORIA	16	0

L'Azienda garantisce assistenza nel territorio anche mediante la medicina generale/pediatri di libera scelta, i Medici di Continuità Assistenziale e i medici di Emergenza Territoriale e gli specialisti convenzionati.

Ospedali di Comunità

Distretto	Ospedale di Comunità	Posti Letto	Anno apertura	Mese apertura
Alto-Tevere	Ospedale di Comunità Città di Castello	16	2024	01
Alto-Chiascio	Ospedale di Comunità Distretto Alto Chiascio	14	2024	01
Assisano	Ospedale di Comunità Assisi	14	2024	07
Trasimeno	Ospedale di Comunità Città della Pieve	15	2024	01
Media Valle del Tevere	Ospedale di Comunità Marsciano	20	2023	01
Perugino	Ospedale di Comunità Seppilli		2025	12

Assistenza Territoriale: Attività di Distretto

Assistenza Distrettuale - Azienda USL Umbria n.1	2023	2024	Primi Nove Mesi 2025
N. casi totali ADI	9.598	10.997	10.014
% anziani in C.D.con valutazione sulla popolazione anziana(>= 65 aa)MeS_B28.1.2	6,89	7,91	7,05
N. accessi ADI	248.002	295.151	234.495
N. casi ADI 4° livello - Cure Palliative	50	1	1
n° posti letto deliberati (hospice)	10	10	10
n° utenti ammessi nel periodo (hospice)	200	204	170
n° utenti dimessi nel periodo (hospice)	200	204	170
n° giornate di presenza in Hospice	2.444	2.600	2.000
N. utenti totali Età Evolutiva	6.786	7.293	7.275
N. prestazioni totali Età Evolutiva	73.422	74.795	57.221
N° utenti ambulatoriali totali DCA	488	413	306
n° prestazioni ambulatoriali DCA	6.599	8.185	5.612
Numero prestazioni prodotte per esterni	6.169.344	6.448.984	4.835.951
N. utenti presenti inizio anno CD a gestione diretta	139	150	163
N. ammissioni CD a gestione diretta nel periodo	96	85	70
N. utenti presenti inizio anno RP a gestione diretta	87	82	88
N. ammissioni RP a gestione diretta nel periodo	20	42	26
N. giornate presenza RP a gestione diretta nel periodo	31.015	31.118	23.835
N. utenti presenti inizio anno RSA a gestione diretta	93	100	65
N. ammissioni RSA a gestione diretta nel periodo	832	343	194
Spesa netta assistenza farmaceutica convenzionata	62839878,3	66102752,75	49684910,03
Spesa per assistenza integrativa	4302789,44	5052216,47	3292056,76
Spesa procapite ass. integrativa	8,7879	10,3186	6,7321
Spesa protesica totale (conto 310/10/16, 310/10/18, 310/10/19, 310/10/20)	6976647,92	7725249,54	6123954,38

Nel triennio 2023-2025 l'assistenza distrettuale evidenzia un consolidamento dei volumi di attività, con un rafforzamento nel 2024, anno in cui si registrano **10.997 casi ADI** e **295.151 accessi**, rispetto ai **9.598 casi** e **248.002 accessi** del 2023. Migliora la presa in carico della popolazione anziana, con la percentuale di anziani valutati che passa dal **6,89% nel 2023 al 7,91% nel 2024**, mantenendosi su livelli elevati nel 2025 (**7,05%**). L'attività Hospice conferma una dotazione strutturale stabile (10 posti letto) e volumi coerenti con la programmazione, con **2.600 giornate di presenza nel 2024**.

I servizi per l'età evolutiva mostrano un incremento degli utenti (**7.293 nel 2024**) e delle prestazioni (**74.795**), mentre l'attività ambulatoriale DCA evidenzia una maggiore focalizzazione dell'assistenza, con una riduzione del numero di utenti (**413**) a fronte di un aumento delle prestazioni (**8.185**), indicativa di una più elevata intensità assistenziale. Le prestazioni prodotte per esterni si attestano nel 2024 su **oltre 6,4 milioni**, confermando un'elevata capacità erogativa complessiva.

Sul piano economico, l'andamento della **spesa farmaceutica convenzionata**, dell'**assistenza integrativa** e della **spesa protesica** risulta complessivamente coerente con i volumi di attività erogati e con l'evoluzione dei bisogni assistenziali, fornendo un quadro informativo adeguato a supporto della programmazione e della definizione degli obiettivi di budget e di performance per il 2026.

Usl Umbria n.1. Assistenza Distrettuale: Salute Mentale

Indicatori di Attività	2024	Primi Nove Mesi 2025
N. utenti CSM totali	10.009	9.345
N. utenti Str. Semiresidenziali SISM a gestione diretta già in carico inizio anno	180	180
N. ammissioni nel periodo in Str. Semiresidenziali SISM a gestione diretta	62	41
N. utenti Str. Residenziali SISM a gestione diretta già in carico inizio anno	131	131
N. ammissioni nel periodo in Str. Residenziali SISM a gestione diretta	52	60

Nel 2024 e nei primi nove mesi del 2025, i CSM hanno mantenuto elevata la presa in carico degli utenti (10.009 nel 2024; 9.345 nel 2025). Le strutture semiresidenziali e residenziali SISM hanno gestito in modo equilibrato i flussi in ingresso e gli utenti già in carico, fornendo una solida base per il monitoraggio della performance e la programmazione del budget 2026.

Riforma Assistenza territoriale

A cura della U.O. Direzione Attività Amministrative Territoriali

La deliberazione della Giunta regionale del 14 dicembre 2022 n.1329 descrive la riorganizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale in Umbria, attuata in risposta alle direttive nazionali del DM 77/2022 e finanziata attraverso i fondi del PNRR.

La riforma punta a superare la frammentazione dei servizi attraverso la creazione di nuove strutture di prossimità, tra cui Case della Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali (COT).

Come riportato anche in precedenza la USL Umbria 1 ha criticità demografiche ed è caratterizzata da un elevato indice di vecchiaia e da una distribuzione della popolazione disomogenea.

Il modello organizzativo quindi, introdotto dalla Riforma del DM 77/22 ha il valore di rispondere al complesso bisogno dei cittadini fragili ; introduce infatti figure chiave come l'infermiere di famiglia e Comunità e promuove l'integrazione tra servizi sanitari e sociali per garantire una presa in carico olistica del paziente. Infine, la strategia regionale di cui alla DGR 1329 prevede un forte impulso alla digitalizzazione e alla telemedicina per migliorare l'accessibilità alle cure anche nelle aree rurali e interne.

Pilastri della riorganizzazione territoriale

Il nuovo modello sanitario si fonda sulla riorganizzazione dell'assistenza territoriale con l'obiettivo di garantire l'adequatezza delle cure e il superamento delle disomogeneità locali.

I pilastri fondamentali di questo modello sono i seguenti:

- I Distretti Socio Sanitari: che hanno il compito di programmare e gestire la rete dei servizi sociosanitari e territoriali.
- Le Case della Comunità (CdC): che rappresentano anche il punto unico di accesso fisico per i cittadini, dove operano équipe multiprofessionali (MMG, PLS, infermieri e specialisti) per fornire assistenza di prossimità e presa in carico.
- Le Centrali Operative Territoriali (COT): che svolgono una funzione di coordinamento della presa in carico e di raccordo tra i diversi servizi e professionisti, gestendo le transizioni dei pazienti tra setting ospedalieri e territoriali.
- Gli Ospedali di Comunità (OdC): che sono strutture intermedie tra l'ospedale e il domicilio, con gestione prevalentemente infermieristica, dedicate a ricoveri brevi per pazienti che necessitano di interventi a media/bassa intensità clinica.
- L'Assistenza Domiciliare: che viene identificata come il setting privilegiato, con l'obiettivo di incrementare il volume delle prestazioni per prendere in carico progressivamente il 10% della popolazione ultrasessantacinquenne.
- L'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC): che è la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza ai diversi livelli di complessità e agisce come case manager per facilitare i percorsi di cura.
- Le Unità di Continuità Assistenziale (UCA): Équipe mobili distrettuali (composte da un medico e un infermiere ogni 100.000 abitanti) dedicate alla gestione di individui o comunità in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità.
- Digitalizzazione e Telemedicina: che è il modello digitale, con piattaforme integrate con il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) per il telemonitoraggio, il teleconsulto e la gestione proattiva delle patologie croniche.
- Stratificazione e Progetto di Salute: che adotta il modello di stratificazione della popolazione basato sul rischio e sui bisogni per definire un Progetto di Salute personalizzato e partecipato ovvero un Progetto di Vita con il budget di Progetto, che integri le risposte sanitarie e sociali.

Tornando a quanto citato in premessa, le caratteristiche demografiche dell'Umbria e in particolare del nostro territorio aziendale, rappresentano un elemento di valutazione imprescindibile per comprendere le necessità del territorio e costruire indicazioni mirate alla programmazione sanitaria. La programmazione aziendale tiene conto di tre fattori critici principali: l'elevato indice di vecchiaia, la bassa densità demografica (spesso distribuita in piccoli borghi) e le peculiarità orografiche del territorio umbro con numerose Aree Interne.

Esaminiamo di seguito in che modo questi fattori influenzano la distribuzione e l'organizzazione dei servizi:

- **Invecchiamento e Cronicità:** L'Umbria è tra le regioni più anziane d'Italia, con il 26,2% della popolazione sopra i 65 anni (rispetto al 23,5% nazionale). I Comuni afferenti alla USL Umbria 1 hanno una popolazione anziana che supera il 26,2% della popolazione ultra 65 anni. Questo dato impone un modello di Sanità di Iniziativa e di stratificazione della popolazione basato sul rischio, volto a gestire proattivamente le patologie croniche e la fragilità per evitare ricoveri inappropriati.
- **Accessibilità e Prossimità:** Per contrastare la dispersione della popolazione e le difficoltà della viabilità aziendale, il modello prevede una rete capillare basata sul principio di prossimità. Ad esempio, mentre lo standard per le Case della Comunità (CdC) hub è di una ogni 40.000-50.000 abitanti, la programmazione delle CdC viene adattata specificamente per favorire le aree interne e rurali.
- **Servizi Consultoriali:** La programmazione prevede un Consultorio Familiare ogni 20.000 abitanti, ma questo rapporto viene potenziato a uno ogni 10.000 abitanti proprio nelle zone rurali e interne per garantire equità di accesso.
- **Centrali Operative Territoriali (COT):** Sebbene lo standard nazionale preveda una COT ogni 100.000 abitanti, la Regione Umbria ha adattato la dislocazione delle sue 9 centrali considerando l'orografia e la densità abitativa. In USL Umbria 1 sono state attivate 4 COT rispettivamente: a Città di Castello 2 spoke e a Perugia 1 hub e 2 spoke. Ogni COT serve una popolazione compresa tra 85.000 e 130.000 abitanti.
- **Ospedali di Comunità (OdC):** La loro distribuzione (standard di 20 posti letto ogni 50.000-100.000 abitanti) è pensata per offrire una funzione intermedia tra ospedale e domicilio, particolarmente necessaria per i pazienti anziani o fragili che non hanno una rete familiare adeguata nel proprio contesto di vita. L'ODC è una struttura sanitaria di ricovero che afferisce alla rete di offerta assistenziale territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio; nel nostro territorio sono stati attivati alcuni Ospedali di Comunità – l'ultimo, a Perugia, attivato il 18 gennaio 2026.
- **Assistenza Domiciliare:** la programmazione identifica la *Casa come luogo privilegiato di cura*, con l'obiettivo di prendere in carico progressivamente il 10% della popolazione ultrasessantacinquenne. I dati riportano un target superato con ottimi risultati.
- **Digitalizzazione e Telemedicina:** l'uso della telemedicina è programmato come strumento abilitante per abbattere le distanze fisiche, garantendo il monitoraggio costante dei pazienti cronici anche nelle zone più disagiate o distanti dai centri urbani.

La nostra Azienda sta sviluppando la Telemedicina come un elemento abilitante fondamentale per la riorganizzazione dell'assistenza territoriale, permettendo di trasformare la casa nel primo luogo di cura e garantendo una gestione proattiva delle patologie croniche.

Il supporto all'assistenza domiciliare si articola attraverso diverse modalità e strumenti parte delle quali ad oggi da potenziare:

- Coordinamento tramite le Centrali Operative Territoriali (COT): infatti le COT fungono da "cabina di regia" per il telemonitoraggio e il telecontrollo della salute, monitorando i flussi dei pazienti in assistenza domiciliare e gestendo la piattaforma tecnologica di supporto. La COT HUB ha inoltre una funzione di supervisione generale nell'erogazione di questi servizi a livello regionale.
- Monitoraggio dei pazienti cronici: attraverso la Sanità di Iniziativa, il follow-up dei pazienti con multimorbilità viene supportato da strumenti di telemonitoraggio che permettono di rilevare parametri vitali in modo continuativo o automatico tramite dispositivi e sensori forniti dall'Azienda sanitaria. Questo sistema facilita il tempestivo intervento in caso di episodi di acuzie, riducendo la necessità di ricoveri ospedalieri.
- Integrazione del "Progetto di Vita": la telemedicina è parte integrante del piano di cura personalizzato dell'assistito. Tra le attività previste rientrano l'automonitoraggio (con dispositivi o questionari), la televisita, il teleconsulto tra medici (ad esempio tra MMG e specialista ospedaliero), la teleassistenza e la teleriabilitazione.
- Supporto alle équipe mobili (UCA): le Unità di Continuità Assistenziale utilizzano sistematicamente la telemedicina per gestire casi domiciliari di particolare complessità, avvalendosi del teleconsulto con specialisti per inquadrare e monitorare il paziente direttamente al domicilio.
- Ruolo dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC): Questa figura utilizza strumenti digitali per facilitare i percorsi di presa in carico e monitorare la continuità dell'assistenza, svolgendo anche attività di educazione sanitaria in remoto.

Servizi attivati

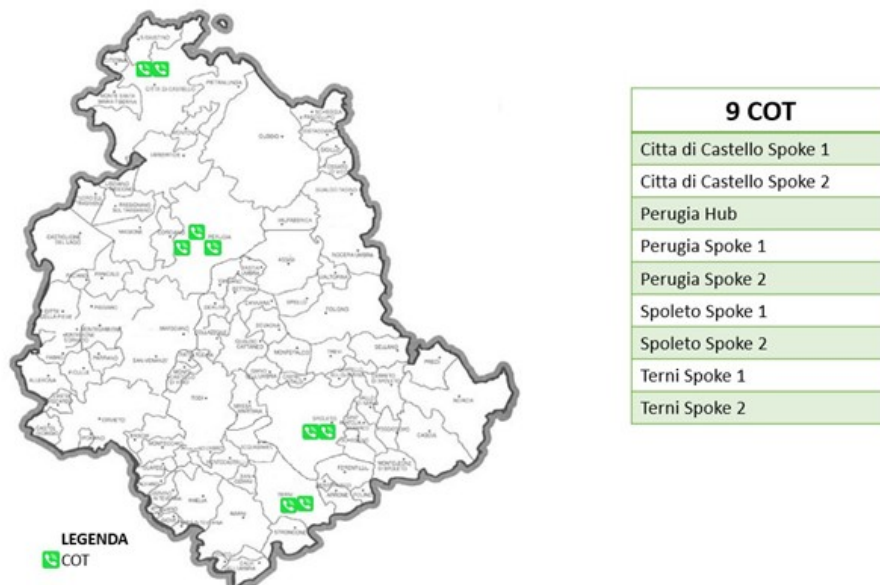
Case della Comunità (CdC): attivazione di 6 Case della Comunità: la prima presso Città della Pieve Marsciano, Perugia Ponte San Giovanni, Umbertide, Todi e Magione. Le 6 CDC sono tutte Hub aperte h24 7 giorni su 7.

• Ospedali di Comunità (OdC): Il nuovo modello ha attivato 6 Ospedali di Comunità: A Città di Castello, Assisi, Città della Pieve, Gubbio, Marsciano Perugia.

Altre strutture dovranno aprire entro questo anno. Infatti dalla programmazione del PNRR l'apertura dovrà avvenire entro giugno 2026.

Centrali Operative Territoriali: in USL Umbria 1 sono state attivate 4 COT rispettivamente: a Città di Castello 2 spoke e a Perugia 1 hub e 2 spoke. Ogni COT serve una popolazione compresa tra 85.000 e 130.000 abitanti.

Dislocazione delle 9 Centrali Operative Territoriali



Assistenza Ospedaliera

L'assistenza ospedaliera è assicurata dai tre Presidi: Presidio Ospedaliero Alto Tevere (Città di Castello e Umbertide), Presidio Ospedaliero Gubbio-Gualdo Tadino e Presidio Ospedaliero Unificato (Castiglione del Lago, Media Valle del Tevere, Assisi e Passignano).

I livelli gerarchici di complessità e di intensità delle cure prevedono per l'Azienda USL Umbria n.1:

- **2 Ospedali con DEA di I livello: Città di Castello e Gubbio-Gualdo Tadino**
- **Ospedali di base:** Umbertide, Castiglione del Lago, Media Valle del Tevere, Assisi e Passignano. L'Ospedale di Passignano è ospedale di base, ma dedicato esclusivamente a ricoveri di riabilitazione funzionale (Cod. 56).

I Presidi Ospedalieri **Gubbio-Gualdo Tadino** e **Alto Tevere** con l'**Ospedale Città di Castello**, fanno parte della rete regionale della emergenza-urgenza (sede di Dipartimento Emergenza ed Accettazione I livello), garantiscono l'attività in regime di ricovero ordinario, di day hospital, day surgery ed ambulatoriale.

Il **POU** garantisce l'attività in regime di ricovero ordinario, di day hospital, day surgery ed ambulatoriale presso gli Stabilimenti Ospedalieri di base di Assisi, di Castiglione del Lago, Media Valle del Tevere e presso la struttura di Passignano dove è collocato il Centro Ospedaliero di Riabilitazione Intensiva (CORI). Gli Ospedali afferenti al POU sono individuati dalla vigente programmazione regionale come Ospedali di base.

La rete ospedaliera aziendale disegnata nel 2016 (DM 70/2015), è attualmente in corso di revisione come da piano di efficientamento e successive indicazioni regionali, come da DGR 1399 DEL 28/12/2023 “ Provvedimento generale di programmazione della Rete Ospedaliera regionale ai sensi del D.M. 70/2015 - Allineamento alla DGR 212/2016 - TERZO POLO. Integrazione Ospedale/Territorio” e 2023 e DD Direzione Regionale Salute e Welfare n. 2995 del 15/03/2024.

L'HSP12/2025 riporta in totale 528 posti letto a gestione diretta distribuiti nei tre Presidi Aziendali come di seguito indicato.

USL Umbria n. 1. Ospedali a gestione diretta, Posti Letto HSP.12/2025

PRESIDIO OSPEDALIERO	CODICE STABILIMENTO	STABILIMENTO OSPEDALIERO	Degenza ordinaria	Day Surgery	Day Hospital	PL TOTALI	Posti OBI
Presidio Ospedaliero Alto Tevere	10080101	Città di Castello (DEA I Livello)	151	18	7	176	12
	10080102	Umbertide (Ospedale di base)	23	13	2	38	2
Presidio Ospedaliero Gubbio-Gualdo Tadino	1008010	Gubbio-Gualdo Tadino (DEA I Livello)	123	10	3	136	6
Presidio Ospedaliero Unificato	10080301	Castiglione del Lago (Ospedale di base)	35	6	1	42	4
	10080303	Passignano (Osp. di base-riabilitazione)	20		2	22	
	10080304	Assisi (Ospedale di base)	31	6	1	38	4
	10080307	Media Valle del Tevere (Ospedale di base)	63	12	1	76	4
Azienda USL Umbria n.1			446	65	17	528	32

L'Istituto Clinico Tiberino è individuato nel modello HSP.11 come Istituto Qualificato Presidio della Asl con 112 posti letto in DO e 4 in DH.

Il totale di dimessi negli Ospedali a gestione diretta è stato di 18.242 nei primi 9 mesi del 2025, 24.755 nel 2024.

I posti letto delle case di Cura Convenzionate insistenti sul territorio aziendale, da modello HSP13, sono pari a **252**.

Posti letto convenzionati - modello Ministeriale HSP 13 anno 2025

Casa di Cura Privata	Degenza ordinaria (accreditata)	Day hospital (accreditata)	Day surgery (accreditata)	Totale
Casa di Cura Villa Fiorita	46	0	4	50
Casa di Cura Porta Sole	65	0	6	71
Casa di Cura Lami	60	0	5	65
Casa di Cura Liotti	60	0	6	66
Totale	231	0	21	252

La rete dell'Emergenza Urgenza territoriale - 118 della USL Umbria n.1 è organizzata in una **Centrale operativa** con sede a Perugia, che gestisce e coordina gli interventi anche per l'**Azienda Ospedaliera di Perugia**. Tramite la **Centrale Operativa**, al 118 risponde personale qualificato, che assegna un codice di priorità, decide il mezzo di soccorso adeguato ed eventualmente, sceglie l'ospedale, tenendo conto delle necessità della persona soccorsa e del luogo di provenienza della chiamata.

Assistenza Ospedaliera: Attività di ricovero Ospedali a gestione diretta

Indicatori	2022	2023	2024	Primi Nove Mesi 2025
N° dimessi totali	22.851	24.375	24.755	18.242
di cui N. dimessi per acuti	21.755	23.213	23.722	17.522
di cui N. dimessi riabilitazione	569	611	694	537
di cui N. dimessi lungodegenza	527	551	339	183
Importo Dimessi Totale	61.921.926,72	64.616.246,10	69.305.325,13	52.221.563,69
Degenza Media per acuti (escluso nido)	6,94	6,5	6,5	6,5
Tasso di utilizzo per acuti (escluso nido)	84,07	83,6	83,9	84,5
Attività Chirurgica Totale (DRG Chir e Int. Amb.)	20.610	22.468	24.733	18.392
di cui: DRG Chirurgici Totali (DO e DS)	9.059	10.043	10.806	7.980
N° Interventi chirurgici ambulatoriali	11.551	12.425	13.927	10.412
N° Parti Totali	1.069	1.050	935	701
% Parti cesarei	27,69	27,43	30,05	27,53
N° accessi PS totali	96.685	105.188	113.376	88.093
N° prestazioni per esterni specialistica ambulatoriale	5.186.654	5.505.569	5.747.625	4.339.092
Fatturato specialistica ambulatoriale prodotte per esterni	50.030.010,98	52.837.268,76	54.355.682,81	37.961.999,71

Nel periodo 2022-2025 l'attività ospedaliera evidenzia una **crescita complessiva dei volumi di prestazioni**. I dimessi totali aumentano fino al 2024 (24.755) e nei primi nove mesi del 2025 si conferma un flusso consistente (18.242), con un andamento equilibrato tra acuti, riabilitazione e lungodegenza. La **degenza media per acuti si mantiene stabile** a 6,5 giorni, con un tasso di utilizzo coerente (84-84,5%). L'**attività chirurgica** complessiva mostra **progressi significativi**, con 24.733 interventi nel 2024 e quasi 18.400 nei primi nove mesi del 2025, a cui si aggiungono oltre 13.900 interventi ambulatoriali nel 2024. Il **Pronto Soccorso** conferma la capacità di risposta ai bisogni emergenti (113.376 accessi nel 2024), mentre le **prestazioni ambulatoriali per esterni** raggiungono 5,7 milioni, con un fatturato coerente (54,3 milioni euro), a dimostrazione di **un'efficace correlazione tra attività erogata e obiettivi economico-finanziari**, utile come riferimento per la definizione delle priorità e delle risorse nel budget 2026.

La performance della USL Umbria n.1 nel valore pubblico

Negli ultimi anni si è consolidata, anche grazie all'attenzione del legislatore, la necessità di introdurre e applicare, nell'amministrazione pubblica in generale e nel Sistema Sanitario in particolare, principi e criteri aziendali capaci di coniugare la correttezza e la legittimità delle azioni intraprese, la loro efficacia nell'ottenere esiti positivi ed efficienza nell'impiego delle risorse.

Il contesto sanitario è complesso sia per la tipologia dell'oggetto di interesse (la salute dell'individuo), sia per i risultati conseguiti in termini di esiti, che per loro natura, sono articolati, di ampio spettro, condizionati dall'ambiente e intercorrelati. Inoltre, va considerato che in sanità il cittadino/utente presenta una condizione di asimmetria informativa e che è presente un rilevante assorbimento di risorse dovuto sia all'aumento dei bisogni sanitari, sia all'evoluzione delle tecnologie e della ricerca.

In questo contesto è divenuto necessario l'utilizzo di strumenti e sistemi di governo articolati, basati sulla misurazione dei risultati con modalità capaci, quindi, di cogliere la complessità dell'output erogato.

Per valutare correttamente i risultati ottenuti rispetto alle risorse disponibili è necessario disporre di un sistema multidimensionale di valutazione, capace di evidenziare le performance ottenute dai soggetti del sistema considerando diverse prospettive. Infatti, i risultati economico finanziari evidenziano solo la capacità di spesa, ma non la qualità dei servizi resi, l'efficienza e l'efficacia delle attività svolte. E' pertanto fondamentale, per scongiurare provvedimenti di taglio indiscriminato delle risorse stesse, disporre di un **sistema per la valutazione della performance multidimensionale**, capace di misurare i risultati ottenuti dalle aziende operanti nel sistema, superare l'autoreferenzialità dei singoli soggetti facilitando il confronto, attivare

processi di miglioramento per apprendere e innovare. In altri termini, sono necessari sistemi in grado di cogliere il VALORE PUBBLICO di quanto erogato nel contesto della Sanità. Queste analisi, soprattutto rivolte all'appropriatezza, devono fornire informazioni sugli ambiti in cui intervenire, per facilitare la riduzione degli sprechi e la riallocazione delle risorse, verso servizi a maggior valore aggiunto per il cittadino.

Con queste premesse, nel 2004 in Regione Toscana è stato introdotto il sistema di valutazione della performance, che è stato quindi adottato nel 2008, come sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali. Nel 2009 anche l'Umbria ha aderito a questo sistema di valutazione del **Laboratorio Management e Sanità (MES)** - Istituto di Management - Scuola Superiore Sant'Anna Pisa (MES).

Dal 2013 AGENAS per conto del Ministero della Salute ha sviluppato il **Programma Nazionale Esiti (PNE)**, che fornisce a livello nazionale, valutazioni comparative di efficacia, equità, sicurezza e appropriatezza delle cure prodotte nell'ambito del Servizio Sanitario italiano.

Il sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali - MES

Attualmente le Regioni che partecipano al network del Laboratorio Management e Sanità (Istituto di Management - Scuola Superiore Sant'Anna) sono: P.A. Bolzano, P.A. Trento, Friuli Venezia Giulia, Marche, Puglia, Toscana, Umbria, Veneto, Basilicata, Liguria, Lombardia e Piemonte.

Le sei dimensioni della valutazione sono:

- A - la valutazione dello stato di salute della popolazione;
- B - la valutazione della capacità di perseguimento delle strategie regionali;
- C - la valutazione socio-sanitaria;
- D - la valutazione esterna (dei cittadini);
- E - la valutazione interna (degli operatori);
- F - la valutazione economico-finanziaria e di efficienza operativa.

Gli indicatori "MES", si caratterizzano per le fasce di valutazione, previste dal sistema di misurazione delle performance, che consentono di valutare i risultati ottenuti a livello aziendale, rispetto al network regionale di confronto, anche grazie ad una rappresentazione a colori dei valori di risultato. Ad ogni fascia cromatica, dal rosso, arancione, giallo, verde chiaro e verde scuro, è associata una valutazione di merito, che va rispettivamente dal molto scarso all'ottimo, passando per valutazioni intermedie. Le fasce di valutazione previste dal sistema di misurazione delle performance consentono di valutare i risultati ottenuti a livello aziendale.

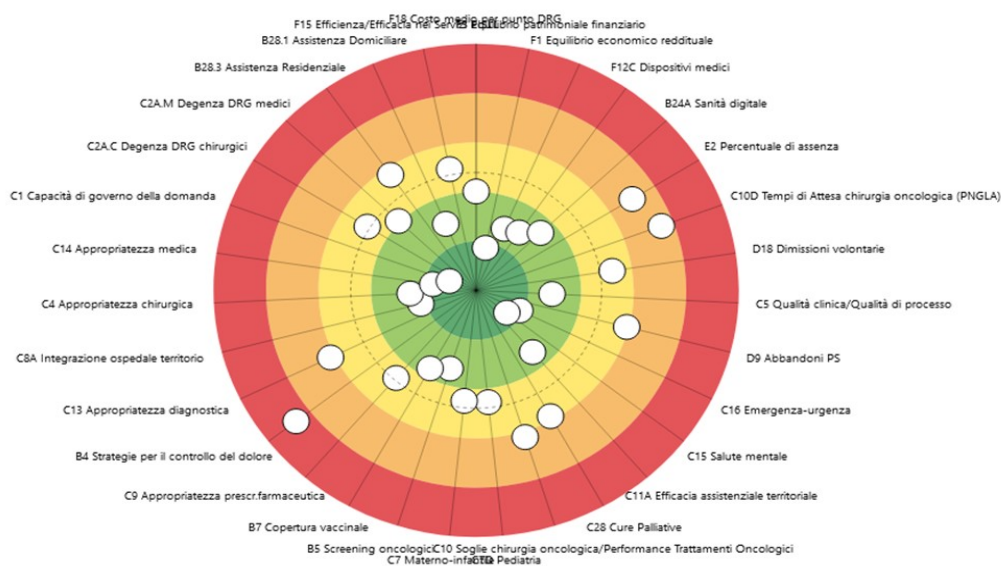
Fasce di valutazione sistema di valutazione della performance

Fasce di Valutazione	
Colore	Performance
ROSSO	Pessima
ARANCIONE	Scarsa
GIALLO	Media
VERDE CHIARO	Buona
VERDE SCURO	Ottima

I risultati sono sinteticamente rappresentati tramite una rappresentazione grafica a “**bersaglio**”, che riassume la performance di oltre 300 indicatori per il sistema di valutazione dei sistemi sanitari Regionali, offrendo un immediato quadro di sintesi sulla performance ottenuta dalla regione/azienda sulle dimensioni del sistema ed in particolare sui punti di forza e di debolezza. Si riportano gli ultimi due anni pubblicati.

La performance della USL Umbria n.1 – Bersaglio “MES” (Fonte dati sito MES Giugno 2024)

Bersaglio 2023 - USL Umbria 1



La performance della USL Umbria n.1 – Bersaglio “MES”
(Fonte dati sito MES Giugno 2025)
Bersaglio 2024 - USL Umbria 1



Di seguito si riportano i valori di un set di indicatori estrapolati dal sito del Laboratorio Management e Sanità

Indicatori MES - Azienda USL Umbria n.1 - Anni 2022-2024 (Fonte dati sito MES 2025)

INDICATORI				2022		2023		2024	
dimensione	codice	descrizione		UMBRIA	USL Umbria 1	UMBRIA	USL Umbria 1	UMBRIA	USL Umbria 1
B28	Cure Domiciliari	B28.1.2	Percentuale di anziani in CD con valutazione	N.D.	N.D.	11,79	10,46	12,62	11,64
C1	Capacità di governo della domanda	C1.1.1	Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti std età e sesso	91,69	90,5	89,41	89,91	97,11	94,9
		C1.1.2.1	Tasso ospedaliz. DH medico acuti per 1.000 residenti std età e sesso	9,32	8,77	9,57	8,9	10,37	9,71
C4	Appropriatezza Chirurgica	C4.4	% colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery e RO 0-1 gg	31,9	49,53	48,23	58,71	50,05	47,01
		C4.7	Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day-Surgery	59,3	74,89	61,89	71,99	70,88	82,76
C5	Qualità clinica/Qualità di processo	C5.2	Percentuale di fratture collo del femore operate entro 2 giorni	53,13	73,18	57,54	76,62	63,54	74,94
		C5.3	Percentuale di prostatectomie transuretrali	89,01	87,59	92,4	91,16	90,17	88,1
C7	Materno-Infantile	C7.1	% cesarei depurati (NTSV)	19,83	23,18	20,13	23,01	22,11	25,4
		C7.3	% episiotomia depurate (NTSV)	20,69	18,04	18,34	12,45	12,44	11,84
		C7.6	% di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	4,88	5,9	5,53	7,19	6,47	8,87
C9	Appropriatezza prescrittiva farmaceutica	C9.1	Consumo di inibitori di pompa protonica (Antiacidi) (U.P.)	28,76	32,04	22,69	N.D.	21,97	22,94
		C9.8.1.1	Consumo di antibiotici sul territorio (DDD per 1000)	N.D.	N.D.	17,86	17,7	21,44	21
C13a	Appropriatezza prescrittiva diagnostica	C13a.2.2.	Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1.000 residenti (≥ 65 anni)	16,44	21,26	22,06	24,5	23,65	24,46
		C13a.2.2.	% pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi	9,16	9,46	10,94	11,46	11,53	11,5
D9	% abbandoni dal Pron. Soc.	D9	% abbandoni dal Pronto Soccorso	5,21	3,28	4,8	3,7	4,82	3,43
D18	% dimissioni volontarie	D18	% dimissioni volontarie	0,93	1,36	0,77	0,92	0,73	0,61
B4	Consumo farmaci oppioidi	B4.1.1	Consumo territoriale di farmaci oppioidi (DDD per 1000)	1,6	1,4	1,6	1,4	1,68	1,51

Il valore del tasso di ospedalizzazione (ricoveri ogni 1000 residenti) si è attestato nel 2024 al 94,9 % nella fascia verde scuro- ottima come negli anni precedenti e con un valore che ha anche superato quello del 2023 (89,91%).

Ottima la capacità di presa in carico delle patologie croniche, che si rispecchia nel valore dell'indicatore **NSG D03C " Tasso di ospedalizzazione standardizzato** (per 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per **diabete, BPCO e scompenso cardiaco**" in area verde scuro.

Buoni risultati per gli indicatori di assistenza domiciliare con miglioramento della **% di anziani in Cure Domiciliari con valutazione** che passa dalla fascia verde chiaro del 2023 alla fascia verde scuro del 2024.

La qualità dei processi chirurgici, in particolare in riferimento all' **indicatore C 5.3 -% prostatectomie transuretrali** (91,16% nel 2023 e 88,1% nel 2024 si presenta buona con indicatori in area verde chiaro.

Buoni risultati aziendali si sono registrati ancora una volta in ambito di **chirurgia ortopedica** con l'indicatore di fratture del collo del femore operate entro due giorni, 74,94% . L'indicatore nel 2024 è entrato a far parte del set di indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) con il codice H13C.S "Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore dall'ingresso in ospedale". Il dato 2024 risulta superiore al 60% minimo richiesto da D.M.70/2015 e risulta verde scuro per "Piano Nazionale Esiti" (ottimo 70%) pur essendo leggermente inferiore al dato 2023 perché l'Indicatore presente nel 2023 "C5.2 Percentuale di fratture collo del femore operate entro 2 giorni" non selezionava alcuna fascia d'età al denominatore come invece accade per l'H13C.S che considera ricoveri ordinari erogati ai residenti nella regione con diagnosi di frattura del collo del femore con età compresa tra 65 e 100. L'indicatore considera che a lunghe attese per l'intervento corrisponde un aumento del rischio di mortalità e di disabilità del paziente, pertanto la tempestività con cui viene effettuato l'intervento per la frattura del collo del femore è una determinante del recupero funzionale dell'individuo e riduce il rischio di pesanti conseguenze in termini di complicanze, disabilità e impatto sulla vita sociale. Il processo assistenziale in questo caso è fortemente influenzato dalla capacità organizzativa della struttura, che può determinare la puntualità dell'intervento. Un importante ruolo è giocato non solo dalle ortopedie, ma anche dai pronto soccorso, che devono essere in grado di inviare tempestivamente il paziente al reparto, considerando che in alcuni casi specifici il paziente necessita di essere stabilizzato prima di procedere all'operazione.

Nell'area Materno Infantile, l'indicatore relativo **episiotomie depurate** che misura l'uso dell'episiotomia al netto dei fattori clinici, promuovendone un uso selettivo ai fini della qualità

e appropriatezza dell'assistenza al parto, passa dall'area verde chiaro a quella verde scuro - ottima.

Piano Nazionale Esiti - PNE

Il Programma Nazionale Esiti (PNE), sviluppato da AGENAS per conto del Ministero della Salute, fornisce, dal 2013 a livello nazionale, valutazioni comparative di efficacia, equità, sicurezza e appropriatezza delle cure prodotte nell'ambito del servizio sanitario italiano. I dati di PNE rappresentano un strumento di valutazione osservazionale Longitudinale della qualità e quantità delle cure erogate dai servizi sanitari in tutto il territorio nazionale. *“Le misure di PNE sono strumenti di valutazione a supporto di programmi di auditing clinico e organizzativo finalizzati al miglioramento dell'efficacia e dell'equità nel SSN, PNE non produce classifiche, graduatorie o pagelle”.*

Il **PNE** opera anche per individuare i fattori che determinano gli **esiti**, con particolare attenzione ai volumi di attività, ma anche ai potenziali fattori confondenti e modificatori d'effetto.

Con l'edizione 2025, il PNE rinnova il suo impegno nel misurare e raccontare la qualità dell'assistenza erogata in Italia, offrendo a cittadini, operatori, istituzioni e decisori pubblici una fotografia sempre più chiara e utile per orientare le politiche sanitarie. Esso rappresenta uno strumento concreto di miglioramento, mettendo a disposizione di policy maker, manager e professionisti sanitari strumenti e metodologie per intraprendere percorsi virtuosi.

L'edizione 2025 di PNE (dati 2024) considera **218 indicatori** di cui: 189 relativi all'assistenza ospedaliera (67 di esito/processo, 101 di volume e 21 di ospedalizzazione) e 29 relativi all'assistenza territoriale, quest'ultima valutata indirettamente in termini di ospedalizzazione evitabile (14 indicatori), esiti a lungo termine (11) e accessi impropri in PS (4). Rispetto alla passata edizione, 12 indicatori sono stati eliminati, in quanto giudicati superati dal Comitato nazionale PNE; 13 indicatori sono stati sottoposti a revisione, in modo da definire meglio le coorti e gli esiti; infine, 17 indicatori sono stati inseriti ex novo, e di questi 10 hanno riguardato la chirurgia mininvasiva e l'uso della robotica in ambito oncologico (relativamente ai tumori maligni di prostata, polmone, utero, rene, colon e retto).

I dati fanno riferimento all'attività assistenziale effettuata nell'anno 2024 e a quella del periodo 2015-2024 per la ricostruzione dei trend temporali.

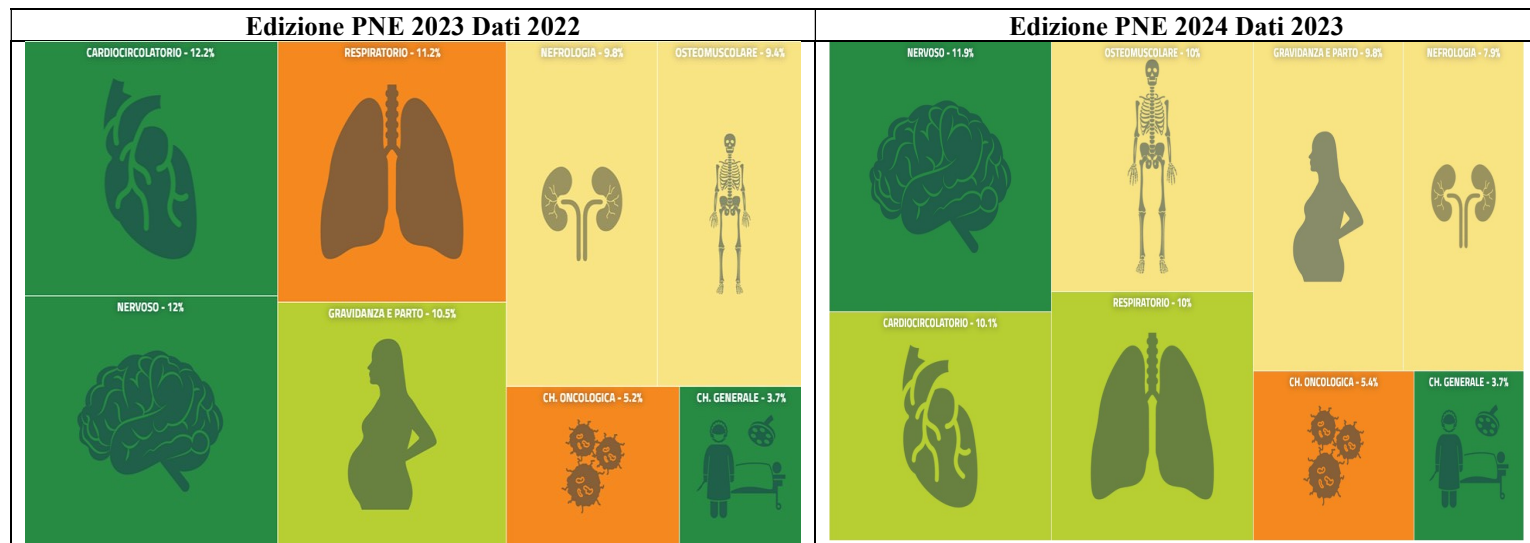
Nella sezione “Treemap”, è possibile consultare le rappresentazioni grafiche del grado di aderenza agli standard di qualità delle strutture ospedaliere, che viene rappresentato graficamente con un colore diverso in base al grado di aderenza, come di seguito descritto. Il “Treemap” rappresenta un ottimo strumento di rappresentazione sintetica dello stato di salute delle strutture ospedaliere, che quest'anno si arricchisce di nuovi indicatori (complessivamente 30, rispetto ai 20 delle passate edizioni), proprio nell'ottica di una maggiore capacità di mappatura delle criticità su cui avviare tempestivamente programmi di miglioramento della qualità.

Livello di aderenza a standard di qualità

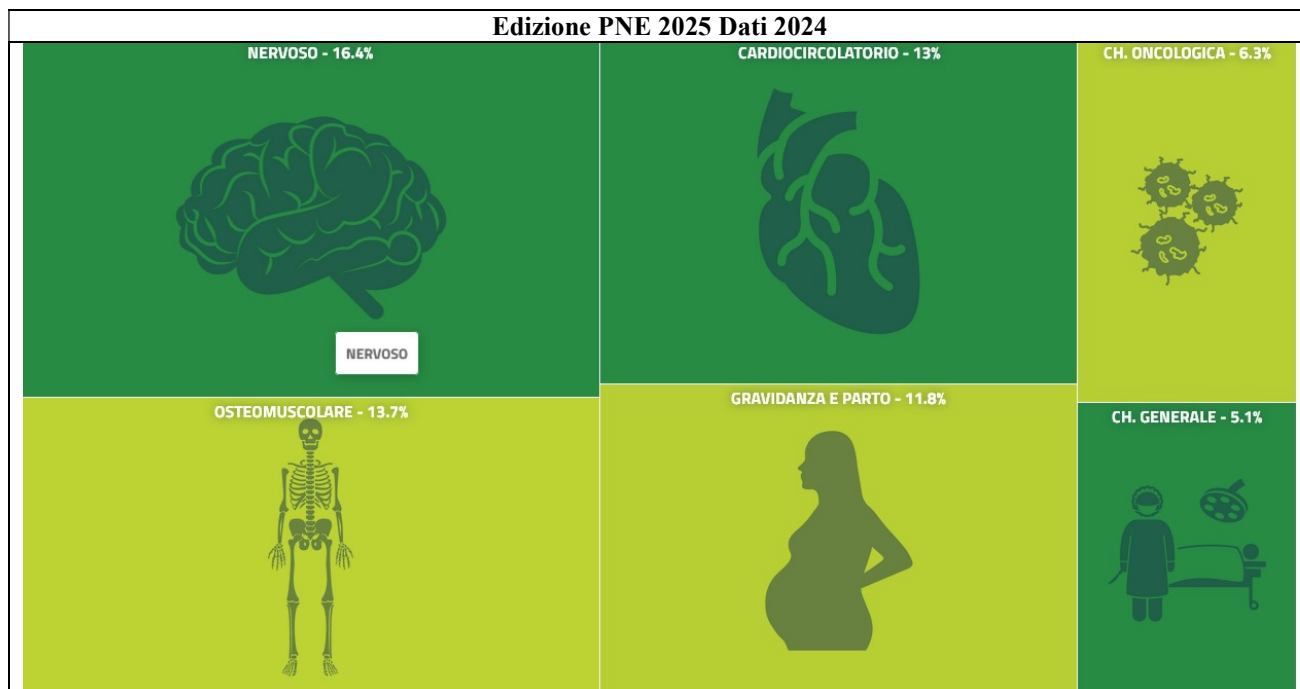
Molto alto
 Alto
 Medio
 Basso
 Molto basso
 ND

In parentesi viene riportata la % di attività svolta nell'area specifica

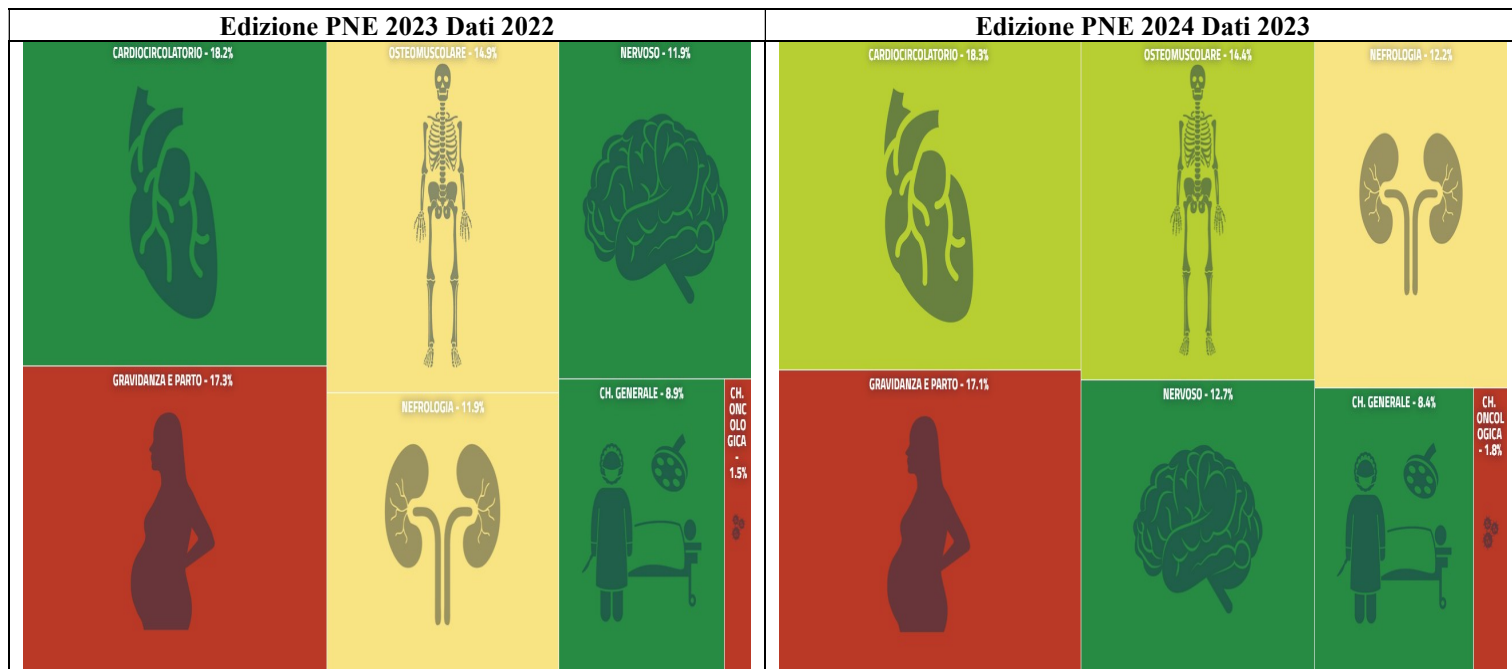
Di seguito si riporta il **Treemap** per gli **Ospedali DEA di I livello** della USL Umbria 1.
Treemap Presidio Alto Tevere Ospedale di Città di Castello.



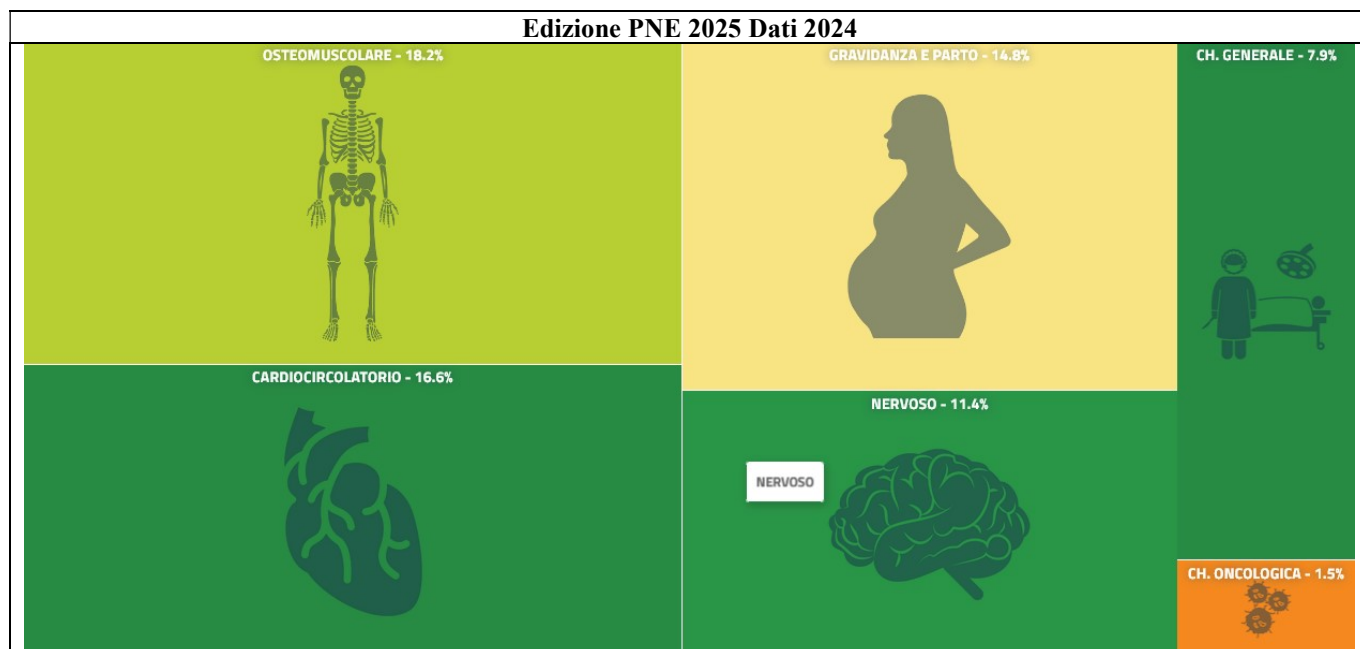
Treemap Presidio Alto Tevere Ospedale di Città di Castello



Treemap Presidio Ospedaliero di Gubbio e Gualdo Tadino.



Treemap Presidio Ospedaliero di Gubbio e Gualdo Tadino.



2. VALORE PUBBLICO

Sezione a cura della UO Programmazione Sanitaria e Gestione Flussi Informativi Sanitari

L'Azienda USL Umbria 1, tenendo conto del mandato istituzionale, della propria missione e di quanto emerge dall'analisi del contesto esterno e delle congiunture economiche, ha programmato di finalizzare l'attività del triennio 2026-2028, il cui risultato atteso (outcome) è "promuovere la salute anche riducendo le esposizioni evitabili, promuovere un costante miglioramento della qualità, appropriatezza e sicurezza delle cure, aumentare gli anni di vita senza disabilità e ridurre le morti evitabili, per il 2026 canalizzare l'attenzione verso le aree che verranno di seguito illustrate.

INDICATORI CORE DI VALORE PUBBLICO

La tabella di seguito presenta gli **indicatori core di Valore Pubblico**, articolati per macro-aree di intervento - Stato di Salute e Presa in Carico, Equità e Accesso alle Cure, Qualità e Sicurezza delle Cure, Sostenibilità e Appropriatezza, Anticorruzione e Trasparenza e Digitalizzazione - in coerenza con le dimensioni del Valore Pubblico individuate dal Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), ai sensi del D.M. 24 giugno 2022, n.132, e con gli indirizzi di programmazione strategica aziendale.

Stato di Salute e presa in carico	Equità e Accesso alle Cure	Qualità e sicurezza delle cure	Sostenibilità e Appropriatezza	Anticorruzione e Trasparenza	Digitalizzazione
Obiettivo: Contrastare le malattie infettive prevenibili attraverso la qualificazione e il consolidamento dei programmi vaccinali su tutto il territorio aziendale. Indicatore: Tassi di copertura vaccinale per singole tipologie vaccinali	Obiettivo: Potenziare l'offerta prest. ambulatoriali per assicurarne adeguati e appropriati livelli di offerta, garantendo il Governo delle Liste d'Attesa Indicatore: % prestazioni RAO(22-25) classe B erogate entro i giorni stabiliti	Obiettivo: Promuovere cultura e prassi di Risk Management anche attraverso il miglioramento dell'informazione al paziente e la corretta compilazione della documentazione sanitaria come previsto dal DM 70/2015 Indicatore: Esecuzione Audit sul 100% dei sinistri	Obiettivo: Governare, in stretta collaborazione tra Centri di Salute, Equipe Territoriali e S. Farmaceutico, l'assistenza farmaceutica per renderla sicura, efficace ed appropriata e contenerne la spesa Indicatore: Spesa procapite pesata ass. farmaceutica convenzionata	Obiettivo: Trasparenza: D.lgs 97/2016 Diverse forme di accesso (documentale, civico, generalizzato) Indicatore: Monitoraggio delle richieste di accesso con verifica dell'evasione delle stesse da parte dei Servizi competenti nel rispetto dei tempi previsti	Obiettivo: Garantire l'innovazione tecnologica e lo sviluppo della Sanità Digitale
Obiettivo: Qualificare e consolidare i programmi di screening sul territorio aziendale Indicatori: specifici secondo le tipologie di screening	Obiettivo: Potenziare l'offerta prest. ambulatoriali per assicurarne adeguati e appropriati livelli di offerta, garantendo il Governo delle Liste d'Attesa Indicatore: % prestazioni RAO(22-25) classe D erogate entro i giorni stabiliti	Obiettivo: Promuovere l'appropriatezza prescrittiva ed il corretto utilizzo delle risorse garantendo il corretto utilizzo degli shift dei farmaci e il rispetto del budget economico assegnato: Indicatore: Consumo beni sanitari	Obiettivo: Promuovere la qualità e l'appropriatezza dell'assistenza ospedaliera anche attraverso setting assistenziali. Indicatore: Rapporto tra DRG ad alto rischio di inappropriatazza e non in DO (NSGH04Z-MeSC4.13)	Obiettivo: Ottemperare a quanto previsto dal Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza Indicatore: Realizzazione delle attività previste dal PTPCT	LIS (Laboratory Information System) – nuovo sistema informatico unico a livello regionale (PNRR M6.C2 – 1.1.1) Indicatore: produrre almeno il 90% dei referti LIS in formato digitale con firma digitale.
Obiettivo: Potenziare le Cure Domiciliari garantendo l'integrazione tra i vari attori, al fine di assicurare la presa in carico globale dell'assistito Indicatore: % anziani in C.D. con valutazione sulla popolazione anziana (>= 65 aa) (B28.1.2)	Obiettivo: Potenziare l'offerta prest. ambulatoriali per assicurarne adeguati e appropriati livelli di offerta, garantendo il Governo delle Liste d'Attesa Indicatore: % prestazioni RAO(22-25) classe U erogate entro i giorni stabiliti	Monitoraggio indicatore: N° Ricoveri ripetuti stesso DRG con intervallo 0-3 gg	Obiettivo: Promuovere la qualità e l'appropriatezza dell'assistenza ospedaliera anche attraverso setting assistenziali. Indicatore: Rapporto tra DRG ad alto rischio di inappropriatazza e non in DO (NSGH04Z-MeSC4.13)	Obiettivo: Ottemperare a quanto previsto dal Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza Indicatore: Pubblicazione nell'Area della Trasparenza del sito aziendale	RIS/PACS (Radiology Information System / Picture Archiving and Communication System) – nuovo sistema informatico unico a livello regionale (PNRR M6.C2 – 1.1.1) Indicatore: produrre almeno il 90% dei referti RIS in formato digitale con firma digitale.

A seguire sono riportate le tabelle di dettaglio riferite alle sei aree strategiche individuate nel PIAO, funzionali alla declinazione operativa degli obiettivi di Valore Pubblico e alla misurazione della performance organizzativa e individuale, ovvero: promuovere la salute e ridurre le esposizioni evitabili; mantenere l'universalità e l'equità di accesso ai LEA garantendo la sostenibilità economico-finanziaria del sistema; promuovere il continuo miglioramento della qualità, dell'appropriatezza e della sicurezza delle cure; innovare l'organizzazione e valorizzare il personale; rafforzare la trasparenza, la legalità e la prevenzione della corruzione; semplificare i processi, migliorare l'accessibilità e sviluppare la digitalizzazione. In tali ambiti, obiettivi e indicatori sono definiti in modo analitico e coerente con le sezioni del PIAO e con il ciclo della performance.

Gli obiettivi strategici e operativi, unitamente ai relativi indicatori di risultato e di performance, sono dettagliati nelle singole schede di budget, declinati per macrostruttura e unità operativa, con l'individuazione di target specifici, misurabili e coerenti con il contesto organizzativo, assistenziale ed epidemiologico di riferimento. Il grado di raggiungimento degli obiettivi è

oggetto di monitoraggio periodico con cadenza trimestrale, mediante sistemi strutturati di reportistica, momenti di verifica e confronto con la Direzione e una valutazione finale nell'ambito del ciclo di programmazione, misurazione e valutazione della performance, secondo quanto previsto dal processo di budget, dal Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance e dal PIAO.

Area Strategica 1	Area Strategica 2	Area Strategica 3	Area Strategica 4	Area Strategica 5	Area Strategica 6
Promuovere la salute e ridurre le esposizioni evitabili	Mantenere universalità ed equità di accesso ai LEA garantendo la sostenibilità economica del sistema	Promuovere il continuo miglioramento della qualità, appropriatezza e sicurezza delle cure	Innovare l'organizzazione e valorizzare il personale	Trasparenza legalità e anticorruzione	Semplificazione Accessibilità Digitalizzazione

Si riportano gli obiettivi che, compatibilmente con le risorse disponibili, dovranno essere perseguiti prioritariamente fino a nuove indicazioni regionali e nazionali:

- Perseguire l'equilibrio economico finanziario della gestione;
- conseguire gli obiettivi di salute e assistenziali previsti dai **LEA**;
- rispettare i contenuti e le tempistiche di Flussi informativi ricompresi nel **Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS)**;
- rispettare i contenuti e le tempistiche di **Flussi informativi del Sistema Informativo Regionale e Nazionale**;
- rispettare la normativa in materia di **appalti e di contenimento della spesa per beni e servizi**;
- rispettare i tempi di pagamento previsti dalla legislazione vigente;
- perseguire l'innovazione tecnologica e la digitalizzazione;
- promuovere l'analisi delle prestazioni ambulatoriali per garantire adeguati e appropriati livelli di offerta rispetto alla domanda, appropriatezza anche al fine di garantire il **Governo delle Liste d'Attesa**.

Nelle tabelle che seguono vengono comunque schematicamente indicati per ogni singola Area, alcuni obiettivi e relativi indicatori.

Area Strategica 1 : Promuovere la salute e ridurre le esposizioni evitabili	
Obiettivi operativi	Indicatori
Contrastare le malattie infettive prevenibili attraverso la qualificazione e il consolidamento dei programmi vaccinali su tutto il territorio aziendale.	Tasso di copertura per la vaccinazione esavalente nei bambini a 24 mesi, 3 Dosi (NSG- P01C)
	Tasso di copertura vaccinale per MPR (1^dose) NSG- P02C
Qualificare e consolidare i programmi di screening sul territorio aziendale	% Estensione screening mammella
Garantire le attività di audit e sorveglianza in Sanità Pubblica, Sanità Animale, Sicurezza alimentare	% attività audit/sorveglianza eseguiti rispetto ad audit e controlli previsti nel cronoprogramma
Promuovere la salute negli ambienti di vita e di lavoro attraverso interventi di promozione della salute secondo standard di qualità condivisi in linea con quanto previsto dal Piano Regionale della Prevenzione	Relazione sulle azioni di Promozione della Salute attuate
Realizzare percorsi di educazione della salute anche in collaborazione con le scuole, secondo il Piano Regionale della Prevenzione	Avanzamento Progetti previsti dal PRP attivando incontri con le scuole
Garantire collaborazione attiva all'attuazione del nuovo Piano della Prevenzione	% azioni-interventi- obiettivi raggiunti/ previsti nell'anno
Mantenere le azioni finalizzate a garantire il terr. regionale indenne da tubercolosi, brucellosi bovina, bufalina, brucellosi ovi-caprina e leucosi bovina enzootica	% controlli programmati su aziende e animali

Area Strategica 2 : Mantenere universalità ed equità di accesso ai LEA garantendo i volumi e l'appropriatezza delle prestazioni nonché la sostenibilità economica del sistema	
Obiettivi operativi	Indicatori
Tutelare la salute mentale nell'intero ciclo di vita con particolare attenzione ai disturbi mentali gravi attraverso azioni che favoriscano l'inserimento sociale e lavorativo e che migliorino la qualità della vita del nucleo familiare	N. nuovi utenti CSM del periodo
Migliorare l'offerta e la qualità dell'attività erogata con riduzione dei DRG potenzialmente inappropriati e delle giornate di degenza improprie	% DRG medici DO dimessi da reparti chirurgici (C4.1.1)
	Degenza Media per acuti in DO escluso nido
	Numero Dimessi per acuti in DO
Potenziare il Sistema delle Cure Domiciliari garantendo l'integrazione tra i vari attori, al fine di assicurare la presa in carico globale dell'assistito	% anziani in C.D. con valutazione sulla popolazione anziana (>= 65 aa) (MES B28.1.2)
Assicurare un adeguato recupero funzionale dei pazienti con disabilità attraverso la presa in carico precoce dal reparto per acuti ed il potenziamento dell'assistenza riabilitativa in regime di ricovero	% ricoveri DO riabilitazione provenienti da reparto per acuti
Migliorare l'assistenza ostetrica e pediatrica/neonatologica nel periodo perinatale, attraverso il rispetto dei requisiti di qualità previsti dal DM 70/2015	% neonati dimessi con allattamento al seno
	Degenza Media neonati sani (DRG 391)
	Degenza Media parti fisiologici
	% Parti Cesarei primipari in maternità di I° Livello (NSG-H17C)
Migliorare la qualità dell'attività ginecologica sia in degenza ordinaria che in day surgery	% Cicli DRG med MDC 13
	% DRG medici MDC 13 in DO

Potenziare l'offerta prest. ambulatoriali per assicurarne adeguati e appropriati livelli di offerta , garantendo il Governo delle Liste d'Attesa	% prestazioni RAO(22-25) classe U erogate entro i giorni stabiliti
	% prestazioni RAO(22-25) classe B erogate entro i giorni stabiliti
	% prestazioni RAO(22-25) classe D erogate entro i giorni stabiliti
	Incremento Prestazioni- Primi Accessi
Migliorare il ricorso all'assistenza ospedaliera attraverso la qualificazione dell'attività di accettazione sanitaria e dell'attività di Osservazione Breve e Prima Diagnostica (O.B.)	% validazione a CUP dell'erogato
	% accessi PS inviati a ricovero (MeS C16.9)
Gestione del percorso in chirurgia programmata al fine di garantire un uso appropriato della sala operatoria ottimizzando efficienza dei processi (DGR 1406/2023 e PGA09_REV_01 19/03/2024)	Recupero liste di attesa chirurgiche come da Piano Aziendale di Recupero delle Liste d'Attesa
Garantire adeguati standard prestazionali al fine di assicurare tempestività della fase diagnostica	% di esami anatomopatologici refertati entro 21 gg
	% esami colpocitologici refertati entro 21 gg
Governare, in stretta collaborazione tra Centri di Salute, Equipe Territoriali e S. Farmaceutico, l'assistenza farmaceutica per renderla sicura, efficace ed appropriata e contenerne la spesa	Spesa procapite pesata ass. farmaceutica convenzionata

Area Strategica 3: Promuovere il continuo miglioramento della qualità, appropriatezza e sicurezza delle cure	
Obiettivi operativi	Indicatori
Garantire qualità clinica ed efficienza nel trattamento chirurgico per migliorare il recupero funzionale dell'individuo riducendo il rischio di conseguenze in termini di complicanze, disabilità e di impatto sulla vita sociale	Volume ricoveri per intervento per frattura di femore (PNE) % pazienti con diagnosi frattura del collo del femore (età 65+) operati entro 2 giorni (NSG- H13C)
Promuovere qualità del processo assistenziale grazie al miglioramento accoglienza paziente, basato anche su costruzione di appropriate relazioni operatore-utente	% di abbandoni dal Pronto Soccorso (MeS D.9)
Garantire qualità e appropriatezza dell'assistenza oncologica ottimizzando il percorso diagn-terap. anche attraverso la precoce presa incarico dei pazienti	% ricoveri Int Chir Tumore Prostata prioritaria A entro 30 gg attesa (MES C.10.4.8)
Garantire qualità dell'assistenza attraverso la messa a regime della Breast Unit Aziendale che assicuri il rispetto dei volumi di attività previsti dal DM 70/2015	N. casi con Interventi per tumore maligno della mammella eseguiti presso Breast Unit (PNE)
Garantire l'implementazione del Programma Regionale per il procurement e trapianto di organi e tessuti (DGR 999/2019)	Incrementare il numero di prelievi di cornee rispetto all'anno 2024
Promuovere cultura e prassi di Risk Management anche attraverso il miglioramento dell'informazione al paziente e la corretta compilazione della documentazione sanitaria come previsto dal DM 70/2015	Esecuzione Audit sul 100% dei sinistri aperti e Trasmissione al Rischio Clinico degli atti certificativi dell'implementazione delle azioni di miglioramento previste per gli audit eseguiti per ogni evento sentinella/sinistro entro i tempi stabiliti

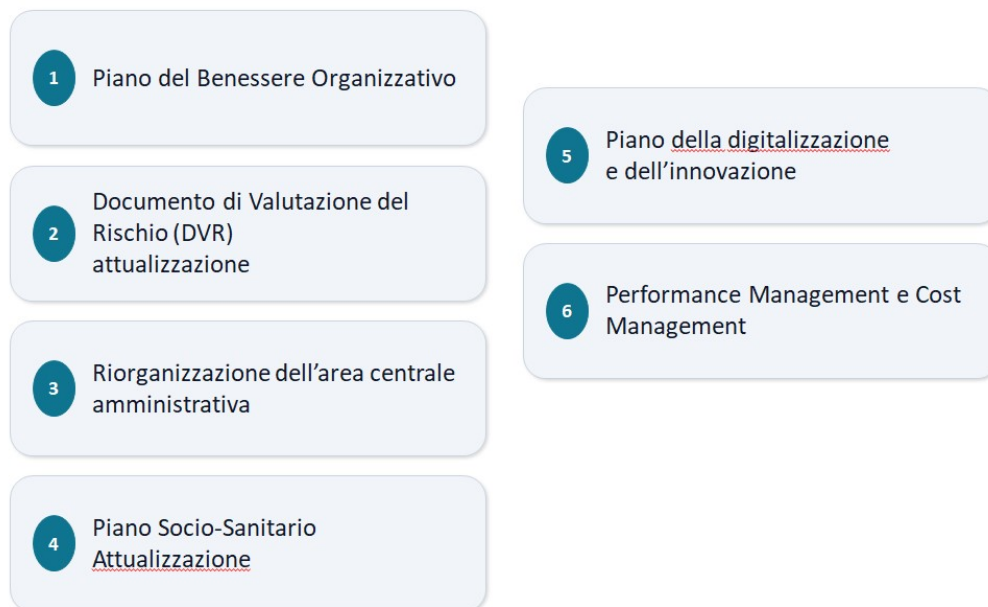
Area Strategica 4: Innovare l'organizzazione e valorizzare il personale	
Obiettivi strategici	Indicatori
Garantire l'integrazione Ospedale-Territorio favorendo le azioni di governance finalizzate alla continuità assistenziale previste dal DM 77	Progetto di riorganizzazione dei punti di CA
Applicazione a regime degli istituti normativi alla luce del CCNL 2019-2021 Comparto Sanità e CCNL 23/01/2024 Area Sanità	Predisposizione bozze di Contratto Integrativo Aziendale per la Dirigenza Sanitaria e per il Comparto.
Migliorare l'accessibilità alle prest. spec. per ricoverati per ridurre le gg di degenza improprie	% esami diagnostica di laboratorio per interni refertati entro 1-3 gg da esecuz.
	% esami diagnostica per immagini per interni refertati entro 1 gg da esecuzione
	Tempo medio di attesa (in gg) Ecografia e Rx tradizionale per ricoverati
Perseguire gli obiettivi del PNRR	Riscontro attività effettuata secondo cronoprogramma

Area Strategica 5: Trasparenza legalità e Anticorruzione	
Obiettivi strategici	Indicatori
Trasparenza: Adempimenti previsti dal D.Lgs 33/ 2013 modificato dal D.Lgs 97/2016 - Capo VI - vigilanza sull'attuazione delle disposizioni	Monitoraggio pubblicazioni obbligatorie: verifica trimestrale dell'aggiornamento delle informazioni, che, se non pubblicate, rendono inefficaci gli atti di riferimento ed impediscono i pagamenti
	Adozione istruzioni operative per una corretta attuazione degli obblighi di pubblicazione di cui all'allegato n. 4 alla Delibera ANAC n. 495 del 25/9/2024 e s.i.m.
Ottemperare a quanto previsto dal Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	Realizzazione delle attività previste dal PTPCT
Trasparenza: D.lgs 97/2016 Diverse forme di accesso (documentale, civico,generalizzato)	Monitoraggio delle richieste di accesso verificando l'evasione delle stesse, da parte dei servizi competenti, nel rispetto dei tempi previsti
Gestione del sistema assicurativo regionale in materia di Responsabilità Sanitaria	Rispetto della tempistica imposta nella gestione dei sinistri di fascia aziendale e sovraziendale

Area Strategica 6: Semplificazione, Accessibilità e Digitalizzazione	
Obiettivi strategici	Indicatori
Garantire l'innovazione tecnologica e lo sviluppo della Sanità Digitale	PNRR- DEA – Verbalì collaudo funzionale nuovi sistemi RIS/PACS regionale; SIT regionale; ADT; CCE Ambulatoriale, LIS regionale.
	PNRR "Sanità Connessa" Realizzazione nuova rete di connettività basata su fibra ottica
Governare lo sviluppo del sistema informativo aziendale, assicurandone la coerenza ed efficienza anche nel rispetto dei vincoli normativi	PNRR DEA- Adeguamento infrastruttura Wi-Fi sulle principali sedi aziendali PNRR DEA - Attivazione nuovo sistema ADT (con introduzione dell'adeguamento normativo relativo al flusso SDO-R) PNRR FSE 2.0 - Adeguamento del verbale di Pronto Soccorso e conformità alle normative FSE2.0 (formato CDA2 + firma digitale) PNRR FSE 2.0 - Dispiegamento della LDO-Lettera di Dimissione Ospedaliera in conformità alle normative FSE2.0 (formato CDA2 + firma digitale)
Attuare le disposizioni in materia di riordino e semplificazione amministrativa di cui al L.vo n. 82/2005 e s.im, L.R. n. 8/2011	Integrazioni di ulteriori macro funzionalità del sistema informatico a supporto dei processi della gestione del personale (HR Suite) -Valutazione -Denunce INPS -Fascicolo dipendente -Gestione presenze/assenze - evoluzione funzionale
Garantire la Sicurezza Informatica incrementando i sistemi di protezione	Implementazione nuovo sistema di accesso remoto tramite VPN e sistema NAC
	Realizzazione di un corso multimodulo di awareness in ambito sicurezza informatica rivolto a tutto il personale aziendale

Per il 2026 la Direzione Aziendale ha inoltre individuato sei linee progettuali strategiche, che guidano l'orientamento organizzativo e operativo per il prossimo anno. Questi ambiti di intervento comprendono il Piano del Benessere Organizzativo e l'aggiornamento del Documento di Valutazione del Rischio, a testimonianza dell'attenzione rivolta alla sicurezza e alla qualità del contesto lavorativo. La riorganizzazione dell'area amministrativa centrale sottolinea l'impegno verso una maggiore efficienza gestionale, mentre l'aggiornamento del Piano Socio-Sanitario garantisce l'allineamento dell'offerta alle esigenze emergenti del territorio. Particolare rilievo assumono il Piano della Digitalizzazione e dell'Innovazione, insieme al Performance e Cost Management, strumenti fondamentali per potenziare la sostenibilità economica e migliorare la capacità di risposta dell'azienda alle sfide future. Queste linee progettuali si inseriscono pienamente nel quadro strategico del PIAO, rappresentando le direttrici su cui si focalizzeranno le risorse e gli sforzi organizzativi.

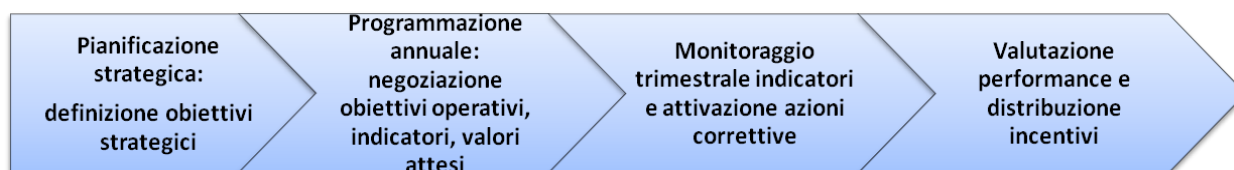
Anno 2026 – 6 linee progettuali Direzionali



Ciclo di gestione della performance

Il processo aziendale di gestione della performance è assicurato dal processo di Budgeting è composto dalle seguenti fasi.

- Definizione e negoziazione degli obiettivi strategici ed operativi che devono essere raggiunti dalle strutture aziendali e dai singoli professionisti con relativi indicatori e valori attesi.
- Monitoraggio nel corso dell'anno del grado di raggiungimento degli obiettivi tramite l'analisi dell'andamento degli indicatori e degli scostamenti di questi ultimi dai valori attesi, per eventuale adozione di misure correttive.
- Misurazione e valutazione annuale del grado di raggiungimento degli obiettivi, sia delle strutture (performance organizzativa) che dei singoli professionisti (performance individuale) e correlata distribuzione degli incentivi.
- Reporting.



Al fine di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance, la nostra Azienda periodicamente redige:

- il **Programma annuale di attività dei dipartimenti, delle strutture e dei servizi (Budget)**, che definisce gli obiettivi annuali con cui valutare i risultati delle attività svolte dalle articolazioni organizzative cui gli obiettivi erano stati assegnati;
- la **Relazione Sanitaria Aziendale-Performance**, documento di rendicontazione sulla Performance che evidenzia i risultati raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse utilizzate;
- 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;
- la **Relazione sulla gestione del Bilancio d'esercizio**, che contiene tutte le informazioni, richieste dalla norma e comunque ritenute necessarie a dare una rappresentazione esaustiva della gestione sanitaria ed economico-finanziaria dell'esercizio in integrazione alla performance organizzativa;
- gli **Accordi ed i Contratti** con le strutture sanitarie erogatrici, pubbliche e private accreditate;
- gli **Accordi con i medici convenzionati**.

Macro-area di Valore Pubblico	Bisogni collettivi di riferimento	Aree Strategiche PIAO collegate	Contributo dei Servizi	Indicatori core
Stato di salute e presa in carico	Invecchiamento, cronicità, prevenzione delle patologie evitabili	Area Strategica 1	Programmi di prevenzione, sorveglianze, presa in carico precoce	Coperture vaccinali; adesione screening; tassi evitabili
Equità e accesso ai LEA	Disomogeneità territoriale, fragilità	Area Strategica 2	Rete territoriale, DM 77/2022, servizi di prossimità	Accessi LEA; copertura servizi territoriali
Qualità e sicurezza delle cure	Appropriatezza, riduzione eventi avversi	Area Strategica 3	Audit, controlli, integrazione ospedale-territorio	Indicatori PNE; esiti clinici
Sostenibilità e appropriatezza	Vincoli finanziari e organizzativi	Area Strategica 2	Razionalizzazione risorse, governo clinico	Scostamento budget; indicatori costo
Trasparenza e legalità	Rischio corruttivo e complessità organizzativa	Area Strategica 5	Attuazione PTPCT, obblighi di pubblicazione	Indicatori ANAC; adempimenti
Digitalizzazione	Accessibilità e semplificazione	Area Strategica 6	Sanità digitale, FSE, PNRR	Avanzamento progetti digitali

Definizione e negoziazione degli obiettivi: Programmazione

È la fase di competenza della Direzione Strategica che definisce gli indirizzi e gli obiettivi aziendali con i relativi indicatori per la misurazione e valutazione dei risultati organizzativi. Vengono individuati anche i principali progetti di interesse aziendale con particolare riguardo a quelli caratterizzati da forte trasversalità.

La contestualizzazione annuale degli obiettivi avviene attraverso il sistema di Budgeting, strumento attraverso il quale condividere principi, strategie, obiettivi e responsabilità e coordinare le attività, rispetto ai temi della qualità dei servizi offerti al cittadino, del miglioramento del benessere organizzativo interno, dell'ottimizzazione dei processi produttivi.

Il sistema di Budgeting è il processo formale con cui annualmente si definiscono gli obiettivi che le articolazioni organizzative devono perseguire e tramite il quale si analizzano le differenze tra obiettivi e risultati.

Il Budget, oltre ad essere uno strumento di programmazione, è anche strumento di controllo in quanto consente, attraverso un processo di responsabilizzazione, di orientare i comportamenti delle persone verso il raggiungimento degli obiettivi stabiliti.

Il Budget si articola su tre ambiti differenti:

- Obiettivi di attività.
- Obiettivi di miglioramento della qualità, all'interno dei quali sono ricompresi obiettivi economici di perseguimento dell'appropriatezza.
- Obiettivi organizzativi.

La pianificazione degli obiettivi, prima fase del Ciclo di gestione della performance, rappresenta, perciò, il punto di riferimento per l'assegnazione degli obiettivi al personale dirigenziale. Questi concorreranno ai fini della valutazione dei dirigenti, secondo quanto previsto dal vigente sistema aziendale di valutazione del personale.

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

Gli obiettivi operativi

Come già detto, gli obiettivi operativi, a cadenza annuale, derivano dalla declinazione degli obiettivi strategici. Nelle schede di Budget delle Macrostrutture e delle Unità Operative/Servizi aziendali vengono esplicitati gli obiettivi operativi, ogni Struttura ha il compito di realizzare le azioni necessarie al raggiungimento degli obiettivi che, nella maggior parte dei casi, sono trasversali a tutte le strutture operative aziendali.

Il **processo di budget** ha una valenza correlata all'anno di bilancio e costituisce il meccanismo operativo per il coordinamento dei processi produttivi, dell'innovazione tecnologica, del governo clinico e delle risorse, all'interno del quale includere gran parte dei programmi annuali delle attività.

Le Linee d'indirizzo aziendali per la programmazione sono definite dalla Direzione Aziendale.

Gli esiti della negoziazione tra Direzione Aziendale e Direzioni Dipartimentali vengono sintetizzati nelle Schede di Budget, che contengono gli obiettivi da perseguire con i relativi indicatori di verifica e lo standard di riferimento.

La metodologia del budget nell'Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria n. 1 prevede i seguenti livelli:

- Budget di Macrostruttura;
- Budget di Struttura.

La **Direzione Aziendale** negozia il Budget di U.O di Area Centrale e Staff e di Macrostruttura (Dipartimenti Ospedalieri, Distretti, Dipartimento Prevenzione, Dipartimento Salute Mentale), mentre i **Responsabili di Macrostruttura** adottano procedura analoga nei confronti delle strutture organizzative di riferimento per la negoziazione dei rispettivi Budget di Struttura (Strutture Complesse, Strutture Semplici Dipartimentali, Distrettuali e Aziendali).

Albero della performance: aree strategiche e obiettivi operativi

L'albero della performance è lo strumento che consente di rappresentare, anche graficamente, i legami tra mandato istituzionale, missione, aree strategiche, obiettivi strategici e piani operativi (che individuano obiettivi operativi, azioni e risorse).

La metodologia seguita consiste nell'organizzazione delle aree strategiche secondo le priorità di intervento aziendali, dialogando con il processo di budget aziendale.

In virtù del decreto legge 80 del 9 giugno 2021, il Piano della Performance, come altri è stato ricompreso in questo **PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE (PIAO)**.

La programmazione delle attività 2026 viene effettuata proseguendo e consolidando le iniziative intraprese negli anni precedenti, nonché attivando azioni in linea con la normativa ed i

documenti di programmazione nazionale e regionale, con riferimento ai quali rivestono particolare importanza:

- DGR n. 1399 del 28/12/2023, “Provvedimento generale di programmazione della Rete Ospedaliera regionale ai sensi del D.M. 70/2015 - Allineamento alla DGR 212/2016 - TERZO POLO. Integrazione Ospedale/Territorio”;
- DD Direzione Regionale Salute e Welfare n. 2995 del 15/03/2024, “Tavolo di monitoraggio a livello regionale dell’attuazione del Provvedimento generale di programmazione della Rete Ospedaliera regionale ai sensi del D.M. 70/2015 - Allineamento alla DGR 212/2016 - TERZO POLO. Integrazione Ospedale/Territorio. Approvazione obiettivi e indicatori”;
- DGR n. 801 del 7/08/2024, “Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale per l’anno 2024”.
- DGR n. 776 del 31/07/2025 “Integrazione al Finanziamento del Servizio Sanitario Regionale per l’anno 2025 - ulteriori indicazioni per la programmazione annuale delle Aziende Sanitarie”.

Area Strategica	Obiettivo strategico	Ambito operativo	Indicatori	Strumento di dettaglio
1	Promuovere la salute e ridurre le esposizioni evitabili	Prevenzione e sorveglianza	Indicatori di esito	Schede di budget
2	Garantire equità e sostenibilità dei LEA	Rete territoriale e ospedaliera	Indicatori di accesso	Schede di budget
3	Migliorare qualità e sicurezza	Appropriatezza clinica	Indicatori PNE	Schede di budget
4	Innovare e valorizzare il personale	Organizzazione e competenze	Indicatori HR	PTFP / POLA
5	Rafforzare trasparenza e legalità	Anticorruzione	Indicatori PTPCT	PTPCT
6	Semplificare e digitalizzare	Sanità digitale	Indicatori PNRR	Roadmap digitale

Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di Bilancio

a cura dell' U.O. Contabilità Economico Finanziaria

La programmazione economica delle risorse da destinare alla spesa per il personale viene effettuata annualmente in sede di bilancio preventivo, come di seguito illustrato dalla U.O.C. Contabilità Economico-Finanziaria.

Sul bilancio preventivo tecnico economico 2026 sono stati iscritti costi per il personale dipendente per complessivi € 225.048.041 di cui € 219.015.490, per spesa al netto della stima dei rinnovi contrattuali ed € 6.032.551, per la stima della incidenza dei rinnovi contrattuali per

l'anno 2026, con un incremento di complessivi € 10.061.077 rispetto al bilancio preventivo 2025.

La previsione è stata effettuata, attesa la natura provvisoria e tecnica del documento previsionale 2026, sulla base dell'andamento dei costi 2025, delle limitate risorse a disposizione ed in considerazione degli indirizzi vincolanti regionali, in materia di tetti di spesa per il personale dipendente a tempo indeterminato e determinato, emanati con nota protocollo n. 2025-0238622 del 4/12/2025.

In particolare, i tetti di spesa del personale per gli enti del Servizio Sanitario Regionale, per il 2026, corrispondono a quelli di cui alla DGR n. 581 del 23/6/2021, come da prospetto che segue:

AZIENDA	TETTO SPESA 2026 - DGR N. 581/2021
Azienda Ospedaliera Perugia	124.901.440,00
Azienda Ospedaliera Terni	76.203.499,00
Azienda USL Umbria 1	171.393.013,00
Azienda USL Umbria 2	166.699.167,00
REGIONE UMBRIA	539.197.119,00

Per il personale a tempo determinato, le rilevanti criticità per carenza del personale sanitario hanno indotto il legislatore a ripensare, almeno nel breve periodo, i limiti di spesa per i reclutamenti a tempo determinato. Il DL n. 19/2024, difatti, ha rivisto, almeno parzialmente, gli obiettivi di contenimento della spesa per le assunzioni a tempo determinato contenuti all'art. 9, comma 28 del DL n. 78/2010. La norma ha disposto che per ciascun anno del triennio 2024-2026, con riferimento esclusivamente al personale medico e a quello del comparto sanitario e socio-sanitario assunto a tempo determinato, la relativa spesa non può superare il doppio di quella sostenuta, per le medesime finalità, nell'anno 2009. Resta fermo, invece, l'obiettivo del contenimento del costo, annualmente sostenuto per il personale reclutato a tempo determinato con riferimento agli altri ruoli e profili, entro il 50% della spesa sostenuta nel 2009 per le stesse finalità.

Per l'anno 2026, pertanto, come evidenziato nella direttiva regionale, sussistono due vincoli riferiti ai costi annualmente sostenuti per il personale a tempo determinato o con convenzioni ovvero con contratti di collaborazione coordinata e continuativa:

- uno riferito al personale della dirigenza medica e al personale non dirigenziale appartenente ai profili sanitario e socio-sanitario, per il quale il limite di spesa è stato esteso fino al doppio del costo sostenuto per il medesimo personale nel 2009;
- uno riferito a tutti gli altri ruoli e profili e, cioè, al personale della dirigenza veterinaria, sanitaria non medica, professionale, tecnica e amministrativa e al personale non dirigenziale appartenente ai profili professionale, tecnico e amministrativo, per il quale è stato confermato il limite del 50% della spesa sostenuta nel 2009.

Nelle tabelle che seguono sono rappresentati i predetti vincoli fissati per ciascuna Azienda nella direttiva regionale.

AZIENDA	TETTO SPESA T.D 2026 dirigenza medica - comparto sanitario e socio-sanitario
Azienda Ospedaliera Perugia	18.510.554,00
Azienda Ospedaliera Terni	11.212.133,66
Azienda USL Umbria 1	26.708.784,00
Azienda USL Umbria 2	16.065.342,03
REGIONE UMBRIA	72.496.813,69

AZIENDA	TETTO SPESA T.D 2026 dirigenza veterinaria, sanitaria non medica e PTA -comparto PTA
Azienda Ospedaliera Perugia	537.155,50
Azienda Ospedaliera Terni	15.053,26
Azienda USL Umbria 1	982.850,00
Azienda USL Umbria 2	796.664,49
REGIONE UMBRIA	2.331.723,25

L'importo complessivo della spesa a preventivo 2026 per il personale dipendente, di € 225.048.041, risulta così articolato tra le diverse voci riepilogative di costo dello schema di conto economico:

- B.6.a) Personale dirigente medico € 76.426.952
- B.6.b) Personale dirigente ruolo sanitario non medico € 9.468.915
- B.6.c) Personale comparto ruolo sanitario € 95.265.386
- B.6.d) Personale dirigente altri ruoli € 1.908.615
- B.6.e) Personale comparto altri ruoli € 35.945.622
- B.11.d) Altri accantonamenti (di cui) € 6.032.551

Trimestralmente l'andamento dei costi del personale viene rilevato e monitorato dal competente Centro di Risorsa, che evidenzia anche la stima della proiezione annua degli stessi, confrontandola con i limiti di spesa nazionali e regionali. Ove necessario, vengono poi conseguentemente aggiornati, previa autorizzazione della Direzione Aziendale, anche i budget economici previsionali che vengono adeguati all'effettivo fabbisogno economico.

La spesa per il personale dipendente inserita nel bilancio di previsione 2026 è infatti sottostimata rispetto ai costi rilevati in sede di proiezione annua a CE IV trimestre 2025, in considerazione del fatto che il bilancio tecnico preventivo dell'esercizio 2026 rispetta il principio dell'equilibrio di bilancio a preventivo, reso obbligatorio dal D.lgs.118/2011 e che discende

anche dall'art. 97 c. 1 della Costituzione e dal disposto dell'art. 81 della Costituzione, secondo cui "Lo Stato assicura l'equilibrio tra le entrate e le spese del proprio bilancio".

Tale principio è stato ribadito dalla Sezione di Controllo della Corte dei Conti Piemonte con delibera n. 113/2021 del 15/9/2021 e confermato anche dalla stessa Sezione di Controllo della Corte dei Conti Piemonte con delibera n. 92/2022 del 28/6/2022 e dalla Sezione di Controllo della Corte dei Conti per l'Emilia Romagna con delibera n. 178/2023 del 14/11/2023.

Rischi corruttivi e trasparenza.

a cura delle funzioni professionali di riferimento

La presente sezione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) definisce, in una prospettiva programmatica e preventiva, le azioni che l'Azienda Sanitaria Territoriale intende attuare nel triennio 2026-2028 per prevenire fenomeni di corruzione e illegalità, nonché per rafforzare la trasparenza amministrativa, con particolare attenzione ai servizi sanitari territoriali e socio-sanitari; e ciò alla luce del fatto che l'Azienda USL Umbria 1 opera in un contesto caratterizzato dalla diffusione territoriale dei servizi (distretti, presidi ospedalieri, case di comunità, ambulatori e dipartimenti); da un elevato numero di rapporti con soggetti esterni (MMG, PLS, cooperative, enti del terzo settore); dalla gestione di prestazioni domiciliari e socio-assistenziali.

Il 31.10.2025 con DDG 1183 è stata nominata quale Responsabile della Prevenzione della Corruzione la D.ssa Milena Rinaldi, in sostituzione della D.ssa Ilaria Vescarelli, che ha assunto il ruolo di sostituto in assenza del Responsabile.

I PTPCT relativi degli anni precedenti, sono stati adottati con Delibere del Direttore Generale e sono reperibili al seguente link: <https://www.uslumbria1.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti-corruzione>. Con DDG n.119 del 31/01/2025 è stata deliberata "Adozione Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2025/2027", chiamato a definire, su base triennale e con aggiornamento annuale, diversi aspetti dell'attività e dell'assetto organizzativo delle pubbliche amministrazioni.

Seguendo quanto indicato nella delibera ANAC n. 495 del 25.9.2024 avente ad oggetto "Approvazione di 3 schemi di pubblicazione ai sensi dell'art. 48 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai fini dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione..." si è provveduto con nota prot. 0225783 del 27/11/2025 ad ottemperare agli obblighi previsti.

In fase di aggiornamento del presente Piano, ai fini della progettazione, realizzazione e miglioramento continuo del "Sistema di gestione del rischio corruttivo", si è fatto riferimento – anche in continuità con la posizione assunta in sede dei precedenti PTPCT - alle indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi secondo quanto indicato dalle Linee Guida ANAC allegato 1, sotto riportato come richiamato anche dalle recenti indicazioni ANAC del 23/07/2025.

In tal senso, si ritiene utile riportare nella presente Sezione le indicazioni di carattere generale e specifico sul processo di gestione del rischio di corruzione formulate dall'Autorità, opportunamente contestualizzate nell'ambito istituzionale di riferimento, per orientare le attività /azioni di tutti i soggetti coinvolti nel processo secondo una metodologia di sistema. Lo svolgimento di tutte le attività funzionali a tale fine, presuppone un contributo fattivo di tutte le

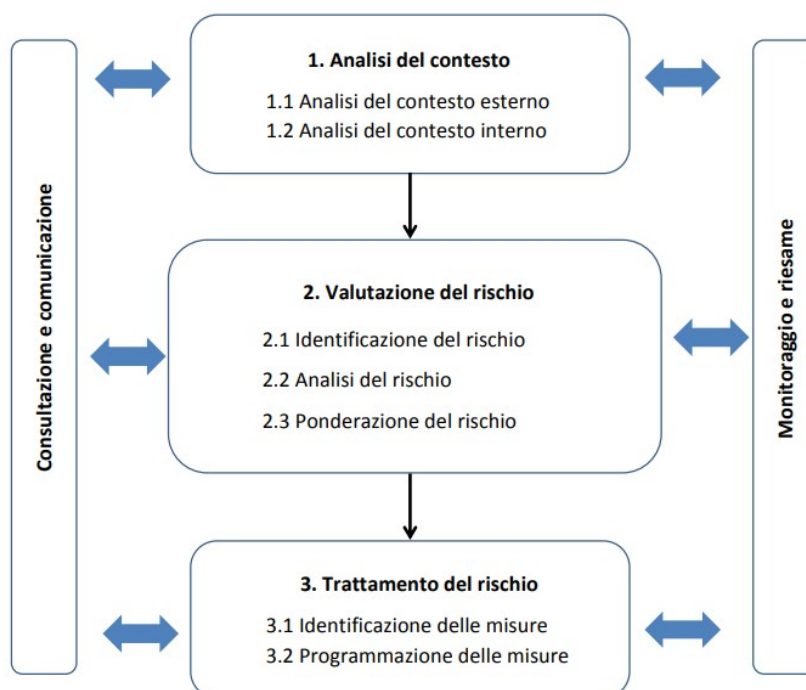
Strutture aziendali, ed in primis dei Dirigenti, tenuti a fornire le informazioni richieste per l'individuazione delle attività a rischio, a formulare specifiche proposte di prevenzione (D. Lgs. 165/2001 art. 16 comma 1) e, comunque, la collaborazione di tutti i dipendenti con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione (D.P.R. 62/2013 art. 8).

Nel contesto di una procedura di partecipazione di stakeholder, rilevanti nella fase di analisi esterna ed interna, finalizzata a raccogliere eventuali proposte e/o osservazioni da tenere in debita considerazione in sede di predisposizione definitiva del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT) 2026/2028, sono pervenute alcune interessanti proposte che l'Azienda Usl Umbria 1 intende valutare e prendere in considerazione.

Tale attività divulgativa è stata riproposta nell'anno concluso, coinvolgendo il personale dipendente, le organizzazioni sindacali, gli enti del terzo settore ed Enti ed Organismi regionali, chiedendo possibili contributi o suggerimenti per l'aggiornamento del PTPCT 2026/2028.

Il processo di gestione del rischio della corruzione si sviluppa secondo una logica sequenziale e ciclica orientata al continuo miglioramento e si articola secondo quanto indicato dalla Delibera ANAC n.1064 del 13/11/2019 Allegato 1 – “*Indicazioni Metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi*” nelle fasi seguenti rappresentate nella Figura:

Figura 1 – *Il processo di gestione del rischio di corruzione*



Le fasi centrali del sistema sono l'analisi del contesto, la valutazione del rischio e il trattamento del rischio, a cui si affiancano due ulteriori fasi trasversali quali la fase di consultazione e comunicazione e la fase di monitoraggio e riesame del sistema.

Pertanto, la presenza di uno o più fattori 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.

Nel corso dell'anno 2025 sono state esaminate istanze di dipendenti che hanno evidenziato profili di incompatibilità e/o conflitti di interessi in coerenza con il Regolamento in materia di incompatibilità, cumulo di impieghi e incarichi di cui alla DDG n.1148 del 2/11/2015

Le indicazioni ANAC (PNA 2022), anche alla luce della normativa che ha imposto alle PPAA di redigere il PIAO, seppur abbiano consigliato *"che si lavori per una mappatura dei processi integrata (tra quelli riportati nel PTPCT e quelli descritti nel PIAO) al fine di far confluire obiettivi di performance, misure di prevenzione della corruzione e programmazione delle risorse umane e finanziarie necessarie per la loro realizzazione"*, hanno comunque raccomandato *"che, l'integrazione fra la mappatura per la programmazione delle misure di prevenzione della corruzione e per la performance, seppure obiettivo da perseguire, essa va, tuttavia, sviluppata in una logica di gradualità e non a discapito della prevenzione della corruzione"*.

In tal senso, la Usl Umbria 1, con il PTPCT 2026/2028, ha ripercorso la mappatura dei processi allineandosi a quella del PIAO, al fine di integrare gli obiettivi di performance con le misure di prevenzione della corruzione.

Infatti, grazie ad una collaborazione più intensa tra i vari servizi e l'RPC, si è riusciti ad incidere positivamente nella individuazione degli endo-procedimenti a rischio, dei rischi potenziali, dei soggetti Responsabili, delle misure di sicurezza e degli indicatori associati, con tempistiche e monitoraggi definiti (Allegato 1 al PTPCT e schede contenute all'interno dello stesso).

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 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 Semplificazione e al Pubblica amministrazione.

Nel corso dell'anno 2025 sono pervenute n. 14 richieste di accesso generalizzato, che l'Azienda ha evaso nei tempi previsti. Non è pervenuta nessuna richiesta di accesso civico semplice.

b) Obblighi di pubblicazione

Anche l'attenzione prestata dalla USL Umbria 1 all'adempimento degli obblighi di pubblicazione è massima, pur evidenziando che l'attività di pubblicazione si aggiunge alle numerose e quotidiane attività istituzionali che già gravano sui singoli Servizi.

Il Responsabile della Trasparenza effettua periodicamente il monitoraggio, a campione, 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 a livello normativo.

Al Responsabile della Trasparenza è assegnato un ruolo di regia, di coordinamento e di monitoraggio sull'effettiva pubblicazione, ma non sostituisce gli uffici nell'elaborazione, nella trasmissione e nella pubblicazione dei dati.

I Dirigenti responsabili degli uffici dell'amministrazione provvedono a garantire la tempestiva e regolare pubblicazione delle informazioni nel rispetto dei termini e delle modalità stabilite dalla legge.

Il Responsabile della Trasparenza, in collaborazione con il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione, svolge, altresì, le verifiche sulle pubblicazioni dei dati ad opera delle Società partecipate sui relativi siti: "Istituto Clinico Tiberino" e "Punto Zero Scarl".

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

Nel corso dell'anno 2025 è stato portato a termine l'aggiornamento per adeguare la sottosezione "Bandi di Gara e Contratti" in Amministrazione Trasparente (già, tra l'altro, recentemente modificata in attuazione delle disposizioni relative al PNRR e PNC), anche alla luce della Delibera ANAC n. 264 del 20/06/2023, con la quale sono stati individuati informazioni e dati relativi alla programmazione di lavori, servizi e forniture, nonché alle procedure del ciclo

di vita dei contratti pubblici che rilevano ai fini dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui al d.lgs. n. 33/2013.

Con delibera n. 495 del 25/09/2024, successivamente modificata con delibera n. 481 del 3 dicembre 2025, ANAC ha approvato 3 nuovi schemi ai sensi dell'art. 48 d.lgs. 33/2003 e le precipe *"Istruzioni operative per una corretta attuazione degli obblighi di pubblicazione ex d.lgs.33/2013"*, aggiornate in data 26/11/2024, ai fini dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui agli art. 4-bis (utilizzo delle risorse pubbliche), 13 (organizzazione) e 31 (controlli su attività e organizzazione), concedendo ai soggetti interessati un periodo transitorio di 12 mesi per procedere all'adeguamento ed aggiornamento (termine 21/01/2026).

In attuazione della delibera ANAC n. 495 del 25/09/2024 sono state condivise con tutti i Servizi interessati le *"Linee Guida per una corretta attuazione degli obblighi di pubblicazione"*, in cui, oltre che ribadire i requisiti di qualità del dato, sono state esplicate le nuove modalità controllo imposte da ANAC.

Al fine di adempiere a quanto sopra, il Responsabile della Trasparenza semestralmente invierà richiesta di relazione ai Servizi coinvolti nelle pubblicazioni al fine di attestare la corretta esecuzione degli obblighi di pubblicazione, mentre i Servizi provvederanno a compilare, per ogni pubblicazione, secondo le modalità condivise, la scheda di validazione di primo livello.

Stanti le recenti modifiche, il Responsabile della Trasparenza si riserva ulteriori integrazioni nel corso dell'Anno 2026.

Con il preindicatedo atto deliberativo ANAC ha altresì proposto, in via sperimentale, ulteriori schemi di pubblicazione che dovranno essere adottati non appena divenuti definitivi. L'elaborazione delle relative nuove griglie, nonché il conseguente aggiornamento del sito Amministrazione Trasparente, considerata la necessità di attendere indicazioni da parte di ANAC, è al momento in fase di studio.

Il Responsabile della Trasparenza si riserva la trasmissione dell'eventuale aggiornamento della Tabella contenente l'elenco degli obblighi di pubblicazione.

c) Rapporti tra "Trasparenza" e "Trattamento dei dati personali"

Anche per l'anno 2025 è stato 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»*.

3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

L'Organizzazione Aziendale

Il modello organizzativo dell'Azienda USL Umbria 1 è descritto in tre MACROLIVELLI secondo il seguente schema:

- **Direzione Aziendale** a cui compete l'esercizio delle funzioni strategiche, avendo lo scopo di garantire la promozione e la tutela della salute della popolazione, ottimizzando il rapporto tra risorse impiegate e risultati ottenuti;
- **Area Centrale dei Servizi** a cui spetta garantire le funzioni di supporto al processo produttivo;
- **Nucleo Operativo** per la produzione ed erogazione di servizi e prestazioni assistenziale.

Il **Direttore generale** è il legale rappresentante dell'Azienda ed è responsabile della sua gestione, è coadiuvato, nell'esercizio delle proprie funzioni, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo, con i quali costituisce la **Direzione Aziendale** strategica, di indirizzo e di controllo direzionale ed opera come momento di coordinamento.

Altri organi dell'Azienda sono il Collegio di Direzione ed il Collegio Sindacale.

Il **Collegio di Direzione** concorre al governo delle attività cliniche ed alla pianificazione dell'attività, indica le soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero-professionale intramuraria.

Inoltre, concorre allo sviluppo organizzativo e gestionale dell'azienda ed alla valutazione interna dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi prefissati.

Il **Collegio sindacale** ha compiti di vigilanza sulla regolarità amministrativa e contabile, 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, uno dal Ministro della Salute.

L'**Area Centrale dei Servizi** è costituita dalle U.O. di Staff e dalle U.O. Amministrative.

Le **U.O. di Staff della Direzione Aziendale**, che hanno il compito di fornire supporto tecnico e/o operativo alle funzioni della Direzione Aziendale e/o di esercitare funzioni particolari, sono le seguenti: Controllo di Gestione; Programmazione Sanitaria e Gestione Flussi Informativi Sanitari; Sicurezza Aziendale; Formazione del Personale e Sviluppo Risorse; Servizio Farmaceutico Aziendale; Fisica Sanitaria; Medicina Legale Aziendale; Psicologia Aziendale; Centro Ausili Aziendale USL Umbria 1 e patologie del rachide, alterazioni posturali- scoliosi; Gestione del rischio infettivo.

Le **U.O. Amministrative**, che hanno il compito di assicurare il corretto assolvimento delle funzioni di supporto amministrativo e logistico, sono le seguenti: Affari Generali Istituzionali e Gestione Legale dei Sinistri; Attività Tecniche - Acquisti Beni e Servizi; Tecnologie Informatiche e Telematiche; Patrimonio; Contabilità Economico Finanziaria; R.U. Trattamento Giuridico - Economico Personale Dipendente e Convenzionato; Direzione attività amministrative territoriali; Area Economale; Direzione Amministrativa Presidi Ospedalieri.

Sono poi presenti la Direzione Medica Presidio Ospedaliero Alto Tevere e la Direzione Medica Presidio Ospedaliero Gubbio e Gualdo Tadino e P.O.U..

Il **Nucleo Operativo** è costituito dalle Macrostrutture dotate di autonomia tecnico-professionale per la produzione ed erogazione di servizi e prestazioni assistenziale:

- **6 DISTRETTI SOCIO SANITARI** che si articolano in Centri di Salute e Servizi:

- **Distretto del Perugino:** Corciano, Perugia, Torgiano;
- **Distretto Assisano:** Assisi, Bastia, Bettona, Cannara, Valfabbrica;
- **Distretto della Media Valle del Tevere:** Collazzone, Deruta, Fratta Todina, Marsciano, Massa Martana, Monte Castello di Vibio, San Venanzo, Todi;
- **Distretto del Trasimeno:** Castiglione del Lago, Città della Pieve, Magione, Paciano, Panicale, Passignano, Piegara, Tuoro;
- **Distretto Alto Chiascio:** Gubbio, Gualdo Tadino, Scheggia, Costacciaro, Sigillo, Fossato di Vico;
- **Distretto Alto Tevere:** Città di Castello, Citerna, Monte Santa Maria in Tiberina, S. Giustino, Lisciano Niccone, Montone, Pietralunga, Umbertide.

Afferiscono ai Distretti anche strutture residenziali e semiresidenziali, quali le RSA - Residenze Sanitarie Assistite per ricovero temporaneo e le RP - Residenze Protette per ricoveri socio-assistenziali a lungo termine, nonché i Centri diurni.

Dipartimento Salute Mentale che opera grazie alle sue articolazioni organizzative, con riferimento ai servizi offerti alla persona, con supporto funzionale nel Distretto, anche nel rispetto dell'integrazione sociosanitaria e sociale con i servizi comunali di Ambito Sociale.

Dipartimento di Prevenzione che eroga servizi di prevenzione e tutela della salute della collettività in ambiente di vita e di lavoro.

- 7 DIPARTIMENTI OSPEDALIERI:

- **Dipartimento di Chirurgia Generale;**
- **Dipartimento di Chirurgia Specialistica;**
- **Dipartimento Medico e Oncologico;**
- **Dipartimento Medicine Specialistiche;**
- **Dipartimento Materno-Infantile;**
- **Dipartimento dei Servizi;**
- **Dipartimento di Emergenza e Accettazione.**

Il Regolamento, di cui al **DM 70/2015**, fissa i criteri per classificare le strutture ospedaliere esistenti in 3 livelli di complessità crescente individuando, per ciascun livello, dei valori soglia secondo la popolazione servita dall'ospedale in questione. Conseguentemente, la **DGR 212/2016, attuativa del DM 70/2015** *"Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera"*, definisce un piano della rete ospedaliera regionale caratterizzato secondo livelli gerarchici di complessità e di intensità delle cure.

Con **Delibera del Direttore Generale n. 1453 del 21/12/2016** è stato adottato il Piano di Riorganizzazione degli Ospedali dell'Azienda USL Umbria n. 1 ai sensi della DGR 212/2016.

L'assistenza ospedaliera alla popolazione della USL Umbria n.1 è assicurata da **tre Presidi**:

1. **Presidio Ospedaliero Alto Tevere** che comprende due ospedali:
 - Ospedale di Città di Castello - DEA di I livello
 - Ospedale di base di Umbertide.
2. **Presidio Ospedaliero Gubbio-Gualdo Tadino** - DEA di I livello.
3. **Presidio Ospedaliero Unificato (POU)** che comprende Ospedali di base di
 - Assisi
 - Castiglione del Lago
 - Media Valle del Tevere
 - Centro Ospedaliero di Riabilitazione Intensiva - C.O.R.I. di Passignano sul Trasimeno.

I Presidi Ospedalieri Gubbio-Gualdo Tadino e Alto Tevere con l'Ospedale Città di Castello, fanno parte della rete regionale della emergenza-urgenza (sede di Dipartimento Emergenza ed Accettazione); inoltre, presso tali Strutture (con funzione di ospedale di base), sono erogate attività in regime di ricovero ordinario, di day hospital, day surgery ed ambulatoriale.

Il POU garantisce l'attività in regime di ricovero ordinario, di day hospital, day surgery ed ambulatoriale, presso gli Ospedali di base di Assisi, Castiglione del Lago, Media Valle del Tevere

e presso la struttura di Passignano dove è collocato il Centro Ospedaliero di Riabilitazione Intensiva (CORI).

Risorse Umane

a cura della U.O Risorse Umane - Trattamento Giuridico - Economico Personale Dipendente e Convenzionato

Assetto delle risorse umane e principali linee strategiche definite dall'Azienda

Con il decreto-legge n. 80 del 9 giugno 2021, convertito con modificazioni dalla legge n. 113 del 6 agosto 2021, è stata introdotta per tutte le pubbliche amministrazioni con più di 50 dipendenti l'adozione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO). Il PIAO, avente durata triennale e aggiornato annualmente "a scorrimento", integra in un unico documento la programmazione relativa a:

- gestione delle risorse umane
- organizzazione degli uffici
- formazione
- prevenzione della corruzione e trasparenza
- lavoro agile
- fabbisogni del personale
- azioni positive
- performance organizzativa

Il PIAO 2026-2028 si colloca in un contesto di consolidamento delle riforme avviate negli anni precedenti e di progressiva attuazione delle misure nazionali e regionali in materia di riorganizzazione del Servizio Sanitario, digitalizzazione dei processi e rafforzamento dell'assistenza territoriale.

Contesto programmatico 2026-2028

La redazione del Piano Triennale del Fabbisogno di Personale (PTFP) 2026-2028 avviene in un quadro caratterizzato da:

- persistente difficoltà di reperimento di dirigenti medici in discipline critiche (Emergenza-Urgenza, Anestesia, Radiologia, Medicina Interna, ecc.)
- ridefinizione della rete territoriale in attuazione del DM 77/2022
- vincoli di spesa nazionali e regionali
- necessità di garantire continuità assistenziale e livelli essenziali di assistenza (LEA)
- evoluzione normativa in materia di stabilizzazioni e personale flessibile

In attesa della completa definizione della programmazione regionale, il PTFP 2026-2028 tiene conto dell'assetto organizzativo prospettico e della necessità di assicurare qualità dei servizi e adeguati livelli di performance, nel rispetto dei limiti di spesa vigenti.

Linee strategiche confermate per il triennio 2026-2028

L'Azienda conferma le priorità già individuate negli anni precedenti, orientando la programmazione verso:

- Reclutamento di dirigenti medici nelle discipline prioritarie e di personale del comparto sanitario necessario alla piena attuazione della riorganizzazione territoriale.
- Completamento e prosecuzione delle stabilizzazioni del personale precario ai sensi dell'art. 1, comma 268, lett. b) della L. 234/2021, come modificata dalla L. 14/2023.
- Valorizzazione del personale interno, anche attraverso progressioni tra le Aree ai sensi dell'art. 20 del CCNL 2019-2021 e in coerenza con le previsioni del CCNL 2022-2024.
- Applicazione delle disposizioni regionali in attuazione del DL 34/2020 e del DM 77/2022.
- Completamento delle procedure di selezione per il conferimento degli incarichi di direzione di Struttura Complessa già autorizzati e richiesta di autorizzazione al C.RE.VA. per le strutture previste ma non ancora autorizzate.
- Potenziamento della formazione, con particolare attenzione a competenze digitali, sicurezza, sviluppo manageriale e processi territoriali.

Aggiornamento normativo 2024-2025 rilevante per la programmazione 2026-2028

Stabilizzazioni del personale

Le stabilizzazioni continuano a essere disciplinate da:

- L. 234/2021, art. 1, comma 268, lett. b)
- L. 197/2022, art. 1, comma 528, D.L. 198/2022 convertito in L. 14/2023, commi 9-quinquiesdecies, 9-sexiesdecies e 9-septiesdecies, D.L. 56/2023, art. 13.
 - proroga dei termini per maturare i requisiti
 - ampliamento delle tipologie contrattuali utili
 - estensione del perimetro soggettivo
- D.L. 19/2024, convertito in L. n. 56/2024, Art. 8, comma 2 bis.
- D.L. 202/2024 convertito in L. n. 15/2025, art. 4, comma 3 bis, let. a) e b).

Limiti di spesa per personale flessibile

A decorrere dal 2024:

- l'art. 9 del DL 78/2010 è stato modificato dall'art. 44-ter del DL 19/2024, con aggiornamento dei limiti di spesa per personale a tempo determinato, convenzionato e Co.Co.Co.

Riorganizzazione territoriale

Restano pienamente vigenti:

- DD.GG.RR. 483/2020 e 916/2020 – Attuazione del DL 34/2020
- DM 77/2022 – Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale
- D.G.R. 1329/2022 – Recepimento regionale del DM 77/2022

Contrattazione collettiva

Per il triennio 2026-2028 si applicano:

- CCNL Comparto Sanità 2019-2021
- CCNL Area Sanità 2019-2021
- CCNL Comparto Sanità 2022-2024 (in corso di recepimento operativo nelle aziende)

Rinvio al Piano del Fabbisogno

Per la programmazione di dettaglio relativa a tetti di spesa, numero e tipologia delle risorse, si rinvia al: Piano del Fabbisogno Provvisorio del Personale 2026/2028, delibera n. 97 del 28/01/2026 "PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE 2026 – 2028. ADOZIONE PROVVISORIA".

Piano Organizzativo Lavoro Agile (POLA)

La presente sezione definisce, in conformità alle più recenti Linee Guida emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica e nel rispetto della vigente contrattazione collettiva nazionale, la strategia aziendale e gli obiettivi relativi allo sviluppo di modelli innovativi di organizzazione del lavoro da remoto (lavoro agile).

Il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA), parte integrante del PIAO 2026-2028, è immediatamente esecutivo. Ciascun Direttore e Dirigente Responsabile di Struttura è tenuto a garantirne l'applicazione, assicurando coerenza con le esigenze organizzative, la continuità dei servizi e la tutela dell'utenza.

Il POLA si propone di:

- definire le misure organizzative necessarie per l'attivazione e la gestione del lavoro agile;
- individuare i requisiti tecnologici, infrastrutturali e di sicurezza informatica indispensabili allo svolgimento della prestazione da remoto;
- stabilire criteri omogenei per l'accesso, la rotazione e la gestione delle richieste;
- delineare gli strumenti di monitoraggio e valutazione dei risultati, in coerenza con il sistema di performance organizzativa e individuale;
- promuovere un modello di lavoro orientato ai risultati, alla responsabilizzazione e alla flessibilità, nel rispetto delle peculiarità operative di un'Azienda Sanitaria.

L'obiettivo generale è favorire un'organizzazione del lavoro moderna, efficiente e sostenibile, capace di coniugare qualità dei servizi, benessere del personale e innovazione dei processi, garantendo al contempo la piena operatività delle strutture e la continuità dell'assistenza ai cittadini.

La disciplina del lavoro agile nella Pubblica Amministrazione si fonda sul seguente quadro normativo:

Normativa generale

- D.Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150 – Performance organizzativa e individuale.
- Legge 7 agosto 2015, n. 124 (Legge Madia), art. 14 – Conciliazione vita-lavoro.
- Legge 22 maggio 2017, n. 81, artt. 18-23 – Definizione e disciplina del lavoro agile.
- Direttiva PCM n. 3/2017 – Indirizzi attuativi per il lavoro agile nella PA.
- Circolare INAIL n. 48/2017 – Tutela assicurativa e sicurezza nel lavoro agile.

Normativa emergenziale e post-emergenziale

- D.P.C.M. 23 settembre 2021 – Modalità ordinarie di svolgimento del lavoro nelle PA.
- D.M. 8 ottobre 2021 – Rientro in presenza nelle PA.
- Linee Guida Funzione Pubblica sul lavoro agile (versioni aggiornate 2023-2024).
- Protocollo Nazionale sul Lavoro Agile del 7 dicembre 2021.

Normativa di riforma della PA

- D.L. 9 giugno 2021, n. 80 (Decreto Reclutamento), convertito in L. 113/2021 – Introduzione del PIAO.
- Raccomandazioni AgID – Sicurezza digitale e lavoro da remoto (aggiornamenti 2020-2024).
- Contrattazione collettiva
- CCNL Comparto Sanità 2019-2021.
- CCNL Area Sanità 2019-2021.
- CCNL 2022-2024 – Disposizioni applicabili in materia di flessibilità organizzativa e lavoro agile.

2. Criteri di accesso al lavoro agile

L'accesso al lavoro agile è subordinato alla compatibilità delle attività con la modalità da remoto e alla necessità di garantire la continuità dei servizi sanitari e amministrativi.

2.1 Requisiti di ammissibilità

Possono accedere al lavoro agile i dipendenti che: svolgono attività non direttamente assistenziali e compatibili con l'esecuzione da remoto; dispongono delle competenze digitali necessarie; garantiscono il rispetto degli standard di sicurezza informatica e protezione dei dati; sottoscrivono l'accordo individuale previsto dalla L. 81/2017.

2.2 Attività non ammissibili

Non possono essere svolte in modalità agile: attività assistenziali e clinico-sanitarie che richiedono presenza fisica; attività che comportano gestione diretta dell'utenza; attività che richiedono l'uso di strumentazioni non remotizzabili.

2.3 Priorità di accesso

In coerenza con la normativa vigente, l'Azienda riconosce priorità a: lavoratori in condizioni di fragilità o con patologie certificate; lavoratori con disabilità o che assistono familiari con disabilità; lavoratrici/lavoratori con esigenze documentate di conciliazione vita-lavoro.

3. Criteri di rotazione

Il lavoro agile deve essere garantito nel rispetto del principio di prevalenza della presenza in servizio.

3.1 Principi generali

La prestazione in presenza deve rimanere prevalente per ciascun lavoratore. La rotazione è applicata solo nelle strutture in cui il numero di dipendenti e la tipologia delle attività lo consentono. La rotazione non può compromettere la continuità dei servizi.

3.2 Modalità di rotazione

La rotazione è definita dal Direttore/Responsabile della Struttura sulla base di: esigenze organizzative; carichi di lavoro; compatibilità delle attività; equilibrio tra presenza e remoto; tutela dell'utenza.

4. Monitoraggio, performance e indicatori

Il lavoro agile deve garantire livelli di produttività e qualità almeno equivalenti a quelli della prestazione resa in presenza.

4.1 Strumenti di monitoraggio

Il monitoraggio avviene attraverso: report periodici delle attività svolte; verifica del raggiungimento degli obiettivi individuali; sistemi informativi aziendali (ticketing, workflow, protocolli digitali); indicatori di performance definiti nel PIAO.

4.2 Valutazione della performance

La performance dei lavoratori in modalità agile è valutata secondo: obiettivi specifici assegnati nell'accordo individuale; risultati misurabili e verificabili; rispetto delle scadenze; qualità del servizio erogato; collaborazione con la struttura di appartenenza.

4.3 Indicatori di performance (esempi di indicatori)

Indicatori quantitativi: Numero di attività/istruttorie evase nel periodo. Tempi medi di risposta o lavorazione. Rispetto delle scadenze procedurali. Indicatori qualitativi: Accuratezza e completezza degli atti prodotti. Riduzione degli errori o delle non conformità. Livello di soddisfazione dell'utenza interna/esterna. Indicatori organizzativi: Impatto sulla continuità dei servizi. Efficienza dei processi digitali utilizzati. Coerenza con gli obiettivi del PIAO.

Introduzione

Il lavoro agile (smart working) è stato introdotto nel pubblico impiego dalla legge 7 agosto 2015, n. 124 (c.d. "Riforma Madia"), che all'art. 14 ha previsto l'adozione, da parte delle amministrazioni pubbliche, di misure volte a favorire la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti. Tra tali misure figuravano il telelavoro e la sperimentazione di nuove modalità spazio-temporali di svolgimento della prestazione lavorativa.

La disciplina organica del lavoro agile è stata successivamente definita dalla legge 22 maggio 2017, n. 81, che per la prima volta ha qualificato il lavoro agile come una modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato basata su un accordo tra le parti, caratterizzata da flessibilità nei tempi e nei luoghi di lavoro, organizzazione per obiettivi e utilizzo di strumenti tecnologici.

Il Dipartimento della Funzione Pubblica, con la Direttiva n. 3/2017, ha fornito gli indirizzi attuativi per l'introduzione del lavoro agile nelle pubbliche amministrazioni, delineando un modello orientato ai risultati, alla responsabilizzazione e alla flessibilità organizzativa.

L'emergenza epidemiologica da COVID-19 ha rappresentato un punto di svolta: nel 2020 e 2021 il lavoro agile è divenuto la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa nella Pubblica Amministrazione, grazie anche alla temporanea semplificazione degli adempimenti previsti dalla legge n. 81/2017. Tale esperienza ha consentito di garantire la continuità dei servizi, la tutela della salute dei lavoratori e il mantenimento dei livelli essenziali di assistenza.

Con il venir meno della fase emergenziale e il ripristino della presenza in servizio come modalità ordinaria dal 15 ottobre 2021, il lavoro agile è tornato a configurarsi come una delle modalità ordinarie di svolgimento della prestazione, da utilizzare in modo programmato, regolamentato e coerente con le esigenze organizzative.

Nell'attuale contesto, il lavoro agile assume una funzione strategica di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, contribuendo a: promuovere modelli di lavoro orientati ai

risultati; favorire autonomia, responsabilità e valorizzazione del merito; sostenere il benessere organizzativo e la conciliazione vita-lavoro; migliorare l'efficienza dei processi amministrativi attraverso la digitalizzazione.

Per garantire un utilizzo equilibrato e sostenibile del lavoro agile, l'accesso alla modalità potrà essere autorizzato esclusivamente nel rispetto delle seguenti condizioni: prevalenza della presenza in servizio per dirigenti, titolari di funzioni di coordinamento e controllo e responsabili del procedimento; assenza di impatti negativi sulla fruizione dei servizi da parte dell'utenza; adozione di criteri di rotazione, ove compatibile con la struttura organizzativa, assicurando comunque la prevalenza della prestazione in presenza per ciascun lavoratore; disponibilità di strumenti digitali adeguati e conformi ai requisiti di sicurezza informatica e protezione dei dati personali; sottoscrizione dell'accordo individuale previsto dall'art. 18 della legge n. 81/2017, contenente obiettivi, modalità di misurazione della performance, tempi di esecuzione della prestazione, fasce di contattabilità e diritto alla disconnessione; rispetto delle eventuali misure sanitarie che dovessero rendere necessaria una diversa organizzazione del lavoro.

Si evidenzia, infine, che la natura e la missione di un'Azienda Sanitaria rendono il lavoro agile applicabile solo ad alcune categorie professionali e in presenza di specifiche condizioni personali e organizzative, dovendo garantire l'erogazione continuativa dei servizi sanitari essenziali che richiedono, nella maggior parte dei casi, la presenza fisica del personale.

Obiettivi strategici del POLA 2026-2028

Il POLA 2026-2028 si inserisce in un contesto di progressiva evoluzione dei modelli organizzativi della Pubblica Amministrazione e di consolidamento delle innovazioni introdotte negli anni precedenti. L'Azienda, nel rispetto delle proprie specificità operative e della missione sanitaria, individua una serie di obiettivi strategici finalizzati a garantire un utilizzo equilibrato, sostenibile e orientato ai risultati del lavoro agile.

Gli obiettivi strategici del triennio sono articolati come segue.

1. Rafforzamento della qualità dei servizi e continuità operativa

Garantire che il lavoro agile non comporti alcuna riduzione della qualità dei servizi erogati all'utenza.

Assicurare la piena continuità dei processi amministrativi e di supporto alle attività sanitarie.

Favorire l'adozione di modelli organizzativi che migliorino l'efficienza dei flussi di lavoro, anche attraverso la digitalizzazione.

2. Sviluppo di un modello organizzativo orientato ai risultati

Promuovere una cultura organizzativa basata su obiettivi, responsabilizzazione e autonomia operativa.

Rafforzare la capacità delle strutture di programmare, monitorare e valutare le attività svolte da remoto.

Integrare il lavoro agile nel sistema di performance organizzativa e individuale previsto dal PIAO.

3. Digitalizzazione dei processi e innovazione tecnologica

Potenziare l'utilizzo di strumenti digitali e piattaforme collaborative per supportare il lavoro da remoto.

Garantire la sicurezza informatica e la protezione dei dati trattati in modalità agile, in coerenza con le linee guida AgID.

Favorire la dematerializzazione dei procedimenti e la riduzione degli adempimenti cartacei.

4. Benessere organizzativo e conciliazione vita-lavoro

Promuovere modalità di lavoro che favoriscano il benessere del personale e la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro.

Valorizzare il lavoro agile come strumento di prevenzione del rischio psicosociale e di miglioramento del clima organizzativo.

Garantire equità e trasparenza nell'accesso alla modalità agile, nel rispetto delle priorità previste dalla normativa.

5. Sviluppo delle competenze digitali e manageriali

Rafforzare le competenze digitali del personale attraverso percorsi formativi mirati.

Supportare i dirigenti nella gestione delle risorse in modalità agile, con particolare attenzione alla definizione degli obiettivi e alla valutazione dei risultati.

Promuovere la diffusione di buone pratiche organizzative e di modelli di lavoro innovativi.

6. Utilizzo sostenibile e compatibile con la missione sanitaria

Assicurare che il lavoro agile sia applicato esclusivamente alle attività compatibili con la natura sanitaria dell'Azienda.

Mantenere la prevalenza della presenza in servizio per tutte le figure coinvolte in attività assistenziali o a diretto contatto con l'utenza.

Garantire che l'adozione del lavoro agile non comprometta l'erogazione dei servizi essenziali.

7. Miglioramento continuo e monitoraggio dei risultati

Implementare un sistema strutturato di monitoraggio delle attività svolte in modalità agile.

Utilizzare indicatori quantitativi e qualitativi per valutare l'efficacia del lavoro agile e il suo impatto sull'organizzazione.

Adeguare periodicamente il POLA sulla base dei risultati rilevati, delle esigenze organizzative e dell'evoluzione normativa.

Livello di attuazione e sviluppo del lavoro agile – Aggiornamento 2026

L'introduzione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), prevista dall'art. 6 del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80 (c.d. "Decreto Reclutamento"), convertito con modificazioni dalla legge 6 agosto 2021, n. 113, ha rappresentato un passaggio fondamentale nel processo di

integrazione e razionalizzazione della programmazione delle pubbliche amministrazioni. Il PIAO, con durata triennale e aggiornamento annuale “a scorrimento”, riunisce in un unico documento strategico:

- il Piano della Performance;
- il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT);
- il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA);
- il Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale (PTFP);
- il Programma di Formazione e Aggiornamento;
- il Piano delle Azioni Positive (PAP).

In questo quadro, il POLA assume un ruolo centrale nel delineare il livello di maturità organizzativa dell’Azienda rispetto all’adozione del lavoro agile e nel definire le condizioni per il suo sviluppo sostenibile nel triennio 2026-2028.

Evoluzione del contesto organizzativo

Il PTFP 2026-2028 è stato elaborato tenendo conto: della necessità di garantire continuità e qualità dei servizi ai cittadini; della riorganizzazione della rete territoriale prevista dal DM 77/2022; della persistente carenza di professionisti sanitari, in particolare in discipline critiche (Emergenza-Urgenza, Anestesia, Radiologia, Medicina Interna); dei vincoli di spesa e delle disposizioni nazionali e regionali in materia di personale; dell’esigenza di valorizzare e trattenere le risorse presenti.

In tale contesto, il lavoro agile rappresenta uno strumento complementare e non sostitutivo della presenza in servizio, utile per migliorare l’efficienza dei processi amministrativi e favorire la conciliazione vita-lavoro, senza compromettere l’erogazione dei servizi sanitari essenziali.

Azioni prioritarie confermate per il triennio 2026-2028

L’Azienda prosegue nel consolidamento delle azioni già avviate negli anni precedenti:

- Reclutamento di dirigenti medici e personale sanitario nelle discipline prioritarie, anche attraverso procedure straordinarie e strumenti di flessibilità previsti dalla normativa vigente.
- Stabilizzazione del personale precario, in attuazione dell’art. 1, comma 268, lett. b) della legge 234/2021, come modificata dalla legge 14/2023, che ha prorogato i termini e ampliato il perimetro applicativo della norma.
- Valorizzazione del personale interno, mediante progressioni tra le Aree ai sensi dell’art. 20 del CCNL 2019-2021 e in coerenza con le previsioni del CCNL 2022-2024.
- Applicazione delle disposizioni regionali in attuazione del DL 34/2020 e del DM 77/2022, con particolare riferimento al potenziamento dell’assistenza territoriale.
- Completamento delle procedure di selezione per gli incarichi di direzione di Struttura Complessa già autorizzati e richiesta di autorizzazione al C.RE.VA. per le strutture ancora non attivate.

Impatto delle evoluzioni normative sul lavoro agile

Le modifiche introdotte dalla legge 14/2023 e dall'art. 44-ter del DL 19/2024 hanno inciso significativamente sulla gestione del personale, influenzando anche il livello di attuazione del lavoro agile: proroga dei termini per la maturazione dei requisiti di stabilizzazione; ampliamento delle tipologie contrattuali utili ai fini del servizio; aggiornamento dei limiti di spesa per personale a tempo determinato, convenzionato e Co.Co.Co.

Questi interventi hanno consentito all'Azienda di consolidare il proprio assetto organizzativo, garantendo maggiore continuità nelle strutture amministrative e tecniche, che rappresentano le aree maggiormente coinvolte nell'applicazione del lavoro agile.

Livello attuale di sviluppo del lavoro agile

Alla data del 1° gennaio 2026 il personale impiegato in modalità agile rappresenta circa lo 0,2% del totale. La percentuale è in linea con gli anni precedenti e riflette la natura sanitaria dell'Azienda, che richiede la prevalenza della presenza fisica e non si prevedono incrementi significativi nel triennio 2026-2028, salvo esigenze straordinarie o specifiche condizioni personali dei lavoratori. Il lavoro agile rimane pertanto una modalità organizzativa mirata, selettiva e compatibile con le attività amministrative e tecniche, nel rispetto dei principi di continuità dei servizi, sicurezza dei dati e prevalenza della presenza in servizio.

Rinvio alla programmazione di dettaglio

Per gli aspetti quantitativi e finanziari relativi al personale, si rinvia al:
Piano del Fabbisogno Provvisorio del Personale 2026/2028.

Programmazione in materia di lavoro agile - Aggiornamento 2026-2028

La programmazione del lavoro agile per il triennio 2026-2028 deve tenere conto di una pluralità di fattori, tra cui la natura delle attività svolte e le specificità organizzative delle strutture aziendali. Tali elementi rappresentano il presupposto per una valutazione equilibrata e sostenibile dell'applicazione del lavoro agile all'interno dell'Azienda.

Compatibilità delle attività con il lavoro agile

La missione istituzionale dell'Azienda Sanitaria è orientata prevalentemente all'erogazione di prestazioni assistenziali, che richiedono la presenza fisica del personale sanitario e tecnico-sanitario. Per tale ragione, la possibilità di ricorrere al lavoro agile riguarda principalmente: personale amministrativo; personale tecnico impegnato in attività remotizzabili; figure professionali non direttamente coinvolte nell'assistenza clinica o nel contatto diretto con l'utenza.

La natura assistenziale dei servizi erogati costituisce quindi un limite strutturale all'estensione del lavoro agile, che può essere applicato solo alle attività compatibili con la modalità da remoto e senza alcun impatto sulla continuità dei servizi.

Orientamento organizzativo dell'Azienda

La Direzione aziendale conferma l'orientamento verso una modalità di lavoro prevalentemente in presenza, in coerenza con: la normativa nazionale vigente; le esigenze di efficienza e tempestività dei servizi; la necessità di garantire un elevato livello di integrazione tra le strutture; la centralità del rapporto diretto con l'utenza. Il lavoro agile è pertanto considerato una modalità organizzativa complementare, utile per migliorare l'efficienza dei processi amministrativi e favorire la conciliazione vita-lavoro, ma non sostitutiva della presenza fisica.

Applicazione del regolamento aziendale

L'Azienda continua ad applicare il Regolamento sul lavoro agile approvato con Delibera n. 864 del 22/07/2021, nel rispetto dei principi costituzionali di tutela della salute (art. 32 Cost.) e di pieno sviluppo della persona (art. 2 Cost.).

In tale quadro, l'Azienda adotta un approccio improntato al bilanciamento tra:

- diritto alla salute della collettività, che richiede la piena operatività dei servizi sanitari;
- diritto alla salute e alle esigenze personali del lavoratore, soprattutto in situazioni di particolare gravità o fragilità.

Per i lavoratori che si trovano in condizioni documentate di urgenza o particolare necessità, l'Azienda assicura la piena applicazione delle modalità di lavoro agile, anche attraverso soluzioni flessibili che prevedano l'alternanza tra giornate in presenza e giornate da remoto, ove compatibile con le esigenze organizzative.

Livello attuale di utilizzo del lavoro agile

Alla data del 1° gennaio 2026, il personale impiegato in modalità agile rappresenta circa lo 0,2% del totale. Tale valore è in linea con gli anni precedenti e riflette:

- la prevalenza delle attività assistenziali;
- la limitata remotizzabilità delle funzioni sanitarie;
- la necessità di garantire continuità e tempestività dei servizi.

Per il triennio 2026-2028 non si prevedono incrementi significativi del ricorso al lavoro agile, salvo situazioni eccezionali o esigenze specifiche legate a condizioni personali dei lavoratori o a eventuali disposizioni normative o sanitarie.

Per garantire una programmazione coerente e sostenibile del lavoro agile, l'Azienda ha individuato le attività potenzialmente remotizzabili, sulla base della loro natura, del livello di digitalizzazione dei processi e della compatibilità con la continuità dei servizi. La seguente tabella sintetizza le principali aree organizzative e il relativo grado di remotizzabilità.

Tabella di sintesi delle attività remotizzabili – POLA 2026-2028

Area/Servizio	Esempi di attività	Remotizzabilità	Condizioni e note operative
Amministrazione generale	Protocollo digitale, gestione documentale, predisposizione atti amministrativi, attività di reporting	Alta	Attività integralmente digitalizzate; necessaria connessione sicura e accesso ai sistemi aziendali.
Risorse Umane	Predisposizione contratti, gestione presenze, elaborazione atti giuridici, attività istruttorie	Media	Remotizzabili le attività non a contatto diretto con l'utenza; necessaria tutela dei dati personali.
Contabilità e Bilancio	Registrazioni contabili, predisposizione mandati, attività di rendicontazione	Media	Remotizzabili le attività istruttorie; operazioni con firma digitale richiedono protocolli di sicurezza.
Acquisti e Appalti	Predisposizione capitolati, attività istruttorie, gestione gare telematiche	Media	Remotizzabili le fasi istruttorie; riunioni di commissione generalmente in presenza.
Affari Generali e Legali	Redazione atti, pareri, attività istruttorie, gestione contenzioso	Media	Remotizzabili le attività documentali; udienze e incontri richiedono presenza.
Servizi Informatici	Sviluppo software, assistenza da remoto, gestione sistemi	Media-Alta	Remotizzabili molte attività tecniche; interventi su infrastrutture richiedono presenza.
Servizi Tecnici/Patrimonio	Redazione documenti tecnici, progettazione, attività istruttorie	Media	Attività di sopralluogo e manutenzione non remotizzabili.
Formazione	Progettazione formativa, gestione piattaforme e-learning	Media	Remotizzabili le attività di progettazione e gestione; formazione pratica in presenza.
Comunicazione e URP	Redazione contenuti, gestione sito web, comunicazione digitale	Non remotizzabili	Attività di sportello e front-office non remotizzabili.
Servizi Sanitari (medici, infermieristici, tecnici)	Attività assistenziali, diagnostiche, terapeutiche	Non remotizzabili	Richiedono presenza fisica e contatto diretto con l'utenza.
Servizi Socio-sanitari	Valutazioni multidimensionali, interventi domiciliari, attività di presa in carico	Non remotizzabili	Necessaria presenza fisica per la natura delle prestazioni.
Direzioni di Struttura	Attività di coordinamento, riunioni, pianificazione	Bassa	Prevalenza della presenza; alcune attività programmatiche remotizzabili.

Linee programmatiche del Piano delle Azioni Positive

a cura del CUG

Il piano delle azioni positive è un documento programmatico, mirato all'introduzione di azioni positive all'interno del contesto organizzativo e di lavoro. Le azioni positive sono considerate tutte le "misure volte alla rimozione degli ostacoli che di fatto impediscono la realizzazione di pari opportunità dirette a favorire l'occupazione femminile e realizzare l'uguaglianza sostanziale tra uomini e donne nel lavoro". Inoltre si prefiggono obiettivi di parità e pari opportunità come impulso alla conciliazione tra vita privata e lavoro, per sostenere condizioni di benessere lavorativo anche al fine di prevenire e rimuovere qualunque forma di discriminazione. Pertanto, attivare misure e meccanismi di gender mainstreaming, azioni positive e buone prassi, è creato per in contesto dell'Azienda e ne persegue gli obiettivi proposti in termini positivi. Dalla analisi delle letteratura scientifica sul tema in ambito di Pubblica Amministrazione si è deciso di intraprendere un percorso di "interviste strutturate" al personale attraverso questionario anonimo online pubblicato sul sito intranet dell'Azienda. La seconda fase sarà quella di analizzare i dati e programmare un piano di azioni positive il più possibile corrispondente alle reali esigenze del personale dipendente.

Il questionario, sottoposto alla validazione della Direzione per l'approvazione e conseguentemente pubblicato nella apposita pagina intranet riservata a tutto il personale, sarà affidato alla nuova composizione del CUG.

Tra le azioni/iniziative positive, si riportano le esperienze già fatte e quelle che questa Azienda intende portare avanti:

- **POLITICHE DI CONCILIAZIONE TRA TEMPI DI LAVORO PROFESSIONALE ED ESIGENZE DI VITA PRIVATA E FAMILIARE.** Già nel 2016 era stata condotta una indagine conoscitiva in merito all'interesse tra i dipendenti per progettare un asilo aziendale e poter facilitare, favorire i tempi di lavoro con i tempi della vita privata, familiare. L'indagine, effettuata attraverso la somministrazione di un questionario non ha trovato interesse tra i dipendenti, in quanto non risultavano essere genitori di figli in età scolare.
- **INDAGINI DI BENESSERE ORGANIZZATIVO E STRESS LAVORO CORRELATO.** Periodicamente vengono effettuate le rilevazioni attraverso la selezione di gruppi omogenei di lavoratori, su segnalazione degli stessi, per adempimenti normativi. La metodologia utilizzata è quella raccomandata dall'INAIL per la valutazione preliminare, con la somministrazione dei questionari anonimi, ma il valore aggiunto è quello di proseguire l'indagine con la valutazione approfondita utilizzando lo strumento del focus group, analisi e rielaborazione dei maggiori esiti emersi al fine di suggerire alla Direzione Strategica le azioni, gli interventi positivi da attuare al fine di ridurre il rischio di stress lavoro correlato negli ambienti di lavoro.

- IMPLEMENTAZIONE DI SISTEMI INFORMATICI PER UN FACILE ACCESSO ALLA PROPRIA PAGINA DEL DIPENDENTE. Investimento importante al fine di rendere fruibile da ogni postazione la visualizzazione e la gestione della propria pagina dedicata. E' in funzione, pertanto "l'angolo del dipendente" accessibile anche da postazioni esterne all'Azienda.
- SPORTELLLO DI ASCOLTO. Questa Azienda in continuità con le iniziative già poste in essere in materia di pari opportunità e benessere organizzativo, ha attivato da anni ormai, un Servizio di ascolto rivolto a tutti i lavoratori per la prevenzione del disagio lavorativo.
- INCLUSIONE DEI LAVORATORI CON DISABILITA'. Verrà posta particolare attenzione anche alle attività del "Disability manager" che, in linea con gli obiettivi dell'amministrazione, promuoverà azioni tese a tutelare i bisogni delle lavoratrici e dei lavoratori portatori di disabilità fisiche e psichiche. In tale ambito, si intende promuovere iniziative finalizzate alla promozione della cultura dell'inclusione, favorendo esigenze particolari di dipendenti portatori di disabilità.
- PROMOZIONE DELLA PERSONA E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE E FORMAZIONE CONTINUA. L'accesso alla formazione nel rispetto del principio delle pari opportunità mira all'implementazione dell'utilizzo dei sistemi di videoconferenza e piattaforme e-learning regionali per consentire la più facile partecipazione ai percorsi formativi senza doversi muovere dalla propria postazione di lavoro. I referenti della formazione aziendale promuovono percorsi formativi sulle dinamiche relazionali, e lo sviluppo di rapporti interpersonali collaborativi atti a favorire il benessere all'interno dei luoghi di lavoro e conciliazione delle esigenze lavorative e familiari come strumento di sviluppo economico e sociale all'interno dell'amministrazione medesima. Oltre ad aderire alla formazione fornita dal Centro Unico di Formazione regionale.

Al fine di sviluppare altre azioni, approfondire quelle esistenti e programmare una corretta pianificazione delle Azioni Positive, ivi comprese la ricognizione del Bilancio di genere, si rinvia alla prossima attività del rinominato CUG.

Formazione del personale

a cura della UO Formazione del Personale e Sviluppo Risorse (Centro Unico regionale - USL Umbria1)

La formazione continua e l'aggiornamento in Sanità rappresenta uno strumento di miglioramento dell'assistenza attraverso un percorso di crescita professionale e dello sviluppo del potenziale del capitale umano degli operatori sanitari.

La Regione Umbria, al fine di sviluppare capacità, abilità e conoscenze di tutto il personale del Sistema Sanitario Regionale, in maniera uniforme, cercando di conciliare i fabbisogni formativi di tutto il territorio, con DGR n. 716/21 ha istituito il "Centro Unico di Formazione e valorizzazione delle risorse umane in Sanità" (CUF) che coinvolge direttamente le quattro

Aziende Sanitarie con il supporto del Consorzio Scuola umbra di Amministrazione Pubblica. In allegato alla suddetta DGR vi è “Architettura del governo della formazione continua in Regione Umbria” con cui si rappresenta la governance ed il modello organizzativo del funzionamento della formazione in Regione Umbria nelle Aziende Sanitarie. Lo scopo principale è di raccogliere e analizzare i fabbisogni formativi, che danno origine ad un unico piano formativo annuale a cui aderiscono e partecipano tutti gli operatori interessati, Questo modello organizzativo permette di ricevere le stesse conoscenze, stesse informazioni al fine di trasformare in azioni concrete ed organizzative l’apprendimento condiviso tra le Aziende. Sono garantiti i crediti ECM, secondo normativa vigente, alle professioni interessate. La UO Formazione e Sviluppo Risorse della USL Umbria 1 ha collaborato all’implementazione del CUF, mettendo a disposizione a tempo pieno dello stesso Centro n. 3 dipendenti.

La sperimentazione, a partire dal 1° settembre 2022, ha accentrato le attività didattiche comuni alle Aziende del S.S.R. al Centro Unico di Formazione Regionale e, pur permettendo ad ogni Azienda di attuare una propria limitata pianificazione didattica a supporto della specificità dei servizi offerti, ha permesso di realizzare un’uniformità nei contenuti della formazione a supporto delle strategie e delle politiche regionali e una razionalizzazione della spesa sanitaria. Il Piano unico di formazione regionale è stato approvato con DGR N. 1020 del 05/10/2022 “Piano unico di formazione regionale. Sperimentazione periodo settembre - dicembre 2022”.

L’istituzione del Centro Unico di formazione e valorizzazione delle risorse umane, anche in attuazione del modello di servizi per la salute “One Health”, previsto nel Piano Sanitario Regionale, ha modificato in modo significativo l’assetto istituzionale e i modelli organizzativo-assistenziali del nostro Sistema Sanitario, richiedendo una profonda riqualificazione dell’offerta formativa, in grado di sostenere l’innovazione e il cambiamento necessari. Attualmente la USL Umbria1, attraverso i referenti della formazione aziendali, ha partecipato al rilievo del fabbisogno formativo insieme alle altre Aziende ed è in attesa dell’approvazione del Piano Unico di Formazione da parte della Commissione Tecnico Scientifica.

Sempre allo scopo di assicurare elevati standard quali-quantitativi delle attività, per tramite della valorizzazione dei risultati e della performance organizzativa e individuale l’Azienda ha adottato, in conformità di quanto previsto dalla D.G.R. n. 52 del 23/1/2012 attuativa del D.Lgs. 150/09 e nel rispetto dei CCNL del Comparto e delle Aree Dirigenziali della Sanità, un Sistema aziendale di misurazione e valutazione della performance individuale, il cui funzionamento è regolato dalle norme previste dal regolamento aziendale, Delibera del Direttore Generale n. 564 del 19/04/2017.

Sono, in particolare, oggetto di valutazione i comportamenti dei dirigenti e dei dipendenti, le competenze professionali ed organizzative sviluppate, i risultati dell’attività svolta riferita ai programmi assegnati e agli obiettivi da perseguire, in relazione alle risorse umane, finanziarie e strumentali effettivamente disponibili.

Il processo di valutazione della performance si articola nelle seguenti fasi:

- definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
- monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- misurazione e valutazione della performance organizzativa e individuale;
- utilizzo dei sistemi premianti secondo criteri di valorizzazione del merito;
- rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

L'intero processo della valutazione ai fini di dematerializzazione della documentazione amministrativa, nonché di velocizzazione delle procedure, è informatizzato e gestito attraverso schede individuali inserite in apposito programma informatico.

L'amministrazione del sistema informatico è stata affidata al Servizio Attività di supporto al Nucleo di Valutazione Aziendale della UO Formazione e Sviluppo Risorse, il cui funzionario è oggi in comando presso la Regione Umbria, ed è consentito l'accesso ai dati ai responsabili della valutazione per il campo di loro competenza, nonché a ciascun valutato, limitatamente alla propria scheda di valutazione.

L'Azienda Sanitaria USL Umbria n.1 in coerenza con le proprie finalità istituzionali favorisce e garantisce la partecipazione, ad esclusivo scopo formativo, di studenti/ tirocinanti alle attività svolte nei diversi servizi aziendali. Attraverso la UO Formazione del Personale e Sviluppo Risorse sono garantite tutte le procedure, previste dalla normativa vigente, di autorizzazione delle suddette attività di tirocini curriculari ed extra curriculari e PCTO inclusi nei piani di studio delle degli Istituti Scolastici Superiori/Università e Enti formatori autorizzati, nonché esperienze di frequenza volontaria (DDG n. 1037/2013, DDG n. 1414/2018, DDG n. 409/2021, DDG n.410/2021).

La visione dell'Azienda USL Umbria 1 considera la ricerca scientifica e la sperimentazione clinica un fattore strategico indispensabile per garantire maggiori livelli di sicurezza, maggiore qualità delle cure e dell'assistenza, maggiori e migliori opportunità di trattamento ai cittadini maggiori opportunità di sviluppo delle competenze dei professionisti. In questa ottica si rende evidente la volontà di sviluppare sinergie all'interno del sistema regionale, nazionale ed internazionale per realizzare una rete integrata di servizi finalizzata alla tutela della salute.

Per perseguire questi obiettivi si rende necessario un impegno quotidiano per favorire la partecipazione a programmi di ricerca, a sperimentazioni cliniche e a studi osservazionali finalizzati al miglioramento della sicurezza e della buona pratica clinica, in quanto parti fondanti dell'assistenza sanitaria.

A tale fine, attraverso la U.O. Formazione del Personale e Sviluppo Risorse, supporta le strutture coinvolte, compresi gli Ambulatori dei Medici di Medicina Generale, nei progetti di ricerca/sperimentazione clinica/ studi osservazionali attraverso un gruppo di professionisti

formati, competenti e dedicati e creando una rete di collaborazioni fra tutti i clinici, farmacisti, il personale tecnico/infermieristico e amministrativo, il Comitato Etico Territoriale regionale, i Promotori/Sponsor di Ricerca/ Contract Research organization (CRO) ed i Centri Nazionali ed Internazionali di Ricerca Clinica e Sperimentazione Clinica.

In questo modo intende garantire la disponibilità di tutte le competenze necessarie alla buona conduzione di ricerche/sudi/sperimentazioni cliniche, rispettando gli obblighi regolamentati dalle norme nazionali ed europee, a carico dei centri clinici di sperimentazione, tutelando la dignità, la riservatezza e la libertà di adesione dei cittadini coinvolti (DDG n. 72 del 28/01/2014).

4. Digitalizzazione

Sezione a Cura della UO Tecnologie Informatiche e Telematiche

La strategia di digitalizzazione dell'Azienda è orientata al rafforzamento dell'efficienza organizzativa, al miglioramento della qualità e continuità dell'assistenza sanitaria, nonché all'incremento dell'accessibilità e fruibilità dei servizi digitali da parte di cittadini, professionisti e operatori interni.

Gli interventi in corso e programmati sono coerenti con:

- il Piano Triennale per l'Informatica nella Pubblica Amministrazione;
- gli investimenti del PNRR - Missione 6 Salute e Missione 1 Digitalizzazione;
- gli obiettivi di valore pubblico, performance e sicurezza informatica.

Le azioni si concentrano su:

- dematerializzazione e digitalizzazione dei processi sanitari e amministrativi;
- reingegnerizzazione delle procedure;
- ammodernamento e integrazione dei sistemi informativi;
- innalzamento dei livelli di sicurezza informatica e di resilienza infrastrutturale.

Ambito sanitario

In ambito sanitario sono in corso rilevanti interventi di standardizzazione e unificazione dei sistemi informativi, finalizzati a garantire interoperabilità, continuità del dato clinico e supporto ai percorsi di cura, in particolare:

- LIS (Laboratory Information System) – nuovo sistema informatico unico a livello regionale (PNRR M6.C2 – 1.1.1). Al riguardo l'Azienda si pone l'obiettivo di produrre almeno il 90% dei referti LIS in formato digitale con firma digitale.
- RIS/PACS (Radiology Information System / Picture Archiving and Communication System) – nuovo sistema informatico unico a livello regionale (PNRR M6.C2 – 1.1.1). Al riguardo l'Azienda si pone l'obiettivo di produrre almeno il 90% dei referti RIS in formato digitale con firma digitale.

- SIT (Servizio Immuno-Trasfusionale) – nuovo sistema informatico unico a livello regionale (PNRR M6.C2 – 1.1.1). Al riguardo l’Azienda si pone l’obiettivo di produrre almeno il 90% dei referti SIT per prestazioni CUP – utenti esterni - in formato digitale con firma digitale.
- AP (Anatomia Patologica) – nuovo sistema informatico unico a livello regionale (PNRR M6.C2 – 1.1.1). Al riguardo l’Azienda si pone l’obiettivo di produrre almeno il 90% dei referti AP in formato digitale con firma digitale.
- MPI (Master Patient Index) – nuovo sistema informatico unico a livello regionale (PNRR M6.C2 – 1.1.1). Al riguardo l’Azienda si pone l’obiettivo di attivare il sistema MPI regionale con almeno 3 applicativi verticali.
- CCA (Cartella Clinica Ambulatoriale) – nuovo sistema informatico unico aziendale (PNRR M6.C2 – 1.1.1). Al riguardo l’Azienda si pone l’obiettivo di estendere l’utilizzo ad ulteriori unità eroganti.
- CIS (Cardiology Information System) – nuovo sistema informatico unico aziendale (PNRR M6.C2 – 1.1.1). Al riguardo l’Azienda si pone l’obiettivo di attivare il sistema integrandolo fra l’altro con il CUP, il sistema CDR e il sistema FSE.

Ambito amministrativo

In ambito amministrativo gli interventi sono orientati alla digitalizzazione dei procedimenti, alla semplificazione dei rapporti con l’utenza e alla piena integrazione con le piattaforme nazionali, in particolare:

- Sistema di gestione dei crediti, integrato con:
 - o il sistema PagoUmbria per la generazione degli avvisi PagoPA;
 - o il sistema SEND di PagoPA per la trasmissione digitale delle notifiche;

Al riguardo l’Azienda si pone l’obiettivo di trasmettere tramite SEND il 90% delle pratiche relative ai procedimenti c.d. “no-show” e recupero ticket per dichiarazioni mendaci.

- Sistema di comunicazione digitale verso gli utenti-assistiti, integrato con la piattaforma App IO di PagoPA SpA. Al riguardo l’Azienda si pone l’obiettivo di attivare il sistema e metterlo a disposizione per l’utilizzo a tutte le strutture interessate ed autorizzate.

Ambito infrastrutture e sicurezza

In ambito infrastrutturale la strategia è orientata al rafforzamento della sicurezza, dell’affidabilità e della continuità operativa, attraverso:

- Sicurezza informatica: consolidamento e potenziamento dei sistemi di cybersecurity, in conformità alla Direttiva NIS2 (UE 2022/2555), recepita con D.Lgs. n. 138/2024, e alla Legge n. 90/2024, mediante l’adozione di misure tecniche e organizzative adeguate alla gestione dei rischi cyber. Al riguardo l’Azienda si pone l’obiettivo di individuare un piano di azioni per il raggiungimento della conformità alla normativa NIS2.

- Connettività delle strutture aziendali: completamento dell'intervento PNRR "Sanità Connessa (Missione 1, Componente 2, Investimento 3.1.4), finalizzato a garantire connettività simmetrica da 1 a 10 Gbps per ambulatori e presidi ospedalieri. L'Azienda si pone l'obiettivo di attivare le ulteriori 10 linee rimanenti.

5.MONITORAGGIO

Il monitoraggio delle sottosezioni **Valore pubblico e Performance** avviene secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b) del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, nello specifico la Asl redige e pubblica la *Relazione sanitaria sulla Performance* entro il 30 giugno di ogni anno. Inoltre, nel corso dell'anno viene prodotta una rendicontazione almeno trimestrale, sia per quanto riguarda l'attività erogata, che le risorse impiegate.

Il monitoraggio è finalizzato a garantire il controllo sistematico del grado di raggiungimento degli obiettivi programmati, la coerenza tra risultati conseguiti e risorse impiegate, nonché l'individuazione tempestiva di eventuali scostamenti e criticità. Tale attività è svolta secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b), del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, e si inserisce nel più ampio sistema di programmazione, controllo e valutazione della performance aziendale.

Il sistema di monitoraggio del PIAO è strettamente integrato con il **ciclo di budget aziendale**, disciplinato dal Regolamento del Processo di Budget, che rappresenta la metodologia ordinaria di gestione dell'Azienda e lo strumento principale di raccordo tra programmazione strategica, programmazione operativa e gestione delle risorse. Attraverso il budget, gli obiettivi aziendali di medio e lungo periodo sono declinati in obiettivi annuali assegnati alle Macrostrutture e ai Centri di Responsabilità, consentendo una gestione per obiettivi coerente con il Piano della Performance confluito nel PIAO.

Il monitoraggio è coordinato dalla **Direzione Aziendale**, che si avvale del supporto della **UO Programmazione Sanitaria e Gestione Flussi Informativi Sanitari** e del **Servizio Controllo di Gestione**, cui competono la raccolta, l'elaborazione e l'analisi dei dati di attività, di produzione e di costo, nonché la predisposizione della reportistica periodica. Tali strutture assicurano il presidio metodologico del processo di monitoraggio, la coerenza dei flussi informativi e l'integrazione tra dati sanitari, economici e gestionali.

I **responsabili di Macrostruttura e dei Centri di Responsabilità** partecipano attivamente al sistema di monitoraggio, verificando l'andamento degli obiettivi assegnati, analizzando gli scostamenti rispetto ai target definiti in sede di budget e concorrendo all'individuazione e

all'attuazione di eventuali azioni correttive, in un'ottica di responsabilizzazione diffusa e di miglioramento continuo delle performance.

Nel corso dell'anno è garantita una **rendicontazione infra-annuale con cadenza almeno trimestrale**, relativa sia all'attività erogata sia all'impiego delle risorse economiche, umane e strumentali, in coerenza con gli obiettivi di budget negoziati. La **reportistica trimestrale**, predisposta dai servizi di Controllo di Gestione e Programmazione Sanitaria, è trasmessa a tutti i responsabili di Macrostruttura e costituisce uno strumento essenziale di supporto al governo aziendale, al controllo direzionale e alla valutazione della performance organizzativa.

Accanto alla rendicontazione trimestrale, sono previsti **specifici monitoraggi con cadenza mensile** relativi ad ambiti di particolare rilevanza strategica e gestionale, con riferimento in particolare ad alcune prestazioni di **specialistica ambulatoriale** e al **governo delle liste di attesa**. Tali report consentono un presidio più ravvicinato dei livelli di attività e dei tempi di accesso alle prestazioni, favorendo interventi tempestivi di riallineamento e il miglioramento dell'appropriatezza e dell'accessibilità dei servizi erogati.

Il ciclo di monitoraggio si conclude con la redazione e la pubblicazione annuale della **Relazione Sanitaria sulla Performance**, entro il 30 giugno dell'anno successivo. La Relazione costituisce il principale strumento di rendicontazione esterna ed interna dei risultati conseguiti e assicura il collegamento organico tra gli obiettivi del Piano della Performance, confluiti nel PIAO, e gli esiti effettivamente raggiunti nel corso dell'esercizio. In tale ambito sono rappresentati il contributo delle diverse strutture organizzative, l'andamento delle attività, l'utilizzo delle risorse e il grado di conseguimento degli obiettivi di performance, anche in relazione agli esiti del ciclo di budget.

L'insieme delle attività di monitoraggio, rendicontazione e valutazione consente di assicurare la coerenza complessiva tra PIAO, ciclo di budget e risultati gestionali, rafforzando la trasparenza dell'azione amministrativa, la responsabilizzazione dei livelli organizzativi e il miglioramento continuo delle performance aziendali.

Il monitoraggio della sottosezione Rischi corruttivi e trasparenza avviene secondo le indicazioni di ANAC

Il monitoraggio integrato e permanente delle sezioni ricomprese nel PIAO costituisce una forma di monitoraggio introdotta dal Piano Nazionale Anticorruzione 2022/2024. Esso rappresenta, infatti, un nodo cruciale del processo di gestione del rischio volto a verificare sia l'effettiva attuazione delle misure di prevenzione programmate, sia la capacità della strategia programmata di contenimento del rischio corruttivo.

Nell'apposita sezione "Monitoraggio" sono indicati gli strumenti e le modalità di monitoraggio, incluse le rilevazioni di soddisfazione degli utenti, di tutte le sezioni ed i soggetti responsabili. Per monitoraggio, secondo il PTPCT 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.

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.

Ai fini del monitoraggio in ordine all'applicazione delle misure per la prevenzione della corruzione previste dal PTPCT, pertanto, il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione (RPC) provvede a chiedere ai referenti per la prevenzione della corruzione, nella loro qualità di interlocutori stabili del RPC nelle varie articolazioni periferiche dell'azienda, due relazioni nel corso dell'anno, nelle quali 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 per il rispetto della tempistica associata ad ogni singola fattispecie e le eventuali criticità connesse.

In ordine al monitoraggio relativo all'adempimento degli obblighi di trasparenza, ai sensi delle indicazioni di cui alla delibera ANAC n. 495 del 25/09/2024 e s.m.i., a partire dall'anno 2025, il Responsabile della Trasparenza provvede a inoltrare ai Servizi coinvolti nelle pubblicazioni richiesta semestrale di relazione. I soggetti coinvolti sono tenuti a confermare l'avvenuta pubblicazione dei dati oggetto di previsione normativa nei termini previsti dal PIAO ed in particolare dall'Allegato "ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI" o eventualmente a comunicare eventuali rilievi e le conseguenti tempestive azioni che verranno adottate per garantire il corretto adempimento degli obblighi di pubblicazione. Le relazioni pervenute e le considerazioni contenute hanno sostanzialmente fatto emergere una sostanziale attenzione all'adempimento degli obblighi di pubblicazione, anche in termine di qualità del dato.

Il monitoraggio della Sezione Organizzazione e capitale umano e il monitoraggio della coerenza con gli obiettivi di performance sono effettuati su base triennale dall'Organismo Indipendente di Valutazione della performance (OIV) di cui all'articolo 14 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150.

Tabella di sintesi degli ambiti di monitoraggio con relativi strumenti attuativi, frequenza e soggetti responsabili

Ambito	Oggetto	Frequenza	Strumenti	Responsabilità
Valore Pubblico	Indicatori core	Annuale	Report PIAO	Direzione
Performance	Obiettivi strategici	Trimestrale	Budget e Reportistica	Servizi di Staff
Anticorruzione	Misure PTPCT	Semestrale	Relazioni RPC	RPCT
Trasparenza	Obblighi pubblicazione	Semestrale	Registro accessi	Resp. Trasparenza
Organizzazione	Coerenza assetto	Triennale	Valutazioni OIV	OIV