

ALLEGATO A



www.uslumbria1.gov.it



Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2026 – 2028

1. Premessa
2. Scopo del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
 - 2.1 Definizione di corruzione
3. Campo di applicazione
4. Analisi dei contesti
 - 4.1 Contesto esterno
 - 4.2 Contesto interno
 - 4.2.1. Coinvolgimento Soggetti esterni all'Azienda
 - 4.2.2. Contributi alla costruzione del Piano
 - 4.3. Conclusioni
5. Le figure della Prevenzione della Corruzione
 - 5.1 La Direzione Aziendale
 - 5.2 Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione
 - 5.3 Il Responsabile della Trasparenza
 - 5.4 I Referenti per la prevenzione della corruzione
 - 5.5 Il Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA)
 - 5.6 Dipendenti e collaboratori dell'amministrazione
6. Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
 - 6.1 Fase preparatoria sulla scorta delle indicazioni fornite dai PPNNAA
 - 6.1.1 Whistleblowing
 - 6.1.2 Pantouflage
 - 6.1.3 Conflitto di interesse
 - 6.2 Criteri per la valutazione del Rischio
7. Azioni di monitoraggio e controllo sull'attuazione delle misure previste dal piano
 - 7.1 Relazioni Servizi: estratti
 - 7.2 Attività di carattere generale
 - 7.2.1 Codice di comportamento
 - 7.2.2 Antiriciclaggio
 - 7.2.3 Piano Nazionale di Ripresa e resilienza
8. Attività ispettiva ANAC sul PTPCT 2022-2024 e sul PTPCA 2019-2021
9. Considerazioni su Misure trasversali e/o esclusive
- 10 Comunicazione e diffusione del Piano
11. Adempimenti in materia di Trasparenza
 - a) Accesso
 - b) Obblighi di pubblicazione
 - c) Rapporti tra "Trasparenza" e "Trattamento dei dati personali"
12. (Allegato 1)- Valutazione del rischio delle attività specifiche comunicate dalle Unità Operative Aziendali
13. (Allegato 2) – Amministrazione Trasparente – Elenco degli obblighi di pubblicazione vigenti e dei Responsabili della individuazione/elaborazione/pubblicazione dei dati

1. PREMESSA

Il presente documento, costituisce l'aggiornamento del Piano Triennale aziendale, della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza 2025/2027 ¹ ed ha come obiettivo quello di innovare i Piani precedentemente predisposti, che ne rappresentano comunque una parte integrante, concentrando la propria attenzione nei processi a maggior rischio, che si trovano nelle varie fasi, per analizzarne compiutamente le criticità.

Si premette che i PTPCT relativi agli anni dal 2013 al 2024, sono stati adottati con Delibere del Direttore Generale; per il PTPCT 2025/2027, parte integrante e sostanziale del PIAO, è stata attivata, una procedura partecipativa, che ha coinvolto personale dipendente, organizzazioni sindacali, enti del terzo settore, organismi regionali, 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.

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

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

Il PTPCT è uno strumento attraverso il quale l'amministrazione descrive un "processo", articolato in più fasi tra loro collegate, per formulare una strategia di prevenzione del fenomeno di corruzione e dar conto del proprio operato ai cittadini. In esso si delinea un programma di attività derivante da una preliminare fase di analisi che, in sintesi, consiste nell'esaminare l'organizzazione, le sue regole e le sue prassi di funzionamento in termini di "possibile esposizione" al fenomeno corruttivo. Tutto questo deve avvenire ricostruendo il sistema dei processi organizzativi, con particolare attenzione alla struttura dei controlli ed alle aree sensibili nel cui ambito possono, anche solo in via teorica, verificarsi episodi di corruzione. Questo implica necessariamente una valutazione probabilistica del livello di rischio e l'adozione di un sistema di gestione del rischio medesimo.

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

L'Azienda USL Umbria 1 nel predisporre il presente Piano ha tenuto ben presente la propria missione: garantire il diritto fondamentale alla salute dei cittadini in ottemperanza all' Art. 32 della Costituzione italiana.

Le misure di prevenzione della corruzione sono state elaborate nel rispetto dell'organizzazione aziendale e dei vincoli di bilancio per permettere la loro effettiva realizzazione nei tempi e nelle modalità previste. Nelle note vincolanti per gli obiettivi di Budget assegnati alle strutture aziendali dal 2022 è stato inserito il

¹ Il primo PTPCT è stato adottato dalla Azienda UsI Umbria 1 con Delibera del Direttore Generale n°1097 del 24/12/2013, cui sono susseguiti i successivi aggiornamenti assunti con le Delibere: per il PTCP-PTTI 2015-17: n°95 del 02/02/2015, per il PTCP-PTTI 2016-18: n°122 del 03/02/2016, PTCP-PTTI 2017-19: n° 100 del 31/01/2017, PTCPT 2018-20: n°117 del 26/01/2018, PTPCT 2019-21: n° 126 del 30/01/2019, PTPCT 2020-22: n°105 del 31/01/2020, PTPCT 2021-23: n. 408 del 31/03/2021, PTPCT 2022-2024: n.517 del 2/05/2022, PTPCT 2023-2025: n°419 del 31/03/2023, PTPCT 2024/2026: n° 94/2024; PTPCT 2025-2027 n. 119 del 31.01.2025(pubblicati: <http://www.uslumbria1.gov.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti-corruzione>)

rispetto del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza; il mancato raggiungimento di detto obiettivo dà luogo a penalizzazioni legate alla valutazione di risultato.

Per rendere più incisivo questo concetto è stato individuato per ogni macrostruttura/struttura un indicatore specifico per la verifica della corretta applicazione del Piano, focalizzando l'attenzione sul conflitto di interessi. Con il PTPCT 2021/2023 è stata approvata la “dichiarazione sostitutiva di assenza conflitto di interessi ai fini della nomina di Rup/Dec o suo assistente”.

L'Azienda UsI Umbria 1, già con il PTPCT 2017/2019, si era occupata di ulteriori misure di prevenzione a tutela della legalità, della correttezza e della trasparenza, disciplinando i cd Patti di Integrità negli affidamenti che prevedono il divieto da parte dei fornitori, comprese le associazioni, di instaurare qualsiasi rapporto economico con ex dipendenti con i quali hanno intrattenuto rapporti negoziali.

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

2.1 Definizione di corruzione

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

In ambito sanitario, caratterizzato dall'erogazione di prestazioni sanitarie, unitamente alle attività amministrative, l'accezione “corruzione”, oltre a suscitare maggior impatto mediatico, costituisce l'aberrazione più ampia di tale termine proprio perché connessa a problematiche legate alla salute.

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

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

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

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

Sono obbligati al rispetto di quanto previsto dal PTPCT, tutti i dipendenti dell'Azienda USL Umbria 1 e, per quanto compatibile, tutti i collaboratori o consulenti, aventi qualsiasi tipologia di contratto od incarico, nonché le imprese ed Associazioni fornitrici di opere o servizi. A tale fine, negli atti di incarico e nei

contratti di acquisizioni delle collaborazioni, delle consulenze o dei servizi, la struttura preposta inserisce apposite disposizioni o clausole di risoluzione o decadenza del rapporto in caso di violazione degli obblighi derivanti dal presente documento.

4. ANALISI DEI CONTESTI

L'analisi del contesto è un processo conoscitivo finalizzato a fornire una versione integrata della situazione e dell'ambiente in cui l'Azienda opera ed a stimare le potenziali interazioni e sinergie con i soggetti coinvolti. Le caratteristiche del contesto, interno ed esterno, costituiscono fattori in grado di influire sul livello di esposizione al rischio corruttivo e rappresentano pertanto elementi fondamentali per definire strategie di prevenzione e attuare misure relative alle criticità riscontrate.

4.1 Contesto esterno

L'analisi del contesto esterno è stata condotta sulla base delle informazioni fornite dalla Prefettura di Perugia, qui di seguito riportate:

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

Per quanto concerne i reati contro la Pubblica Amministrazione, la loro incidenza numerica rispetto al totale dei delitti commessi appare allo stato abbastanza limitata.

In particolare nel 2024, la Guardia di Finanza ha accertato 70 violazioni di rilevanza penale, a seguito delle quali sono state denunciate 101 persone, con una significativa diminuzione rispetto al 2023, anno in cui gli illeciti riscontrati ammontavano a 44 e i soggetti denunciati a 136.

Mirate attività d'indagine hanno, altresì, evidenziato l'impiego, da parte di dipendenti pubblici, di mezzi di risorse dell'Ente di appartenenza per fini personali, nonché disvelato taluni episodi di corruzione.

Si segnala, infine, che una particolare attenzione viene riservata all'azione di prevenzione e contrasto del pericolo di tentativi di infiltrazione della criminalità organizzata di stampo mafioso nell'economia legale, soprattutto in settori (edilizia, ristorazione, ricettivo—alberghiero), che risultano maggiormente funzionali al riciclaggio e/o reimpiego di capitali di illecita provenienza, anche al fine di garantire il corretto utilizzo delle risorse relative agli interventi di ricostruzione nei comuni rientranti nel “cratere sismico”, nonché di quelle che affluiranno sul territorio provinciale per la realizzazione di progetti finanziati con fondi PNNR”.

4.2 Contesto interno

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

Proprio per tale assunto, l'organo di indirizzo Aziendale deve avere un ruolo pro-attivo nella definizione delle strategie di gestione del rischio corruttivo e contribuire allo svolgimento di un compito tanto importante quanto delicato, anche attraverso la creazione di un contesto istituzionale ed organizzativo favorevole di reale supporto all' RPC e all' RT.

Nel triennio 2020-22 la sanità Umbra ha pesantemente sofferto di due scandali noti come “concorsopoli” ed “appaltopoli”, che hanno coinvolto diversi collaboratori di questa Azienda, che portarono, prima le dimissioni della Governatrice della Regione, poi le prime condanne che, a seguito dei patteggiamenti hanno condotto al licenziamento di alcuni interessati. La Regione ha redatto, coinvolgendo anche gli RPC, delle linee guide per la costituzione delle commissioni dei concorsi, favorendo il sorteggio dei membri piuttosto che la loro nomina diretta, con procedure che prevedono sia la diretta streaming che la presenza del RPC o suo delegato.

Con riferimento al fenomeno noto con il termine “appaltopoli”, in maniera cautelativa è stato applicato il principio della rotazione straordinaria degli operatori coinvolti.

Da segnalare la difficoltà dell'aggiudicazione nei tempi previsti delle gare svolte dalla Centrale di acquisto regionale, ulteriormente rallentate dai frequenti ricorsi, che costringono l'Azienda a provvedimenti tampone al fine di non interrompere il pubblico Servizio.

A margine della descrizione del contesto interno, non si può non fare riferimento ai condizionamenti delle attività programmate, che come conseguenza dell'emergenza sanitaria da Covid 19 (iniziata a febbraio 2020 e protrattasi formalmente fino al 31 marzo 2022) hanno imposto l'adozione di interventi straordinari che in parte ancora si riflettono, sulle misure di recupero delle prestazioni sanitarie sospese che rappresentano un'altra criticità rispetto all'equità di accesso ai servizi da parte dei cittadini.

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

Questa azienda, inoltre, si è impegnata ad utilizzare al meglio le risorse messe a disposizione dal PNRR Missione 6 “Salute” del PNRR regionale, quale sfida per recuperare il terreno perso, prima per effetto della crisi economica globale e poi per l'emergenza pandemica, con l'obiettivo di rendere più equo, solidale, sostenibile, dinamico e innovativo il substrato umbro all'interno del quale insiste il sistema sanitario.

4.2.1 Coinvolgimento Soggetti Esterni all'Azienda

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

Il RPC nel mese di novembre 2025 ha richiesto, come già nell'anno precedente, ai vari stakeholders possibili contributi alla stesura dell'aggiornamento del Piano (che si aggiungono alle richieste formulate alla Prefettura e alla “Commissione di inchiesta su analisi e studi su criminalità organizzata ed infiltrazioni mafiose, corruzione, riciclaggio, e spaccio di stupefacenti”).

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

Nel rispetto degli intenti operativi proposti da tali Enti, il Legislatore, nel 2017, ha inteso riordinare il settore, fornendo alle Amministrazioni strumenti idonei ad approfondire la trasparenza di tali Organizzazioni, per prevenire possibili “infiltrazioni”, nei rapporti con le amministrazioni.

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

L'Azienda UsI Umbria 1, pertanto ha ottemperato alle disposizioni di cui all'art. 56 del D.Lgs. 117/2017 citato ed ha proceduto alla pubblicazione di appositi avvisi per la sottoscrizione di convenzioni per lo

svolgimento in favore di terzi di attività o servizi sociali di interesse generale, se più favorevoli rispetto al ricorso al mercato. Alla luce della L. 124/2017, ha inoltre chiesto a tutti gli Enti del terzo settore notizie in ordine alla pubblicità dei dati relativi ai benefici economici ricevuti dall'Azienda.

E' così ripresa, a partire dal 2023, dopo la sospensione per emergenza sanitaria, la collaborazione con gli Enti del terzo Settore presenti presso le nostre strutture ed autorizzati, secondo le procedure sopra delineate o in deroga alle stesse, in quanto espresse in forma gratuita.

4.2.2 Contributi alla costruzione del Piano

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

L'RPC, pertanto, con rispettive note nel novembre 2025, ha chiesto anche alle OOS del Comparto e della Dirigenza, a tutti i Dipendenti dell'Azienda, possibili contributi alla stesura dell'aggiornamento del Piano: l'Azienda ha manifestato una buona propensione a collaborare con i Responsabili della Trasparenza e della Prevenzione della Corruzione. Di contro, si è registrata una certa resistenza alla rotazione del personale, già per stessa di difficile applicazione in sanità e a volte i dettami della trasparenza e della prevenzione della corruzione sono stati vissuti come un ulteriore appesantimento, di dubbio efficacia del proprio lavoro quotidiano.

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

4.3 Conclusioni

L'Azienda USL Umbria1 è fortemente radicata e collegata al territorio, ne rappresenta la maggiore realtà economica ed un importante volano per le imprese locali, che con l'aggiudicazione a livello nazionale, tramite Consip, di diverse gare sono diventate subappaltatrici del fornitore aggiudicatario. Tutto questo richiede un continuo monitoraggio della correttezza delle forniture dei servizi e dei rapporti negoziali.

I Servizi dell'Azienda, siccome erogati in tutte le strutture Aziendali, determinano una forte interazione fra cittadini ed operatori. questo rappresenta al tempo stesso il maggior punto di forza e di debolezza dell'Ente. E' presente un forte controllo sociale sui fenomeni corruttivi, rafforzato dal senso di appartenenza alla comunità degli operatori e questo rappresenta un rischio per l'imparziale funzionamento della pubblica amministrazione potenzialmente esposta a indebite pressioni.

5. LE FIGURE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

5.1 La Direzione Aziendale

Come ribadito negli aggiornamenti del PNA, la Direzione aziendale deve essere la prima artefice della Prevenzione della Corruzione, assicurando il suo fondamentale sostegno alle azioni integrate del

Responsabile della Prevenzione e Corruzione e del Responsabile della Trasparenza. Il continuo turn over dei vertici, (negli ultimi cinque anni alla Direzione della Usl Umbria1, si sono succedute otto diverse terne di amministratori), ha compromesso l'attuazione dei processi di riorganizzazione necessari a rispondere alle continue esigenze di adattamento della governance.

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

5.2 Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione

L' RPC, al di compiti e responsabilità previsti dalla normativa nazionale, è il regista della gestione del rischio di corruzione, per attuare le misure preventive nuove, in coordinamento con quelle esistenti, anche secondo specifici monitoraggi. La prevenzione della corruzione è uno dei pilastri portanti della riorganizzazione della Azienda USL Umbria 1. L' RPC si avvale, nell'ambito dell'esercizio delle funzioni, del supporto e della collaborazione, dei Referenti come di seguito identificati e dell'apporto di tutti i Dirigenti delle strutture aziendali che concorrono a determinare misure preventive attraverso una verifica periodica della valutazione connessa ai rischi dei propri uffici/servizi. I referenti costituiscono la rete per la gestione del rischio corruttivo, quali interlocutori stabili dell' RPC nelle varie unità organizzative e nelle eventuali articolazioni periferiche, supportandolo operativamente in tutte le fasi del processo. In ogni caso, la figura del referente non va intesa come un modo per deresponsabilizzare il dirigente preposto all'unità organizzativa in merito al ruolo e alle sue responsabilità nell'ambito del "Sistema di gestione del rischio corruttivo".

Nell'anno 2025 la Dr.ssa Milena Rinaldi Dirigente Amministrativo dell'Ufficio Legale e Anticorruzione, con DDG 1183 del 31/10/2025 è stata nominata RPC (Responsabile della Prevenzione della Corruzione) in sostituzione della Dott.ssa Ilaria Vescarelli Dirigente Medico a tempo indeterminato, Direttore del distretto dell'Assisano, nonché Direttore F.F. del distretto Media Valle che, con la medesima DDG è stata individuata come Sua Sostituta.

Con DDG 1583 del 28/12/2023 è stato conferito alla Dr.ssa Burani Lodovica l'Incarico di Funzione "Gestione rapporti intra-aziendali per la prevenzione della corruzione".

5.3 Il Responsabile della Trasparenza

Con Delibera del 27/06/2013, n. 517, il Direttore Generale ha nominato l'Avv. Giulia Silvestri Responsabile della Trasparenza, Dirigente Responsabile dell'U.O. Affari Generali Istituzionali e Gestione legale dei Sinistri, non prevedendo alcuna scadenza specifica dell'incarico. Collabora fattivamente e stabilmente con la Dott.ssa Lucia Ballerini, collaboratore amministrativo professionale.

In caso di assenza della Responsabile della Trasparenza l'Avvocato Silvestri è sostituita dalla Dr.ssa Eliana Colino, Dirigente F.F. UOC Area Economale.

5.4 I Referenti per la prevenzione della corruzione

Date le dimensioni territoriali e il numero dei lavoratori dipendenti e non, che collaborano con l'Azienda, nella prima fase di approntamento e sviluppo del P.T.P.C.T e di organizzazione aziendale sono stati individuati come Referenti tutti i Dirigenti responsabili dei Presidi Ospedalieri, dei Distretti, dei Servizi

dell'Area Centrale e di Staff, nonché del Dipartimento di Salute Mentale e dell'Unità Operativa Medicina legale ed il Dipartimento di Prevenzione.

Sono state individuate le aree omogenee con l'indicazione dei rappresentanti delle medesime, secondo l'allegata tabella:

<i>Elenco dei referenti individuati</i>		
	<i>Nominativo</i>	<i>Rappresentante delle Unità Operative:</i>
1)	dott.ssa Teresa Tedesco dott.ssa Simona Nanni	Presidio Ospedaliero Unificato Presidio Ospedale Gubbio-Gualdo Tadino Presidio Ospedaliero Alto Tevere Direzione Amministrativa Presidi Ospedalieri
2)	dott.ssa Rosella Caprio dott.ssa Elena Mezzabarba	Distretto del Perugino Distretto Assisano Distretto Media Valle del Tevere Distretto del Trasimeno Distretto Alto Chiascio Distretto Alto Tevere Dipartimento di Salute mentale
3)	dott.ssa Anna Mencarelli	Medicina legale
4)	dott. Igino Fusco Moffa	Dipartimento di Prevenzione: Igiene Alimenti e Nutrizione Igiene Alimenti Origine Animale Igiene degli Alimenti e delle Produzioni Zootecniche Igiene e Sanità Pubblica Sanità Animale Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro Epidemiologia Medicina dello Sport
5)	dott. Stefano Tappini	Programmazione, Sanitaria e Gestione Flussi Informativi sanitari Controllo di Gestione Staff Qualità ed Accreditamento Ufficio Comunicazione Sicurezza Aziendale Risk Management Fisica Sanitaria
6)	dott.ssa Daniela Menicucci	Contabilità Economico Finanziaria
7)	dott. Palmiro Riganelli	Formazione del Personale e Sviluppo Risorse
8)	dott. Francesco Fagotti	Servizio Farmaceutico Aziendale
9)	dott. ing Marco Fabiani dott. Fabio Parmegiano	Tecnologie Informatiche e Telematiche
10)	dott.ssa Pamela Ascani dott. Roberto Susta	Acquisti Beni e Servizi - Attività Tecniche
11)	dott. Luca Petrangeli	Area Economale
12)	dott. ssa Michela Duca	Patrimonio
13)	dott.ssa Giulia Silvestri dott.ssa Gabriella Marinacci	Affari Generali Istituzionali e Gestione legale dei Sinistri
14)	dott. Francesco Verrina	Ufficio Legale e Anticorruzione
15)	dott. ssa Eleonora Di Maolo	Risorse Umane
16)	dott. Piero Fiordelli	Professioni Sanitarie

I referenti segnalano all'RPC annualmente le criticità riscontrate, gli eventuali casi di corruzione/violazione del codice di comportamento per gli aspetti di competenza dello stesso, i bisogni formativi, le possibili azioni di miglioramento individuate e gli eventuali suggerimenti, al fine di aggiornare e migliorare il PTCPT.

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

Con la DDG n° 1057 del 21/12/2013 "Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti art. 33 ter, decreto legge n°179/2012 convertito con la legge n° 221/2012. Nomina Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA)" era stato nominato RASA l'allora responsabile Ing. Fabio Pagliaccia, attualmente collocato a riposo e sostituito dall'attuale Responsabile ff UO Acquisti Beni e Servizi, Dott.ssa Pamela Ascani, incaricata della verifica e/o compilazione e del successivo aggiornamento, almeno annuale, delle informazioni e dei dati identificativi della stazione appaltante stessa.

5.6 Dipendenti e collaboratori dell'amministrazione

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

La grande maggioranza degli operatori lavora a contatto con il pubblico e pertanto ognuno contribuisce alla costruzione dell'immagine dell'Azienda, sia in positivo che in negativo, tenendo presente che quella negativa si diffonde in tempi più rapidi e con effetti difficili da contrastare. E' chiaro che la diffusione fra tutti gli operatori di questa consapevolezza e di valori etici condivisi e principi di comportamento eticamente e giuridicamente adeguati, riveste un'estrema importanza.

Per sviluppare un'etica condivisa sono stati organizzati, negli anni pre-covid, corsi di formazione specifici che hanno visto la partecipazione attiva di gran parte del personale. Nel corso dell'anno 2025, è proseguita la collaborazione con gli RPC di altre aziende sanitarie regionali, per organizzare eventi formativi tesi a generare e rinforzare la concretezza delle azioni anticorruptive.

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

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

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

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

1. mappatura dei processi;
2. individuazione delle aree a rischio;

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

Nel sistema dell'anticorruzione e della trasparenza della PA, sono state previste dal decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, recante "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 nella Legge 113/2021 che, unitamente al DPR 81/2022 ed al DM 132/2022, ha definito i contenuti e lo schema tipo, armonizzando i precedenti piani (performance, anticorruzione, fabbisogno del personale ecc...) in un documento unico, denominato Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO).

Il Piano, di durata triennale, deve essere aggiornato annualmente dalle amministrazioni di cui all'art. 1, co. 2, del d.lgs. n.165/2001 e la pianificazione della prevenzione della corruzione e della trasparenza è parte integrante dello stesso, insieme ad altri strumenti di pianificazione, in un'ottica di programmazione unitaria.

Nel presente Piano si fa riferimento alla mappatura dei rischi già declinati nell'Allegato 1 del precedente PTPCT 2025/2027, che vengono aggiornati ed allegati al presente documento. In tal senso, con il PTPCT 2026/2028, si è 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.

Il Piano è ispirato al *criterio della prudenza* per evitare una sottostima del rischio; non consiste in un'attività di tipo ispettivo o con finalità repressive, ma un sistema di prevenzione tale da non poter essere aggirato, al fine di creare un ambiente di diffusa percezione della necessità del rispetto delle regole.

6.1 Fase preparatoria sulla scorta delle indicazioni fornite dai PPNNAA

Per predisporre l'originario PTPCT era stata inviata, ai fini di una indispensabile collaborazione, una nota d'aparte del RPC ai Dirigenti delle macrostrutture e delle U.O. delle Aree Centrali, che, indicava gli obiettivi nazionali e specifici del Piano.

Nel corso dei successivi anni è stato organizzato un corso di formazione sul campo: "Prevenzione della Corruzione: Sviluppo del Piano di Controllo", suddiviso per gruppi di lavoro per tutte le aree a maggior rischio allo scopo di:

- riesaminare le griglie di attività già presentate e valutate nei Piani Triennali della Prevenzione della Corruzione, verificando la loro completezza e la bontà della valutazione effettuata, suggerendo le eventuali integrazioni, modifiche e rivalutazioni;
- determinare le fasi maggiormente critiche per individuare i controlli da effettuare e definire i criteri e le modalità degli stessi;
- rivisitare i procedimenti amministrativi per permettere la loro pubblicazione sul sito aziendale, secondo le priorità definite.

Successivamente, proseguendo sulla linea del massimo coinvolgimento, così come auspicato a livello nazionale, per la definizione di modelli organizzativi e procedure nel pieno rispetto dei principi della prevenzione della corruzione e della trasparenza sono stati organizzati 8 gruppi di lavoro:

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

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

- ✓ Revisione ed aggiornamento dei documenti aziendali, per la verifica della rispondenza a quanto previsto ed aggiornato dai PNA
- ✓ Verifica stato di attuazione misure previste dal Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione.

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

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

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

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

Sentito l'obbligo della rivisitazione del PTPCT, in considerazione appunto dei mutamenti organizzativi, procedurali etc, intervenuti in corso degli anni nella nostra Azienda e in considerazione della conclusione dei lavori dei Gruppi di Lavoro, si è andati verso la rivisitazione delle mappature dei processi, sia a livello generale che attribuibili alle singole macrostrutture. Si rinvia ai precedenti Piani triennali per la descrizione delle fasi che hanno costituito l'ossatura dello sviluppo degli stessi e la pesatura dei fattori di rischio; nel piano 2017 si è cercato di concentrare la attenzione sui processi a maggior rischio esplodendoli ed analizzandoli nelle singole fasi.

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

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

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

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

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

2021- Il Consiglio di Anac, nella seduta del 21 luglio 2021, è intervenuto sul Piano Nazionale Anticorruzione. In considerazione delle profonde e sistematiche riforme che interessano i settori cruciali del Paese, e primi tra essi quello della prevenzione della corruzione e quello dei contratti pubblici, ha ritenuto per il momento di limitarsi, rispetto all'aggiornamento del PNA 2019, a fornire un quadro delle fonti normative e delle delibere sopravvenute e rilevanti rispetto alla originaria approvazione del piano triennale. Le stesse sono riportate in tabelle, aggiornate alla data del 16 luglio 2021 e pubblicate nel sito ANAC.

In data 2/02/2022 il Consiglio ANAc ha emanato un documento per fornire "Orientamenti per la pianificazione dell'anticorruzione e Trasparenza" ed in base a tale documento, la Azienda UsI Umbria 1 ha redatto il PTPCT 2022/2024.

Il PNA 2022 approvato dal Consiglio il 16 novembre 2022, e pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 30 gennaio 2023, focalizza l'attenzione, tra l'altro sui seguenti istituti *Pantouflage*, *Conflitto di interesse* e *azioni conseguenti PNRR*.

Il PNA 2025, che valorizza e rafforza ulteriormente i contenuti dei precedenti PNA, pure essendo già approvato in via preliminare da ANAC l'11 novembre 2025, non è ancora pienamente efficace, in attesa dei pareri istituzionali e della pubblicazione in Gazzetta Ufficiale. Questa fase di transizione richiede alle amministrazioni attenzione e continuità nell'applicazione dei principi anticorruzione, in attesa del quadro definitivo.

6.1.1 Whistleblowing

Il Whistleblowing, disciplinato dall'art. 54 bis del D.Lg.vo 165/2001 (come modificato dalla Legge 179/2017), è una misura finalizzata a favorire la segnalazione di condotte illecite attraverso la garanzia dell'anonimato del segnalante, onde evitare l'esposizione a comportamenti discriminatori o ritorsivi.

In collaborazione con la U.O. Tecnologie Informatiche e Telematiche, è stato avviato nella seconda metà 2018, un percorso per testare il sistema più adeguato così da dare pienamente attuazione alla Legge 179/2017.

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

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

<https://www.uslumbria1.it/ammtrasparente/altri-contenuti/altri-contenuti-corruzione/>

Il pubblico dipendente che, nell'interesse dell'integrità della pubblica amministrazione, segnala al RPC aziendale (tramite il seguente indirizzo di posta elettronica prevenzionedellacorruzione@uslumbria1.it o

utilizzando l'apposito modulo ovvero "Modulo segnalazione condotta illecita" presso tutti gli URP o all'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) tramite il seguente link <https://servizi.anticorruzione.it/segnalazioni/#/>) o denuncia all'Autorità Giudiziaria ordinaria o a quella contabile, condotte illecite di cui è venuto a conoscenza in ragione del proprio rapporto di lavoro non può essere sanzionato, demansionato, licenziato, trasferito, o sottoposto ad altra misura organizzativa avente effetti negativi, diretti o indiretti, sulle condizioni di lavoro determinata dalla segnalazione.

A maggior tutela del segnalante, l'Azienda Usl Umbria 1, in ottemperanza alle disposizioni di cui alla Legge 179/2017, ha istituito, inoltre, quale canale di segnalazione idoneo a garantire, con modalità informatiche, la riservatezza ed il completo anonimato dell'identità del segnalante, il seguente indirizzo:

<https://uslumbria1.whistleblowing.it/#/>

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

Le segnalazioni effettuate in forma anonima possono essere prese in considerazione solo in casi peculiari e, comunque, non ai sensi dell'art. 54-bis (normativa anticorruzione). Le segnalazioni, anche se inviate in forma anonima in prima istanza, potranno essere successivamente integrate con le generalità del segnalante ai fini di acquisire l'eventuale tutela legale, oltre alla priorità di gestione. Tutte le segnalazioni, nel rispetto della tutela della riservatezza dell'identità del segnalante, potranno essere inviate ad altre istituzioni (autorità giudiziaria, dipartimento della funzione pubblica, corte dei conti, etc.). Laddove dalla segnalazione emergessero profili di rilievo penale e di danno erariale, l'Azienda Sanitaria Usl Umbria 1 provvederà a trasmettere la notizia di illecito alle competenti Autorità giudiziarie e, solo su richiesta delle stesse, fornirà l'identità del segnalante.

Nel rispetto del Documento ANAC “Linee guida in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza in ragione di un rapporto di lavoro, ai sensi dell’art. 54-bis, del d.lgs 165/2001 (c.d. whistleblowing)”, è stato redatto e partecipato al DPO Aziendale l’apposito Regolamento operativo.

La valutazione d’impatto, redatta con il contributo del DPO aziendale, ha fatto emergere un Rischio accettabile per l’Azienda, con DDG 1470 del 20/12/2024 è stato adottato il “Regolamento Aziendale per le segnalazioni di condotte illecite”.

Nel corso del 2025 non sono pervenute segnalazioni di reati o irregolarità al link dedicato al whistleblowing.

6.1.2 Pantouflage

Il legislatore nazionale con il comma 16-ter dell’art. 53 del d.lgs. n. 165/2001 ha disciplinato i casi di passaggio dei dipendenti dal settore pubblico al privato, a seguito di cessazione dal servizio utilizzando il termine di origine francese “pantouflage”.

La norma dispone nello specifico il divieto per i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni, di svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell’attività dell’amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri.

La ratio del divieto di pantouflage è volta a garantire l’imparzialità delle decisioni pubbliche e in particolare a scoraggiare comportamenti impropri e non imparziali, fonti di possibili fenomeni corruttivi, da parte del dipendente che, nell’esercizio di poteri autoritativi e negoziali, “potrebbe preconstituire situazioni lavorative vantaggiose presso il soggetto privato con cui è entrato in contatto in relazione al rapporto di lavoro”

Giova poi ricordare che l’Azienda Usl Umbria 1, già con il PTPCT 2017/2019, si era occupata di ulteriori misure di prevenzione a tutela della legalità, della correttezza e della trasparenza, disciplinando i cd Patti di Integrità negli affidamenti; sono infatti state approvate e rese obbligatorie la compilazione e sottoscrizione di due modelli, quali parti integranti di contratti con fornitori di beni e servizi e di stipula di convenzioni con Enti del terzo settore , ovvero :

Patto di Integrità tra Azienda USL Umbria 1 e Fornitori e

Patto di Integrità tra Azienda USL Umbria 1 ed Associazioni di Volontariato

In tale documenti, tra l’altro , vengono previsti i seguenti obblighi in capo sia all’operatore economico che al funzionario aziendale ovvero:

“Il sottoscritto Operatore economico si impegna a non conferire incarichi di collaborazione al personale dipendente di questa Azienda USL coinvolto nell’appalto, od ai loro familiari, ivi compresi gli affini entro il secondo grado, durante la fase di esecuzione del contratto e nei tre anni successivi alla conclusione del contratto stesso.

I dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell’Azienda USL, non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell’attività della stessa Azienda USL svolta attraverso i medesimi poteri”.

I contratti e/o convenzioni concluse e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto in tali Patti di Integrità, sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti, di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni, con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti.

Quanto all'attività di vigilanza in materia di pantouflage, il PNA 2022 prevede che ANAC, in capo alla quale insistono i poteri di vigilanza e sanzionatori in materia, possa verificare l'inserimento nei PTPCT o nella sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO, di misure adeguate volte a prevenire tale fenomeno.

Si segnala che con il PNA 2025 approvato dal Consiglio di Anac dell'11 novembre 2025, ed in corso di adozione, il pantouflage viene rafforzato e nel complesso si punterà a maggiori misure preventive, controlli ex ante ed ex post e responsabilizzazione delle amministrazioni, per rendere più effettivo il divieto di passaggio improprio dal pubblico al privato, senza comprimere l'attività lavorativa dei dipendenti cessati dal servizio.

A tale fine sarà predisposto un apposito modulo da far sottoscrivere ai dipendenti all'atto di cessazione del rapporto di lavoro che hanno lavorato nelle UOC a maggior rischio corruttivo, in cui si impegnano a non prestare la loro opera a favore dei fornitori con cui hanno avuto rapporti lavorativi.

6.1.3 Conflitto di interesse

Come noto, l'istituto dell'astensione dalla partecipazione alla decisione finale (anche a livello endo-procedimentale) in caso di conflitto di interesse è disciplinato da un complesso di norme (legge 241/90; D.P.R. 62/2013, D.Lgs. 39/2013 e Codice Comportamento aziendale) ai sensi delle quali tutti i dipendenti sono tenuti ad astenersi dallo svolgimento delle attività inerenti le proprie mansioni, nel caso in cui ricorra una situazione di conflitto di interessi, anche potenziale, o qualora ricorrano ragioni di opportunità e convenienza.

Si configura una situazione di conflitto di interessi laddove la cura dell'interesse pubblico, cui è preposto il funzionario, potrebbe essere deviata, pregiudicando l'imparzialità amministrativa o l'immagine imparziale dell'amministrazione, per favorire il soddisfacimento di interessi personali del medesimo funzionario o di terzi con cui sia in relazione secondo quanto precisato dal legislatore. Si tratta, dunque, di una condizione che determina il rischio di comportamenti dannosi per l'amministrazione, a prescindere che ad essa segua o meno una condotta impropria. Il conflitto di interessi è, infatti, definito dalla categoria della potenzialità e la disciplina in materia opera indipendentemente dal concretizzarsi di un vantaggio.

Giova anche qui richiamare un altro PTPCT e precisamente quello 2021/2023 nel quale insiste, quale all. 4, il modello relativo a

- *DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ASSENZA DI CONFLITTO DI INTERESSI AI FINI DELLA NOMINA DI RUP/DEC o suo Assistente,*

Tale modello viene sottoscritto nel caso in cui il dipendente aziendale assuma l'incarico di

- *Responsabile Unico del Procedimento e/o "Direttore dei Lavori o dell'Esecuzione del Contratto" o suo Assistente*
- *ruolo di Dirigente, estensore, funzionario, degli atti di pagamento o regolazione del contratto*
- *addetto al controllo del regolare svolgimento dell'appalto di servizi/fornitura di beni*
- *funzionario estensore del capitolato di gara ovvero della raccolta del fabbisogno*
- *commissario di gara*

6.2 Criteri per la valutazione del Rischio

Per la valutazione del rischio sono state seguite le indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi, coma da allegato 1 al Piano Nazionale Anticorruzione 2019 (Del. Anac n1064 del 13/11/2019) , di recente richiamate anche da indicazioni fornite da ANAC in data 23/7/2025.

L'Attività portata avanti dall'Azienda sin dal 2020, fortemente condizionata dal diffondersi della pandemia Covid 19, è stata quella di privilegiare soprattutto i criteri della percezione esterna e del grado della discrezionalità del funzionario preposto all'esercizio dell'azione.

Si ritiene necessario continuare a valutare, oltre gli indicatori proposti, anche il valore economico delle varie attività, in quanto la sua importanza potrebbe essere indice di appetibilità quale fattore di scambio. Pertanto, la presenza di uno o più fattori, tra quelli privilegiati dalla Azienda Usl Umbria 1 all'interno di una determinata attività ne attribuisce l'associazione di rischio :

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

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

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

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

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

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

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

Il monitoraggio rappresenta una fase del processo di gestione del rischio assai rilevante, in quanto solo attraverso la verifica della corretta attuazione delle misure è possibile assicurare una efficace strategia di prevenzione.

Va premesso che il vero ruolo del Piano di Prevenzione della Corruzione non può essere inteso in senso adempimentale, cioè nella mera previsione di aree di rischio e relative misure, quanto invece, nella individuazione di sistemi a presidio dell'attività amministrativa e sanitaria, intesa come rispetto del principio di correttezza ed imparzialità di accesso alle cure. L'obiettivo non è il solo controllo, ma anche quello di fare emergere eventuali nuovi rischi ed identificare processi organizzativi non precedentemente mappati.

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

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

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

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

Nello specifico l' RPC ha chiesto ai referenti due relazioni 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 nel 2025 per il rispetto della tempistica associata ad ogni singola fattispecie e le eventuali criticità connesse.

Agli Uffici Procedimenti Disciplinari della Dirigenza e del Comparto è stato chiesto invece un riepilogo dei procedimenti avviati e/o conclusi sempre nel corso del 2025 con l'indicazione della sanzioni eventualmente comminate.

Le relazioni pervenute e le considerazioni in esse contenute hanno sostanzialmente fatto emergere una attenzione particolare rispetto alla tempistica delle azioni ed agli indicatori di verifica e alla prevenzione della corruzione in genere, rinnovando l'attenzione sulle disposizioni del Piano, che era andata scemando negli anni precedenti (fase emergenziale Covid-19).

Di seguito si intendono riportare, per ogni Struttura, le più significative attività descritte dalle medesime, le relazioni acquisite direttamente dai rispettivi Responsabili o per il tramite dei Referenti individuati che supportano il Responsabile Anticorruzione sul monitoraggio effettuato nei rispettivi servizi.

Quanto si riporta vuole dimostrare che ogni Struttura, pur nella complessità della quotidianità, si è comunque dedicata al sostegno delle azioni per la prevenzione della corruzione.

Tutte le relazioni sono state archiviate dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione con il supporto dell'Incarico di Funzione "Gestione rapporti intra-aziendali per la prevenzione della corruzione".

7.1 Relazioni Servizi:

Presidi Ospedalieri

1. Attività specifiche (griglia PTPCT 2025–2027)

Non sono state segnalate né rilevate "non conformità".

Il monitoraggio delle attività è effettuato dai Responsabili delle Posizioni Organizzative Amministrative e Sanitarie afferenti ai rispettivi Presidi ospedalieri.

2. Attività di carattere generale e trasversale (PTPCT 2025–2027)

Anche in questo ambito non è emersa alcuna "non conformità".

Il monitoraggio è affidato ai medesimi Responsabili delle Posizioni Organizzative Amministrative e Sanitarie dei Presidi ospedalieri.

3. Recupero delle prestazioni e gestione liste di attesa

In attuazione della D.G.R. n. 259 del 21/03/2025, con cui la Regione Umbria ha approvato il Piano Operativo Straordinario per il recupero delle liste di attesa – anno 2025, e in conformità a quanto previsto dalla Legge n. 107/2024 in materia di riduzione dei tempi d'attesa per le prestazioni sanitarie, l'Azienda USL Umbria 1 ha adottato la DDG n. 498 del 28/04/2025 recante:

"Accordo tra l'Azienda Ospedaliera di Perugia e l'Azienda USL Umbria 1 per l'abbattimento delle liste di attesa e la riduzione della mobilità passiva"

Il documento ha definito le azioni da attuare entro il 31/12/2025 nelle seguenti aree:

- ☐ Area Medica
- ☐ Area Chirurgica
- ☐ Area Riabilitativa
- ☐ Area Diagnostica
- ☐ Area Specialistica Ambulatoriale

Il monitoraggio delle attività previste dalla DDG 498/2025, nonché il rispetto delle relative procedure operative, è affidato alla Direzione Sanitaria Aziendale, e per quanto concerne i Presidi ospedalieri, alle rispettive Direzioni Mediche.

Inoltre, sempre in attuazione della citata D.G.R., l'Azienda ha adottato la DDG n. 571 del 16/05/2025 avente ad oggetto:

"Costituzione del gruppo di lavoro per la gestione e il miglioramento delle liste di attesa"

Con tale atto sono stati individuati professionisti appartenenti a diverse discipline aziendali, ai quali è stato conferito mandato di:

- ☐ attivare soluzioni organizzative e logistiche per la riduzione delle liste d'attesa;
 - ☐ migliorare la gestione delle stesse;
 - ☐ garantire l'equità di accesso ai servizi;
 - ☐ migliorare l'efficienza e l'efficacia nell'erogazione delle prestazioni sanitarie,
- in modo da rispondere in maniera tempestiva e adeguata ai bisogni dell'utenza e nel pieno rispetto delle disposizioni previste dalla DGR sopra richiamata.

Distretti e Dipartimento Salute Mentale

In attuazione della Delibera del Direttore Generale n. 119 del 31/01/2025 e in riferimento alla nota prot. n. 0225607 del 27/11/2025, si trasmettono le relazioni predisposte dai Distretti Perugino, Assisano, Trasimeno, Media Valle del Tevere, Alto Chiascio, Alto Tevere e dal Dipartimento di Salute Mentale, relative alle attività esplicative delle azioni intraprese nel secondo semestre 2025 in materia di prevenzione e contrasto della corruzione.

In continuità con quanto avviato negli anni precedenti, si conferma l'efficacia della metodologia basata sul confronto e sull'interscambio tra i diversi Servizi e tra il personale degli stessi, che ha favorito l'adozione di processi condivisi e omogenei. Ciò ha garantito uniformità nei comportamenti, equità di trattamento per l'utenza e una significativa riduzione del rischio corruttivo all'interno dei procedimenti amministrativi.

Nel corso del secondo semestre 2025 è proseguita l'attività di riscontro alle contestazioni-controdeduzioni pervenute da parte degli utenti interessati da richieste di pagamento di *tickets sanitari*, a seguito degli esiti negativi del controllo delle autocertificazioni reddituali relative agli anni 2014–2019. Considerando che sia la fase istruttoria che la gestione del rapporto con l'utenza sono curate dal personale dei Distretti, e in vista dell'avvio di ulteriori verifiche per gli anni successivi, l'Azienda ha adottato, con Delibera del Direttore Generale n. 1457 del 19/12/2024, un'apposita procedura aziendale. Tale procedura disciplina il procedimento amministrativo derivante dall'art. 1 del DM Economia e Finanze dell'11/12/2009, in materia di verifica delle esenzioni dal ticket sanitario in base al reddito tramite il sistema Tessera Sanitaria. La procedura ha individuato in modo uniforme e vincolante i documenti necessari, i criteri di accoglimento o diniego, e le fasi operative del procedimento, riducendo così la discrezionalità amministrativa del personale incaricato e prevedendo contestualmente specifica attività formativa.

Si conferma lo svolgimento della specifica formazione nell'ambito della Trasparenza e dell'Anticorruzione, oltre che l'evento in materia di Sicurezza informatica organizzato dalla Polizia Postale, al fine di acquisire una maggiore consapevolezza e conoscenza delle tematiche sottese.

In merito alle tematiche sollecitate dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione è stata richiesta precipua relazione in merito ai singoli Distretti e al Dipartimento, alle cui relazioni si rinvia.

Medicina Legale

In risposta alla nota prot. 225607 del 27/11/2025, di pari oggetto, questo Servizio di Medicina Legale staff riassume l'attività svolta nel 2025, per la prevenzione della corruzione.

1) Attività Commissione Medica Locale per le patenti di guida.

In tutto il 2025 vi è stato un notevole incremento delle richieste di visita in commissione per l'inasprimento delle sanzioni inerenti la guida sotto effetto di alcol e sostanze stupefacenti, derivanti dalla attuazione del nuovo codice della strada. La domanda spesso supera la possibilità di garantire appuntamenti di visita entro le date di scadenza o revisione della patente e ciò evoca numerose sollecitazioni da parte di legali o degli utenti medesimi. A tal fine, insieme all'ufficio informatico, si sta predisponendo un nuovo software per favorire le prenotazioni tramite sito internet, con maggiore garanzia di imparzialità e di trasparenza. Le commissioni sono nominate con delibera del Direttore Generale ed i pagamenti dei componenti delle commissioni sono tutti effettuati tramite determina dirigenziale con dettaglio visibile e confrontabile con i verbali di seduta.

Si è istituito una metodologia di lavoro che prevede 15 minuti di briefing mattutino, al fine di evidenziare i diversi aspetti critici, spesso sottesi da lamentele o incomprensioni dell'utenza ed il continuo scambio di informazioni anche con le sedi periferiche.

2) La gestione dei sinistri medico-legali, soprattutto in ambito sanitario, richiede un approccio attento all'anticorruzione. Questo perché i sinistri, che possono derivare da errori medici o altre problematiche, espongono le strutture sanitarie a rischi finanziari e reputazionali. Recentemente la regione ha predisposto, una delibera (n. 9848 del 10 settembre 2025) recante: "Cabina di Regia per la Governance

della Spesa Sanitaria e l'efficientamento del SSR.", a seguito della quale sono stati istituiti gruppi di lavoro interaziendali che, tramite valutazione della casistica quinquennale, hanno discusso e formalizzato proposte utili anche per il contenimento di alcuni rischi evidenti di conflitto d'interesse (es modalità di affidamento delle consulenze legali e medico-specialistiche).

3) Si è cercato di mantenere un clima collaborativo con i colleghi ed il personale amministrativo, incoraggiando il lavoro in equipe, la comunicazione tra i diversi uffici, la finalità del lavoro per il buon andamento della pubblica amministrazione, la assunzione delle singole responsabilità; periodicamente si è ricordato a tutto il personale di attenersi al codice di comportamento aziendale, soprattutto in termini di corretta attestazione della presenza in servizio, di adeguata fruizione dei periodi di congedo, di attenzione alla tutela della riservatezza, mettendo in atto innanzitutto, personalmente e prioritariamente, in concreto, tali principi.

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione

Attività di controllo e vigilanza Procedure operative elaborate.

Programmazione centralizzata attività. dichiarazione indipendenza effettuata. Controllo ispettivo effettuato da 2 operatori. Rotazione personale negli audit e nell'attività ispettiva ove possibile. Regolarmente effettuato il monitoraggio/valutazione trimestrale dell'attività. Effettuata la verifica dell'efficacia e supervisione nel mese di Novembre in ottemperanza alla DD Reg. Umbria n.3867 del 05.06.15.

Certificazione export

Procedura elaborata ed operativa. Regolarmente effettuato il monitoraggio/valutazione trimestrale dell'attività. Effettuata la verifica dell'efficacia e supervisione nel mese di Novembre in ottemperanza alla DD Reg. Umbria n.3867 del 05.06.15.

Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro

Per le finalità di cui in oggetto, si allega la scheda predisposta per la rendicontazione anno 2025 delle misure predisposte dal servizio PSAL secondo quanto previsto per i servizi del Dipartimento di Prevenzione dal PTPCT 2025-2027 (allegato 1). In particolare: i nuovi componenti del GOV - PSAL 2025, che sono stati modificati per la regola della rotazione (comunicazione già trasmessa con nota prot.n. 0227356 del 10/12/2024), si sono riuniti in data 13/06/2025 e 18/12/2025 per effettuare le verifiche rispettivamente del primo e secondo semestre 2025. Sono stati estratti in maniera casuale fascicoli di tutte e 4 le aree territoriali ed è stato verificato il rispetto delle procedure deliberate per le attività del servizio PSAL ritenute più sensibili (pareri NIP, indagini infortuni e malattie professionali, ricorsi avverso il giudizio del medico competente, gestione esposti/segnalazioni, attività di vigilanza di iniziativa). Dai verbali (allegati al n.2 e n.3) non sono emerse, non conformità di tipo organizzativo/tecnico/procedurale e, in generale, anomalie di interesse per la prevenzione della corruzione; è stato individuato per l'anno 2026 il nuovo team dei componenti del GOV-PSAL nel rispetto della rotazione dei controllori dandone comunicazione a tutto il personale (vedi nota prot.n. 229364 del 03/12/2025 allegata al n.4) e ricordando nel contempo i principi dell'anticorruzione e trasparenza compreso l'obbligo di compilare il documento annuale di autocertificazione previsto dal PTPCT per i servizi che svolgono attività con rischio medio alto (le autocertificazioni sono custodite presso la segreteria PSAL di Perugia e per l'anno 2026 verranno raccolte entro il mese di gennaio); è stata gestita la comunicazione di eventuali situazioni di conflitto di interessi presentata da alcuni operatori della UOC PSAL, ricordando a tutti che eventuali incompatibilità, anche temporanee vanno immediatamente segnalate al soggetto gerarchicamente in linea superiore per la eventuale sostituzione, assegnazione della pratica ad altro operatore; è stato effettuato il giorno 20/06/2025, insieme alla ASL n.2, un corso rivolto a tutti gli operatori del servizio PSAL per la presentazione delle **"Linee di indirizzo per le indagini di infortunio sul**

lavoro e di malattia professionale", redatte con la Procura della Repubblica presso il Tribunale di Perugia e la Procura della Repubblica presso il Tribunale di Spoleto (pubblicate anche nel sito aziendale). Trattasi di procedure che, oltre all'aspetto tecnico, richiamano ad una operatività "standardizzata" che contribuisce anche ad aspetti di trasparenza delle azioni e prevenzione della corruzione. Il primo protocollo è stato redatto con il Dott. Raffaele Cantone, Procuratore Capo per la Procura della Repubblica presso il Tribunale di Perugia, che dal 2014 al 2019 è stato Presidente della Autorità Nazionale Anticorruzione e quindi soggetto di particolare competenza in materia; il giorno 26/06/2025 è stato effettuato un corso, insieme alla ASL n.2, rivolto a tutti gli operatori medici del servizio PSAL finalizzato alla **revisione delle procedure** previste per le attività inerenti la gestione dei **ricorsi avverso il giudizio dei medici competenti** e le **indagini di malattia professionale** procedure deliberate dalla Regione Umbria nel 2017 e che, in ragione di quanto sopra e di modifiche normative intercorrenti, necessitavano di aggiornamento. L'aggiornamento periodico delle procedure assicura anche il mantenimento di regole conformi alle misure di prevenzione della corruzione, orientando gli operatori ad una operatività il più possibile priva di elementi di arbitrarietà. L'aggiornamento di queste due procedure è stato oggetto di determina regionale (DD n. 11572/2025) e trasmesso agli operatori dei servizi PSAL con nota prot.n. 0235433 del 11/12/2025. E' stato coinvolto anche il DPO di questa USL per l'aggiornamento della scheda informativa inerente la privacy e la relativa pubblicazione nel sito aziendale;il personale effettua vigilanza utilizzando **check list e procedure** predisposte a livello regionale e di ASL. Le check list compilate vengono date in copia anche ai Tecnici Coordinatori di Area non solo per la rendicontazione delle attività ma anche per le eventuali verifiche a campione. Nel primo semestre 2026 verranno sperimentate le nuove check list predisposte per la valutazione dei piani di lavoro presentati per le attività di bonifica dell'amianto e, se validate, verranno proposte anche alla ASL n.2 per la successiva validazione regionale. Pertanto anche questa attività entrerà nell'ambito del controllo periodico anno 2026 da parte del GOV, così come la verifica della conformità delle procedure adottate dal Laboratorio di Igiene Industriale per le richieste di analisi di materiali contenenti amianto, secondo la DDG n.87 del 31/01/2025;le attività di vigilanza vengono svolte di **regola in coppia con rotazione periodica del personale** La rotazione delle coppie è una misura non sempre di facile applicazione per l'esiguità numerica del personale tecnico che al momento è particolarmente presente nell'area dell'Assisano e del Trasimeno, il tutto a causa di pensionamenti, i congedi per malattia o trasferimenti. In alcune situazioni di particolare emergenza si è provveduto con interventi di supporto da altre aree che, oltre a garantire la continuità del servizio, hanno consentito anche la rotazione richiesta dal piano anticorruzione in questione. Sotto questo profilo sono state attivate le comunicazioni all'Azienda per l'aggiornamento del **fabbisogno del personale** con richiesta non solo di sostituzione del personale andato in quiescenza ma di integrazione con ulteriori operatori appartenenti a diversi profili professionali (tecnici della prevenzione, operatori tecnici, assistenti sanitari e Dirigenti del ruolo sanitario e non sanitario, in particolare Ingegnere, Geologo e Chimico) ai fini del **rafforzamento** dei Servizi PSAL richiesto anche dalla normativa vigente. Sempre in ambito organizzativo, si segnala che non è stato ancora portato a compimento il concorso per la posizione di **Direzione di UOC PSAL** attualmente assicurata con incarico di sostituzione dalla sottoscritta. Per la vacatio del Dirigente Responsabile della UOS PSAL Alto Tevere, sono state rideclinate le attività gestionali e sanitarie afferenti alla struttura, assegnandole temporaneamente alla Dott.ssa Patrizia Bodo coadiuvata dal Dott. Stefano Patalacci. Per il personale amministrativo, particolarmente carente in alcune aree territoriali, risulta attiva l'attenzione della Direzione del Dipartimento di Prevenzione;non sono pervenuti reclami da cittadini/utenza esterna relativi ad eventuali comportamenti inadeguati in tema di trasparenza ed anticorruzione interessanti il personale PSAL;si è verificato un caso di **"aggressione verbale"** occorso ad una operatrice con qualifica di TdP in servizio presso gli uffici del Servizio PSAL di Perugia, fortunatamente senza danni all'operatore, segnalato secondo le procedure previste dal "rischio clinico"le pagine WEB del sito dell'azienda e riguardanti il servizio PSAL sono state aggiornate come da richiesta. I documenti di Buone Pratiche e le schede di autovalutazione elaborati attraverso la procedura dei PMP nell'ambito del PRP 2020-2025 sono stati pubblicati sia nel portale Web regionale che in quello della ASL, ai fini della trasparenza e informazione dell'utenza;il servizio PSAL non ha prestazioni in " **lista di attesa**" ma contribuisce indirettamente alla riduzione delle stesse avendo messo a disposizione di altri specialisti la strumentazione utile a tal fine (ecografo presso lo PSAL di Bastia Umbra, spirometro con DLCO presso il servizio di Pneumologia ex Grocco)per quanto attiene le attività di ristrutturazione di edifici per l'assistenza

medica territoriale di cui al **PNRR Umbria 2021/2026**, il servizio PSAL dell'Area AT ha contribuito attivamente rendendo disponibili nei tempi indicati i locali della sede di Umbertide oggetto di tali lavori. Così come è stata recepita analoga richiesta per la **Casa di Comunità di Bastia Umbra**, rendendo disponibile l'ambiente di lavoro indicato dalla Direzione; vengono monitorate e aggiornate periodicamente le pagine del **sito WEB aziendale** del servizio PSAL anche ai fini degli obblighi di pubblicazione previsti dall'ANAC e, secondo le indicazioni aziendali, predisponendo anche la Scheda di Validazione di Primo Livello. In sintesi, dai controlli finora effettuati non sono emerse problematiche in tema di corruzione e trasparenza riguardanti il servizio PSAL, né necessità di introdurre ulteriori elementi di controllo oltre a quelli già in essere. Rimangono le criticità legate alla carenza di personale come sopra menzionato e, tra tutte, in particolare quella che riguarda **le attività di verifica impiantistica** che, per mancato turn over del personale andato via via in quiescenza, al momento sono effettuate da **un solo operatore tecnico** che oltre a non poter assicurare la tempestiva gestione di tutte le istanze che pervengono alla ASL non consente neanche di garantire i criteri di rotazione/affiancamento di interesse per la fattispecie in esame. Trattasi di criticità già segnalata alla Direzione del Dipartimento di Prevenzione ed alla Direzione Aziendale, proponendo anche ipotesi di riorganizzazione del servizio trattandosi di attività che al momento interessa per il 90% la sanità pubblica, e per la quale si continua a chiedere un intervento concreto non potendo la sottoscritta intervenire in alcun altro modo.

Igiene degli Animali e Produzioni Zootecniche

Facendo seguito alla nota protocollo 0225607 del 27/11/2025 relativa all'oggetto, si comunica che le attività o gli endo-procedimenti a rischio individuati, sono stati gestiti correttamente attraverso le *"Misure di sicurezza associate"* nel rispetto della relativa tempistica prevista dalla scheda ANAC relativa al Servizio scrivente in qualità di Area Organizzativa coinvolta.

Nello specifico si precisa che

- ☐ il Servizio svolge le proprie funzioni secondo procedure condivise ed in costante revisione
- ☐ ogni U.O.S. territoriale ha realizzato nel mese di gennaio, la programmazione relativa all'attività di controllo e vigilanza su tutti i settori di competenza
- ☐ il controllo è effettuato di norma da almeno due operatori.
- ☐ entro il 30 giugno sono state acquisite le dichiarazioni di indipendenza e riservatezza da parte del personale preposto al controllo ufficiale
- ☐ sono stati effettuati audit presso Operatori presenti sul territorio, svolti da personale addetto al controllo ufficiale appartenente a diverse figure professionali e diverse aree distrettuali
- ☐ per ogni area operativa, quando il numero degli operatori lo consente, è variata la composizione delle squadre di vigilanza
- ☐ viene regolarmente effettuato il monitoraggio/valutazione trimestrale dell'attività
- ☐ utilizzando gruppi operativi di verifica (GOV) istituiti con nota prot. 40894 del 30 aprile 2015 sono state programmate azioni di verifica dell'efficacia dei controlli ufficiali ai sensi dell'art. 8.3 del Reg. CE 882/2004

Servizio Igiene degli Alimenti di Origine Animale

In riferimento alla richiesta prot. 0225607 del 27/11/2025 di cui all' oggetto, relativa al monitoraggio delle misure di prevenzione della corruzione, si trasmette la presente relazione concernente le attività e gli endoprocedimenti a rischio specificamente individuati e mappati nella Scheda ANAC in dotazione alla scrivente Struttura Complessa.

Il presente documento attesta il puntuale adempimento degli obblighi prescritti in materia di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza fornendo evidenza delle azioni implementate per l'aggiornamento e l'efficace attuazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT).

Implementazione delle Misure di Prevenzione

Le attività di interesse, classificate come a potenziale rischio corruttivo (come da mappatura ANAC), sono state gestite nel rispetto delle tempistiche previste e attraverso la rigorosa applicazione delle "Misure di Sicurezza Associate" e delle procedure di "Monitoraggio" definite nel PTPCT.

Di seguito si dettagliano le principali azioni intraprese per rafforzare l'integrità e la tracciabilità delle operazioni:

Standardizzazione dei Processi e Riduzione della Discrezionalità

- È stata assicurata l'esecuzione delle funzioni istituzionali secondo procedure operative standardizzate e condivise. La formalizzazione dei protocolli operativi mira a ridurre significativamente la discrezionalità del personale, garantendo uniformità di azione e prevedibilità decisionale.

Rafforzamento del Controllo Ufficiale (Reg. UE 2017/625)

- Controlli presso Impianti di Macellazione: È stata mantenuta la misura di sicurezza che prevede la presenza continuativa di almeno due medici veterinari per ogni turno di lavoro, al fine di assicurare la collegialità e la verifica incrociata nell'espletamento del controllo ufficiale.

- Controlli su Imprese Alimentari: Analogamente, i sopralluoghi e le ispezioni su altre imprese alimentari sono stati eseguiti da team composti da almeno due operatori, sia in attività congiunta con altre U.O. che in interventi autonomi.

Programmazione e Pianificazione Strategica

- Nel mese di gennaio è stata elaborata e formalmente approvata la Programmazione annuale delle attività di Controllo Ufficiale, estesa a tutti i settori di competenza della Struttura Complessa. Tale programmazione è stata tempestivamente condivisa con le Unità Operative Semplici (U.O.S.) territoriali, le quali hanno conseguentemente prodotto i propri Piani Esecutivi e la pianificazione operativa delle relative équipe.

Sistema di Audit Interno e Verifica dell'Efficacia

- È stato pianificato e avviato un Programma Annuale di Audit (PAA). Il programma prevede l'istituzione di team di audit interdistrettuali e interprofessionali per assicurare una valutazione oggettiva e indipendente dei processi.

- In ottemperanza al Regolamento UE n. 2017/625, sono state programmate specifiche azioni di verifica dell'efficacia dei Controlli Ufficiali. Tali verifiche saranno condotte da Gruppi Operativi di Verifica (GOV), la cui composizione è stata formalmente definita e stabilita all'interno del Piano Strategico Annuale.

Dichiarazioni di Indipendenza e Riservatezza

- Per tutti i professionisti preposti all'esecuzione dei Controlli Ufficiali, sono state formalmente acquisite le "Dichiarazioni di Indipendenza e Riservatezza". Questo adempimento rafforza l'imparzialità del personale

e previene situazioni di conflitto di interesse potenziale o accertato, in linea con le direttive del PTPCT.

Conclusioni

Le azioni descritte confermano l'impegno costante della Struttura Complessa nel garantire l'integrità dei propri processi operativi e l'efficace attuazione delle misure di prevenzione della corruzione.

Servizio Igiene e Sanità Pubblica

In relazione all'applicazione del PTPC e agli specifici obiettivi inseriti nella programmazione di budget, sulla base delle positive esperienze maturate con l'istituzione del GOV da parte dello scrivente Servizio a partire dal 2015, si comunica che: *"il livello di rischio per la prevenzione della corruzione delle attività I.S.P. si colloca per tutte le attività a livello basso, si può considerare per default (come già precedentemente stabilito) un livello di rischio medio per le attività di vigilanza e controllo, senza poter assolutamente differenziare attività a carattere maggiormente rischioso e i relativi endoprocedimenti a maggior impatto corruttivo".*

E' stata acquisita la dichiarazione sostitutiva del possesso dei requisiti per attività a rischio medio alto compilata dagli operatori.

Il GOV è coordinato dal Dr. Igino Fusco Moffa in collaborazione con la P.O. Dott. Rori Formica. Nel corso dell'anno ha effettuato verifiche sulle procedure autorizzative e verifiche dei sopralluoghi in fase di controllo, relativamente a procedimenti riguardanti una rivendita di prodotti fitosanitari e un procedura di controllo per caso di legionellosi in una struttura ricettiva nell'area dell'Alto Chiascio.

Tutte le verifiche di secondo livello hanno chiaramente riguardato atti non ricadenti nelle aree operative dove i membri del GOV sono normalmente impegnati nell'attività professionale.

L'attività ISP è continuata con il modello organizzativo degli anni precedenti con l'interscambiabilità operativa a livello dei Servizi Interdistrettuali, nonché con l'esistente modello organizzativo della pronta disponibilità, che permette interventi su aree operative diverse sia per i Dirigenti Medici che per il personale TdP. Da segnalare, per il 2025, l'assunzione di nuovo personale, tra cui un dirigente medico e un TdP, che ha garantito il rinnovo del personale addetto alle attività in questione.

Servizio Veterinario Sanità Animale

In riferimento alla richiesta di cui all' oggetto, protocollo 0225607 del 27/11/2025 si relaziona in merito alle attività/endo-procedimenti a rischio individuati nella scheda ANAC, relativa al Servizio scrivente. Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2025-2027, definisce 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, rappresentando la metodologia ordinaria di gestione e lo strumento funzionale all'introduzione della cultura della gestione per obiettivi. L'adozione di tale sistema di gestione comporta il necessario sviluppo di sistemi di controllo per la verifica, valutazione e regolazione dei processi e dei risultati assistenziali e gestionali raggiunti.

La presente relazione è redatta ai sensi delle disposizioni normative in materia di prevenzione della corruzione nella pubblica amministrazione. Il Servizio Veterinario di Sanità Animale, in quanto articolazione dell'Azienda Sanitaria Locale USL Umbria 1, è tenuto ad attuare tutte le misure necessarie per prevenire fenomeni corruttivi, anche in considerazione del particolare ruolo di vigilanza e controllo svolto nel territorio.

Analisi del contesto e delle aree a rischio

Le principali attività istituzionali del Servizio Veterinario di Sanità Animale che comportano potenziali rischi di corruzione sono:

- ☐ controlli ufficiali negli allevamenti e negli stabilimenti che detengono animali da reddito e di affezione;
- ☐ rilascio di certificazioni sanitarie per la movimentazione degli animali;
- ☐ gestione delle emergenze sanitarie (focolai di malattie infettive);
- ☐ affidamento di servizi e forniture (es. contratti con operatori esterni, servizi diagnostici ecc.);
- ☐ gestione dei controlli relativi ai piani di sorveglianza, eradicazione e delle banche dati nazionali (BDN);
- ☐ attività di polizia giudiziaria.

Fattori di rischio

- ☐ Eccessiva discrezionalità degli operatori nei controlli;
- ☐ Conflitti di interesse, soprattutto nei contesti territoriali ristretti;
- ☐ Rapporti continuativi con soggetti esterni (allevatori, veterinari aziendali, laboratori);
- ☐ Carenze di organico che possono comportare accumulo di incarichi e minor trasparenza.

Misure adottate per la prevenzione della corruzione

- ☐ **il Servizio svolge le proprie funzioni secondo procedure operative condivise ed per le diverse attività in modo da ridurre la discrezionalità;**
- ☐ il controllo ufficiale presso gli impianti zootecnici e di animali d'affezione è stato assicurato con la presenza di almeno due veterinari e/o personale tecnico, ove possibile, anche in attività congiunta con personale afferente ad altri servizi;
- ☐ all'inizio dell'anno è stata realizzata la programmazione relativa all'attività di controllo ufficiale nei settori di competenza da parte dello scrivente, condivisa con le U.O.S. territoriali, le quali a loro volta hanno prodotto la programmazione e la pianificazione di equipe;
- ☐ è stato pianificato un programma trimestrale dei controlli relativi al sistema I&R, nonché delle attività relative ai piani di sorveglianza ed eradicazione negli allevamenti;
- ☐ è stato pianificato un programma di formazione annuale per la gestione delle attività relative ai controlli ufficiali e gestione delle emergenze epidemiche;
- ☐ è stato effettuato un monitoraggio in tempo reale delle attività, in considerazione che queste

risultano visibili nei sistemi informatici: ciò connesso anche alla richiesta di rendicontazione delle attività poste in essere nei vari processi;

☐ sono state programmate le azioni di verifica dell'efficacia dei controlli ufficiali ai sensi del Reg UE 2017/625;

☐ sono state acquisite le "dichiarazione di indipendenza e riservatezza" del personale preposto ai Controlli Ufficiali;

☐ sono state puntualmente evase le richieste relative agli accessi documentali (art. 22 Legge 241/1990) e agli accessi civici (art. 5, D. L.vo n. 33/2013 e s.m.i.).

Monitoraggio e verifica dell'efficacia delle misure

La Direzione del Servizio ha effettuato un'attività di monitoraggio su:

☐ frequenza dei controlli ufficiali rispetto agli standard programmati;

☐ coerenza e completezza dei verbali di sopralluogo e ispezione;

☐ eventuali segnalazioni pervenute o casi anomali;

☐ provvedimenti di polizia giudiziaria.

Per quanto sopra nell'anno in corso, non sono state evidenziate problematiche di interesse in materia di corruzione e trasparenza, né la necessità di introdurre ulteriori elementi di controllo oltre a quelli già in essere. Rimangono le criticità legate alla carenza di personale, sia veterinario che tecnico, che non consentono, in particolare in alcune aree, una rotazione sistematica delle figure impegnate nelle attività di vigilanza e controllo.

In merito a quest'ultimo punto si è tenuto conto del parere espresso dal Presidente ANAC con fascicolo ANAC n. 3818/2022.

Servizio Medicina dello Sport

Il Servizio di Medicina dello Sport nel 2025 ha garantito le attività ambulatoriali, l'attività motoria nel Parco Grocco e nello Spazio Polivalente, presso il Centro servizi Grocco, ha partecipato alla pianificazione e alla realizzazione di progetti educativi/formativi per la promozione di una appropriata attività fisica e azione di contrasto all'obesità e ha organizzato e portato a termine il 22° Corso di Medicina dello Sport, che prevede incontri per l'aggiornamento di allenatori, istruttori ed amatori.

Ha fornito, inoltre, collaborazione attiva all'avanzamento dei progetti del Piano regionale della Prevenzione, in particolare, a gennaio ha organizzato e preso parte a tre incontri, nel Distretto del Trasimeno, inseriti nel progetto Sinapsi "Pillole di lunga vita", promosso dalle Aziende Usi Umbria 1 e 2, dalla Regione Umbria, dalle Reti di promozione della salute aziendali, dal Piano regionale della prevenzione 2020-25 e dall'Unione dei Comuni di Trasimeno, per promuovere i benefici dell'attività fisica regolare nella terza età. Ha collaborato al progetto di Promozione della Salute "Mi prendo cura", previsto dal Piano Regionale di Prevenzione 2020-2025 - Luoghi di lavoro che promuovono salute, che ha lo scopo di mettere in atto interventi efficaci che possano agire globalmente sui diversi fattori di rischio delle malattie croniche non trasmissibili, migliorando gli stili di vita dei lavoratori e aumentando il benessere lavorativo. A tal fine, ha partecipato all'incontro di formazione, che rientra tra le attività previste a livello aziendale, "La casa di comunità di Città della Pieve e Centro di salute di Magione che promuovono salute" nella giornata del 14 Ottobre, presso il Centro polifunzionale "L'Occhio" di Tavernelle. Ha preso parte alla costruzione e alla realizzazione delle proposte "Pause Attive" e "Un miglio attorno a scuola" presenti come buone pratiche, nel catalogo di offerte formative, anno scolastico 2025/2026, nel progetto "Scuole che promuovono salute". Ha inoltre partecipato alle giornate di formazione previste per i docenti delle scuole destinatarie dei progetti, *Scuole che promuovono salute: "un miglio intorno a scuola"* il 30 Ottobre, presso la Sala Coletta all'Ospedale MVT-Pantalla e *Scuole che promuovono salute: "pause attive"* il 13 Novembre, presso la Sala Caletta all'Ospedale MVT-Pantalla. Ha partecipato al Convegno "Medicina e chinesioterapia: sinergia consolidata nel trattamento delle patologie croniche e dei fattori di rischio", tenutosi il 29 Marzo, presso l'Hotel Giò Wine e Jazz Area, a Perugia, con una presentazione dal titolo "Parco Attivo Grocco:

una scommessa vinta!", dove si sottolineavano i vantaggi del movimento e dell'allenamento svolto in un parco attrezzato, all'aperto, in mezzo alla natura, circondato da piante balsamiche. Ha contribuito all'allestimento e ha presenziato ad una giornata, domenica 1 giugno, all'interno della Passeggiata Storica "Tracce di quartiere" organizzata dall'Associazione Quartiere Pallotta, nell'ambito della Festa di San Ferdinando, in cui, tra le tappe nei luoghi più significativi del quartiere, è stato inserito il Grocco, di cui è stata raccontata la storia dell'edificio e del Parco e la dott.ssa Antonella Primerano ha presentato i progetti di promozione della salute portati avanti dal Servizio di Medicina dello Sport, illustrando in particolare le attività che in passato hanno avuto come sede il Parco Grocco e quelle che ancora oggi si svolgono nel Parco Attivo, usufruendo delle attrezzature, che sono quotidianamente a disposizione di tutti. Sta collaborando con il Dipartimento di Medicina e Chirurgia Sezione di Neurologia, all'organizzazione dello studio "Benefici dell'attività fisica nei pazienti con disturbo bipolare: verifica di fattibilità di uno studio preliminare".

Anche nel 2025 è stata svolta l'azione di controllo, mediante indagini a campione delle visite medico sportive effettuate, che il Servizio utilizza dal 2019, come attività di prevenzione, per scongiurare il verificarsi di eventuali criticità.

Nel 2025, per l'indagine a campione, è stata scelta la sede di Città di Castello, è stata scelta una giornata lavorativa e sono stati comparati i dati del Servizio con quelli ricavati direttamente dal CUP.

Il Gruppo Operativo di Verifica è stato costituito in data 04 Novembre e si è nuovamente in data 16 Dicembre per sottoporre a controllo i dati delle visite effettuate in data 8 Settembre presso la sede di Città di Castello (si allega il verbale).

Si ribadisce, infine, che la UOC Medicina dello Sport si attesta nella categoria *A Rischio Basso* e nel 2025 non sono stati registrati cambiamenti, né si sono verificati episodi tali da determinare una variazione della classe di rischio.

Servizio Epidemiologia

In relazione all'applicazione del PTPC e agli specifici obiettivi inseriti nella programmazione di budget si comunica che: "il livello di rischio per la prevenzione della corruzione delle attività della UOSD Epidemiologia si colloca per tutte le attività a livello basso".

Si fa presente infatti che per tutte le attività proprie della suddetta UOSD non si configurano profili rilevanti ai fini della corruzione e dell'antiriciclaggio trattandosi di azioni tese alla produzione di evidenze scientifiche e alla ricostruzione del profilo di salute e di rischio della popolazione a supporto della programmazione delle attività preventive del Dipartimento di Prevenzione, della Direzione Aziendale e degli ulteriori livelli Regionale e Nazionale.

Ciononostante, vista anche la collaborazione con operatori di altri servizi dipartimentali (Servizi ISP e IAN) e aziendali (Servizi Sociali, Centri di Salute), relativamente alle attività svolte dagli operatori coinvolti nei Sistemi di Sorveglianza di Popolazione su base campionaria (PASSI, Passi d'Argento, 0-2 anni, OKkio alla Salute, HBSC, che rispondono a protocolli e procedure definiti a livello nazionale) è stato comunque effettuato un costante monitoraggio attraverso una vigilanza continua circa la loro corretta esecuzione.

Programmazione Sanitaria e Gestione Flussi Informativi Sanitari

Nel delineare le azioni poste in essere nel corso dell'anno 2025 dalla SSA Programmazione Sanitaria e Gestione Flussi Informativi Sanitari, con riferimento alle attività di propria competenza previste dal PTPCT 2025-2027, si rendono opportune alcune precisazioni, già effettuate con la Relazione semestrale di cui alla nota Prot. n. 0003202 del 08/01/2025.

Infatti, come già evidenziato, l'incremento delle attività del Servizio, giustapposte agli adempimenti ordinari, in un contesto organizzativo dell'Ufficio già provato dalla perdita di figure

professionali di lunga esperienza e specifica competenza, ha determinato difficoltà che comunque, grazie all'impegno di tutte le risorse, non hanno influito nel garantire l'assolvimento delle scadenze.

Di seguito si riporta un resoconto delle attività di competenza.

Con particolare riguardo alle Attività di carattere generale previste nel PTPCT, la UO scrivente, in collaborazione con l'U.O. Controllo di Gestione, ha garantito il supporto alla Direzione Aziendale per l'elaborazione delle strategie e delle politiche aziendali e nella fase di negoziazione dei programmi di attività e risorse per l'anno 2025 nei mesi di aprile e maggio.

Nel mese di settembre gli obiettivi definiti sono stati oggetto di monitoraggio con riferimento all'andamento del primo semestre. Sono stati tenuti specifici incontri cui hanno partecipato la Direzione Aziendale e i responsabili di macrostruttura (coadiuvati dai responsabili delle rispettive strutture complesse/semplifici distrettuali o dipartimentali), in esito ai quali le schede di Budget 2025 delle Macrostrutture e delle Strutture di Area Centrale e Staff, contenenti obiettivi negoziati e relativi indicatori, sono state parzialmente riviste.

L'iter volto alla formulazione del Programma Annuale di Attività, si è concluso nel mese di Ottobre come da Deliberazione del Direttore Generale n. 1209 del 31/10/2025.

Tutte le fasi del processo di budget sono gestite, in ottemperanza a quanto previsto dalla procedura PGA97_2022 Rev.2 , adottata con DDG n. n. 905 del 09/08/2022, quale revisione della precedente PGA03_15 "Regolamento del Processo di Budget" adottata con DDG n. 1045 del 01/10/2015 nell'ambito del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC).

In riferimento all'Area della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, ove indicato dai rispettivi responsabili, anche per l'anno 2025, sono stati inseriti specifici obiettivi di budget.

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

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

Gestione dei Flussi informativi finalizzati alla compensazione della mobilità sanitaria attiva (ricoveri, medicina generale, specialistica ambulatoriale, cure termali, trasporti sanitari):

gli addebiti del periodo inerenti le attività in compensazione vengono inviati alla Regione Umbria ed all'Azienda Sanitaria USL Umbria n.2, come previsto dal Disciplinare Regionale per la Compensazione della Mobilità Sanitaria. I flussi sono processati attraverso il Portale regionale di gestione della Mobilità Sanitaria.

1. Gestione dei Flussi informativi finalizzati alla compensazione della mobilità sanitaria passiva (ricoveri, medicina generale, specialistica ambulatoriale, cure termali): viene garantita di controllo tecnico sugli addebiti avanzati dall'Azienda USL Umbria n.2 e dalle 2 Aziende Ospedaliere di Perugia e Terni. Le relative contestazioni vengono effettuate secondo il Disciplinare Regionale per la Compensazione della Mobilità Sanitaria, così come l'analisi delle controdeduzioni fornite da ogni singola Azienda. Tutti i flussi sono processati attraverso il Portale regionale di gestione della Mobilità Sanitaria.

☐ Attività di controllo tecnico sui flussi informativi finalizzati alla compensazione dell'attività di ricovero erogata dalle Case di Cura Private: vengono effettuati mensilmente, con uno specifico sistema informatizzato, i controlli previsti dal "Disciplinare Regionale per la compensazione della Mobilità Sanitaria Intraregionale" e secondo la specifica procedura aziendale. L'esecuzione delle procedure di controllo, effettuate su tutti i ricoveri addebitati, genera delle anomalie che vengono inviate formalmente, con lettera protocollata, alla Casa di Cura Privata interessata per le analisi del caso. Le anomalie su cui è necessario porre particolare attenzione nella fase di controllo sono:

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

Le Case di Cura forniscono controdeduzioni che, una volta elaborate, sono sottoposte nuovamente alle procedure di controllo. I dati definitivi vengono trasmessi formalmente alla U.O.C. R.U. Trattamento Giuridico - Economico Personale Dipendente e Convenzionato per i successivi provvedimenti relativi alla gestione degli aspetti contabili ed alla verifica del rispetto delle condizioni contrattuali. Ove previsto i flussi sono inviati attraverso il Portale regionale di gestione della Mobilità Sanitaria.

In riferimento alla Specialistica Ambulatoriale e alla gestione delle Liste di Attesa (L.A.), la Direzione ha previsto di inserire anche negli Obiettivi di Budget 2025 specifici indicatori.

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

□ Delib. Commissario Straordinario n. 1548 del 11/12/2019 avente oggetto "Adozione della PGA 59 . Gestione della compensazione della mobilità sanitaria passiva intraregionale. Rev 02";

□ PGA 61/Rev_01_19 "Gestione della compensazione della mobilità sanitaria attiva".

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

□ La Relazione Sanitaria Aziendale - Relazione sulla Performance anno 2024 adottata con Delibera del Direttore Generale n. 724 del 30/06/2025 "Adozione Relazione sulla Performance 2024 ai sensi dell'art. 10 del D. Lgs 150 del 27 ottobre 2009 e ss.mm.ii" e pubblicata nel sito all'indirizzo:

<https://www.uslumbria1.it/ammtrasparente/performance/relazione-sulla-performance/>

□ Il Documento inerente gli Indicatori di attività anni 2023-2024 (ai sensi del comma 522 legge di stabilità 2016) pubblicato nella stessa area:

<https://www.uslumbria1.it/ammtrasparente/performance/relazione-sulla-performance/>

Inoltre, si è provveduto alla redazione della propria parte (Sezione Valore Pubblico-Performance) e all'attuazione del coordinamento in riferimento al Piano di Attività e Organizzazione 2025-2027 (PIAO), adottato con Delibera DG n. 119 del 31/01/2025 ;

pubblicato nel sito aziendale nella apposita Sezione "Amministrazione Trasparente", in "Altri contenuti - Corruzione" – link <https://www.uslumbria1.it/ammtrasparente/altri-contenuti/altricontenuti-corruzione/> e inserito nel portale ministeriale al link <https://piao.dfp.gov.it/> .

U.O. Controllo di Gestione

In riferimento alle attività previste dal PTPCT 2025-2027 si elencano le aree che vedono coinvolta la U.O. scrivente :

□ Trasmissione fabbisogno per beni/servizi di nuova introduzione o di utilizzo occasionale. (Allegato 1 al PTPCT 2025-2027 : Valutazione del rischio delle attività specifiche comunicate dalle Unità Operative Aziendali pag. 24).

□ Monitoraggi, Analisi periodiche consumi e dei costi per CE. Il monitoraggio viene effettuato rispetto ai CE precedenti , ai limiti di budgets e ai tetti di spesa- (Allegato 1 al PTPCT 2025-2027 : Valutazione del rischio delle attività specifiche comunicate dalle Unità Operative Aziendali pag. 29).

Con riferimento alle aree sopra indicate, si riportano di seguito le attività effettuate nel corso dell'anno 2025 dalla SSA Controllo di Gestione, tenuto conto delle indicazioni contenute nel PTPCT 2025-2027.

Come già evidenziato nella Relazione semestrale, Prot. n. 0147138 del 31/07/2025, si ritiene opportuno dar conto che le attività del Servizio sono state influenzate da alcune criticità organizzative che, involgendo in primis le risorse umane della U.O. Programmazione Sanitarie E Gestione Flussi Informativi Sanitari, hanno determinato delle ricadute sull'organizzazione complessiva delle due U.O.

Infatti, il Servizio ha offerto supporto, sia in termini di attività svolte, che di impiego di risorse umane, in tutte le Aree di natura trasversale.

Si evidenzia, inoltre che l'incremento delle attività del Servizio, giustapposte agli adempimenti ordinari, in un contesto organizzativo di isorisorse dell'Ufficio, ha determinato aggravi e difficoltà che, comunque, grazie all'impegno di tutte le professionalità, non hanno influito nel garantire l'assolvimento delle scadenze.

In relazione al primo punto, la U.O. scrivente non ha richiesto beni/servizi di nuova introduzione o di utilizzo occasionale.

Con particolare riguardo alle Attività di carattere generale previste nel PTPCT, la UO scrivente, in collaborazione con l'U.O. Programmazione Sanitaria e Gestione Flussi Informativi Sanitari, ha garantito il supporto alla Direzione Aziendale per l'elaborazione delle strategie e delle politiche aziendali e nella fase di negoziazione dei programmi di attività e risorse per l'anno 2025 nei mesi di aprile e maggio.

Nel mese di settembre gli obiettivi definiti sono stati oggetto di monitoraggio con riferimento all'andamento del primo semestre. Sono stati tenuti specifici incontri cui hanno partecipato la Direzione Aziendale e i responsabili di macrostruttura (coadiuvati dai responsabili delle rispettive strutture complesse/semplifici distrettuali o dipartimentali), in esito ai quali le schede di Budget 2025 delle Macrostrutture e delle Strutture di Area Centrale e Staff, contenenti obiettivi negoziati e relativi indicatori, sono state parzialmente riviste.

L'iter volto alla formulazione del Programma Annuale di Attività, si è concluso nel mese di Ottobre come da Deliberazione del Direttore Generale n. 1209 del 31/10/2025.

Tutte le fasi del processo di budget sono gestite, in ottemperanza a quanto previsto dalla procedura PGA97_2022 Rev.2, adottata con DDG n. n. 905 del 09/08/2022, quale revisione della precedente PGA03_15 "Regolamento del Processo di Budget" adottata con DDG n. 1045 del 01/10/2015 nell'ambito del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC).

In riferimento all'Area della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, ove indicato dai rispettivi responsabili, anche per l'anno 2025, sono stati inseriti specifici obiettivi di budget.

Il Servizio ha inoltre assicurato il monitoraggio e la rendicontazione dei consumi di risorse con produzione della specifica reportistica e sono state assicurate tutte le attività e debiti informativi di competenza.

Con riferimento all'area della trasparenza si procede regolarmente all'invio al Responsabile della Trasparenza, per la conseguente pubblicazione, dei seguenti documenti:

☐ Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti e relativo andamento nel tempo, pubblicati nel sito aziendale all'indirizzo:

<https://www.uslumbria1.it/ammtrasparente/servizi-erogati/costi-contabilizzati/>

Staff Qualità ed Accreditamento

Di seguito vengono specificate le attività gestite dallo Staff Qualità ed Accreditamento (IPAS afferente ai servizi di Staff), volte alla valutazione dell'aderenza alle declinazioni aziendali del **Sistema di Gestione**

della Qualità, così come declinate nelle PROCEDURE GENERALI DI SISTEMA richiamate.

Lo Staff Qualità ed Accreditamento:

☐ **fornisce lo standard formale** per lo sviluppo e la gestione dei documenti interni (in conformità a documenti esterni di riferimento) utili alla implementazione e Gestione del Sistema Qualità (SGQ) nelle strutture dell'Azienda USL Umbria1. Ha lo scopo, altresì di descrivere le modalità di registrazione delle evidenze richiamate dagli stessi documenti. Assicura che i documenti di sistema siano:

a. redatti dal Responsabile del gruppo di lavoro della struttura proponente o suo delegato in relazione alle specifiche competenze;

b. verificati dallo Staff Qualità e/o dai Referenti Qualità in conformità ai requisiti della **PGS01** (come specificato al paragrafo 4.4 della stessa a cui si rimanda);

c. approvati dal Responsabile della struttura emittente;

d. emessi con delibera del Direttore Generale o Determina Dirigenziale da parte del Responsabile della struttura emittente se trattasi di Procedure Generali

Aziendali di nuova emissione. Le Procedure Operative, Istruzioni Operative ed Informazioni Documentate sono emesse dal Responsabile Gestione Qualità della struttura che emette il documento, acquisite e diffuse tramite protocollo aziendale ai componenti della lista di distribuzione specificati nel documento ed individuali dal Responsabile del gruppo di lavoro e dal Responsabile della Struttura emittente il documento.

☐ E' responsabile della **verifica formale** della documentazione editata dalle strutture aziendali, intesa nelle fattispecie PGA/PO/IO, al fine che risulti conforme ai requisiti formali stabiliti dalla **PGS01** e rispondente ai criteri del Sistema di Gestione della Qualità. Il merito dei contenuti è

riservato a chi di competenza, nello specifico al Responsabile del Gdl che redige il documento e al Responsabile della Struttura emittente che ne approva i contenuti.

□ Definisce compiti e modalità per la pianificazione, esecuzione e gestione **Audit Interni del Sistema Qualità** - e della relativa documentazione (**PGS02** a cui si rimanda). Garantisce standard uniformi nelle modalità di gestione degli Audit Interni, la loro conduzione corretta, sistematica, e programmata in tutte le articolazioni organizzative per verificarne il livello di conformità al Sistema Qualità in modo da soddisfare i requisiti della normativa vigente ("Regolamento Regionale" 26 settembre 2018 n.10 – EN ISO 9001:2018 – ISO 90011:2015).

□ Definisce la metodologia per la gestione delle "non conformità" (NC) rispetto al sistema di gestione della qualità rilevate nelle UUOO accreditate o in accreditamento e le modalità gestionali delle relative azioni correttive (AC) e di miglioramento (AM) da intraprendere. Il merito dei contenuti è riservato a chi di competenza (**PGS03**).

□ Ha redatto la **PGS 04 "Riesame della Direzione"** con lo scopo di descrivere le fasi del processo di riesame della direzione, effettuato per assicurare, ad intervalli pianificati, la verifica dell'andamento, dell'adeguatezza e dell'efficacia del Sistema di Gestione della Qualità, alla luce del Regolamento regionale di accreditamento istituzionale (R:R: n.10 del 26 settembre 2010) e della revisione della norma UNI EN ISO 9001:2015. Ne verifica l'**aderenza formale** per le Strutture/Aziende soggette ad accreditamento regionale. Il merito dei contenuti è riservato a chi di competenza.

Lo Staff Qualità ed Accreditamento fornisce supporto metodologico alla stesura dei documenti prodotti dalle articolazioni aziendali, verificandone l'aspetto formale e l'aderenza al sistema di gestione della Qualità aziendale. I suddetti documenti, relativamente ai contenuti dei processi descritti, prevedono la validazione da parte dei singoli Responsabili dei Gruppi di lavoro e l'approvazione da parte del Responsabile della Struttura che emette il documento.

Si ritiene che l'area d'attività dallo Staff Qualità ed Accreditamento, non costituisce area a rischio ai fini dell'aderenza al sistema dell'anticorruzione aziendale.

Ufficio Comunicazione

Di seguito vengono specificate le attività relative alle aree di rischio gestite dall'Ufficio Comunicazione, per la relazione annuale, specificando che il suddetto Ufficio attualmente risulta "in diretta afferenza alla Direzione Generale" (DDG n. 1228 del 23/11/2022)

□ Servizio di Informazione e comunicazione ai media: l'Ufficio Comunicazione ha il compito di gestire l'esecuzione del contratto con la ditta TGC Eventi srl (DDG n. 1158 del 14/10/2021 - scadenza il 20/12/2023 con facoltà di rinnovo di 12 mesi) per il Servizio di Informazione. Il servizio rendicontato mensilmente dal DEC, secondo le modalità previste in delibera.

Nell'attività di monitoraggio è stata verificata la corrispondenza del servizio svolto alle caratteristiche previste dal contratto e non si sono verificate anomalie. Tale servizio si configura analogamente alle attività di cui sopra, come servizio a basso rischio.

□ Servizio di Rassegna Stampa on-line: il servizio di rassegna stampa online affidato alla ditta Telpress Italia (DDG n. 811 del 19/07/2024 – per una durata di 24 mesi, con facoltà di rinnovo per altri 12 mesi, con opzione di proroga di mesi 6) è stato svolto quotidianamente e rendicontato mensilmente dal DEC secondo le modalità previste in delibera. Nell'attività di monitoraggio è stata verificata la corrispondenza del servizio svolto alle caratteristiche previste dal contratto non si sono verificate anomalie significative tali da pregiudicare la qualità complessiva del servizio, salvo qualche sporadico problema tecnico normalmente risolto in tempi brevi dopo segnalazione.

□ Servizio di Mediazione Culturale: il servizio di Mediazione Culturale è affidato ad Auriga Soc. Consortile Coop. Sociale (DDG 418/2019) e viene svolto presso le strutture ospedaliere/distrettuali di questa Azienda, nonché in favore dei pazienti di nazionalità estera onco-ematologici in età pediatrica e loro familiari e pazienti ematologici adulti, ospiti del Comitato Daniele Chianelli in base alla convenzione tra questa USL e il Comitato (DDG 346/2022). È coordinato dallo Ufficio Comunicazione e la rendicontazione viene effettuata semestralmente dalla referente per la mediazione culturale dott.ssa Loucia Demosthenous, con la relativa attestazione di conformità del servizio svolto da parte di Auriga.

Nell'attività di monitoraggio è stata verificata la corrispondenza del servizio svolto alle caratteristiche previste dal contratto e non si sono verificate anomalie.

L'Ufficio Comunicazione, inoltre, redige annualmente il Report sul monitoraggio della qualità degli interventi di Mediazione Culturale (interviste agli operatori dei servizi; feed-back organizzativo con mediatori e mediatrici).

□ Servizio di campagne di comunicazione aziendale: con DDG n. 142 del 06/02/2024 è stata disposta l'aggiudicazione nei confronti della ditta KAM Comunicazione srl del servizio di comunicazione che prevede la progettazione e la realizzazione di materiali digitali e stampati per molteplici esigenze comunicative dell'azienda. La rendicontazione avviene periodicamente, in genere ogni tre mesi, con una relazione periodica dal DEC, secondo le modalità previste in delibera. Nell'attività di monitoraggio è stata verificata la corrispondenza del servizio svolto alle caratteristiche previste dal contratto e non si sono verificate anomalie.

Staff di Sicurezza Aziendale

1. Premessa e inquadramento normativo

Il Servizio di Prevenzione e Protezione (SPP), ai sensi del D.lgs. 81/2008, svolge funzioni tecniche e di supporto alla Direzione aziendale nella gestione della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.

All'interno del PTPCT 2025-2027 il SPP rientra tra le strutture che concorrono alla prevenzione della corruzione, essendo coinvolto nella produzione di atti tecnici, valutazioni, verifiche ambientali, pareri e attività che possono esporre a **rischi corruttivi sia diretti sia indiretti**, soprattutto in relazione a:

- rapporti con ditte appaltatrici e fornitrici di DPI/DPC;
- affidamenti di servizi tecnici (monitoraggi, rilievi, misurazioni);
- sopralluoghi e verifiche ispettive;
- redazione di documenti con rilevanza economico-gestionale (DVR, valutazioni rischi specifici, piani formativi, ecc.);
- contributi tecnici nella definizione di capitolati o specifiche tecniche.

Il PTPCT aziendale individua come principi cardine: **ridurre le opportunità di corruzione, aumentare la capacità di rilevarla e creare un contesto sfavorevole al fenomeno.**

2. Il ruolo del SPP nella governance anticorruzione aziendale

Il SPP opera all'interno del sistema di prevenzione delineato dal Piano e collabora con:

- **RPCT** (Responsabile prevenzione corruzione e trasparenza);
- **Referenti anticorruzione** dell'area di Staff;
- **Direzione Strategica Aziendale**, che esercita funzione di indirizzo e controllo;
- **Nucleo aziendale controllo legittimità e merito dell'azione amministrativa** (Delibera DG 853/2020)

In quanto struttura di supporto tecnico-scientifico, il SPP contribuisce alla corretta applicazione di norme, procedure e misure organizzative che riducono il rischio di comportamenti devianti nei processi di sua competenza.

3. Contesto di rischio e aree sensibili del SPP

In coerenza con la mappatura dei processi prevista dal PTPCT, le principali aree del SPP potenzialmente esposte a rischio corruttivo sono:

3.1 Rapporti con fornitori e appaltatori

- **definizione di specifiche tecniche per DPI e DPC;**

verifiche di conformità e collaudi;

- partecipazione tecnica a procedure di gara (supporto al RUP);
- gestione dei rapporti con ditte incaricate di monitoraggi (rumore, ROA, radon, agenti chimici, ventilazione, ecc.).

Rischi tipici: favoritismi nella scelta dei fornitori, pressioni, scambi di utilità, valutazioni non imparziali.

3.2 Sopralluoghi, ispezioni e valutazioni tecniche

Il SPP effettua sopralluoghi che possono comportare:

- segnalazioni di non conformità;
- richieste di adeguamenti strutturali;
- indicazioni che producono effetti economici sugli appaltatori.

Rischi: pressioni indebite, induzione a minimizzare o enfatizzare rischi, alterazione delle risultanze.

3.3 Redazione del DVR e valutazione dei rischi

Il DVR può comportare:

- introduzione di obblighi di spesa (DPI, adeguamenti impiantistici, formazione specialistica);
- attribuzione di priorità.

Rischi: possibilità di influenzare decisioni con impatto economico sull'Azienda o su terzi.

3.4 Formazione, incarichi e relazioni esterne

Il SPP collabora alla pianificazione della formazione:

- scelta dei formatori;
- valutazione di proposte da enti esterni.

Rischi: *conflitti di interesse, pressioni di provider formativi, utilizzo improprio di relazioni professionali.*

4. Misure di prevenzione applicate al SPP

In coerenza con le misure del PTPCT 2025-2027, il SPP applica le seguenti azioni preventive:

4.1 Trasparenza e tracciabilità

- Tracciatura di tutti i sopralluoghi, con verbali sottoscritti e archiviazione digitale.
- Pubblicazione secondo gli obblighi del D.lgs. 33/2013 per atti con rilevanza esterna.
- **Motivazione tecnica esplicita per ogni scelta o prescrizione.**

4.2 Gestione del conflitto di interessi

Il PTPCT prevede l'uso della **dichiarazione di assenza di conflitto di interesse** per RUP/DEC, collaboratori tecnici, commissari e funzionari coinvolti in procedure negoziali

Per il SPP è richiesto che:

- ogni tecnico impegnato in valutazioni collegate a forniture o appalti compili la dichiarazione;
- eventuali situazioni potenziali siano comunicate al dirigente/responsabile.

4.3 Rotazione ordinaria del personale

Anche per il SPP, nei limiti della sostenibilità tecnica, il PTPCT prevede **rotazione nelle funzioni sensibili**, in particolare:

- supporto ai RUP;
- verifiche collaudo DPI/DPC;
- valutazioni tecniche utili a gare pubbliche.

4.4 Whistleblowing

Il SPP è tenuto a garantire informazione ai lavoratori sulla piattaforma dedicata al whistleblowing, attiva dal 2019 e aggiornata con Regolamento 2024

Ogni operatore del SPP può inoltrare segnalazioni tramite:

- canale interno riservato;
- piattaforma anonima;
- ANAC.

4.5 Pantouflage

Il SPP rientra tra le aree più esposte (ruolo tecnico con capacità negoziale). Il PTPCT prevede:

- divieto triennale per tecnici che hanno esercitato poteri negoziali di lavorare presso imprese con cui hanno operato;
- obbligo di dichiarazione alla cessazione del servizio.

4.6 Formazione anticorruzione

Il PTPCT prevede percorsi formativi integrati tra le Aziende sanitarie umbre (USL1–USL2–AOPG–AOTR) sulle **misure anti-corruttive, cui il SPP deve partecipare attivamente**

5. Azioni specifiche del SPP per ridurre il rischio corruttivo

5.1 Standardizzazione delle procedure

- check-list di sopralluogo uniformi;
- criteri oggettivi per la priorità degli interventi nel DVR;
- uso di griglie di valutazione tecniche validate e non modificabili.

5.2 Riferibilità collegiale delle decisioni

Per ridurre la discrezionalità:

- valutazioni complesse devono essere condivise in équipe;
- verbali devono riportare i nominativi di tutti i tecnici coinvolti.

5.3 Limitazione dei rapporti informali con fornitori

- ogni contatto deve essere formalizzato tramite PEC o canali ufficiali;

- è vietata la ricezione di omaggi, benefici, sponsorizzazioni.

5.4 Separazione dei ruoli

- chi supporta un RUP nella definizione del fabbisogno non deve poi effettuare collaudi o verifiche sulla stessa fornitura;

- **chi elabora specifiche tecniche non partecipa come commissario**

6. Indicatori di monitoraggio (KPI)

7. Conclusioni

Il SPP svolge un ruolo cruciale nella tutela della salute dei lavoratori e, allo stesso tempo, opera in un'area in cui il rischio corruttivo diretto, indiretto o percepito può manifestarsi.

Le misure individuate nel PTPCT 2025-2027 della USL Umbria 1 forniscono un quadro organico e già strutturato di prevenzione, che il SPP recepisce attraverso:

- standardizzazione tecnico-procedurale;
- trasparenza e tracciabilità;
- corretta gestione dei rapporti con operatori esterni;
- formazione continua;
- cultura dell'integrità e della responsabilità tecnica.

L'obiettivo finale è garantire **imparzialità, oggettività, correttezza tecnica e prevenzione di ogni forma di maladministration**, contribuendo alla reputazione dell'Azienda e alla fiducia dei cittadini.

Risk Management

Incident Reporting

Al fine di omogeneizzare le procedure di segnalazione e analisi degli eventi all'interno di tutti i Servizi territoriali e Stabilimenti ospedalieri la Procedura PGA 25 "Segnalazione di accadimenti di interesse per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio sanitario (incident reporting, SIMES e altri sistemi di sorveglianza)" è revisionata con cadenza biennale. L'ultima revisione è stata effettuata nel corso dell'anno 2025. Tutti gli eventi sono tracciabili e tracciati in quanto inseriti in un database aziendale che funge anche da archivio statistico e storico al quale possono accedere tutti i responsabili dei Servizi/UUOO e che è nutrito dalle segnalazioni inserite dai referenti di rete del rischio clinico.

Applicazione metodi proattivi FMEA E LEAN

Per l'anno 2025 sono state effettuate due FMEA: una per valutare tutti i rischi legati al passaggio dal vecchio al nuovo sistema di Laboratorio (TESI su SIEMENS), un'altra per il passaggio al nuovo software per il SIT. Per ogni rischio individuato in ognuna delle due FMEA il gdl ha implementato misure correttive. Tutte le azioni sono state condivise con il DS.

Applicazione metodi reattivi AUDIT, RCA, SEA

Al fine di promuovere l'analisi di tutti gli eventi segnalati standardizzando la modalità di effettuazione in tutti gli Stabilimenti/servizi/presidi è stata elaborata una Procedura Specifica. Lo staff del rischio Clinico offre sempre il massimo supporto e si occupa dell'organizzazione di audit per tutti gli eventi sentinella segnalati o per altre tipologie ritenute particolarmente rappresentative e potenzialmente pericolose, definite in procedura AD ALTA RILEVANZA ORGANIZZATIVA. La PGA 25 "Segnalazione di accadimenti di interesse per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio sanitario (incident reporting, SIMES e altri sistemi di sorveglianza)" è la procedura aziendale di riferimento.

Proposizione e gestione audit

Al fine di promuovere l'analisi di tutti gli eventi segnalati standardizzando la modalità di effettuazione in tutti gli Stabilimenti/servizi/presidi è stata elaborata una Procedura Specifica la PGA 25 "Segnalazione di accadimenti di interesse per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio sanitario (incident reporting, SIMES e altri sistemi di sorveglianza)". Lo staff del rischio Clinico offre sempre il massimo supporto e si occupa dell'organizzazione di audit per tutti gli eventi sentinella segnalati o per altre tipologie ritenute particolarmente rappresentative e potenzialmente pericolose, definite in procedura AD ALTA RILEVANZA ORGANIZZATIVA.

Collaborazione Gestione Sinistri

applicazione del regolamento aziendale con modifiche in atto come previsto dalla L24/17. Come ogni anno anche per l'anno 2025 il 100% di tutti i sinistri aperti, aventi caratteristiche di evento sentinella, sono stati trattati in modo approfondito con gli strumenti del rischio clinico per la valutazione dei rischi processuali a carico dei pazienti e per l'individuazione di precise misure di contenimento del rischio clinico. Le azioni sono sottoposte a monitoraggio per la valutazione del reale esito di contenimento del rischio.

Fisica Sanitaria

In riferimento alla prevenzione della corruzione riferita all'anno 2025, le attività individuate in relazione al PTPCT 2025-27, svolte dal personale afferente alla Unità di Staff di Fisica Sanitaria, sono state raggruppate

in differenti aree; di seguito si riportano più in dettaglio tali attività e gli accorgimenti adottati per ciascun processo a rischio corruttivo, come richiesto nel prot. 225607 del 27/11/2025:

☐ Commissioni di gara, tavoli tecnici

In tutte le tipologie di gare che siano rivolte all'acquisizione di apparecchiature sorgenti di radiazioni ionizzanti o strumentazione ad esse connesse, è garantita la partecipazione di un fisico medico specialista nel ruolo di componente delle commissioni aggiudicatrici, o anche solo di referente tecnico, in ottemperanza a quanto richiesto all'art. 160 comma 4 del D. Lgs. 101/20 e s.m.i.. Il personale individuato in ogni gara è fatto ruotare in modo tale che la fase di stesura del capitolato e la successiva valutazione delle offerte pervenute non coinvolgano lo stesso professionista.

Viene inoltre garantita la presenza su tavoli tecnici aziendali e inter-aziendali per la condivisione, valutazione, revisione e predisposizione di nuove procedure (ad esempio teleradiologia, firma remota in Diagnostica per Immagini, nuovo RIS-PACS regionale, implementazione regionale della piattaforma gestionale Physico, ecc.), ai fini di una corretta gestione di tutti gli aspetti multidisciplinari in cui risulta coinvolta la Fisica Sanitaria.

☐ Responsabilità inerenti i ruoli di RUP e DEC

Il personale svolge le sotto elencate attività di RUP e/o DEC, a seguito di nomina formale con Delibere del Direttore Generale:

Dott. Andrea Pentiricci:

1. RUP e DEC del contratto di fornitura in acquisto di dispositivi di protezione individuale anti radiazioni;

2. RUP e DEC del contratto di manutenzione con IFIN Sistemi "Legal Archive" per la conservazione digitale;

IFO Dott. Auro Ferranti:

3. assistente al DEC per il servizio di manutenzione ed assistenza tecnica full risk del sistema **RIS-PACS**.

I contratti di cui sopra (punti 1. e 2.), non prevedono differenziazione tra i ruoli di RUP e DEC, non implicando processi che abbiano delle manifeste criticità nella prevenzione del rischio corruzione. Sono state comunque individuate e messe in atto, ove possibile, azioni migliorative così come di seguito riportato:

(a) punto 1: la gara è di tipo regionale e basata su un fabbisogno dichiarato dalle singole aziende sanitarie sin dalla fase di stesura del capitolato; l'aggiudicazione della gara ad una sola ditta fornitrice elimina qualsiasi eventuale rischio di corruzione nell'approvvigionamento dei dispositivi di protezione anti x (DPI); si ritiene comunque che la eventuale nomina di un assistente al DEC, come già fatto per il punto 3. (da ricercare all'interno del personale della Fisica Sanitaria data la elevata specificità dell'argomento), potrebbe essere considerata una azione migliorativa, anche se solo in riferimento allo snellimento e velocizzazione delle procedure di acquisizione dei DPI stessi;

(b) punto 2: a verifica della correttezza e trasparenza delle attività previste dal contratto stipulato, è stato richiesto ad IFIN Sistemi l'invio mensile dei report tecnici delle attività manutentive svolte all'interno del sistema di conservazione per tutta la durata del contratto in essere;

(c) punto 3: le attività sono svolte in sinergia con le altre figure professionali coinvolte (compreso il presidio fisso AGFA), dando evidenza delle eventuali necessità e/o richieste che si rendano di volta in volta necessarie tramite mail, protocollo aziendale, ed eventuale apertura di ticket presso il servizio informatico; nell'ottica di miglioramento continuo, al fine di limitare al massimo eventuali disservizi o criticità, è stato individuato un gruppo di TSRM, identificati come "addetti alla gestione", che eseguono attività di supporto da remoto nella gestione del sistema RIS PACS; sono coperti i turni 08:30 – 13:30 e 14:30-17:30, con invio della turnistica mensile a tutte le radiologie aziendali.

☐ PNRR Umbria 2021/2026

In riferimento all'acquisizione di nuove apparecchiature sorgenti di radiazioni ionizzanti, facenti parte del suddetto PNRR Missione 6 "Grandi apparecchiature", sono state effettuate le seguenti attività dal personale della fisica sanitaria:

☐ stesura di relazioni tecniche di radioprotezione secondo quanto disposto dagli artt. 109, 130 e 131 del D. Lgs. 101/20 e s.m.i., in termini di valutazione dei rischi e di rilascio di benessere preventivo ai progetti di installazione delle apparecchiature coinvolte;

☐ predisposizione della documentazione per la trasmissione agli enti preposti delle notifiche e/o cessazioni di pratica, ai sensi dell'art. 46 del suddetto decreto;

☐ predisposizione di tutta la documentazione richiesta per l'installazione di n. 2 nuove apparecchiature di Risonanza Magnetica presso i presidi ospedalieri di Città di Castello e di Gubbio – Gualdo Tadino (autorizzazioni, progetti, relazioni tecniche, trasmissione agli enti proposti, ecc..);

☐ in riferimento al punto precedente, è stato rilasciato benessere per l'avvio clinico della risonanza magnetica presso il presidio ospedaliero di Gubbio-Gualdo Tadino; per tutto il periodo dei lavori di installazione della stessa, al fine di garantire la continuità di servizio senza gravare sulle liste di attesa, è stata predisposta la documentazione per l'installazione di un'apparecchiatura su mezzo mobile presso il P.O. di Gubbio – G. Tadino, rilasciando il relativo benessere all'impiego clinico;

☐ installazione nuova TC presso il P.O. Media Valle del Tevere: come avvenuto anche per la risonanza di Gubbio-G. Tadino, per garantire la continuità assistenziale è stata predisposta la documentazione di pertinenza della fisica sanitaria necessaria all'installazione di un'apparecchiatura su mezzo mobile che garantisse l'esecuzione di esami TC per tutto il periodo di installazione della nuova apparecchiatura, avvenuta poi ad inizio ottobre;

☐ inserimento su STRIMS (Sistema Tracciabilità Rifiuti Materiali e Sorgenti) di tutte le pratiche di cui ai punti precedenti, in ottemperanza all'obbligo di registrazione e comunicazione al sito istituzionale ISIN della detenzione/cessazione/trasferimento di sorgenti di radiazioni ionizzanti.

Le attività sopra elencate sono state svolte, per quanto di competenza, in stretta collaborazione con le altre professionalità coinvolte, nel rispetto dei tempi previsti dalle milestones fissate dal PNRR per poter accedere ai fondi previsti.

☐ Classificazioni del personale radioesposto

1. nel corso del 2025 sono state effettuate 24 classificazioni relative al personale esposto alle radiazioni ionizzanti (nuove classificazioni, variazioni e cessazioni), con relative attivazioni/sospensioni del controllo dosimetrico tramite rivelatori TLD forniti dalla A.O. di Perugia e trasmissioni di schede dosimetriche al Medico Autorizzato in caso di trasferimenti presso altre aziende o di collocamento a riposo del dipendente in oggetto; di queste classificazioni la quasi totalità è stata effettuata dall'Esperto di Radioprotezione (ERP) incaricato della sorveglianza fisica del presidio di appartenenza dell'operatore interessato, e rivalutate dal sottoscritto in qualità di referente aziendale per la Radioprotezione per una verifica della corretta applicazione di quanto disposto dalle procedure aziendali di classificazione del personale radioesposto; in 3 casi le classificazioni sono state effettuate direttamente da altro ERP appartenente alla Fisica Sanitaria in sostituzione di quello incaricato, per esigenze di servizio quali assenze per

ferie, malattia, etc.

2. la sorveglianza fisica del personale del presente servizio di Fisica Sanitaria è affidata al Dr. G. Rossi, in ottemperanza a quanto richiesto all'art. 128 comma 4 del D. Lgs. 101/201.

□ Attività della fisica sanitaria in radioterapia

1. le attività svolte dal personale della Fisica Sanitaria in ottemperanza a quanto richiesto nel D. Lgs. 101/20 e s.m.i. all'art. 160 (controlli di qualità sugli acceleratori, dosimetria dei fasci di radiazione, verifiche dosimetriche pre-trattamento per tecniche radioterapiche ad intensità modulata di tipo VMAT), così come le misure per il commissioning dei fasci di elettroni per il nuovo acceleratore lineare mod. TrueBeam (2° trimestre 2025) sono state svolte per quanto possibile al di fuori dei turni di servizio in cui vengono effettuati trattamenti radioterapici (dal lunedì al venerdì, 8-18:30); ciò ha permesso di limitare al massimo i tempi di fermo macchina che implicano la necessaria interruzione delle terapie radianti, con potenziali ripercussioni sulla gestione delle liste di attesa;

1 "Le funzioni di esperto di radioprotezione non possono essere assolte dalla persona fisica del datore di lavoro né dai dirigenti che esercitano e dirigono l'attività disciplinata, né dai preposti che a essa sovrintendono, né dagli addetti alla vigilanza di cui all'articolo 106"

2. nell'ultimo trimestre 2025 è stata effettuata l'implementazione e configurazione dosimetrica del software per piani di trattamento Eclipse su acceleratore VitalBeam: tale attività ha comportato lo spostamento di quasi tutte le terapie radianti sul secondo acceleratore TrueBeam. Per garantire il regolare svolgimento della attività radioterapica programmata, senza che tale fase di commissioning gravasse sulla lista pazienti con ritardi degli inizi terapia, sono stati predisposti dei turni di misura anche durante il fine settimana, limitando se possibile la fruizione di ferie da parte del personale fisico e dedicando un Fisico Medico esclusivamente alla pianificazione radioterapica.

3. i controlli di qualità pre-trattamento per interventi di radioterapia introoperatoria IORT (necessari alla taratura giornaliera dell'acceleratore per IORT mod. Novac11) sono svolti per ogni seduta la mattina prima dell'inizio delle attività di sala operatoria, in modo da evitare ritardi e/o slittamenti delle liste operatorie programmate settimanalmente.

□ Attività di estrazione e rendicontazione flussi

Lo scrivente servizio svolge un'attività di riscontro della esattezza delle attività rendicontate sia da Dipartimenti aziendali (Diagnostica per Immagini, Gastroenterologia), che da professionisti appartenenti ad aziende esterne; più nello specifico sono trasmesse alle UU.OO. aziendali di rispettiva competenza (con report trimestrali e annuali), le seguenti attività:

□ teleradiologia (Azienda Ospedaliera di Perugia);

□ ecografia, prestazioni amministrative, radiologia tradizionale e TC (Istituto Clinico Tiberino)

Vengono inoltre predisposti report trimestrali per il resoconto dell'attività effettuata dal Dipartimento di Diagnostica per Immagini (suddivisa per distretto), in termini di tempi di attesa delle prestazioni erogate per pazienti ricoverati.

Tutte i dati oggetto di estrazione provengono dal sistema centralizzato di registrazione delle attività giornaliere; sono elaborate dall'IFO TSRM A. Ferranti tramite applicativo specifico dedicato e sottoposte ad ulteriore controllo da parte dello scrivente in qualità di Responsabile della U.S., a cui viene richiesta da parte della Direzione Amministrativa dei Presidi Ospedalieri una approvazione formale prima di procedere alla emissione periodica degli ordini di pagamento NSO.

Contabilità Economico Finanziaria

In riferimento alla nota in oggetto, per la relazione finale in merito al Piano Triennale della Prevenzione della corruzione e della Trasparenza si conferma quanto dettagliatamente rappresentato con la relazione intermedia di cui alla nota prot. n. 0145439 del 29/7/2025.

In relazione agli obblighi di pubblicità e trasparenza, si attesta che a decorrere dalle pubblicazioni dei dati al 30/9/2025 sono state applicate le disposizioni di cui alla Delibera ANAC n. 495 del 25/9/2024 e s.m.i., in conformità a quanto disposto con e-mail del 24/7/2025 del Responsabile

della Trasparenza e a quanto riportato alla sezione “Pagamenti dell’Amministrazione” del PTPCT 2025-2027.

Si evidenzia inoltre che anche nell’anno 2025, come in quelli precedenti, non è stato possibile garantire la rotazione di almeno uno dei due sostituti del Dirigente dello scrivente servizio per la firma degli ordinativi di pagamento e riscossione, attesa la carenza di personale in servizio presso questa Unità Operativa con i requisiti richiesti; tale situazione è stata evidenziata sulla apposita delibera n. 10 del 9/1/2025.

Anche nel 2026, se non si verificheranno modifiche organizzative, non potrà essere garantita tale rotazione.

A disposizione per ogni ulteriore approfondimento e collaborazione.

U.O. Formazione del Personale e Sviluppo Risorse

Si riscontra la nota Protocollo n. 0225607 del 21/11/2025, e si comunica che:

- Con la Deliberazione di Giunta Regionale n. 560 del 11 giugno 2025 è stato approvato il *“Piano Unico di Formazione Regionale in sanità 2025”* contenente l’elenco dei corsi da realizzare entro il 20 dicembre 2025 all’interno del quale sono contenuti i corsi proposti, organizzati e finanziati dalle Aziende Sanitarie con le risorse impegnate nei bilanci di ogni Azienda;
- Con la stessa DGR si stabilisce, tra l’altro, che le Aziende sanitarie regionali, attraverso il loro personale, garantiscono le attività come descritte nel Disciplinare e in caso di impossibilità a gestire progetti formativi con il proprio personale, ciascuna Azienda potrà avvalersi del supporto del Consorzio Scuola Umbra di Amministrazione Pubblica;
- Tutti gli incarichi di docenza per i corsi realizzati sono stati attivati dai relativi Responsabili Scientifici.
- E’ stato rispettato il regolamento per la gestione dei progetti finanziati (DDG n. 321 del 08.03.2017), per la parte riguardante l’U.O. Formazione del Personale e Sviluppo Risorse (predisposizione atti amministrativi nei termini previsti e liquidazione rimborso spese per formazione esterna a carico di fondi erogati per attuazione di progetti);
- E’ stata garantita la corretta procedura di autorizzazione degli studenti per le attività di tirocinio curricolare/extracurricolare e/o richiedenti frequenze volontarie all’interno dei diversi servizi aziendali, nel rispetto degli specifici regolamenti di cui alle Deliberazioni del Direttore Generale n.1037 del 17/12/2013, n. 1414/2018, n. 409/2021 e n. 410 2021, nonché della normativa vigente;
- Si è provveduto a garantire la corretta procedura di autorizzazione di ricerche/sperimentazioni cliniche/studi nonché la corretta allocazione dei relativi ricavi, quando previsti, così come stabilito dal “Regolamento aziendale sulla sperimentazione clinica (DDG n.72 del 28/01/2014) e dalla normativa vigente;
- In collaborazione con la UO Sicurezza Aziendale, sono state, inoltre, attivate le indagini di Benessere Organizzativo c/o la Casa di Comunità di Marsciano, Laboratorio Analisi c/o Ospedale d Branca e Laboratorio Analisi dell’Ospedale di Città di Castello;
- Sono state concluse, in collaborazione con la UO Sicurezza Aziendale, le Indagini di Benessere Organizzativo c/o il Pronto Soccorso e 118 dell’Ospedale di Pantalla - MVT e Pronto Soccorso Ospedale Umbertide;
- Tutti gli acquisiti di beni e servizi di competenza della U.O. sono stati effettuati tramite procedura telematica sul portale del Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione (MEPA);
- Tutte le liquidazione delle fatture passive e/o dei compensi dei docenti sono state effettuate nei tempi previsti nonché nel rispetto del “Piano Attuativo della Certificabilità (PAC) Approvazione procedure amministrativo contabili - ciclo passivo” (Delibera del Direttore Generale n. 1246 del 27/09/2017).

La presente relazione è predisposta in conformità al Piano Nazionale Anticorruzione e alle linee guida dell'Autorità Nazionale Anticorruzione, con l'obiettivo di documentare in modo puntuale lo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione adottate dal Servizio di Farmacia Ospedaliera nel corso del 2025. Il documento intende evidenziare le azioni implementate, i rischi rilevati, le misure correttive introdotte e il livello di maturità del sistema di prevenzione interno.

Contesto normativo e obiettivi

L'attività del Servizio di Farmacia Ospedaliera è regolata da un quadro normativo complesso finalizzato a garantire trasparenza, integrità e corretta gestione delle risorse pubbliche, in particolare nell'ambito degli approvvigionamenti, della distribuzione dei farmaci e della gestione dei processi autorizzativi. Gli obiettivi perseguiti nel 2025 sono stati orientati al rafforzamento dei presidi anticorruzione, alla diffusione di comportamenti eticamente corretti, alla riduzione delle aree esposte a rischio e al miglioramento dei controlli interni.

Attività svolte per la prevenzione della corruzione

Nel corso dell'anno è stato consolidato il sistema autorizzativo telematico per ridurre margini di discrezionalità non tracciata. La rotazione degli incarichi dei dirigenti farmacisti è stata programmata sulla base del principio di separazione delle funzioni e del criterio di prevenzione dei rischi di concentrazione di potere decisionale. È stata effettuata la riorganizzazione del personale amministrativo per presidiare in modo più efficace i flussi documentali e i punti sensibili dei processi di acquisto e gestione delle forniture.

Il Servizio ha contribuito ai lavori delle Commissioni di Gara regionali, garantendo trasparenza, tracciabilità delle valutazioni e separazione delle responsabilità decisionali. Sono state svolte valutazioni periodiche sulla congruità delle scorte sia nei magazzini centralizzati sia nelle sedi periferiche, con l'obiettivo di monitorare eventuali anomalie quantitative o qualitative. Le ispezioni alle UUOO Ospedaliere e territoriali hanno permesso di individuare e correggere criticità gestionali e di applicare prescrizioni correttive. Particolare attenzione è stata riservata alla gestione degli stupefacenti attraverso controlli programmati e straordinari.

Ulteriori verifiche sono state condotte sulla procedura SAP per assicurare la corrispondenza tra dati informatici e giacenze reali, anche attraverso inventari parziali al fine di verifiche mirate. Il Servizio ha inoltre collaborato con le Forze dell'Ordine nei casi in cui si rendeva necessario supportare attività di verifica e monitoraggio. La formazione del personale ha rappresentato un pilastro fondamentale, con iniziative dedicate ai temi dell'etica, della trasparenza, delle responsabilità individuali e degli obblighi previsti dalla normativa vigente. È proseguito il potenziamento dei sistemi di monitoraggio interni, in particolare nei processi di acquisto, gestione dei flussi logistici e attribuzione di servizi.

Valutazione dei rischi

L'analisi del rischio condotta nel 2025 ha evidenziato vulnerabilità prevalentemente concentrate nelle procedure di approvvigionamento, nella gestione dei rapporti con i fornitori e nella gestione del personale nelle aree dove esiste un potenziale conflitto di interessi. L'attività di mappatura è stata aggiornata secondo i criteri di probabilità e impatto, con attenzione alle aree a maggiore esposizione, come le forniture di prodotti ad alto costo, gli stupefacenti e le autorizzazioni per impieghi fuori distribuzione ordinaria.

Azioni correttive e migliorative

In risposta ai rischi emersi, sono state riviste le procedure di acquisto con l'introduzione di ulteriori requisiti di tracciabilità e con la formalizzazione di check decisionali strutturati. È stata programmata l'esecuzione periodica di audit interni finalizzati alla verifica della corretta applicazione delle procedure e alla tempestiva individuazione di eventuali deviazioni. È stato introdotto un canale interno di segnalazione anonima per favorire l'emersione di comportamenti irregolari e garantire la tutela dei segnalanti, in linea con la normativa sul whistleblowing.

Risultati ottenuti

Nel 2025 non sono stati rilevati episodi di corruzione. È aumentata la consapevolezza del personale rispetto agli obblighi etici e ai comportamenti da adottare nei processi amministrativi e sanitari. Sono state migliorate la trasparenza delle procedure di acquisto e l'efficienza nella gestione delle scorte. La maggiore standardizzazione dei controlli ha contribuito alla riduzione delle anomalie riscontrate nei cicli logistici.

Prospettive per il 2026

Per l'anno successivo si prevede di consolidare le attività formative con percorsi specifici orientati al rischio nelle aree clinico-assistenziali e logistiche, di rafforzare ulteriormente i controlli interni anche tramite strumenti digitali avanzati e di ampliare l'integrazione dei sistemi informativi al fine di migliorare la tracciabilità delle autorizzazioni e dei flussi di magazzino.

Conclusioni

Il Servizio di Farmacia Ospedaliera conferma l'impegno nel mantenere un sistema di prevenzione della corruzione solido e coerente con le prescrizioni normative. La strada intrapresa, fondata su trasparenza, responsabilità e correttezza gestionale, continua a rappresentare un requisito essenziale per garantire servizi sanitari di qualità e la tutela dell'interesse pubblico.

U.O. Tecnologie Informatiche e Telematiche

In riferimento all'ambito di prevenzione della corruzione, il PIAO, nello specifico il PTPCT - Allegato 1: Valutazione del rischio delle attività specifiche comunicate dalle Unità Operative Aziendali, prevede per la struttura UOC "Tecnologie Informatiche e Telematiche" i rischi di seguito riportati.

Attività / Endoprocedimento a rischio	Responsabile attività/endoprocedimento	Rischio Potenziale	Grado di rischio (basso, medio, alto)	Misure di sicurezza associate	Indicatore	Tempistica	Monitoraggio e Valutazione
TECNOLOGIE INFORMATICHE E TELEMATICHE							
Acquisti beni e servizi informatici	Dirigente e PO (entrambi come RUP)	Accentramento di tutte le fasi della definizione del fabbisogno alla gestione del contratto	Alto	Rotazione RUP/ suddivisione del procedimento in fasi/ segregazione delle funzioni	numero di anomalie	annuale	vedi misure di sicurezza associate – relazione documentale
Acquisti beni e servizi informatici	Dirigente e PO (entrambi come RUP)	omissione verifiche	Alto	Il sistema FVOE – Fascicolo virtuale dell'operatore economico (ex AVCPass)	numero di anomalie	annuale	vedi misure di sicurezza associate – relazione documentale
Adesione convenzioni Consip	Dirigente e PO	manca di controlli puntuali sulla conduzione del contratto	Medio	nomina gruppo tecnico a supporto del DEC per i contratti a maggiore complessità	numero di anomalie	annuale	vedi misure di sicurezza associate relazione documentale

Rischio "omissione verifiche"

Per la verifiche dei requisiti di partecipazione alle procedure gestite dalla struttura è stato utilizzato il sistema FVOE - Fascicolo virtuale dell'operatore economico (ex AVCPass). L'Azienda ha adottato uno specifico regolamento con DDG 1163/2024 circa "i controlli a campione sulle dichiarazioni sostitutive ai sensi dell'articolo 52 del D.Lgs. n. 36/2023 per le procedure di affidamento di cui all'articolo 50, comma 1, lettere a) e b) del D.Lgs. n. 36/2023 di importo inferiore a 40.000 euro" che la struttura sta applicando.

Rischio “Accentramento di tutte le fasi della definizione del fabbisogno alla gestione del contratto” e “mancanza di controlli puntuali sulla conduzione del contratto”

Nell'anno 2025 è stata confermata la distribuzione delle figure di RUP e DEC tra il personale assegnato alla struttura.

E' importante sottolineare nuovamente che la struttura gestisce autonomamente un considerevole numero di contratti (circa n.70) coprendo sia le fasi di programmazione e affidamento che le fasi di esecuzione, collaudo/verifica di conformità e attività di liquidazione. Tuttavia, a causa delle limitate risorse umane assegnate alla struttura e del loro livello di competenza e conoscenza delle normative in materia di gestione dei contratti pubblici, si confermano alcune problematiche:

- ☐ non è praticabile effettuare una completa rotazione periodica delle figure di RUP e DEC.
- ☐ non è possibile garantire la segregazione delle funzioni.
- ☐ sussiste un rischio significativo di inefficienza ed inefficacia nella gestione delle diverse fasi contrattuali (programmazione, affidamento ed esecuzione).

Per mitigare questi rischi, è necessario valutare ulteriori strategie e interventi volti a incrementare le risorse disponibili e a migliorare la competenza del personale coinvolto nelle attività contrattuali.

È essenziale evidenziare che il suddetto rischio è accentuato a causa dei carichi di lavoro straordinari, attribuibili, tra l'altro, alle seguenti attività:

- Gestione dei fondi PNRR:

o Intervento M6C2 1.1.1 “M6.C2 – 1.1.1. Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione delle strutture ospedaliere (DEA Dipartimenti di Emergenza e Accettazione di Livello I e II))” per un importo di € 4.518.225,50 con cui si prevede di attivare i seguenti progetti:

- ☐ LIS regionale
- ☐ SIT regionale
- ☐ RIS/PACS regionale
- ☐ AP regionale
- ☐ MPI e CDR regionale
- ☐ ADT – Ammissione-Dimissione-Trasferimento
- ☐ CCA – Cartella clinica ambulatoriale
- ☐ CIS – Cardiology Information System
- ☐ Nuovo sistema di supporto al controllo di gestione
- ☐ Ammodernamento wifi
- ☐ Ammodernamento postazioni di lavoro
- ☐ Nuovi strumenti per la gestione della sicurezza informatica (NAC, firewall, licenze sistema operativo datacenter)
- ☐ Adeguamento delle integrazioni fra sistemi informativi

o Intervento M6.C1 – 1.2.2 Casa come primo luogo di cura: Centrali operative territoriali - Interconnessione COT per un importo di € 355.359,00 con cui è stato attivato il progetto volto alla messa in produzione di un sistema informatico di supporto ai processi della nascente COT regionale.

o Intervento M1.C2 – 3.1.4 “Reti ultraveloci” del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) – (c.d. Sanità connessa) volto a potenziare le infrastrutture digitali nel settore sanitario, con l'obiettivo di migliorare l'accesso e la qualità dei servizi sanitari attraverso l'utilizzo di tecnologie digitali e connessioni ad alta velocità.

o Intervento M1.C1 - 1.4.3 “Servizi e cittadinanza digitale - Adozione Piattaforma pagoPA” per un importo di € 236.176,00, volto a promuovere l'adozione della piattaforma pagoPA da parte delle Pubbliche Amministrazioni, con l'obiettivo di digitalizzare i servizi offerti ai cittadini e migliorare la loro esperienza utente.

o Intervento M1C1 - 1.4.3, “Servizi e cittadinanza digitale - Adozione app IO” per un importo di € 82.656,00 il cui obiettivo è la migrazione e l'attivazione dei servizi digitali dell'ente sull'APP IO.

- Gestione fondo “Lista d'attesa” (art.1, comma 510, Legge 145/2018) per un importo di € 2.340.238,52;

- Gestione del Piano di azioni (di cui alla relazione prot. n. 0221783 del 16/12/2022 e successivo piano, di cui al prot 0055673 del 20/03/2024), che consente di garantire, nel rispetto dei principi in materia di contratti pubblici, la continuità operativa dei processi aziendali e, contestualmente, avviare un percorso per uscire nel medio-lungo termine dalle situazioni caratterizzate da infungibilità/lock-in.).

- Gestione delle attività relative alla sicurezza informatica e al mantenimento in efficienza della rete di trasmissione dati e dell'infrastruttura tecnologica adibita ad ospitare i numerosi applicativi di ambito clinico-sanitario e amministrativo;

- Gestione delle continue esigenze di innovazione e informatizzazione dei processi aziendali di ambito clinico ed amministrativo.

In relazione agli obblighi di cui all'allegato 2 PTPCT 2025-2027, si relazione quanto segue.

ALLEGATO 2) PTPCT 2025 - 2027									
PUBBLICA AMMINISTRAZIONE - AZIENDA - SERVIZIO “AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE” - CLASSE DEI CONTRIBUI DI PUBBLICAZIONE VOLONTARI						Trasparenza (Trasparenza del Modello 1)			
Descrizione dell'attività (Materiale)	Descrizione dell'attività (Materiale)	Descrizione dell'attività (Materiale)	Descrizione dell'attività (Materiale)	Descrizione dell'attività (Materiale)	Descrizione dell'attività (Materiale)	Trasparenza (Trasparenza del Modello 1)			
						Trasparenza (Trasparenza del Modello 1)	Trasparenza (Trasparenza del Modello 1)	Trasparenza (Trasparenza del Modello 1)	Trasparenza (Trasparenza del Modello 1)
Attività correlate	Accessibilità a (Catalogo dei dati, metadati e banche dati)	Obiettivo di accessibilità a (Catalogo dei dati, metadati e banche dati)	Obiettivo di accessibilità a (Catalogo dei dati, metadati e banche dati)	Obiettivo di accessibilità a (Catalogo dei dati, metadati e banche dati)	Obiettivo di accessibilità a (Catalogo dei dati, metadati e banche dati)				
	Realizzazione	Realizzazione	Realizzazione	Realizzazione	Realizzazione				

L'Azienda pubblica l'elenco dei riferimenti (struttura, responsabile, tel, email, ...) nella sezione “Organizzazione” del sito istituzionale.

Si segnala nuovamente che la situazione di carenza dell'organico della struttura sta generando forti criticità, fra l'altro, nell'esecuzione dei complessi interventi PNRR, con particolare riguardo al rispetto dei tempi stabiliti dai contratti e dalle milestone/target PNRR, all'avanzamento della spesa dei fondi PNRR e alla gestione delle onerose attività amministrative richieste dal sistema REGIS utilizzato per il monitoraggio, la rendicontazione e il controllo delle misure e dei progetti finanziati dal PNRR.

Attività Tecniche – Acquisti Beni e Servizi

In riscontro alla nota prot. 225607 del 27.11.2025, e richiamata la relazione riferita al I semestre 2025 (prot. n. 147685 del 31.07.2025), si riporta quanto segue.
Circa il PNRR, sono tuttora in corso gli interventi (Case di Comunità ed Ospedali di

Comunità) per i quali il raggiungimento del target / milestone è fissato al 30.06.2026. La piattaforma REGIS è costantemente implementata con dati e documenti contabili.

Nel corso del II semestre 2025, sono state adottate delibere di rimodulazione di alcuni interventi con la previsione di realizzazione della Casa della Comunità di Bastia Umbra e Ospedale di Comunità e Casa di Comunità di Marsciano.

Sono state, inoltre, approvate Determine di liquidazione inerenti pagamenti relativi a progettazione definitiva e esecutiva, verifica progettazione, sorveglianza archeologica e Direzione Lavori dei vari interventi, nonché pagamenti di SAL e conti finali (Casa di Comunità di Ponte S. Giovanni e di Todi, Ospedale di Comunità c/o ex Grocco, Perugia). Si rammenta che con Delibere n. 279 del 10.03.2025 e 1276 del 19.11.2025 è stato nominato il nuovo RUP degli interventi edilizi afferenti al PNRR.

Allo stesso modo, dopo il 30/06/2025, è proseguita l'attività volta al conseguimento degli obiettivi di installazione e di messa in funzione e piena operatività della Misura Grandi Apparecchiature, nello specifico, n. 1 Polifunzionale per PO Assisi, n. 2 RM PO Città di Castello e Gubbio-Gualdo Tadino, n. 2 TAC per PO Città di Castello e MVT. Inoltre, sono state completate entro il 31/12/25 le procedure di affidamento di n. 1 ortopantomografo per il Carcere di Capanne e di apparecchiature sanitarie per la Casa di Comunità di Ponte San Giovanni per effetto dell'utilizzo di economie registrate, rispettivamente, sulle linee di **finanziamento Grandi apparecchiature e COT Device**.

Oltre a ribadire, come in precedenti relazioni, che i provvedimenti inerenti il PNRR vengono emanati:

- nel rispetto di quanto stabilito dalla relativa disciplina e, in particolare, sulle condizioni da adottare al fine di non arrecare un danno significativo agli obiettivi ambientali e, ove applicabili, ai principi del Tagging clima e digitale, e nel rispetto degli obblighi in materia di non discriminazione, trasparenza, proporzionalità, pubblicità, *gender equality* e tutela dei diversamente abili;
 - nel rispetto degli interessi finanziari dell'Unione Europea, del principio di addizionalità e del divieto di doppio finanziamento, nonché coerentemente con quanto previsto dal Contratto Istituzionale di Sviluppo (C.I.S.) della Regione Umbria;
- si è proceduto, altresì, ad acquisire, da parte delle imprese appaltatrici e professionisti affidatari di incarichi, le dichiarazioni attestanti la piena riconducibilità delle fatture ai progetti finanziati nell'ambito degli interventi PNRR.

A garanzia della realizzazione degli interventi nel rispetto della normativa anticorruzione, è richiesta, dalle procedure di rendicontazione Regis adottate dal MEF, l'acquisizione di dichiarazioni sia da parte del personale dipendente di questa Azienda sanitaria sia da parte degli operatori economici che rendono lavori, servizi e forniture necessari all'attuazione degli interventi PNRR in argomento.

Nello specifico, vengono acquisite da ciascun dipendente che abbia preso parte alle procedure di affidamento ed esecuzione contrattuale le dichiarazioni di assenza conflitto di interesse ai sensi dell'art. 22, Reg. (UE) 2021/241. Inoltre, vengono acquisite dagli operatori economici le dichiarazioni titolare effettivo, ai sensi del Dlgs 231/2007 e Direttiva EU 2015/849 nonché di assenza conflitto di interessi, ex art. 1, comma 9, L. 190/2012, da parte del medesimo titolare effettivo, laddove individuato.

Si fa presente, in aggiunta, che, in seguito a segnalazione del Ministero della Salute circa possibili frodi attraverso l'utilizzo di false fideiussioni, con esplicito riferimento agli investimenti e appalti PNRR, è stata effettuata relativa verifica.

A livello generale:

- per quanto riguarda la Trasparenza, tale attività è oggetto di costante e regolare aggiornamento in base alla normativa di settore e alle disposizioni aziendali, condivise anche in occasioni di riunioni appositamente convocate. Non sono state riscontrate **inadempienze sui collegati obblighi**;
- per quanto attiene la Formazione in materia di anticorruzione, non vi sono stati eventi indirizzati a tal fine cui abbia preso parte personale afferente le U.O. scriventi. Si reitera l'importanza della formazione in tale ambito, in particolare per i nuovi assunti;
- i Patti di integrità costituiscono parte integrante dei contratti stipulati con ditte,

professionisti, etc.;

- l'attività contrattuale è improntata al rispetto dei principi fondanti, quali l'economicità, efficacia, trasparenza. Ciò è garantito anche dal ricorso a convenzioni e accordi quadro stipulati per le PA dalla centrale di committenza pubblica Consip SpA, nonché dalla centrale acquisti in sanità CRAS e dall'utilizzo del MePA, oltre che da altre piattaforme telematiche certificate.

Area Economale

Per quanto in oggetto di seguito il dettaglio delle azioni trasversali e specifiche adottate dalla scrivente U.O.C. nel corso dell'annualità 2025 e riferite alle tematiche di seguito meglio descritte:

AZIONI TRASVERSALI

- Rotazione del personale e segregazione delle funzioni:

Anche per l'anno 2025, come per le annualità precedenti, è stata sostanzialmente garantita la segregazione delle funzioni tra le seguenti figure professionali: Responsabile Unico del Progetto, per la fase di esecuzione, Direttore dell'esecuzione del contratto e funzionario liquidatore. Detta segregazione risulta finalizzata al coinvolgimento di più soggetti distinti nell'attività di supporto e verifica delle prestazioni richieste ed effettivamente erogate, correlate alla successiva liquidazione.

Risulta, pertanto, mantenuta nei casi previsti dalla normativa la separazione delle figure di Responsabile Unico del Progetto per la fase esecutiva e di Direttore dell'esecuzione del Contratto. Le funzioni di Responsabile Unico del Progetto per la fase di esecuzione e di Direttore dell'esecuzione sono state spalmate tra più operatori, attingendo, ove necessarie competenze di natura tecnica attinenti ai contratti gestiti, anche al personale di altre U.O..

Nel precedente anno 2024, in armonia con il principio sopra rappresentato e con la necessità di ridefinizione degli ambiti per i contratti di maggior rilievo, preso atto dell'intervenuta assegnazione, dopo un lungo periodo di vacanza, di n.3 dei n.4 incarichi di IFO previsti all'interno dell'Area, è stato possibile procedere all'individuazione di nuovi responsabili per le figure rimaste scoperte.

L'attività di riorganizzazione dell'Area, avviata nelle precedenti annualità ed in particolare con un punto di svolta nell'anno 2024 con l'assegnazione degli incarichi IFO (vedasi da ultimo prot.240192 del 31.12.2024 riepilogativo dell'attività posta in essere comprensiva delle ultime richieste di nomina dei RUP per la fase di esecuzione), necessita, ad oggi, di ulteriore prosecuzione e rivisitazione, in quanto nel corso del primo semestre 2025 è venuto a mancare uno degli incarichi sopra assegnati.

Pertanto, al termine dell'anno 2025, risultano vacanti n.2 dei n.4 incarichi previsti all'interno dell'Area, nel dettaglio IFO Gestione Contratti e Budget dei beni e servizi economici e IFO Outsourcing Tecnico dei Servizi non Alberghieri.

Al fine di sopperire alla mancata copertura dell'IFO Gestione Contratti e Budget dei beni e servizi economici, in seguito a riunioni di servizio, risultano individuati quali RUP della fase di esecuzione i collaboratori afferenti alla scrivente U.O.C. in possesso dei requisiti richiesti dal Codice dei Contratti Pubblici (da ultimo D. Lgs. 36/2023).

Per il ruolo di DEC, fatte salve le ipotesi in cui è stata ravvisata l'esigenza di competenze specifiche in merito alla tipologia di contratto da gestire, erano stati individuati, quali subentranti, i responsabili IFO Igiene ed Outsourcing Tecnico dei Servizi Alberghieri e Outsourcing Tecnico dei Servizi non Alberghieri, supportati nei contratti di maggiore complessità da figure specifiche competenti (assistenti al Dec) con l'obiettivo di creare una rete/struttura diramata nel territorio.

La costituzione di questi nuovi gruppi di lavoro per molti dei contratti gestiti ha supportato l'obiettivo di rotazione del personale coinvolto nella gestione dei contratti. Nell'ambito di detta attività, sono state, inoltre, puntualmente acquisite (o comunque richieste per i contratti che hanno avuto avvio al termine dell'anno) le dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi da parte del personale nominato.

Al fine di garantire nell'immediato futuro tutto quanto sopra descritto in merito alla segregazione

delle funzioni e rotazione del personale individuato sia come Responsabile del progetto sia come Direttore del contratto, si ritiene necessario il reintegro dello stesso personale a seguito dei pensionamenti avvenuti nell'anno 2024, nonché la messa a bando e conseguente riassegnazione quantomeno dell'IFO Outsourcing Tecnico dei Servizi non Alberghieri, ad oggi rimasto scoperto (il tutto come da ultima richiesta con nota prot.108795 del 05.06.2025).

Gestione Contratti di servizi:

E' possibile confermare che in merito ai principali contratti gestiti che hanno visto avvio in piena fase pandemica da Covid – 19 con alcuni aspetti critici nella fase di implementazione, ad oggi risultano in una situazione pienamente normalizzata.

Come disposto con Delibera n. 756 del 30.06.2025 di adesione all'accordo quadro per la fornitura dei Servizi di Pulizia e Sanificazione, a seguito di accettazione del Piano Dettagliato delle Attività (PDA) elaborato dall'operatore economico (Delibera 1363 del 06.12.2025), comprensivo delle modifiche richieste dal gruppo tecnico aziendale all'uopo nominato, ha avuto avvio in data 16.12.2025 il Servizio in argomento. Le parti in causa, operatore economico uscente, entrante ed Azienda Usl Umbria 1 si sono adoperate ai fini della corretta applicazione della clausola sociale, risultata pienamente rispettata.

In riferimento al contratto di trasporto campioni biologici, ematochimici – beni farmaceutici ed economici, a seguito di specifico iter meglio dettagliato all'interno della Delibera del Direttore Generale n.1452 del 19.10.2024 che ha coinvolto l'operatore economico affidatario del servizio, le OO.SS. CISL FP e UIL FPL nonché diverse istituzioni tra cui la Prefettura di Perugia e l'ITL, era stata autorizzata l'attivazione dell'intervento sostitutivo ai sensi dell'art. 30, co. 6, D. Lgs. 50/2016 con liquidazione dei compensi stipendiali netti relativi alla mensilità di settembre c.a. in favore dei dipendenti impiegati per l'esecuzione del contratto di appalto, al fine di garantire la tutela e la continuità del riconoscimento alla retribuzione degli stessi. Con successivo atto deliberativo n. 38 del 13.01.2025 è stata autorizzata la conclusione del suddetto intervento sostitutivo, con liquidazione delle ritenute erariali, previdenziali e sindacali riferite alla quota a carico dei 25 dipendenti relativamente alla mensilità di settembre. E' doveroso rappresentare che, questa Azienda Sanitaria, a partire dal 11.12.2024, ha dovuto riprendere direttamente in carico il servizio con preavviso di risoluzione contrattuale in danno (comunicata con nota prot.228457 del 11.12.2024) vista l'impossibilità nella prosecuzione comunicata da parte dell'operatore economico affidatario. Quanto sopra al solo fine di prevenire l'altrimenti inevitabile interruzione di tale servizio essenziale e nelle more di addivenire all'affidamento di un nuovo appalto. La presa d'atto della menzionata risoluzione contrattuale anticipata è stata formalizzata con Delibera n.329 del 14.03.2025. In merito a quest'ultimo aspetto, risulta necessario rappresentare che è pervenuta a questa Azienda Usl Umbria 1 a mezzo pec 220898 del 20.11.2025 ulteriore richiesta di intervento sostitutivo ai sensi dell'ex art.30 D.Lgs.50/2016 (oggi art.11 D.Lgs.36/2023) per la mancata corresponsione del trattamento di fine rapporto da parte dell'operatore economico per n.3 lavoratori impiegati nell'appalto in argomento. L'UOC Area Economale, per quanto di competenza, si è prontamente attivata diffidando l'operatore economico ad adempiere al pagamento delle spettanze entro quindici giorni dal ricevimento della stessa diffida ed impegnandosi, in caso di prosecuzione nell'inadempimento, ad attivare gli istituti previsti alla tutela dei lavoratori interessati.

In riferimento alla gestione tecnica dei contratti risultano concluse ed approvate le Procedure/Istruzioni operative per il servizio di Facchinaggio e Gestione logistica trasporti intraospedalieri (rispettivamente prot. 246894 del 30.12.2025 e prot. 246120 del 29.12.2025). Risulta, altresì, adottata la procedura di valutazione dei fornitori dei servizi esternalizzati afferenti alla scrivente UOC (prot.246112 del 29.12.2025).

E' proseguita, inoltre, per tutta l'annualità 2025 la procedura di controllo e validazione da parte dei Referenti Responsabili rispetto alle prestazioni effettivamente rese dalla società in house PuntoZero s.c. a r.l. per le attività di supporto relative alle prestazioni di cui agli allegati A e B del Disciplinare Servizi periodo 2024-2029.

Anche per quanto riguarda il contratto di Servizio di Stampa, Imbustamento, fornitura di Etichette per la spedizione di Materiale e Corrispondenza alla popolazione coinvolta nei programmi Regionali di Screening Oncologici è proseguita l'attività di validazione delle prestazioni da parte dei referenti, rivista ed aggiornata nel precedente anno 2024.

Nell'espletamento dell'attività svolta, in particolar modo nelle casistiche più complesse, la scrivente U.O.C. si è avvalsa di supporto giuridico legale esterno altamente qualificato in materia di contrattualistica pubblica (secondo le caratteristiche del servizio affidato con D.D.G. 1466 del 06.12.2023).

AZIONI SPECIFICHE

- Collaborazione fattiva in merito all'invio di fabbisogni e redazione dei capitolati di gara: Per tutto l'anno 2025 è stato garantito, da parte della U.O.C. scrivente, il supporto necessario alla U.O.C. Attività Tecniche- Acquisti Beni e Servizi e PuntoZero S.c. a r.l. - C.R.A.S. (Centrale Regionale Acquisti per la Sanità) sia nella comunicazione dei fabbisogni e sia nell'elaborazione dei capitolati di gara e valutazione di eventuali relazioni tecniche ed offerte economiche per i contratti di competenza. Confermata la piena collaborazione per la stesura dei capitolati riferiti ai contratti di Gestione della Logistica centralizzata (procedura in Unione d'Acquisto con AOPG), acquisto di vari beni economici, Gestione delle centrali di sterilizzazione, Servizio di facchinaggio e trasloco, Servizio di trasporto di campioni biologici e antiblastici per le Aziende sanitarie della Regione Umbria (queste ultime 3 procedure C.R.A.S.) risultante dai diversi protocolli di comunicazione inviati rispettando le tempistiche richieste. Inoltre, risulta attivo il contributo per capitolati in fase di predisposizione riferiti a prossime procedure di gara, in particolare risultano trasmesse tutte le informazioni necessarie per l'affidamento in concessione della gestione di distributori automatici. La collaborazione sopra descritta in merito all'elaborazione dei capitolati risulta di particolare rilievo in questo ambito in quanto consente una mitigazione del fenomeno corruttivo coinvolgendo nel processo propedeutico alle fasi gara e successiva aggiudicazione personale afferente a diversi servizi aziendali.

- Gestione contratti riferiti a beni e servizi economici:

A seguito dell'assegnazione degli incarichi di funzione nell'anno 2024, il lavoro di riorganizzazione iniziato nelle annualità precedenti e riferito in particolar modo al trasferimento/acquisizione delle competenze della P.O. Gestione Outsourcing Tecnico (in quiescenza) riferite ai servizi e con l'implementazione dei processi di controllo dei principali contratti che permettano la successiva elaborazione di attestati di regolare esecuzione o segnalazione di eventuali criticità, risultava sostanzialmente completato. I direttori dell'esecuzione risultavano, infatti, per la quasi totalità dei principali contratti gestiti, interni alla UOC. Come descritto in precedenza, a seguito del venir meno dell'IFO Outsourcing tecnico dei servizi non alberghieri, l'attività di riorganizzazione necessita di essere ripresa al fine di garantire i necessari controlli e corretta applicazione delle procedure per alcune tipologie di servizi.

E' stato comunque garantito, nel corso dell'anno 2025, un attento monitoraggio per i servizi a gestione diretta, mediante l'attività svolta dai Direttori dell'esecuzione e dal personale preposto. Per i servizi direttamente seguiti da Unità Operative aziendali diverse la liquidazione avviene successivamente a verifica della prestazione fornita ed attestazione tramite MAP (Modulo di avvenuta prestazione) trasmessi dagli stessi.

Al fine di rispettare le tempistiche per la liquidazione e non incorrere in eventuali interessi di mora alcuni servizi vengono pagati in acconto con canone mensile stabilito sulla base del fatturato degli anni precedenti, o definito sulla base della disciplina contrattuale, per procedere in seguito a puntuali verifiche ad eventuali conguagli delle prestazioni effettuate (solitamente trimestrali o semestrali).

Direttamente collegata ai lavori riferiti al PNRR ed agli interventi finanziati ex art.20 l.67/1988 risulta l'attività, in costante aumento già dal secondo semestre 2024 ed in particolare nel primo semestre 2025, riferita ai contratti di Facchinaggio e Smaltimento rifiuti, con conseguente necessità di incremento delle azioni di controllo e monitoraggio da parte del personale.

- Attività di Liquidazione:

Risulta mantenuta anche nell'anno 2025 l'analisi degli atti propedeutici alla liquidazione, per verificarne la corrispondenza della prestazione resa a quanto fatturato. Nel periodo sono stati inoltre monitorati i CIG assunti riferiti ai contratti per cui si provvede alla liquidazione.

Nell'ambito dell'attività in oggetto, così come nella gestione di tutti i contratti in essere, è stata puntualmente verificata la regolarità dei DURC (Documento Unico di Regolarità Contributiva) sia per gli appaltatori che per i subappaltatori.

Sono state, altresì, acquisite per il caricamento di nuovi fornitori o il necessario aggiornamento degli stessi, le dichiarazioni sostitutive in riferimento agli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui all'art.3 della L.136/2010 e s.m.i.. L'acquisizione delle sopra descritte dichiarazioni sostitutive avviene anche per i subappaltatori, al fine di un controllo sulla totalità dei flussi finanziari legati agli appalti.

Nell'anno 2025, l'attività riguardanti i subappalti nei contratti gestiti, è stata incentrata nelle richieste e successiva ricezione ed archiviazione delle attestazioni di avvenuto pagamento dei subappaltatori da parte dell'appaltatore incaricato, propedeutiche alle liquidazioni.

Il servizio scrivente, mantenendo l'azione migliorativa implementata nel corso del secondo semestre 2024, ha proseguito con la verifica dell'intero iter di liquidazione (a partire dalla redazione dell'atto e procedendo a ritroso fino alla documentazione autorizzativa dell'acquisto di servizi/forniture) estendendolo ulteriormente da n.2 determine di liquidazione adottate dall'Area Economale nel 2024 (come da modalità indicate con prot.221031 del 02.12.2024) a n. 6 determine verificate nel corso dell'esercizio 2025 (3 per ogni semestre).

Tali verifiche, a campione, sono state svolte da personale della UOC non direttamente coinvolto nell'istruttoria dei provvedimenti di liquidazione. Le risultanze, tutte con esito positivo, sono state verbalizzate con compilazione di apposite check-list, comunicate per i tre atti riferiti al primo semestre tramite prot.145688 del 29.07.2025, mentre per i tre atti inerenti il secondo semestre tramite prot.1235 del 07.01.2026, prot.2412 e prot.2658 del 08.01.2026.

Magazzino unico centralizzato ed esternalizzato: La gestione del Magazzino risulta affidata integralmente all'operatore economico aggiudicatario del servizio. In capo alla scrivente U.O.C. permane l'elaborazione ed invio degli ordinativi di fornitura, in base ad affidamenti predisposti dalla U.O.C. Attività tecniche Area Beni e Servizi. L'attività legata al controllo delle giacenze è in capo esclusivamente all'operatore, così come quella riferita all'inventario periodico. Quale azione di monitoraggio nel corso dell'anno è stata inoltrata richiesta di elaborazione ed invio dell'inventario complessivo dei prodotti economici al 30.06.2025, riscontrata entro i tempi da parte dell'operatore economico con pec pervenuta al prot. di questa Azienda Sanitaria con n. 128481 del 03.07.2025. Risulta, altresì, inviata apposita richiesta all'operatore economico affidatario di inventario globale del materiale economico al termine dell'esercizio con valorizzazione economica delle scorte per conto co.ge, nonché i dati dell'agente contabile

secondo gli appositi schemi. Infine, essendo la scrivente Azienda Sanitaria, deputata alla gestione del magazzino esterno in grado di ricevere le quantità di materiale necessario a fronteggiare nuove o recrudescenze virali a livello regionale, in previsione dell'emissione degli ordinativi di fornitura da parte di ognuna delle quattro Aziende Sanitarie Regionali (a seguito recepimento procedura di gara centralizzata CRAS PANFLU 2021-2023 - Determinazione dell'Amministratore Unico di PuntoZero Scarl del 18.04.2024) i cui prodotti andranno a confluire all'interno del Magazzino PANFLU, al fine di dar seguito a quanto definito negli ultimi incontri avvenuti presso la Regione Umbria in data 22.01.2025 e 05.02.2025 in merito alla Gestione delle scorte PANFLU e risultante all'interno dei relativi verbali, si rappresenta che si sono svolti incontri interlocutori con l'Operatore Economico che attualmente gestisce lo stesso Magazzino PANFLU, nonché con le altre Aziende Sanitarie Regionali. Detti incontri hanno portato al termine dell'anno 2025 a dirimere completamente alcune possibili problematiche inerenti la ricezione, stoccaggio e movimentazione dei prodotti in argomento, di proprietà anche di altre Aziende Sanitarie oltre l'Ausl Umbria 1.

- Gestione buoni pasto: ordini, distribuzione e rendicontazione:

In merito al punto in questione, in seguito all'aggiornamento della procedura di controllo delle richieste di assegnazione/reintegro dei buoni pasto avvenuta nel 2023, si è proseguito, con cadenza mensile, al sorteggio random di n. 3 servizi le cui risultanze sono descritte in apposito verbale, a cui segue l'invio dei report trasmessi dai servizi sorteggiati alla U.O. Risorse Umane Trattamento Giuridico Economico Personale Dipendente e Convenzionato, per i controlli di competenza in merito al diritto alla fruizione dei buoni.

Tale tipologia di controllo a campione è avvenuta nell'anno 2025, in maniera analoga con sorteggio random, per le verifiche in merito alla fruizione dei buoni mensa da parte del personale dipendente (vedasi ultimo prot. 142350 del 23.07.2025 riferito al primo semestre dell'anno).

Servizio Cassa economica e carta di credito aziendale:

Con cadenza trimestrale il personale incaricato ha provveduto a verificare le spese sostenute

tramite cassa economale, la consistenza della stessa, il necessario reintegro e rendicontare le spese effettuate nel trimestre con Carta di credito aziendale. Come rappresentato nelle ultime annualità, sulla base di quanto verificato e viste le vigenti normative riferite ai processi di liquidazione e pagamento, risultano sensibilmente ridotte le spese di competenza della cassa economale sostituite da percorsi maggiormente delineati tramite determine di liquidazione. La cassa economale, ormai strumento residuale, rimane utile esclusivamente in caso di piccoli acquisti in situazioni di urgenza.

- Gestione contratti attivi:

A seguito delle determinazioni assunte nell'anno 2023 riferite ad alcuni dei contratti di concessione gestiti (rif. Delibere n.706 del 13.06.2023 e n.709 del 13.06.2023), si è proseguito per tutto l'anno 2025 ad una ridefinizione periodica (trimestrale/semestrale) dei canoni oggetto di fatturazione, rideterminati sulla base dei prospetti economico-finanziari ed agli incassi comunicati dagli operatori economici, tenendo conto della necessità di mantenimento dell'equilibrio contrattuale ai sensi dell'art.165, comma 6 del D.lgs. 50/2016.

Si rappresenta, inoltre, che a seguito di istanza ricevuta in merito ad adeguamento listini del servizio in concessione di gestione distributori automatici ed a conseguente specifica attività istruttoria, con Delibera n.862 del 29.07.2025 è stato disposto il riconoscimento dell'adeguamento richiesto, nonché il ripristino del canone previsto inizialmente dal contratto qualora gli incassi trimestrali comunicati risultino pari o inferiori al 10% rispetto agli incassi dello stesso trimestre pre Covid (anno di riferimento 2019).

U.O. Patrimonio

Le attività svolte dalla UOC Patrimonio nel periodo preso in considerazione, anche a seguito di tutte le attività legate all'attuazione del PNRR nel comparto sanitario, hanno richiesto ancor più attenzione rispetto alla applicazione dei principi e criteri di legalità, trasparenza, correttezza dell'azione amministrativa, di efficacia ed efficienza, perno per l'effettivo ammodernamento di tutto il sistema sanitario a livello locale.

Per quanto concerne la U.O.C. Patrimonio, si ribadisce come la struttura abbia continuato ad agire, in adempimento alla legislazione ed ai regolamenti, oltre che nel solco della Programmazione ed indirizzi aziendali e regionali.

Nello svolgimento delle procedure per l'acquisizione delle proposte di **donazione** di denaro e/o beni mobili, tra cui strumentazioni diagnostiche e tecnologiche per la cura, pervenute a questa AUSL, ai fini di una effettiva trasparenza dell'azione amministrativa e di una condotta nel rispetto del Piano Anticorruzione in vigore, è risultata essenziale l'applicazione del Regolamento "Procedure operative donazioni" aggiornato con deliberazione di D.G. N. 1031 del 01.08.2018, ulteriore aggiornamento è stato regolamento con DDG n.169 del 13.02.2025, dove è stata aggiornata la modulistica, nella parte inerente le donazioni in denaro, al fine di disciplinare la procedura di versamento con modalità PagoPA, così come previsto dal Codice Amministrazione Digitale (ai sensi dell'art.65, comma 2 del D.Lgs.n.217/2017 e s.m.i.) predisponendo, inoltre, un vademecum per la gestione delle donazioni in denaro, ora da effettuare esclusivamente tramite PagoPA. La puntuale applicazione del Regolamento, infatti, ha garantito trasparenza e pubblicità del contenuto degli atti deliberativi di accettazione delle donazioni ed imparzialità amministrativa. Nella stessa ottica sono state effettuate le comunicazioni annuali di rendicontazione al competente ufficio regionale, da trasmettere entro il 31 gennaio di ogni anno, al fine di permettere l'effettiva conoscenza dei dati e, al tempo stesso, indirizzare le donazioni, al fine di un ammodernamento delle dotazioni tecnologiche all'interno dei presidi ospedalieri o al servizio delle strutture territoriali secondo indirizzi generali. Da questo punto di vista, quindi, molto importante è stato il ruolo del Servizio di Ingegneria Clinica nel rappresentare la situazione esistente al fine di indirizzare le donazioni verso un effettivo potenziamento di tutto il sistema AUSL Umbria 1, evitando, al tempo stesso, l'aggravio sul bilancio per eventuali e impropri costi derivati. La scrupolosa e attenta attività di istruttoria, sia tecnica che amministrativa, delle molteplici proposte pervenute nel corso del secondo semestre 2025, ha riscontrato una molteplice e variegata serie

di proposte, rivelatesi per la quasi totalità valide sia per la loro qualità che per il valore economico, a testimonianza della fiducia e credibilità fra i cittadini e le Associazioni diffuse sul territorio, di volontariato o di categoria, verso tutta l'Azienda.

Per quanto riguarda l'attività ordinaria della U.O.C. Patrimonio con riferimento alla gestione tecnica e amministrativa degli immobili, non si sono registrate criticità degne di rilievo. La gestione del **patrimonio immobiliare** è proseguita con l'espletamento di bandi ad evidenza pubblica per la vendita di terreni e fabbricati, prestando particolare attenzione alla pubblicazione e trasparenza degli atti (Avvisi ed esiti), nel rispetto delle procedure di cui al Regolamento inventario beni immobili (D.D.G. n. 1507 del 28.12.2016), con la pubblicazione di tutti i movimenti patrimoniali nell'area amministrazione trasparente del sito aziendale alla voce "Beni immobili e gestione del patrimonio". Si puntualizza, inoltre, che per una maggiore trasparenza e imparzialità nella valorizzazione del proprio patrimonio, si è fatto ricorso all'Agenzia delle Entrate, quale ente terzo che garantisce una valutazione economica più congrua, basata su parametri tecnici oggettivi che riflettono l'andamento reale del mercato.

Per quanto riguarda la gestione delle locazioni nel 2025 non ci sono stati nuovi contratti di locazione passiva ma solo rinnovi degli esistenti nel caso di manifestata necessità di permanenza del servizio a parere dei responsabili dei servizi stessi, condiviso con la direzione aziendale. Per le locazioni attive, tendenzialmente residuali, in quanto vengono privilegiate azioni di vendita immobiliare, sono stati conclusi n.9 contratti di affitto agrario della durata annuale con scadenza 31.12.2025 ed è stato bandito un nuovo avviso ad evidenza pubblica per gli affitti agrari anche per l'anno 2026 dei terreni rimasti invenduti, scelta di particolare interesse per l'Azienda in quanto, oltre ad essere fonte di reddito, permette di mantenere in attività il fondo agricolo confermandone il valore economico e, allo stesso tempo, garantisce condizioni di controllo e sicurezza del patrimonio.

Nella gestione contabile del patrimonio si è proseguito, da parte del servizio, nella scrupolosa applicazione delle leggi e dei regolamenti aziendali, volti a garantire una adeguata contabilizzazione ed analisi della consistenza dei beni mobili ed immobili, per una corretta esposizione in bilancio delle immobilizzazioni e dei fondi ammortamento. Da rilevare, altresì, le specifiche conoscenze di natura fiscale, che unitamente alla conoscenza dei dati catastali degli immobili, risulta indispensabile per l'assolvimento di adempimenti di natura fiscale, tasse e tributi, quali IMU, TARI, oltre ai dati da fornire ai fini del calcolo IRES.

In occasione dei pagamenti della Tassa Rifiuti (**TARI**) a seguito delle notifiche degli Enti gestori della riscossione, in contraddittorio con gli stessi, sono state operate attività di puntuale verifica dei parametri che comportano la somma da pagare. L'assolvimento dell' **IMU**, tributo di natura patrimoniale e in autoliquidazione, viene svolto con particolare attenzione entro i tempi di scadenza onde evitare sanzioni, così come per la TARI.

Particolare attenzione viene riposta rispetto alla tempestività dei pagamenti, al fine di concorrere al rispetto dei termini di pagamento delle transazioni commerciali previsti dal D. Lgs. n.231 del 09.10.2002: "attuazione della direttiva 2000/35/CE relativa alla lotta contro i ritardi di pagamento nelle transazioni commerciali".

Rispetto alle Società Partecipate vengono effettuati, annualmente, gli adempimenti in materia di comunicazione annuale dei dati relativi alle partecipazioni pubbliche, al censimento delle stesse, ai sensi del D. Lgs. n. 175/2016 e s.m.i. ed inoltre viene assolto, l'obbligo derivante dall'art. 22, del D. Lgs. n. 33/2013 e s.m.i. che così recita: "Obblighi di pubblicazione dei dati relativi agli enti pubblici vigilati e agli enti di diritto privato in controllo pubblico, nonché alle partecipazioni in società di diritto privato".

Vengono assolte, altresì, le altre pubblicazioni riguardanti tutte le varie attività della UOC Patrimonio assoggettate agli obblighi di cui al **D. Lgs. 33/2013**.

Il **Servizio di Ingegneria Clinica** ha proseguito l'intensa e straordinaria attività per attuare quanto previsto dagli interventi di competenza del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (M6C2 1.1.2 "Grandi Apparecchiature" e M6C1 -1.2.2. COT – Device), secondo le milestone e target nazionali e comunitari. Le grandi apparecchiature sono state acquisite tramite adesione ad Accordi Quadro messi a disposizione da Consip, a seguito di espletamento di procedure di gara centralizzate dedicate alle Pubbliche Amministrazioni utilizzatrici di fondi PNRR e n.11 sono state rese operative al 31.12.2025. I Device sono stati acquisiti tramite recepimento della procedura

centralizzata regionale svolta da Punto Zero e sono stati collaudati nel rispetto della milestone della M6C1 – 1.2.2.

Nel contempo, sono state monitorate le attività previste dal contratto in essere per la gestione e manutenzione delle apparecchiature sanitarie avente per capofila ALTHEA ITALIA SPA; in questo caso non si sono manifestate situazioni di criticità degne di nota.

Nello svolgimento delle procedure per la “**Tenuta dell’Inventario**”, ai fini di una effettiva trasparenza dell’azione amministrativa e di una condotta nel rispetto del Piano Anticorruzione in vigore, è risultata essenziale l’applicazione del Regolamento “Inventario Beni Mobili aziendali”, aggiornato con deliberazione di D.G. N. 1691/2018. La puntuale applicazione del Regolamento, infatti, ha garantito la tracciabilità tramite la definizione dei percorsi cui devono rigorosamente attenersi i soggetti istituzionali coinvolti nelle varie fasi procedurali, al fine di concorrere ad una corretta procedura di inventariazione dei cespiti presenti in Azienda (e garantire la tracciabilità dei medesimi in ogni momento: il Centro di Costo analitico, unitamente al numero d’inventario dei cespiti, permettono una rapida e univoca tracciatura) nonché alla loro corretta gestione, garantendo, inoltre, uniformità di comportamenti e di modalità operative in azienda.

Affari Generali Istituzionali e Gestione Legale Sinistri

In riferimento alle attività svolte dalla scrivente U.O. nel corso dell’anno 2025, si rappresenta quanto segue:

A seguito dell’approvazione delle Linee Guida applicative della gestione dei sinistri, avvenuta con D.G.R. n.1025 del 20.9.2024, la Regione Umbria con Determina direttoriale n. 12356 del 24.11.2025, volendo dare attuazione alle stesse Linee Guida ha attribuito l’incarico di Coordinatore del Comitato Valutazione Sinistri Regionale.

Con il suddetto atto si è quindi confermato il sistema regionale in autoritenzione completa della gestione dei sinistri per responsabilità sanitaria, imbastendo le basi per la gestione del sistema attraverso una struttura multilivello (rappresentata da un livello Regionale ed un livello Aziendale).

Risulta ancora in fase di valutazione della Regione, lo Studio di Fattibilità, prodotto da Broker Regionale AON, ai fini di una eventuale modalità alternativa di gestione del sistema regionale dei sinistri (rivolto a reperire coperture assicurative).

Nel frangente le Aziende Sanitarie proseguono nella gestione del rischio sanitario e dell’eventuale contenzioso allo stesso collegato, con la modalità dell’attuale autoritenzione completa.

Pertanto anche nel corso dell’ anno 2025 questa U.O. ha continuato a gestire la materia delle richieste per responsabilità sanitaria in autoritenzione completa.

Nell’ambito di tale delicata e complessa gestione, il CO.GE.SI. Aziendale ha prestato particolare attenzione all’individuazione dei medici legali competenti per l’istruttoria e valutazione dei sinistri nonché nella scelta dei consulenti specialisti da affiancare al medico-legale individuato; ciò al fine di evitare situazioni di possibili conflitti/incompatibilità.

Ufficio Legale e Anticorruzione

Facendo seguito alla Sua nota Protocollo 0225607 del 27/11/2025, inerente all’oggetto, si evidenzia che lo scrivente Ufficio, nel corso dell’anno 2025, ha posto in essere le seguenti attività:

Ha puntualmente stimolato, tramite proposte di atti deliberativi, la costituzione di “parte civile” dell’Azienda in tutti quei procedimenti penali, in cui la Stessa figurava quale “persona offesa” (rif. Deliberazioni del Direttore Generale n°1212 del 31/10/2025 e n°1282 del 19/11/2025);

Ha perfezionato il procedimento amministrativo, per la piena ed effettiva entrata in vigore del nuovo “Regolamento sul patrocinio legale dei dipendenti” (rif. Deliberazione del Direttore Generale n°163 del 13/02/2025), in coerenza con le più recenti disposizioni di

contrattazione collettiva, di cui all'art.88 del PERSONALE DEL COMPARTO SANITA' 02/11/2022, all'art.56 dell'AREA SANITA' 23/01/2024 ed all'art.24 dell'AREA DELLE FUNZIONI LOCALI 16/07/2024;

Ha approvato il nuovo "Regolamento per la riscossione dei crediti conseguenti a decisioni di condanna della Corte dei conti" (rif. Deliberazione del Direttore Generale n°315 del 14/03/2025);

Ha approvato il nuovo "Regolamento per l'attività legale e la tutela in giudizio dell'Azienda" (rif. Deliberazione del Direttore Generale n°515 del 30/04/2025);

Ha approvato il nuovo "Regolamento per l'affidamento di incarichi legali esterni" (rif. Deliberazione del Direttore Generale n°991 del 16/09/2025), con termine di scadenza per la presentazione delle domande, da parte degli avvocati, fissato il 31/01/2026, ore 23:59:59;

Ha infine, concorso alla revisione del Regolamento aziendale per la "gestione recupero crediti", di cui alla Delibera del Commissario Straordinario n°1242 dello 09/10/2029 (rif. Deliberazione del Direttore Generale n°1133 del 23/10/2025).

U.O. Risorse Umane

Nel corso dell'anno 2025 la scrivente Unità Operativa ha garantito una costante collaborazione al Responsabile della Prevenzione della Corruzione, fornendo allo stesso regolarmente notizie in merito a fatti che avrebbero potuto ingenerare fenomeni di corruzione e/o, comunque, di conflitto con i primari interessi dell'Azienda.

In tale periodo non è stato riscontrato alcun episodio di corruzione.

La U.O.C. Risorse Umane ha rispettato rigorosamente quanto previsto dal Piano Triennale Anticorruzione e posto in essere tutti i controlli nello stesso previsti per le attività ad alto rischio corruttivo, con il rispetto di tutti gli indicatori.

La gestione dei percorsi attuativi relativi agli istituti giuridici, legislativi e contrattuali nel rapporto di lavoro prosegue attraverso i percorsi consolidati nel rispetto della regolarità delle procedure finalizzate alle assenze dal servizio a vario titolo. Eventuali criticità emerse in taluni ambiti, quali in particolare la programmazione e la fruizione delle ferie, sono state approfondite con opportuna corrispondenza interlocutoria intercorsa con i servizi di riferimento, per l'individuazione condivisa degli interventi più consoni da porre in essere.

Sul versante delle tutele antinfortunistiche, si è proseguito nei percorsi inerenti gli adempimenti di denuncia degli infortuni e delle malattie professionali, in conformità alle disposizioni normative in materia.

Parimenti, anche per gli istituti inerenti le tutele della genitorialità e della disabilità si è provveduto utilizzando le procedure e i percorsi già consolidati.

Nell'ambito degli istituti di sorveglianza attiva e di riconosciuta vulnerabilità patologica emanati dagli Organi preposti, per il corretto regime di trattamento di assenza per malattia, si sono approfonditi gli istituti relativi agli accertamenti di idoneità lavorativa attraverso l'utilizzo delle procedure telematiche messe a disposizione dall'INPS.

Per quanto riguarda il rispetto dell'obbligo di unicità del rapporto di lavoro, nonché agli aspetti connessi all'art. 53 D.Lgs. n. 165/2001, è oramai consolidato il regime di verifica periodica in merito all'insussistenza di altra attività lavorativa da parte di personale dipendente, presso strutture esterne all'Azienda.

Sul versante del contenzioso del lavoro gli Uffici del Trattamento Giuridico, Controllo Gestionale di rilevazione presenze e indennità accessorie e Coordinamento attività amministrativa e Relazioni Sindacali hanno approfondito gli aspetti inerenti la normativa contrattuale per le cause pendenti.

Nell'assolvimento dell'obbligo di definizione dei fabbisogni di personale, il Piano Triennale del Fabbisogno 2025/2027 è stato definitivamente approvato con Delibera del Direttore Generale n. 913 del 12/08/2025, a seguito del parere favorevole espresso dal Comitato Regionale di Valutazione (C.RE.VA.), nella seduta del 17/06/2025, e dell'approvazione da parte della Giunta Regionale dell'Umbria con DGR. n. 586 del 19/06/2025.

Nell'espletamento di tutte le procedure selettive per l'assunzione di personale l'Ufficio Gestione Reclutamento del Personale si è attenuto alle disposizioni di legge nazionali e regionali e dei regolamenti aziendali, con particolare riguardo all'individuazione dei componenti delle commissioni esaminatrici, nonché alla predisposizione delle prove selettive.

Tutte le procedure selettive per l'assunzione di personale, sia del comparto che della dirigenza, sono state portate a termine senza alcuna criticità e sono state disposte assunzioni di personale a tempo indeterminato e determinato nel pieno rispetto dei criteri di scorrimento delle graduatorie, con l'osservanza delle disposizioni di legge su riserve dei posti, precedenza e preferenze. Con riguardo alla stabilizzazione del personale precario, in applicazione del c. 268, lett. b) della Legge 234/2021, e s.m.i., l'Ufficio Gestione Reclutamento del Personale, proseguendo nel percorso già avviato nell'anno 2024, ha proceduto a redigere gli atti propedeutici all'assunzione degli aventi titolo.

I funzionari preposti al procedimento hanno attivato procedure di verifica sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive di certificazioni e di atto notorio prodotte da tutti gli aspiranti alla stabilizzazione, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000.

Tutte le procedure inerenti i comandi, la mobilità e le assegnazioni sono state gestite nel rispetto delle disposizioni di legge nazionali e dei regolamenti aziendali.

Particolare attenzione è stata posta nel merito degli obblighi connessi alle dichiarazioni in materia di inconferibilità/incompatibilità previste dal D.Lgs. 39/2013. La sottoscrizione di tale dichiarazione è peraltro sempre richiamata nel contratto di incarico per i dirigenti di Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale/Distrettuale/Aziendale. Per i responsabili delle strutture che gestiscono i macroprocessi a maggior rischio e le attività a rischio medio o alto individuati nel PTPC, viene richiesta ed acquisita l'apposita dichiarazione di possesso dei requisiti prevista dalla Delibera n.500/2015.

L'Ufficio incarichi dirigenziali ha provveduto puntualmente a curare la pubblicazione nella sezione "Amministrazione trasparente" del portale web istituzionale di quanto di propria competenza tra gli obblighi previsti dagli artt.14 e 41 del D.Lgs. 33/2013, come modificato dal D.Lgs.97/2016, e dal Piano Triennale Anticorruzione.

Relativamente all'attività dell'Ufficio Controllo sulle attività incompatibili extra istituzionali ed occasionali del personale dipendente – Rapporti di lavoro atipici, tutta la materia direttamente correlata alla gestione delle prestazioni occasionali dei nostri dipendenti, è attualmente disciplinata da un regolamento interno nel quale sono esplicitati i principi generali fissati dal legislatore e puntualmente determinati specifici ed oggettivi criteri operativi da parte dell'Amministrazione, al fine di ridurre al minimo il rischio di non adottare soluzioni uniformi e non garantire ai dipendenti un trattamento univoco ed imparziale.

In virtù del regolamento di cui sopra, fino ad ora è stato possibile evitare di incorrere nel mancato rispetto della normativa e di gestire al meglio le potenziali situazioni di conflitto d'interesse, bloccate ancora prima che si potessero verificare.

Le ipotesi di richieste non riconducibili ai casi esemplificativi riportati nel regolamento, sono oggetto di valutazione specifica da parte della U.O. Risorse Umane, in collaborazione con il servizio Prevenzione della Corruzione.

Ogni qualvolta pervengono le dichiarazioni relative ai compensi percepiti per le prestazioni autorizzate, si procede al controllo dell'orario effettuato nei giorni dedicati alle attività di cui sopra. Nell'ipotesi di mancato rispetto del Regolamento (utilizzo ferie invece del giustificativo "Attività Fuori Orario" e casi simili), si invitano gli interessati a sanare la propria situazione. Successivamente, si dà seguito ad un'ulteriore verifica per controllare l'avvenuto rispetto delle indicazioni fornite.

L'inserimento dei dati sul sistema PERLAPA del Dipartimento della Funzione Pubblica, permette di monitorare le varie autorizzazioni in riferimento alla regolarità di tutti i passaggi obbligatori ai fini del rispetto della normativa; ogni qualvolta l'istruttoria è carente di qualche elemento fondamentale (es. mancata comunicazione del compenso) l'Ufficio contatta il diretto interessato e lo sollecita a regolarizzare la propria situazione.

La gestione dei contratti libero professionali è definita dal Regolamento aziendale approvato con Delibera n. 1233 del 08/10/2019.

Per quanto attiene al reperimento di personale impegnato in progetti finanziati da altri enti, è

prevista l'adozione di un provvedimento (delibera o determina) sia per l'emissione Bando, che la successiva ammissione concorrenti al pari di quanto avviene per la nomina della commissione esaminatrice delle domande pervenute. La commissione valuta poi i curricula dei candidati che hanno presentato domanda al bando specifico e predispone un ordine di preferenza al quale attingere per il reclutamento del personale da contrattualizzare.

In riferimento, invece, all'acquisizione di personale di cui Decreto Milleproroghe per l'anno 2025, è stata emessa una manifestazione di interesse aperta per tutto l'anno, che non costituisce procedura concorsuale e non prevede la formazione di una graduatoria o l'attribuzione di punteggi o altre classificazioni di merito, al fine di costituire un elenco di medici disponibili (solo specializzandi, medici laureati non iscritti a scuole di specializzazione e pensionati) da cui attingere per far fronte a specifiche esigenze temporanee e indifferibili delle strutture sanitarie della USL Umbria 1, cui non si possa far fronte con personale in servizio o altri mezzi di reclutamento.

La selezione avviene tramite valutazione positiva del curriculum formativo e professionale da parte dei Direttori delle U.O.C. di destinazione, tenendo conto della data di arrivo delle domande.

In entrambi i casi sopra riferiti, al momento della firma del contratto con il professionista individuato, lo stesso è invitato a dichiarare sotto la propria responsabilità, di non trovarsi in una delle condizioni di incompatibilità che costituiscono limitazioni ostative alla stipula del contratto. Segue poi l'inserimento dei dati relativi ai contratti, nel programma ministeriale PERLAPA e sul sito web aziendale, contestualmente al curriculum vitae ed alle dichiarazioni di responsabilità del singolo libero professionista.

Il sistema di controlli interni ed esterni previsti dalla Delibera DG n. 1246 del 27/09/2017 per l'esercizio delle funzioni delle UU.OO. Risorse Umane ha trovato piena attuazione nel corso del periodo esaminato e non ha evidenziato scorrettezze di alcun genere nelle azioni amministrative poste in essere. Per quanto riguarda il trattamento economico del personale dipendente, all'interno dell'Ufficio

è presente una segregazione delle funzioni per permettere una verifica incrociata della correttezza degli emolumenti stipendiali.

Per quanto attiene le procedure di selezione ed incarico dei professionisti ricompresi nella macro area del personale convenzionato ai sensi dell'articolo 8 del D.Lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni, di competenza dell'Ufficio Gestione Personale Convenzionato e Strutture Convenzionate, le stesse sono state condotte nel rispetto delle disposizioni nazionali e regionali, nonché dei regolamenti aziendali in vigore.

Relativamente all'individuazione degli incarichi a tempo indeterminato da portare in pubblicazione nel campo della medicina convenzionata si rappresenta che gli stessi vengono definiti con la partecipazione di appositi Comitati previsti dagli Accordi Collettivi Nazionali.

Si evidenzia inoltre che nel corso del primo semestre sono state avviate le procedure per la rilevazione e la pubblicazione delle zone carenti 2025, della Medicina Generale (Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria, Assistenza presso Istituti Penitenziari ed Emergenza Sanitaria Territoriale – 118, ai sensi dell'ACN vigente del 04/04/2024).

Con DDG n. 620 del 28/05/2025 e con DDG n. 673 del 13/05/2025 sono state individuate le carenze per l'anno 2025 per la Medicina generale e con DDG 668 del 09/06/2025 dei Pediatri di libera scelta.

Per il secondo semestre 2025 l'ufficio ha provveduto all'ulteriore pubblicazione degli ambiti carenti non assegnati con la pubblicazione ordinaria (S.O. al BUR Umbria n.34 del 05/08/2025) e le altre cessazioni pervenute successivamente alla prima pubblicazione riguardante i Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria, Assistenza presso Istituti Penitenziari ed Emergenza Sanitaria Territoriale - 118 - Pediatria di Libera Scelta ai sensi dei vigenti AA.CC.NN del 04/04/2024 e del 25/07/2024 .

Le zone carenti di cui sopra sono state pubblicate nel S.O. al BUR n.52 del 02/12/2025 le cui procedure di assegnazione sono ancora in corso.

Per il conferimento di eventuali incarichi provvisori, a tempo determinato o di sostituzione sono state approvate, in aderenza a quanto previsto dai vigenti AA.CC.NN., le graduatorie aziendali valevoli per l'anno 2025 (DD.DD.GG. n. 1511 del 30/12/2024, n. 1517 del 31/12/2024, e n. 7 del 09/01/2024,) e, in base alle suddette graduatorie, sono stati conferiti gli incarichi provvisori/tempo

determinato..

L'Ufficio Gestione Personale Convenzionato e Strutture Convenzionate supporta inoltre la Direzione Aziendale anche nella definizione degli Accordi Integrativi Aziendali attenendosi alla normativa nazionale e agli indirizzi definiti in sede regionale con particolare attenzione al monitoraggio delle risorse economiche interessate.

Al fine di separare l'attività di rilevazione da quella afferente il riconoscimento economico, per quanto riguarda il monitoraggio degli obiettivi incentivanti definiti dalla contrattazione integrativa l'Ufficio Gestione Personale Convenzionato e Strutture Convenzionate si avvale della collaborazione di altri servizi aziendali che provvedono alle attività di rendicontazione/verifica. Nel primo semestre dell'anno 2025 sono stati corrisposti parte degli istituti incentivanti previsti dalla contrattazione regionale e aziendale per l'anno 2024.

Le procedure di assegnazione degli incarichi della medicina specialistica ambulatoriale, veterinari ed altre professionalità, di competenza dell'Ufficio Privato Accreditato e Gestione Specialistica Ambulatoriale e ricompresi nella macro area del personale convenzionato ex art. 8 del D.Lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni, sono state condotte nel rispetto delle disposizioni nazionali di cui ai rispettivi Accordi collettivi nazionali di categoria e precisamente dell'ACN/2024, degli Accordi regionali nonché dei regolamenti aziendali in vigore. In data 25 giugno 2025 tra l'Azienda USL Umbria 1 e parte sindacale è stata sottoscritta l' "Intesa per il governo delle liste di attesa e l'appropriatezza delle cure – medici specialisti ambulatoriali -" in adesione a quanto stabilito dalla DGR n. 659 del 3 luglio 2025, avente ad oggetto "Intesa per il Governo delle Liste di Attesa e l'Appropriatezza delle cure - Medici Specialisti ambulatoriali -" ai fini della sua pratica attuazione.

Con tale accordo aziendale le parti hanno regolamentato le "Prestazioni di particolare interesse", previste dall'art. 43 comma 9, ACN/2024 per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità -biologi, chimici, psicologi- ambulatoriali del 4 aprile 2024.

Per l'erogazione di tali prestazioni, agli specialisti ambulatoriali, così come previsto dalla normativa contrattuale richiamata e dall'Intesa regionale, è stato riconosciuto un corrispettivo economico nella misura corrispondente all'80% della tariffa stabilita dal nomenclatore tariffario attualmente vigente, da corrispondere a valere sullo specifico fondo contrattuale determinato dalla Regione Umbria con DGR n. 259/2025 e pari a complessivi € 55.388,59.

Per quanto si riferisce ai controlli sulle attività rese dalle Strutture Private accreditate convenzionate, si fa presente che gli stessi sono stati effettuati nel rispetto delle procedure previste dal Protocollo aziendale per la gestione della mobilità adottato con Delibera n. 1548 del 11/12/2019 "Adozione della PGA59/19 - Gestione della compensazione della mobilità sanitaria passiva intraregionale. Rev. 02".

I rapporti contrattuali con le Case di Cura e le strutture private accreditate, sono regolamentati da specifiche disposizioni nazionali e regionali quali, in particolare, l'art. 8 quinquies D. Lgs n. 502/92 e la DGR n. 825 del 13 agosto 2025 recante "Accordi contrattuali per l'assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale- Determinazione tetti di spesa per l'anno 2025", la DGR n. 822/2024 e la DGR n. 184/2024 che hanno definito, tra l'altro, i volumi finanziari massimi anno 2025 per l'erogazione delle prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale per conto del SSR. Tali disposizioni sono state adottate nelle more della entrata in vigore degli art. 8 quatercomma 7 e 8 quinquies, comma 1 bis, del D. Lgs n. 502/92 e delle disposizioni di cui al DM 19 dicembre 2022 "Valutazione in termini di qualità, sicurezza e appropriatezza delle attività erogate per l'accreditamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie" che prevedono l'introduzione di modalità di valutazione, in termini di qualità sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate dalle strutture private accreditate in regime di convenzionamento, sia per quanto si riferisce alle procedure di accreditamento che per quanto riguarda la selezione dei soggetti privati alla fine della stipula degli accordi contrattuali ex art. 8 quinquies D. Lgs. n. 502/92.

Con Delibera del Direttore Generale n. 1372 del 15 dicembre 2025 avente ad oggetto "DGR 825/2025 - Accordi contrattuali per l'assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale – Determinazione dei tetti di spesa per l'anno 2025 - presa d'atto e conseguenti determinazioni", in applicazione di quanto stabilito dal richiamato provvedimento regionale, a seguito di specifica

manifestazione di interesse pubblicata in data 24 settembre 2025 alla quale hanno aderito le Case di Cura aventi sede sul territorio aziendale, è stato riconosciuto un extrabudget pari al 10% del tetto di spesa anno 2025 per l'erogazione di prestazioni di ricovero di alta specialità ortopedica. Tale incremento viene corrisposto alle Case di Cura unicamente nell'ipotesi in cui, all'interno del tetto complessivo anno 2025, le medesime abbiano ridotto i volumi della medio-bassa specialità ed incrementato i volumi Dei ricoveri di alta specialità ortopedica (almeno pari al 10% del tetto complessivo 2025).

Con il medesimo provvedimento aziendale gli accordi contrattuali per l'erogazione di prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale in essere al 31 dicembre 2024 sono stati prorogati sino al 31 dicembre 2025, alle stesse condizioni giuridiche ed economiche anno 2024. Negli atti richiamati è stato previsto che le disposizioni ivi contenute potranno subire modifiche o integrazioni qualora dovessero intervenire nuove disposizioni a livello nazionale e/o regionale al riguardo.

In applicazione di quanto stabilito dalla DGR n. 259 del 21 marzo 2025 avente ad oggetto "Piano Operativo Straordinario di recupero delle liste di attesa-anno 2025. Adozione" che ha previsto l'utilizzo delle risorse residue e disponibili rispetto allo 0,4% del finanziamento finalizzato ed indistinto per l'anno 2024 per l'acquisto da privato accreditato di prestazioni PDT e non ancora utilizzate alla data del 31.12.2024, questa Azienda ha provveduto a pubblicare un Avviso di Manifestazione di interesse (in data 19 settembre 2025) volto ad acquisire la disponibilità delle strutture private accreditate alla erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale in PDT (Percorso Di Tutela), per un corrispondente volume finanziario quantificato in € 800.000,00. Tale assegnazione di risorse residue rispetto allo 0,4% del finanziamento finalizzato ed indistinto anno 2024, si aggiungono alle precedenti pari ad € 500.000,00 riconosciute alle strutture private accreditate partecipanti alla Manifestazione di Interesse del 27 agosto 2024 (DGR n. 800/2024 e DGR n. 259/2025)

L'individuazione delle prestazioni in PDT da erogare, l'assegnazione alle strutture in base alle offerte pervenute, è stato effettuato dal Servizio Aziendale " Governo Clinico e gestione Liste di Attesa"; come espressamente stabilito dai provvedimenti regionali richiamati, le prestazioni in PDT oggetto delle Manifestazioni di interesse, devono essere erogate entro il 31.12.2025. Le Case di Cura e le strutture private che hanno erogato prestazioni ricomprese nei LEA di ricovero, chirurgia ambulatoriale, specialistica ambulatoriale nel nell'anno 2025, sono risultate in regola con l'accreditamento istituzionale ai sensi e per gli effetti del Regolamento regionale n. 10/2018.

Infine, con riferimento alla contrattazione integrativa aziendale, l'Ufficio Relazioni Sindacali e Gestione procedure applicative istituti normativi ed economici correlati ha continuato ad attuare i consolidati criteri già in essere, finalizzati al pieno rispetto della normativa per quanto concerne sia le materie oggetto di contrattazione, sia l'entità delle risorse stabilite nei fondi contrattuali per l'anno 2024.

E' stata attivata la contrattazione integrativa con OO.SS. della Dirigenza Area Sanità per la predisposizione del CCIA del CCNL 2019/2021.

L'attività dell'Ufficio è stata volta a dare corretta applicazione a quanto previsto dal citato CCNL in materia di orario di lavoro e di graduazione dei incarichi dirigenziali.

Nel secondo semestre del 2025, sono stati anche sottoscritti gli accordi con le OO.SS. del Comparto e della Dirigenza per la distribuzione, rispettivamente, della Retribuzione di Risultato e della Produttività Collettiva.

I suddetti Accordi sono stati adottati nel rispetto dei seguenti principi generali:

- assenza di nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica (art. 17, comma 2 del D.Lgs. 150/2009);
- attribuzione selettiva di incentivi; divieto di distribuzione indifferenziata in assenza delle verifiche ed attestazioni sui sistemi di misurazione e valutazione (art. 18 D.Lgs. 150/2009);
- adeguamento alle linee di indirizzo regionali (DGR n. 52 del 23/01/2012) sul sistema di valutazione ai fini dell'attribuzione della retribuzione di risultato al personale con qualifica dirigenziale;
- conformità a quanto previsto dall'art. 23, comma 2, del D.L. 75/2017 che ha stabilito che "a decorrere dal 1 gennaio 2017, l'ammontare complessivo delle risorse destinate annualmente al

trattamento accessorio del personale, anche di livello dirigenziale, di ciascuna delle amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2, del D.Lgs. n.165/2001, non può superare il corrispondente importo determinato per l'anno 2016"; fatti salvi gli incrementi contrattuali che non rientrano nel limite di cui all'art. 23 sopra citato, in quanto finanziati da risorse definite a livello nazionale e previste nei quadri di finanza pubblica per i rinnovi contrattuali, o quelli derivanti da specifiche normative nazionali e/o regionali.

Il conteggio delle quote è stato elaborato dal Servizio Informatico Aziendale, sulla base della valutazione individuale ottenuta da ciascun dipendente e sulla percentuale di raggiungimento degli obiettivi di budget, una volta acquisiti i dati necessari.

In particolare i dati relativi ai punteggi di valutazione dei dipendenti sono stati estratti dal sistema informatizzato GPI – HR Suite che viene implementato dalla U.O. Formazione e Sviluppo Risorse e, i dati relativi al raggiungimento degli obiettivi sono stati direttamente forniti dalla U.O.

Programmazione Sanitaria e Gestione Flussi Informativi Sanitari, così da garantire la completa oggettività delle procedure seguite.

Sono stati, inoltre, sottoscritti gli accordi con le OO.SS. della Dirigenza:

- per la definizione dei criteri di riparto ed utilizzo delle risorse destinate ai Medici operanti nei Servizi di Pronto Soccorso, ai sensi dell'art. 1 comma 293, della L. 234/2021 e dell'art. 79 – comma 1, del CCNL dell'Area Sanità 2019-2021 per gli anni 2022-2023-2024;
- per la definizione dei criteri di riparto e utilizzo delle risorse destinate ai Medici dipendenti per l'attività di compilazione dei certificati di infortunio/malattia professionale, ai sensi dell'art. 1, commi 526 e 527 della L. 30/12/2018 n. 145 – Anni 2023 e 2024.

Le risorse relative ai suddetti accordi sono state finanziate dalla Regione Umbria.

Infine, è stato sottoscritto con le OO:SS. del Comparto l'accordo per la definizione dei criteri e delle procedure per le progressioni economiche all'interno delle Aree – anno 2025.

Detto accordo prevede che le progressioni economiche siano attribuite in modo selettivo, ad una quota limitata di dipendenti, in relazione allo sviluppo delle capacità culturali e professionali, ai risultati individuali e collettivi conseguiti ed alla qualità dell'attività svolta, rilevati dal sistema di valutazione aziendale, nonché all'esperienza professionale maturata.

PROFESSIONI SANITARIE

SERVIZIO TECNICO-SANITARIO

Si trasmette quanto in oggetto:

• ROTAZIONE DEL PERSONALE:

Per il personale Tecnico Sanitario e Tecnico Assistenziale, la rotazione è limitata da misure di expertise specialistica.

Rotazione efficace su turnazione, ferie, permessi e reperibilità.

Prima dell' ingresso in servizio di nuove unità viene attivata la procedura di mobilità interna tramite manifestazione di interesse.

• FORMAZIONE SPECIFICA

Erogati corsi FAD obbligatori a tutto il personale afferente al Servizio.

Focus specifici sui conflitti di interesse nella gestione delle liste d'attesa.

Viene monitorata la Formazione tramite Sponsor attivando il criterio della rotazione; ci si attiene a quanto disciplinato con Delibera n. 56 del 19/01/2021

□ FABBISOGNO E ASSEGNAZIONE DEL PERSONALE:

la determinazione del fabbisogno di personale è vincolata al processo di Budgeting e alla determinazione del Piano Triennale del Fabbisogno del Personale.

L' assegnazione del personale alle varie U.O. avviene secondo principi di equità e di priorità clinico-diagnostica.

Prima della collocazione in servizio dei nuovi assunti si procede all' attivazione della **mobilità interna secondo quanto disposto dalla Delibera 171 del 13.02.2020 del D.G.;**

• **DIFFUSIONE MANIFESTO RESPONSABILITÀ' DISCIPLINARI**

Viene trasmesso al personale, ed è pubblicato sul sito Aziendale. Monitorati casi di presunta inosservanza relativi all'uso di *social media* in ambito lavorativo, risolti senza necessità di intervento disciplinare. Prevista formazione specifica 2026

□ **ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE / ATTIVITA' AGGIUNTIVA ABBATTIMENTO**

LISTE ATTESA

Nella gestione delle list di attesa, il fattore di rischio più comune è relativo ad eventuali favoritismi o accessi impropri.

Come misura di prevenzione viene adottato il tracciamento digitale delle prenotazioni ed il monitoraggio costante dei tempi di attesa.

Non è stata rilevata nessuna anomalia grave criticità: persistono disallineamenti minimi tra *scheduling* CUP e *scheduling* interno per urgenze non differibili.

Altro fattore di rischio è sfavorire l' attività istituzionale a vantaggio di altri istituti.

Le forme di controllo e gestione si attuano con: Separazione netta degli orari, monitoraggio dei volumi di attività ALPI vs. istituzionale, controllo timbrature personale Tecnico e medico.

L'adesione a tali forme di attività viene determinata attraverso l' emissione di appositi bandi e, comunque, secondo la disponibilità del personale.

□ **ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE ESTERNA ALL' AZIENDA IN REGIME DI PART**

- TIME:

Le autorizzazioni vengono rilasciate a seguito di attenta valutazione su potenziali conflitti di interesse.

Come più volte segnalato, anche nelle precedenti relazioni, tale forma di attività necessita di una più attenta regolamentazione in merito alla definizione di incompatibilità e di attività incompatibili; è necessaria anche la revisione della modulistica tenendo conto che il Giudizio di compatibilità/incompatibilità è di esclusiva competenza giuridica, mentre spetta al Dirigente il giudizio relativo ad un potenziale conflitto di interesse fra l' attività esterna e quella istituzionale.

SERVIZIO RIABILITATIVO

Faccio seguito alla nota in oggetto per comunicare le misure inerenti alle attività di prevenzione dei fenomeni corruttivi del Servizio Riabilitativo

Sistema trasparenza e prevenzione della corruzione:

rischio potenziale: mancata conoscenza ed osservanza delle disposizioni in materia e degli interventi previsti in sede aziendale

misure di sicurezza associate: azione di informazione tramite invio di una email a tutti i dipendenti del Servizio Riabilitativo sul Piano Anticorruzione e sul Codice di Comportamento

Utilizzo credenziali di accesso rispondenti ai criteri di sicurezza del sistema informatico:

rischio potenziale: utilizzo non corretto delle credenziali preventivamente autorizzate dal Responsabile nella gestione informatizzata delle attività

misure di sicurezza associate: conoscenza e diffusione delle indicazioni procedurali contenute nei regolamenti aziendali vigenti in materia

Atti autorizzativi :

rischio potenziale: mancato rispetto della normativa aziendale

misure di sicurezza associate: le autorizzazioni sono state concesse nel rispetto dei regolamenti aziendali, controllo dei pareri e verifica tramite monitoraggio delle dichiarazioni del dipendente (D.D.G. 163 del 13.02.2024 Regolamento sull'applicazione della disciplina in materia di attività esercitabili dal personale delle professioni sanitarie del comparto sanità)

Valutazione del periodo di prova:

rischio potenziale: inosservanza di norme di leggi e regolamenti che disciplinano i contratti di lavoro

misure di sicurezza associate: la misura consiste nella compilazione puntuale della scheda di valutazione del periodo di prova del personale dipendente

Assegnazione del personale

rischio potenziale: mancato rispetto della normativa aziendale

misure di sicurezza associate: prima della collocazione in servizio dei nuovi assunti si procede all'attivazione della mobilità interna (D.D.G.n 171 del 13.02.2020)

AREA PREVENZIONE

In relazione all'attuazione delle misure previste dal Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza aziendale per l'anno 2025 è stata effettuata:

La rotazione delle squadre di vigilanza, in particolare:

- a) gli audit sono stati effettuati con personale interprofessionale e interdistrettuale;
- b) per ogni area operativa territoriale è stata variata la composizione delle squadre di vigilanza utilizzando una Check-List regionale per il controllo ufficiale.

Così come previsto dal Piano Strategico di controllo degli operatori cioè di Verifica Efficacia e Supervisione in ottemperanza alla D.D. Regione Umbria N°3867 del 05.06.2015, sono state effettuate verifiche dell'efficacia dal Gruppo di Verifica (GdV) senza segnalare anomalie di rilievo rispetto al tema. Le procedure operative per le diverse attività di Controllo Ufficiale sono state correttamente utilizzate per ridurre la discrezionalità.

I sopralluoghi per il controllo ufficiale sono stati effettuati, compatibilmente con il personale presente in servizio, da almeno due operatori.

E' stata effettuata la rotazione del personale di ogni area territoriale nell'espressione dei pareri.

Non sono state segnalate irregolarità di comportamenti/procedimenti relativamente al personale tecnico della prevenzione.

SERVIZIO INFERMIERISTICO

Relazione anno 2025, attività previste dal piano triennale anticorruzione

Si rimette alla S.V. la relazione come in oggetto, significando:

- **GESTIONE-AUTORIZZAZIONE A PARTECIPAZIONE A FORMAZIONE CON SPONSOR:** la UO Formazione e Sviluppo Risorse, con apposito regolamento proposto e adottato con Delibera del DG n. 684 del 17.06.2024, nell'Allegato 1, art. 11.2, definisce che la formazione esterna facoltativa con sponsorizzazione debba essere veicolata dalla Direzione Aziendale. Il Servizio Infermieristico si è attenuto alla procedura e nella scelta dei partecipanti, una volta verificata l'assenza di conflitto di interessi, ha rispettato il criterio di competenza e rotazione.
- **DETERMINAZIONE FABBISOGNO PERSONALE DEL COMPARTO E GESTIONE ASSEGNAZIONE DI PERSONALE DIPENDENTE:** il Servizio Infermieristico si è scrupolosamente attenuto a quanto previsto dall'art. 6 del Regolamento del SITRO (Delibera n. 639 del 01/06/2016), prendendo a riferimento l'art. 6, comma 5. In particolare:
 - a. Ha gestito l'assegnazione qualitativa e quantitativa del personale afferente al profilo, sulla base del budget assegnato e secondo principi di equità;
 - b. Ha applicato gli standard di personale nelle strutture del Servizio in base alla programmazione del Direttore Sanitario, con riferimento alla normativa e alla letteratura esistente.
- **AUTORIZZAZIONE PER ATTIVITA' DI PRESTAZIONI OCCASIONALI:** le autorizzazioni sono sempre state rilasciate dopo attenta valutazione di un potenziale conflitto di interesse del richiedente e sul riscontro delle ore richieste. Sono stati effettuati, inoltre, controlli random sulle autorizzazioni rilasciate, anche grazie alla collaborazione dell'UO Risorse Umane, IFO Attività extra istituzionali e contratti atipici.

SERVIZIO OSTETRICO

Si rimette la presente Relazione sulla base del precedente documento di sintesi per l'anno 2025. FORMAZIONE DEGLI OPERATORI CON COINVOLGIMENTO DI SPONSOR: nel rispetto della normativa vigente, nell'anno 2025 il Servizio Ostetrico non ha realizzato eventi formativi con il coinvolgimento degli sponsor e la formazione è stata effettuata secondo la progettazione e la programmazione

autorizzata dalla Direzione Aziendale in ottemperanza a quanto disciplinato dal regolamento Aziendale delle Attività di Formazione Continua ed Aggiornamento Professionale, Delibera del DG n. 56 del 19/01/2021.

FABBISOGNO DEL PERSONALE ED ASSEGNAZIONE DELLE UNITA' AI SERVIZI : la determinazione del fabbisogno di personale è stata effettuata sulla base delle indicazioni della direzione Aziendale nel rispetto della pianificazione triennale del fabbisogno complessivo.

L'assegnazione del personale è avvenuta sulla base della contrattazione di budget sostenuta dal Direttore del D.M.I. per quanto riguarda i servizi ospedalieri e dai Direttori dei Distretti per quanto riguarda i servizi consultoriali. Le procedure di reclutamento/assegnazione hanno rispettato le modalità selettive ed i criteri contenuti nel CCNL, nei regolamenti aziendali che disciplinano le acquisizioni di risorse, l'assegnazione ed il trasferimento tra sedi.

L'assegnazione del personale alle varie U.O. è avvenuta nel rispetto dei modelli organizzativi adottati all'interno delle U.O. ospedalieri e dei servizi Territoriali afferenti alle Macrostrutture Presidi Ospedalieri e Distretti, definite in linea con gli standard organizzativi e professionali indicati dalla normativa di riferimento, DM 70/2015; DM 77/2022; Linee di indirizzo definizione del fabbisogno del personale AGENAS 2017/2021.

Il reclutamento del personale è sempre avvenuto attraverso:

- procedure di stabilizzazione del Personale;
- Procedure concorsuali;
- Assegnazione temporanea ai sensi dell'art 42 del TU 151/2001;
- L'assegnazione del personale reclutato con le modalità sopra elencate, è sempre preceduto dalla attivazione della Mobilità Interna, regolamentata con Delibera D.G. 171 del 13.02.2020 attraverso la pubblicazione del bando di Avviso interno.

PARTECIPAZIONE AD ATTIVITA' AGGIUNTIVA RETRIBUITA : per quanto riguarda lo svolgimento di attività aggiuntiva retribuita appositamente come attività legata a necessità aziendali straordinarie ed in particolare al recupero delle prestazioni da liste di attesa ha coinvolto il personale afferente al profilo di ostetrica assegnato ai servizi di Senologia del Presidio Ospedaliero di Città di Castello, attualmente ricompreso nella dotazione organica del Dipartimento Materno Infantile.

ATUTORIZZAZIONE ORARIO DI LAVORO PART-TIME PER LO SVOLGIMENTO DI ATTIVITA' IN LIBERA PROFESSIONE:

Nel rispetto di quanto previsto dal CCNL 2019/2021, l'autorizzazione dell'orario di Lavoro Part Time è avvenuta ai sensi del Disciplinare dell'Orario di Lavoro e Sistemi di monitoraggio e controllo Aziendale. Non sono state gestite, nell'anno di riferimento, richieste di orario Part time legate allo svolgimento di attività in libera professione.

La presente relazione, in assenza della Responsabile per malattia, viene redatta e firmata dal sottoscritto in qualità di referente per l'Anticorruzione del Servizio delle Professioni Sanitarie

S.I.T.R.O. Si premette che con atto del Commissario Straordinario 514 del 30/04/2020, a seguito del primo triennio di vigenza del modello organizzativo di tale servizio, istituito con atto deliberativo n. 639 del 01.06.16 Regolamento del "Servizio delle Professioni Sanitarie"- è stato intrapreso un percorso di riesame e valutazione dell'efficacia di tale impianto, finalizzato da un lato a superare le criticità emerse e dall'altro a garantirne un'adeguata implementazione e ottimizzazione dal punto di vista operativo. Con tale atto pertanto la Dirigente del Servizio SITRO è stata assegnata alla Struttura Semplice Aziendale

“Sviluppo organizzativo e politiche del personale”. Le relazioni finali d'anno sono pertanto state acquisite dai rispettivi 5 Responsabili dei Servizi afferenti il SITRO.

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

Gli uffici procedimenti disciplinari tanto del Comparto che delle Aree della Dirigenza Medica e Veterinaria, SPTA e Personale Convenzionato, hanno rimesso le relazioni semestrali (1° e 2° semestre 2025) indicando il numero dei procedimenti disciplinari attivati, anche a seguito di procedimenti penali (in genere aperti e sospesi in attesa del primo grado di giudizio) e riportando le sanzioni comminate, là ove il procedimento risultava concluso. Il numero di tali procedimenti e le sanzioni comminate (quella più grave risulta essere stato il licenziamento senza preavviso) sono stati riepilogati nella relazione annuale 2025.

Si da atto che gli UUPDD nel corso degli anni 2024 e 2025 hanno subito le seguenti modifiche:

- Con Delibere del DG n. 1394 del 13/12/2024, n. 900 del 06.08.2025 e n.1199 del 31.10.2025, si è provveduto alla sostituzione di componenti effettivi e supplenti per esigenze aziendali.

7.2 Attività di carattere generale

7.2.1 Codice di comportamento

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

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

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

Il “Codice” è stato predisposto dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione in collaborazione con le Unità Operative “Affari Generali Istituzionali e Gestione Legale dei Sinistri”, “Risorse Umane

Trattamento Giuridico Personale Dipendente” e “Risorse Umane Trattamento Economico Personale Dipendente – Gestione Personale Convenzionato e Strutture Convenzionate”, e partecipato ai Responsabili degli “Uffici dei Procedimenti Disciplinari” ed ai Referenti indicati nel Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione per eventuali suggerimenti ed integrazioni.

Esso definisce i doveri di diligenza, lealtà, imparzialità e buona condotta per tutto il personale che, a vario titolo, opera nel contesto aziendale, definendo criteri e modelli uniformi di comportamento per tutte le attività e sancendo sanzioni disciplinari in caso di violazione e può incidere sulla valutazione della performance e sui premi di risultato.

Il Codice esprime gli impegni e le responsabilità etiche assunte dai dipendenti e da tutti i collaboratori a vario titolo dell'Azienda e

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

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

7.2.2 Antiriciclaggio

La vigente disciplina relativa agli obblighi antiriciclaggio ha recentemente subito una importante modifica a seguito della entrata in vigore del D.Lgs. 4 ottobre 2019, n. 125 “Modifiche ed integrazioni ai decreti legislativi 25 maggio 2017, n. 90 e n. 92, recanti attuazione della direttiva (UE) 2015/849, nonché attuazione della direttiva (UE) 2018/843 che modifica la direttiva (UE) 2015/849 relativa alla prevenzione dell'uso del sistema finanziario ai fini di riciclaggio o finanziamento del terrorismo e che modifica le direttive 2009/138/CE e 2013/36/UE”. Invero, in ossequio al dovere di recepimento dell'Italia della Direttiva (UE) 2018/843, c.d. V Direttiva, è stato profondamente rimodellato il previgente impianto del D.Lgs. 231/2007 e del D.Lgs. 90/2017.

In attuazione delle disposizioni di cui alla citata normativa, è stato istituito (settembre 2021 e su impulso della UOC Contabilità Economico Finanziaria) un GdL al fine di redigere un regolamento aziendale in materia di contrasto ai fenomeni di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo, da rimettere alla Direzione aziendale cui competerà l'individuazione del Gestore. In attesa dell'adozione del regolamento sarà in capo ai Dirigenti di Struttura la comunicazione delle informazioni rilevanti, inerenti i fornitori di beni e servizi e concessionari (es. cambio assetto sociale, cessione di crediti, affitti rami di azienda etc) idonee a garantire l'efficacia della individuazione delle operazioni sospette alla Direzione aziendale, la quale con il supporto della UOC Contabilità Economico Finanziaria che, se opportuno provvederà ad informare tempestivamente l'UIF (Unità di Informazione Finanziaria istituita all'uopo presso la Banca d'Italia).

Con nota Prot. 0048018 del 11/03/2022 il RPC ha chiesto ai Responsabili ai Dirigenti di Staff ed Area centrale, al Direttore Dipartimento di Prevenzione, ai Direttori di Distretto e DSM e ai Responsabili Professioni Sanitarie di voler procedere ad una revisione ed integrazione della mappatura delle attività a maggior rischio corruttivo, se ed in quanto ritenuta necessaria, ma che comunque sia esaustivamente identificativa di tutti i procedimenti rientranti nelle fattispecie di cui all'art 10 del D.Lgs. 231/2007, lett. a), b) e c) e s.m.i. in materia di antiriciclaggio.

Permane l'impegno dell'RPC alla revisione della mappatura del rischio, in funzione della adozione del regolamento aziendale sull'Antiriciclaggio da sottoporre alla Direzione aziendale.

7.2.3 Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – PNRR

A seguito della Pandemia di COVID-19, il Governo italiano ha approvato il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) per rilanciare l'economia e promuovere al contempo salute, sostenibilità e innovazione digitale. Il PNRR fa parte del programma dell'Unione Europea, noto come *Next Generation EU* (NGEU), un fondo che prevede investimenti e riforme, in risposta ai gravi danni sociali ed economici generati dalla crisi pandemica da COVID-19. Tale fondo da 750 miliardi di euro (noto anche come Recovery Fund) assegna all'Italia un totale di 191,5 miliardi di euro.

Il PNRR rappresenta quindi il motore per la programmazione degli investimenti e delle riforme che l'Italia prevede di attuare entro il 2026. Il piano si articola in 6 Missioni, ciascuna delle quali caratterizzata da componenti (in totale 16), a loro volta articolate in investimenti con il corrispettivo importo assegnato. Le 6 Missioni del piano sono:

- Digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo;
- Rivoluzione verde e transizione ecologica;
- Infrastrutture per una mobilità sostenibile;
- Istruzione e ricerca;
- Inclusione e coesione;
- Salute.

All'interno della Missione 6 Salute, la Riforma dell'Assistenza Territoriale, afferente alla *Component 1*, si pone come obiettivo, quello di definire un nuovo modello organizzativo per la rete di assistenza primaria, atta all'individuazione di standard strutturali, tecnologici ed organizzativi uniformi su tutto il territorio nazionale, e di un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico.

Sono previsti investimenti:

- nelle *Case di Comunità (CdC)*, per la realizzazione di luoghi fisici di prossimità e di facile individuazione, punto di "primo contatto" dell'utente con il sistema di assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale;
 - nella *Casa come primo luogo di Cura*, in cui si colloca il sub-investimento "*Centrali Operative Territoriali*" (COT);
 - negli *Ospedali di Comunità (OdC)*, strutture sanitarie di ricovero breve che afferiscono alla rete di offerta dell'Assistenza Territoriale e svolgono una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero.
- Le misure di intervento afferenti alla *Component 2*, mirano al rinnovamento ed all'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, al completamento, alla diffusione nonché all'efficientamento dei sistemi informativi, e in tale ambito, rientra l'investimento denominato "*Verso un ospedale sicuro e sostenibile*", con rilevanti risorse destinate, tra altro, alla ristrutturazione ed agli interventi per il miglioramento e/o l'adeguamento delle strutture del patrimonio del SSN alla normativa in materia di antisismica.

Nel richiamare il PNRR Umbria 2021-2026, pertanto, tenuto conto della descrizione degli interventi ivi proposti, per garantire una migliore qualità dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria attraverso il potenziamento dell'assistenza ospedaliera fino al rafforzamento della prossimità delle strutture in grado di sviluppare un'assistenza medica territoriale, e con particolare riferimento alle azioni programmate per la nostra Azienda, che comportano consistenti investimenti, è stato chiesto ai principali attori aziendali interessati in tale progettualità di voler indicare le azioni finalizzate al raggiungimento degli obiettivi e le misure di prevenzione della corruzione da associare agli stessi.

Facendo seguito alla richiesta inoltrata con nota regionale prot. n. 4992-2022 del 12/01/2022, acquisita al prot. USL n. 0006118 del 12/01/2022, con nota USL prot. n. 8961 del 18/01/2022 e successiva comunicazione mezzo mail del 28.02.2022, sono stati comunicati i nominativi dei RUP per ciascuno

degli interventi della Missione 6, al fine del caricamento delle schede sulla Piattaforma Informatica messa a disposizione da Agenas.

Di seguito è riportato il riepilogo degli interventi previsti per l'Azienda UsI Umbria 1, indicando per ognuno anche il RUP

Interventi PNRR previsti								
M6.C1.1.1 Case della comunità e presa in carico della persona								
CUP	RUP	Superficie Intervento	Superficie Immobile	Comune	Provincia	Indirizzo	Importo Intervento Pnrr	Importo Intervento (Altre fonti)
F83D22001120006	PAGLIACCIA FABIO	710,00		UMBERTIDE	PERUGIA	Largo Cimabue,2	200.000,00	0/00
F43D22000350006	PAGLIACCIA FABIO	1.290,00		TODI	PERUGIA	G.Matteotti,10	404.573,00	0/00
F93D22000270006	PAGLIACCIA FABIO	1.470,00		PERUGIA	PERUGIA	Cestellini,snc	100.000,00	0/00
F33D22000200006	PAGLIACCIA FABIO	1.500,00		GUBBIO	PERUGIA	Piazza 40 Martiri,snc	120.000,00	0/00
F58I22000420006	PAGLIACCIA FABIO	880,00		MAGIONE	PERUGIA	Piazza Simoncini,1-7	1.600.000,00	0/00
F18I22000480006	PAGLIACCIA FABIO	750,00		CITTA' CASTELLO	DI PERUGIA	Vasari,5	1.700.000,00	0/00
F94H24001570006	PAGLIACCIA FABIO	2.500,00		PERUGIA	PERUGIA	Via del Giochetto 1-Monteluce	5.536.023,00	0/00

Nell'ambito degli obiettivi di competenza di questa Azienda, nel corso del 2024, è stato previsto, inter alia, l'intervento di realizzazione della Casa della Comunità di Perugia Monteluce – CUP F97H24001570006, per il quale si è disposto quanto di seguito indicato:

- con D.G.R. n. 311 del 05/04/2024, la Giunta Regionale ha autorizzato questa Azienda sanitaria a procedere all'acquisto da Prelios SGR S.p.A., dell'immobile denominato "Lotto F" ubicato nel complesso edilizio la Nuova Monteluce, al fine di potervi realizzare la Casa della Comunità di Perugia;

- con nota prot. USL n.0121559 del 26/06/2024 e successivo aggiornamento prot. USL n.0124537 del 02/07/2024, è stata trasmessa apposita istanza di rimodulazione relativa alla linea di finanziamento ai fini della sostituzione dell'intervento contrassegnato dal CUP F93D22000280006 (Casa della Comunità di Perugia Via XIV Settembre) attualmente inserito nel Piano Operativo Regionale, con il nuovo intervento contrassegnato al CUP F97H24001570006;

- con DGR 841 del 28/08/2024, recante "PNRR MISSIONE 6 SALUTE. RIMODULAZIONE INTERVENTI. AGGIORNAMENTO DELLA DGR 19/06/2024, n. 576", la Giunta Regionale ha aggiornato:

- l'allegato n. 1 della DGR 19/06/2024, n. 576 con la presa d'atto e approvazione delle Schede Intervento aggiornate in base alle richieste di rimodulazione, ove inter alia, viene approvata la sostituzione dell'intervento Casa di Comunità di Perugia - Via XIV Settembre con l'intervento Casa della Comunità di Perugia – Monteluce (realizzazione della Casa della Comunità di Perugia-Monteluce c/o l'immobile di proprietà di questa Azienda sanitaria, denominato "Lotto F", ubicato nel complesso edilizio la Nuova Monteluce);

- l'allegato 2 della DGR 19/06/2024 n. 576, con la presa d'atto e approvazione dello schema di Piano Operativo regionale, comprensivo di Action Plan, redatto dalla Direzione regionale Salute e Welfare, in conseguenza delle rimodulazioni delle Schede di intervento;

- con Delibera n. 0001374 del 09/12/2024 si è preso atto delle richieste di rimodulazione dei seguenti interventi edilizi del Programma Next Generation UE – PNRR:

- nota Prot. USL n. 0121559 del 26/06/2024 e successiva integrazione prot. USL n. 0124537 del 02/07/2024, con cui questa Azienda sanitaria ha richiesto una rimodulazione degli interventi nell'ambito della Misura 6 Component 1 Investimento 1.1 CASE DELLA COMUNITA' E PRESA IN CARICO DELLA PERSONA, proponendo la realizzazione della Casa della Comunità di Perugia – Monteluce CUP F97H24001570006 c/o l'immobile di proprietà di questa Azienda sanitaria, denominato "Lotto F" ubicato nel complesso edilizio la Nuova Monteluce, in sostituzione dell'intervento previsto c/o l'immobile ubicato in Via XIV Settembre CUP F93D22000280006;

M6.C1.1.2 Implementazione di un nuovo modello organizzativo: Centrali Operative Territoriali								
CUP	Ente SSR	Superficie Intervento	Superficie Immobile	Comune	Provincia	Indirizzo	Importo Intervento Pnrr	Importo Intervento (Altre fonti)
F93D22000340006	PAGLIACCIA FABIO	100,00		PERUGIA	PERUGIA	XIV Settembre,snc	96.150,00	0/00
F93D22000350006	PAGLIACCIA FABIO	100,00		PERUGIA	PERUGIA	XIV Settembre,snc	96.150,00	0/00
F93D22000330005	PAGLIACCIA FABIO	200,00		PERUGIA	PERUGIA	XIV Settembre,snc	173.075,00	0/00
F18I22000520006	PAGLIACCIA FABIO	100,00		CITTA' CASTELLO	DI PERUGIA	Vasari,5	250.000,00	0/00
F13D22000350006	PAGLIACCIA FABIO	100,00		CITTA' CASTELLO	DI PERUGIA	Vasari,5	250.000,00	0/00

M6.C1.1.2 Implementazione di un nuovo modello organizzativo: Centrali Operative Territoriali			
CUP	Ente SSR	Importo Intervento Pnrr	Importo Intervento (Altre fonti)
F94E22000500006	USL UMBRIA 1 RUP : FRANCHI ELENA	483.581,70	0/00

M6.C1 – 1.2.2 Casa come primo luogo di cura: Centrali operative territoriali-Interconnessione aziendale			
CUP	Ente SSR	Importo Intervento Pnrr	Importo Intervento (Altre fonti)
F17H22001270006	FABIANI MARCO	355.359,13	0/00

M6.C1 1.3 Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)								
CUP	Ente SSR	Superficie Intervento	Superficie Immobile	Comune	Provincia	Indirizzo	Importo Intervento Pnrr	Importo Intervento (Altre fonti)
F88I22000510006	PAGLIACCIA FABIO	2.000,00		UMBERTIDE	PERUGIA	Cavour , 40	2.750.000,00	0/00
F98I22000230006	PAGLIACCIA FABIO	2.230,00		PERUGIA	PERUGIA	della Pallotta , 42	750.000,00	0/00

M6.C2 – 1.1.1. Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione delle strutture ospedaliere (DEA Dipartimenti di Emergenza e Accettazione di Livello I e II))							
CUP	Ente SSR	Titolo Progetto	Presidio Ospedaliero	DEA di I o II livello	Comune	Importo Intervento Pnrr	Importo Intervento (Altre fonti)
F37H22001080007	FABIANI MARCO	Digitalizzazione dell'Ospedale Gubbio-Gualdo Tadino	Ospedale Gubbio-Gualdo Tadino	DEA I	GUBBIO	1.942.836,97	0/00
F17H22001210007	FABIANI MARCO	Digitalizzazione dell'Ospedale Città di Castello	Ospedale Città di Castello	DEA I	CITTÀ CASTELLO	2.575.388,53	0/00

M6.C2 – 1.1.2. Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi apparecchiature Sanitarie)						
CUP	Ente SSR	Grande Apparecchiatura	Presidio	Unità Operativa	Importo Intervento Pnrr	Importo Intervento (Altre fonti)
F39J22001740002	FRANCHI ELENA	RMN A 1,5 T	Ospedale Gubbio-Gualdo Tadino	Radiologia	914.000,00	0/00
F94E22000430006	FRANCHI ELENA	ECOTOMOGRAFI	Poliambulatori P Europa	Senologia	82.000,00	0/00
F39J22001700002	FRANCHI ELENA	ACCELERATORI LINEARI	Ospedale Città di Castello	Radioterapia	2.395.000,00	0/00
F39J22001700002	FRANCHI ELENA	RMN A 1,5 T	Ospedale Città di Castello	Radiologia	951.380,00	0/00
F89J22003260002	FRANCHI ELENA	TAC A 128 STRATI	Ospedale Umbertide	Radiologia	530.000,00	0/00
F49J22001160006	FRANCHI ELENA	ECOTOMOGRAFI	Ospedale Media Valle del Tevere	Poliambulatori	82.000,00	0/00
F79J22001270002	FRANCHI ELENA	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	Ospedale Assisi	Radiologia	244.000,00	0/00
F39J22001810006	FRANCHI ELENA	ECOTOMOGRAFI	Ospedale Gubbio-Gualdo Tadino	Senologia	82.000,00	0/00
F94E22000420002	FRANCHI ELENA	TAC A 128 STRATI	Casa Salute Città della Pieve	Radiologia	530.000,00	0/00
F19J22001720002	FRANCHI ELENA	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	Ospedale Città di Castello	Radiologia	280.600,00	0/00
F94E22000220006	FRANCHI ELENA	ECOTOMOGRAFI	Poliambulatori P Europa	Poliambulatori Specialistici	82.000,00	0/00
F39J22001800002	FRANCHI ELENA	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	Ospedale Gubbio-Gualdo Tadino	Radiologia	280.600,00	0/00
F19J22001730006	FRANCHI ELENA	ECOTOMOGRAFI	Ospedale Città di Castello	Radiologia	82.000,00	0/00

•Con Delibera n.1239 del 13/11/2025 si è preso atto delle richieste di rimodulazione dei seguenti interventi edilizi del Programma Next Generation UE – PNRR:

➤Revoca con sostituzione, ad invarianza di importo PNRR (€ 140.000,00), dell'intervento Casa della Comunità di Gubbio CUP F33D22000200006 con un nuovo intervento Casa della Comunità di Bastia CUP F84E25000180006, a causa del potenziale raggiungimento del Target, nel rispetto delle tempistiche previste per T1 2026 nel CIS/POR.

•con Delibera n.1440 del 19/12/2025 con la quale è stata recepita la DGR 26/11/2025, n. 1226, relativa all'ultima rimodulazione degli interventi di cui al Contratto Istituzionale di Sviluppo sottoscritto tra il Ministero della Salute e la Regione Umbria, ove, inter alia, è stata prevista la realizzazione dei lavori di efficientamento energetico della Casa della Comunità di Marsciano CUP F63D25004850002, a cui si fa fronte con le economie in parte derivanti dalla realizzazione della Casa della Comunità di Magione, in parte derivante dalla realizzazione della Casa della Comunità di Monteluca e in parte con mutuo, per un finanziamento complessivo di € 427.376,82 e l'Ospedale di Comunità di Marsciano CUP F63D25004840006 per un finanziamento complessivo di € 76.500,00 derivante con parte delle somme accantonate per imprevisti del quadro economico dell'Ospedale di Comunità di Perugia – Centro servizi Grocco.

Le attività intraprese dall'Azienda USL Umbria 1 riguardano gli affidamenti della progettazione e dei lavori degli interventi previsti, come da tabelle che seguono.

Tab 1.

INTERVENTO	CUP	DELIBERA	AAFFIDAMENTO	DETERMINA	AFFIDAMENTO	DATA	STIPULA
		CONTRARRE	AI SENSI E PERAFFIDAMENTO	LAVORI	CONTRATTO		
			GLI EFFETTI				
			DELL'ART. 1, C.				

2, LETT. A), DEL
D.TO LEGGE 16
LUGLIO 2020, N.
76, CONVERTITO
IN LEGGE 11
SETTEMBRE
2020, N. 120 (COSÌ
COME
MODIFICATO
DALL'ART. 51,
C.1 LETT. A)
SUB.2.1 DEL D.TO
LEGGE N. 77/2021

**M6.C1 – 1.1 Case
della comunità e
presa in carico
della persona**

Casa dellaF18I22000480006	482 del 21/04/22	Raggruppamento temporaneo costituito tra l'Ing. Sergio Falchetti (capogruppo) e l'Associazione Professionale Litostudio	1505 del 06/05/2022	Accordo (Invitalia)	Quadro28/11/2023
Comunità di Città di Castello					
Casa dellaF84E25000180006	781 del 08/07/2025	MDALAB di2199 del 31/07/2025			
Comunità di Bastia Umbra					
Casa dellaF43D22000350006	473 del 21/04/22	Raggruppamento temporaneo costituito tra l'Ing. Chiara Campanelli e l'Arch. Francesca Bioli	1517 del 09/05/2022	Accordo (Invitalia)	Quadro14/11/2023
Comunità di Todi					
Casa dellaF58I22000420006	475 del 21/04/22	BDO-3.0 di Baldoni e Cesaretti	1578 del 12/05/2022	Accordo (Invitalia)	Quadro14/11/2023
Comunità di Magione					
Casa dellaF83D22001120006	797 del 14/07/22	Ing. Numa Tondini di Perugia	2410 del 08/08/2022	Affidamento autonomo	28/9/2023
Comunità di Umbertide					
Casa dellaF93D22000270006	790 del 11/07/22	Ing. Artemio Paolo Belli di Perugia	2411 del 08/08/2022	Affidamento autonomo	9/10/2023
Comunità di Ponte San Giovanni					
Casa dellaF97H24001570006	808 del 12/07/2024	Studio A s.s e Ing. Radicchia	Delibera approvazione contratto n°62 del 20/01/2025	diAccordo (Invitalia)	Quadro20/01/2025
Comunità di Montelucre					
					come previsto dalla nota del Direttore Amministrativo prot. USL n.0228262 del 28/12/2023 e prot. USL n.003538 del 08/01/2024, si è proceduto alla sostituzione della Casa della Comunità di Perugia (via XIV Settembre) con l'unità immobiliare ubicata in Montelucre
Casa dellaF63D25004850002	1509 del 31/12/2025	Ing. Alberto Rogari	112 del 25/01/2018	Convenzione Consip	
Comunità di Marsciano					

**M6.C1 – 1.2.2
Implementazione
di un nuovo
modello
organizzativo:
Centrali Operative
Territoriali**

COT Città di Castello (Spoke 2)	diF13D22000350006	482 del 21/04/22	Raggruppamento temporaneo costituito tra l'Ing. Sergio Falchetti (capogruppo) e l'Associazione Professionale	1505 del 06/05/2022	Affidamento autonomo	29/8/2023
---------------------------------	-------------------	------------------	--	---------------------	----------------------	-----------

COT Città di Castello (Spoke 1)	diF18I22000520006	482 del 21/04/22	Litostudio Raggruppamento temporaneo costituito tra l'Ing. Sergio Falchetti (capogruppo) e l'Associazione Professionale Litostudio	1505 del 06/05/2022	Affidamento autonomo	29/8/2023
COT Perugia XIV Settembre HUB	viaF93D22000330005	468 del 21/04/22	Sintagma srl, sede in San Martino in Campo (PG), Via Roberta n. 1,	con1497 del 05/05/2022	Affidamento autonomo	31/8/2023
COT Perugia XIV Settembre (Spoke 1)	viaF93D22000340006	468 del 21/04/22	Sintagma srl, sede in San Martino in Campo (PG), Via Roberta n. 1,	con1497 del 05/05/2022	Affidamento autonomo	31/8/2023
COT Perugia XIV Settembre (Spoke 2)	viaF93D22000350006	468 del 21/04/22	Sintagma srl, sede in San Martino in Campo (PG), Via Roberta n. 1,	con1497 del 05/05/2022	Affidamento autonomo	31/8/2023

M6.C1 - 1.3.
Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)

Ospedale Comunità Umbertide	diF88I22000510006	437 del 08/04/22	Araut Engineering Soc. Coop., con sede in Foligno (PG), via Marchisielli 3/B,	1401 del 28/04/2022	Accordo (Invitalia)	Quadro14/11/2023
Ospedale Comunità Perugia (centro servizi Grocco)	diF98I22000230006	-	"Accordo quadro con un unico operatore economico per l'espletamento di servizi tecnici propedeutici all'esecuzione di interventi di manutenzione edile sugli immobili di questa Azienda sanitaria", concluso tramite MEPA n. 1334935 con lo Studio A s.s.;	757 del 30/06/22	Accordo (altro)	Quadro28/09/2023
Ospedale Comunità Marsciano	diF63D25004840006	1508 del 31/12/2025	Ing. Andrea Piccolino	112 del 25/01/2018	Convenzione Consip	

Tab. 2

Codice misura	Descrizione Misura	INTERVENTO	CUP	Affidamento lavori	FASI PROCEDURALI RELATIVE ALLA STIPULA DEI CONTRATTI	DATA STIPULA CONTRATTO	CIG ACCORDO QUADRO	CIG DERIVATO O CIG PROCEDURA AUTONOMA	DATA STIPULA CONTRATTO
M6C1I1.1	Casa della Comunità e presa in carico della persona	Casa della Comunità di Città di Castello	F18I22000480006	Accordo Quadro (Invitalia) Di Vincenzo & c. S.p.A	CONTRATTO APPALTO LAVORI E SERVIZI (per appalto integrato)	28/11/2023	AQ Appalto integrato 9326827F	CIG Derivato 9756684E54	28/11/2023

M6C1I1.1	Case della Comunità e presa in carico della persona	Casa della Comunità di Todi	F43D22000350006	Accordo Quadro (Invitalia) Imp.el. srl	CONTRATTO APPALTO LAVORI (per appalto lavori)	14/11/2023	AQ lavori 9326736A5	CIG Derivato 9743114007	14/11/2023
M6C1I1.1	Case della Comunità e presa in carico della persona	Casa della Comunità di Magione	F58I22000420006	Accordo Quadro (Invitalia) Imp.el. srl	CONTRATTO APPALTO LAVORI (per appalto lavori)	14/11/2023	AQ lavori 9326736A5	CIG Derivato 9742991A83	14/11/2023
M6C1I1.1	Case della Comunità e presa in carico della persona	Casa della Comunità di Umbertide	F83D22001120006	Affidamento autonomo Bagnetti srl	CONTRATTO APPALTO LAVORI (per appalto lavori)	28/9/2023		CIG procedura autonoma 9743272269	28/9/2023
M6C1I1.1	Case della Comunità e presa in carico della persona	Casa della Comunità di Ponte San Giovanni	F93D22000270006	Affidamento autonomo Gervasi Impianti Technology	CONTRATTO APPALTO LAVORI (per appalto lavori)	9/10/2023		CIG procedura autonoma 974324A49	9/10/2023
M6C1I1.1	Case della Comunità e presa in carico della persona	Casa della Comunità di Montelucre	F97H24001570006	Accordo Quadro (Invitalia) Apulia srl	CONTRATTO APPALTO LAVORI (per appalto lavori)	20/01/2025	AQ Appalto integrato 9326923458	B3F4AD94F1	20/01/2025
M6C1I1.2.2	Implementazione delle Centrali operative territoriali (COT)	COT Città di Castello (Spoke 2)	F13D22000350006	Affidamento autonomo IGE Impianti srl	CONTRATTO APPALTO LAVORI (per appalto lavori)	29/8/2023		CIG procedura autonoma 9557792A	29/8/2023
M6C1I1.2.2	Implementazione delle Centrali operative territoriali (COT)	COT Città di Castello (Spoke 1)	F18I22000520006	Affidamento autonomo IGE Impianti srl	CONTRATTO APPALTO LAVORI (per appalto lavori)	29/8/2023		CIG procedura autonoma 9557792A	29/8/2023
M6C1I1.2.2	Implementazione delle Centrali operative territoriali (COT)	COT Perugia via XIV Settembre HUB	F93D22000330005	Affidamento autonomo Gallano srl	CONTRATTO APPALTO LAVORI (per appalto lavori)	31/8/2023		CIG procedura autonoma 958292BBE	31/8/2023
M6C1I1.2.2	Implementazione delle Centrali operative territoriali (COT)	COT Perugia via XIV Settembre (Spoke 1)	F93D22000340006	Affidamento autonomo Gallano srl	CONTRATTO APPALTO LAVORI (per appalto lavori)	31/8/2023		CIG procedura autonoma 958292BBE	31/8/2023
M6C1I1.2.2	Implementazione delle Centrali operative territoriali (COT)	COT Perugia via XIV Settembre (Spoke 2)	F93D22000350006	Affidamento autonomo Gallano srl	CONTRATTO APPALTO LAVORI (per appalto lavori)	31/8/2023		CIG procedura autonoma 958292BBE	31/8/2023
M6C1I1.3	Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità).	Ospedale di Comunità di Umbertide	F88I22000510006	Accordo Quadro (Invitalia) Apulia srl	CONTRATTO APPALTO LAVORI E SERVIZI (per appalto integrato)	14/11/2023	AQ Appalto integrato 9326923458	CIG Derivato 97569983	14/11/2023
M6C1I1.3	Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e	Ospedale di Comunità di Perugia	F98I22000230006	Accordo Quadro (altro)	CONTRATTO APPALTO LAVORI (per	28/9/2023		CIG procedura autonoma	28/9/2023

delle sue strutture (Ospedali di Comunità).	(centro servizi Grocco)		La due BC srl	appalto lavori)			97492675A3	
---	-------------------------------	--	---------------	-----------------	--	--	------------	--

I lavori per la realizzazione delle Case di Comunità (tranne intervento per corpo ascensore c/o Casa Comunità di Gubbio e le Case di Comunità di Umbertide e Ponte S. Giovanni, lavori di importo inferiore a € 150.000,00, per i quali si è fatto ricorso all'art. 1, c. 2, lett. a) della L. 120/2020, modificato dall'art.51, c. 1, lett. a) sub 2.1, L. 108/2021) e degli Ospedali di Comunità (eccetto "Centro Servizi Grocco", per cui è risultato conveniente affidare l'intervento alla ditta titolare di Accordo quadro in essere con la USL Umbria 1) sono stati affidati aderendo agli accordi quadro stipulati da Invitalia; la consegna dei manufatti è stabilita per il 31/03/2026. Per la realizzazione delle COT la stessa Invitalia non ha predisposto accordi quadro, pertanto l'Azienda USL Umbria 1 ha affidato i lavori con procedure autonome. Le COT sono state ultimate ed entrate in funzione il 30/06/2024. Inoltre, ai fini del raggiungimento del target M6C1-7 Centrali operative pienamente funzionanti, relativo al sub investimento M6C1 1.2.2 Centrali Operative Territoriali (COT), fissato per il secondo trimestre del 2024, il meccanismo di verifica ha previsto la redazione di un "documento esplicativo che giustifichi debitamente come l'obiettivo sia stato raggiunto in modo soddisfacente" e a tal proposito è stato individuato un Ingegnere indipendente che, con apposite relazioni, ha attestato la piena funzionalità delle 5 COT.

Il RUP di tutti i lavori relativi ad interventi sugli stabili previsti in sede di adesione al PNRR era il dott. Ing. Fabio Pagliaccia, dirigente dell'U.O.C. Attività Tecniche-Acquisti Beni e Servizi, sostituito dalla Dott.ssa Ing. Federica Modesti, con Delibera del D.G n. 279 del 10/03/2025.

Relazione PNRR Missione 6 – Grandi apparecchiature e COT Device

Per la M6C2 1.1.2 - Grandi apparecchiature sanitarie e per la M6C1 1.2.2 COT Device, è stata individuata come RUP, per i rapporti con la regione ed il caricamento della documentazione in Regis, l'Ing. Elena Franchi, Resp. P.O. Ingegneria Clinica.

Questa Azienda USL Umbria 1 ha trasmesso, con note prot. n. 038629 del 25/02/2022 e successive integrazioni e revisioni (prot. n. 72053 del 14.04.2022, prot. n. 90711 del 12.05.2022), gli interventi da comprendere nel PNRR della Regione Umbria per la sostituzione delle grandi apparecchiature sanitarie in dotazione ai vari servizi dell'AUSL Umbria 1, secondo una vision strategica aziendale e in raccordo con le strutture regionali e con PuntoZero Scarl. Il criterio con cui sono state individuate le apparecchiature da sostituire si è basato sull'analisi dello stato di obsolescenza (collaudo antecedente all'anno 2008 - compreso) del parco grandi apparecchiature in dotazione, a partire dalle classi tecnologiche indicate dal Ministero;

Dato atto che con DGR n. 662 del 30/06/2022, è stato approvato il Provvedimento di delega amministrativa tra la Regione Umbria e l'Azienda USL Umbria 1, poi sottoscritto in data 01/07/2022, per l'attuazione degli interventi di cui alla Missione 6, Component 1 e 2, come riportati nel Piano Operativo regionale e negli Action Plan integrati, ed ha assegnato altresì a questa Azienda le relative risorse, per un importo complessivo di € 26.102.694,33 di cui € 6.535.580,00 per il Sub investimento 1.1.2 Grandi apparecchiature sanitarie, costituito da € 6.398.200,00, come da interventi programmati e comunicati da questa Azienda sanitaria per la sostituzione delle apparecchiature, ed € 137.380,00 come da mail del 12/05/2022 sopra citata per i lavori propedeutici all'installazione, così suddivisi:

DESTINAZIONE	Tipologia Apparecchiatura	IMPORTO APPARECCHIATURA (Iva inclusa)	IMPORTO Finanziato dal PNRR per i lavori (Iva inclusa)
Ospedale Città di Castello	Acceleratore Lineare	2.295.000,00 €	€ 100.000
Ospedale Città di Castello	Risonanza Magnetica	914.000,00 €	€37.800
Ospedale Gubbio – Gualdo Tadino	Risonanza Magnetica	914.000,00 €	
Ospedale Umbertide	TAC	530.000,00 €	
Casa Salute Città della Pieve	TAC	530.000,00 €	
Ospedale Città di Castello	Sistema radiologico fisso	280.600,00 €	
Ospedale Gubbio – Gualdo Tadino	Sistema radiologico fisso	280.600,00 €	
Ospedale Assisi	Sistema radiologico fisso	244.000,00 €	
Ospedale Città di Castello	Ecotomografo	82.000,00 €	
Ospedale Gubbio – Gualdo Tadino	Ecotomografo	82.000,00 €	
Ospedale Media Valle del Tevere	Ecotomografo	82.000,00 €	
Poliambulatori Piazzale Europa (Senologia)	Ecotomografo	82.000,00 €	
Poliambulatori Piazzale Europa	Ecotomografo	82.000,00 €	
Totale Missione 6 component 2 – 1.1.2		6.535.580,00 €	

Si specifica che gli importi unitari finanziati per apparecchiatura sono stati comunicati dal Ministero e che la data di ultimazione degli interventi previsti dalla M6C2-1.1.2, a seguito di rimodulazione del PNRR (approvata dal Consiglio dell'Unione Europea in data 8 dicembre 2023), ha previsto il differimento della scadenza del Target finale europeo, da dicembre 2024 a giugno 2026.

Preso atto che a seguito di rimodulazioni approvate con le seguenti DGR:

DGR n. 181 del 22/02/2023 avente ad oggetto “PNRR Missione 6 Salute. Rimodulazione Interventi. Approvazione nuova versione del POR e Schede intervento;

DGR n. 1108 del 25/10/2023, “PNRR Missione 6 Salute. Rimodulazione Interventi. Aggiornamento della DGR 24/05/2023, n. 524;

DGR n. 576 del 19/06/2024 “PNRR Missione 6 Salute. Rimodulazione Interventi. Aggiornamento della DGR 25/10/2023, n. 1108;

Dato atto della DDG 1286 del 22/11/2024 che ha preso atto delle delibere approvate dalla Giunta regionale con le citate DGR n. 181 del 22/02/2023, n. 1108 del 25/10/2023, n. 576 del 19/06/2024; Richiamate la DGR n. 894 del 10.09.2025 e la DGR 1226 del 26/11/2025, il prospetto degli interventi

M6C2 – 1.1.2 “Grandi Apparecchiature” risulta il seguente:

CUP	Descrizione	TARGET	IMPORTO Iniziale	Importo 1° rimodulazione	Importo 2° rimodulazione (DGR 576/2024)	Importo 3° rimodulazione (overbooking)	Importo 4° rimodulazione (economie)
F19J22001700002	Sostituzione Acceleratore lineare c/o Osp. Città di Castello	31/12/2024	2.395.000,00 €	2.436.123,50 €	2.543.237,18 €	2.543.237,18 €	2.512.806,46 €
F19J22001710002	Sostituzione RM c/o Osp. Città di Castello	31/03/2026	951.380,00 €	994.414,50 €	994.414,50 €	994.414,50 €	1.026.681,26 €
F39J22001790002	Sostituzione RM c/o Osp. Gubbio – Gualdo Tadino	31/03/2026	914.000,00 €	957.034,50 €	957.034,50 €	957.034,50 €	957.034,50 €
F89J22003260002	Sostituzione TC c/o Osp. Città di Castello	31/03/2026	530.000,00 €	530.000,00 €	530.000,00 €	530.000,00 €	511.444,20 €
F94E22000420002	Sostituzione TC c/o Osp. Media Valle del Tevere	31/03/2026	530.000,00 €	530.000,00 €	530.000,00 €	530.000,00 €	548.555,80 €
F19J22001720002	Sostituzione Polifunzionale c/o Osp. Città di Castello	31/12/2024	280.600,00 €	280.600,00 €	226.138,00 €	226.138,00 €	226.064,40 €
F39J22001800002	Sostituzione Polifunzionale c/o Osp. Gubbio Gualdo Tadino	31/12/2024	280.600,00 €	280.600,00 €	226.138,00 €	226.138,00 €	226.064,40 €
F79J22001270002	Sostituzione Polifunzionale c/o Osp. Assisi	31/03/2026	244.000,00 €	244.000,00 €	244.000,00 €	173.596,20 €	173.596,20 €
F19J22001730006	Sostituzione Ecotomografo c/o Osp. Città di Castello	31/12/2024	82.000,00 €	40.876,50 €	41.499,30 €	41.499,30 €	41.499,30 €
F39J22001810006	Ecotomografo c/o Osp. Gubbio Gualdo Tadino	31/12/2024	82.000,00 €	38.965,50 €	39.559,26 €	39.559,26 €	39.559,26 €
F49J22001160006	Ecotomografo c/o Osp. Media Valle del Tevere	31/12/2024	82.000,00 €	82.000,00 €	82.000,00 €	82.000,00 €	82.000,00 €
F94E22000430006	Ecotomografo c/o Senologia Poliambulatori P Europa	31/12/2024	82.000,00 €	38.965,50 €	39.559,26 €	39.559,26 €	39.559,26 €
F94E22000440006	Ecotomografo c/o Poliambulatori P Europa	31/12/2024	82.000,00 €	82.000,00 €	82.000,00 €	82.000,00 €	80.311,16 €
F94E25000150006	Sostituzione Ortopantomografo c/o casa circondariale di Perugia	31/03/2026				70.403,80 €	70.403,80 €
			6.535.580,00 €	6.535.580,00 €	6.535.580,00 €	6.535.580,00 €	6.535.580,00 €

Come indicato nelle schede - nella piattaforma Agenas - relative alle grandi apparecchiature da sostituire, le grandi apparecchiature sono state tutte acquisite tramite adesione alle Convenzioni Consip dedicate e al 31.12.2024 risultano operative come di seguito indicato:

INTERVENTO	Tipologia apparecchiatura	Accordo Quadro CONSIP	Operatività Grande Apparecchiatura
F19J22001700002 Sostituzione Acceleratore lineare c/o Osp. Città di Castello	Acceleratore lineare	AQ Acceleratori lineari, sistemi per radioterapia (gating, sgtr e dosimetria) ed.1 ID 2488	16/12/2024
F19J22001710002 Sostituzione RM c/o Osp. Città di Castello	Risonanza Magnetica	AQ Tomografi a risonanza magnetica (RM) e Tomografi computerizzati (TC) ed.3 ID 2533	entro 31/03/2026
F39J22001790002 Sostituzione RM c/o Osp. Gubbio – Gualdo Tadino	Risonanza Magnetica	AQ Tomografi a risonanza magnetica (RM) e Tomografi computerizzati (TC) ed.3 ID 2533	entro 31/03/2026
F89J22003260002 Sostituzione TC c/o Osp. Città di Castello	TC	AQ Tomografi a risonanza magnetica (RM) e Tomografi computerizzati (TC) ed.3 ID 2533	entro 31/03/2026
F94E22000420002 Sostituzione TC c/o Ospedale Media Valle del Tevere	TC	AQ Tomografi a risonanza magnetica (RM) e Tomografi computerizzati (TC) ed.3 ID 2533	entro 31/03/2026
F19J22001720002 Sostituzione Polifunzionale c/o Osp. Città di Castello	Sistema Radiologico Fisso (polifunzionale)	AQ Fornitura di apparecchiature di radiologia – telecomandati e polifunzionali (ed.1) ID 2489	06/11/2024
F39J22001800002 Sostituzione Polifunzionale c/o Osp. Gubbio Gualdo Tadino	Sistema Radiologico Fisso (polifunzionale)	AQ Fornitura di apparecchiature di radiologia – telecomandati e polifunzionali (ed.1) ID 2489	04/12/2024
F79J22001270002 Sostituzione Polifunzionale c/o Osp. Assisi	Sistema Radiologico Fisso (polifunzionale)	AQ Fornitura di apparecchiature di radiologia – telecomandati e polifunzionali (ed.1) ID 2489	entro 31/03/2026
F19J22001730006 Ecotomografo c/o Osp. Città di Castello	Ecotomografo	Accordo Quadro per la fornitura di Ecotomografi, servizi connessi e dispositivi opzionali per le Pubbliche Amministrazioni (edizione 2) ID 2349	23/09/2022
F39J22001810006 Ecotomografo c/o Osp. Gubbio Gualdo Tadino	Ecotomografo	Accordo Quadro per la fornitura di Ecotomografi, servizi connessi e dispositivi opzionali per le Pubbliche Amministrazioni (edizione 2) ID 2349	16/09/2022
F49J22001160006 Ecotomografo c/o Osp. Media Valle del Tevere	Ecotomografo	Accordo Quadro per la fornitura di Ecotomografi, servizi connessi e dispositivi opzionali per le Pubbliche Amministrazioni (edizione 2) ID 2349	16/05/2023
F94E22000430006 Ecotomografo c/o Senologia Poliambulatori P Europa	Ecotomografo	Accordo Quadro per la fornitura di Ecotomografi, servizi connessi e dispositivi opzionali per le Pubbliche Amministrazioni (edizione 2) ID 2349	16/09/2022

F94E22000440006 Ecotomografo c/o Poliambulatori P Europa	Ecotomografo	Accordo Quadro per la fornitura di Ecotomografi, servizi connessi e dispositivi opzionali per le Pubbliche Amministrazioni (edizione 2) ID 2349	29/12/2022
---	--------------	---	------------

Si segnala da ultimo l'attivazione di un ulteriore intervento per l'acquisto di un ortopantomografo per la Casa Circondariale di Capanne mediante l'utilizzo delle economie rilevate sulla misura. L'acquisto in adesione a convenzione Consip è stato effettuato entro il 31/12/2025 per l'importo di € 70.403,80. Sono in corso i lavori di predisposizione dei locali per la successiva consegna entro il 31/03/2026. CUP F94E25000150006.

Nelle risorse complessive, assegnate a questa Azienda (€ 26.102.694,33) dalla DGR 662/2022, è compreso anche l'importo di € 483.581,70 per la Missione 6 Component 1 - Sub investimento 1.2.2 Casa come primo luogo di cura: Centrali operative territoriali-Device.

L'acquisizione di tali dispositivi che dovranno interfacciarsi con la piattaforma di telemedicina per il monitoraggio da remoto dei parametri vitali dei pazienti per i quali il medico, nell'ambito dell'assistenza territoriale ne ravvisi la necessità di attivare il servizio, acquisizione inizialmente prevista tramite adesione a procedura centralizzata, promossa da Agenas, come da comunicazione da parte del Soggetto Attuatore ad Agenas stessa, in data 06.10.2023, è stata effettuata tramite recepimento della Determinazione dell'Amministratore Unico di Punto Zero del 7/05/2024 con la quale è stata aggiudicata la procedura aperta centralizzata accelerata suddivisa in n.2 lotti per l'affidamento della fornitura in acquisto di device ed apparecchiature elettromedicali per le aziende sanitarie della Regione Umbria, USL Umbria 1 e USL Umbria 2, con fabbisogni aggiornati come da tabella di seguito:

	Tipologia	Quantità	Prezzo unitario Base asta iva esclusa	B.a. iva esclusa	iva compresa
Lotto 1	Ecotomografi portatili	13	19.200,00 €	249.600,00 €	262.080,00 €
Lotto 2.1	ECG (Portatile/Dispositivi digitali per ECG) ad 1 derivazione	55	130,00 €	7.150,00 €	8.723,00 €
Lotto 2.2	BP/HR Monitor	55	500,00 €	27.500,00 €	33.550,00 €
Lotto 2.3	Pulsossimetro	55	80,00 €	4.400,00 €	5.368,00 €
Lotto 2.4	Stetoscopio digitale	55	425,00 €	23.375,00 €	28.517,50 €
Lotto 2.5	Sfigmomanometro digitale	55	85,00 €	4.675,00 €	5.703,50 €
Lotto 2.6	Termometro	55	120,00 €	6.600,00 €	8.052,00 €
Lotto 2.7	Bilancia digitale	50	160,00 €	8.000,00 €	9.760,00 €
Lotto 2.8	Glucometro con pungidito	55	170,00 €	9.350,00 €	11.407,00 €
Lotto 2.9	Otoscopio digitale	50	430,00 €	21.500,00 €	26.230,00 €
Lotto 2.10	Dispositivi wearable per motion tracking e smartwatches	55	380,00 €	20.900,00 €	25.498,00 €
	Altro (ECG a 12 derivazioni)	11	3.210,00 €	35.310,00	37.075,50 €

				€	
	Altro (zaini)	55	322,16 €	17.719,02 €	21.617,20 €
	totale				483.581,70 €

Si specifica che è stato necessario ricorrere a procedure autonome aziendali per l'acquisizione degli zaini e per gli elettrocardiografi a 12 derivazioni.

I device sono stati consegnati e collaudati nel corso del mese di giugno 2024, nel rispetto del target PNRR "Centrali Operative Territoriali pienamente funzionanti".

L'utilizzo delle economie COT è stato destinato, per l'importo di € 129.913,62 all'acquisto di apparecchiature per la Casa di Comunità di Ponte San Giovanni, consistenti in n. 1 ecotomografo ginecologico, n. 1 ecotomografo cardiologico, n. 2 doppler fetali, n. 1 audiometro, n. 1 caschetto frontale, n. 1 ottotipo LCD per Visus.

DIGITALIZZAZIONE

L'Azienda, in coerenza con gli indirizzi nazionali in materia di digitalizzazione della pubblica amministrazione, utilizza sistemi informatici quale leva strategica per il perseguimento degli obiettivi di prevenzione della corruzione e di incremento della trasparenza amministrativa. In particolare, nella gestione delle procedure di acquisizione, l'impiego di piattaforme di e-procurement e di sistemi di gestione documentale (protocollazione informatica, fascicolo elettronico, ecc.) consente di assicurare la tracciabilità delle operazioni, la standardizzazione dei processi e la riduzione dei margini di discrezionalità, contribuendo al rafforzamento dei presidi di legalità.

Si rinvia all'apposita sezione del PIAO, segnalando che l'acquisto delle apparecchiature e sistemi avverrà aderendo alle gare CONSIP, riducendo così notevolmente il rischio.

Tutti gli attori hanno in sostanza rappresentato che le principali misure di prevenzione al fenomeno corruttivo sono rappresentate dal rispetto in modo scrupoloso del codice dei contratti, di cui Dlgs.36/2023 e smi e del regolamento aziendale approvato con DDG 913/2016.

8. ATTIVITA' ISPETTIVA ANAC SUL PTPCT 2022-2024 E SUL PTPCT 2019- 2021

Controllo su PTPCT 2022/2024

Pur mancando una generica e condivisa modalità regolatoria dell'istituto della rotazione ordinaria, rallentata anche dall'emergenza sanitaria 2020 - 1° semestre 2022, e rimandando ai precedenti Piani il riepilogo delle parziali azioni poste in essere dalla Ausl Umbria 1 in ottemperanza a tale istituto, si rappresenta che con nota, acquisita al protocollo generale al n° 0140090 del 01/08/2022, ANAc, avviando un processo di vigilanza sul PTPCT 2022/2024, pur prendendo atto delle difficoltà rappresentate dall'Azienda, ravvisa la mancanza in tale Piano appunto di misure **alternative** alla rotazione ovvero di una programmazione finalizzata anche alla rotazione delle posizioni organizzative.

Di seguito si riporta la risposta dell'Azienda ai rilievi di ANAc :

✓ Difficoltà rappresentate nel Piano in merito all'attuazione della misura del personale dirigente
Gran parte dei Dirigenti dell'area centrale e di staff rivestono più incarichi di funzione ad interim.

L'Azienda UsI Umbria 1, nel 2021, ha concluso la procedura per la formazione di una graduatoria per contratti di lavoro a tempo determinato nella posizione di dirigente Amministrativo al fine di sopperire ad alcune carenze di organico; ad oggi risultano essere stati stipulati n° 2 contratti di lavoro a tempo determinato, con il 1° ed il 3° in graduatoria (dal momento che il 2° classificato ha rassegnato le proprie dimissioni, per motivi personali, dopo solo alcuni mesi). I due dirigenti sono stati assegnati alle Aree, ove il Dirigente di Struttura complessa riveste anche incarichi ad interim.

A seguito di pensionamenti, sono stati nominati 3 su 6 nuovi Direttori di Distretto nel 2021 e 1 nel 2022: quest'ultimo riveste anche l'incarico di responsabile del Servizio di Sicurezza aziendale. A tale proposito si specifica che il Piano sanitario regionale già preadottato dal Consiglio regionale (DGR 1138 del 17/11/2021) prevede la riduzione dei Distretti di questa Azienda da n. 6 a n. 2.

Nel mese di Marzo 2021 sono stati rinnovati, in quanto in scadenza, gli incarichi di Direttore di Dipartimento, nominando tre nuovi professionisti su sette.

- ✓ Il Piano non individua misure alternative alla rotazione, ovvero una programmazione finalizzata anche alla rotazione delle posizioni organizzative-

Dal 2018 (Conferimento incarichi PO nel 2015 per anni 3) non si è proceduto ad alcun nuovo conferimento di incarico, salvo quello denominato "Controllo Attività extraistituzionali ed occasionali personale dipendente/ Rapporti di Lavoro Atipici", per la necessità ed urgenza, stante la strategicità della materia. Il nuovo CCNL del personale del comparto (2018) ha sostanzialmente modificato il quadro normativo di riferimento, istituendo nei ruoli sanitario, tecnico, amministrativo e professionale, gli incarichi di funzione di "organizzazione" e "professionale". Dall'inizio del 2020, l'Azienda ha dovuto dare priorità all'erogazione delle funzioni assistenziali in emergenza prima e al recupero delle prestazioni poi, tanto che è ancora in corso di partecipazione alle OOSS il nuovo regolamento per l'assegnazione degli incarichi.

Si rimanda, comunque, alle sezioni dell'ultimo Piano pubblicato ove sono descritte le rotazioni messe in atto da alcuni servizi (es. Dipartimento di Prevenzioni, Commissioni di medicina legale etc). Si significa, che solo grazie al conferimento di incarichi ad interim, in alcuni casi e facendo ricorso all'avocazione di funzioni, in altri, l'Azienda ha potuto affrontare, nell'ultimo biennio, l'ordinario e l'emergenza covid, a fronte di un consistente esodo, in tale periodo, di personale sanitario, tecnico, professionale ed amministrativo, dirigenziale e non.

A titolo esemplificativo e non esaustivo, si rappresenta che al momento, solo per le Posizioni Organizzative sanitarie risultano vacanti n° 9 sulle 21 previste in organico (40% circa).

Nonostante tale contesto, sicuramente non favorevole, l'Azienda, solo con processi riorganizzativi in urgenza ha potuto garantire sia le prestazioni sanitarie ordinarie che quelle conseguenti al covid, come quelle amministrative di legge.

- ✓ Monitoraggio e attuazione della rotazione straordinaria nei confronti del personale sottoposto ad indagini o procedimenti disciplinari per fatti di natura corruttiva –

Come riportato nel vigente PTPCT, i Dirigenti delle rispettive Strutture monitorano le attività svolte nell'ufficio a cui sono preposti nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione, dandone riscontro al RPC attraverso delle relazioni semestrali e dispongono, con provvedimento motivato, la proposta di rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva, alla Direzione aziendale, che la recepisce con Delibera.

I Dirigenti sono coadiuvati nella valutazione, se del caso, dall'Ipas Affari Legali e del Contenzioso e dal RPC.

Semestralmente vengono chiesti anche all'Ipas Affari Legali e del Contenzioso" i procedimenti penali che vedono il coinvolgimento di dipendenti aziendali; l'RPC confronta i dati acquisiti con quelli, sempre semestrali, rimessi dall' Ufficio Procedimenti disciplinari aziendale.

L'Azienda Usl Umbria 1 ha già dato attuazione alla disposizione ex Delibera A.N.Ac 215 del 26/03/2019 "Linee guida in materia di applicazione della rotazione straordinaria di cui all'art. 16, comma 1, lettera quater del D.Lgs. 165/2001":

Per effetto dei procedimenti penali

- RGNR 2019/003172 "Richiesta di giudizio immediato",
- RGNR 709/2018 "Avviso di conclusione delle indagini preliminari" considerata la natura corruttiva dei reati contestati, nei confronti dei dipendenti coinvolti sono stati aperti e contestualmente sospesi procedimenti disciplinari; per n° 2 di essi (uno appartenente al Comparto sanità e uno appartenente alla Dirigenza medica), giuste Delibere del Direttore Generale, l'Azienda ha proceduto anche alla loro sospensione dal servizio. Per tutti gli altri dipendenti, appartenenti al comparto sanità, nella posizione funzionale di operatore tecnico e/o infermiere professionale, l'Azienda, non ha proceduto alla loro rotazione non ricorrendo le fattispecie ex delibera A.N.Ac 215/2019.

Per effetto delle sentenze di condanne nn°

- 138/2021 irrevocabile dal 29/04/2021
- 81/2021 irrevocabile dal 22/03/2021,

l'Azienda ha proceduto a riaprire i procedimenti disciplinari sospesi che si sono , in entrambi i casi , conclusi con la sanzione del licenziamento senza preavviso;

A seguito di procedimento penale

- RGNR 1153 /2020 "Decreto di perquisizione locale, personale e informatica con conseguente decreto di sequestro probatorio", considerata la natura corruttiva dei reati contestati, il dipendente interessato, giusta Delibera del Direttore Generale, è stato ruotato nell'incarico e con successiva , sostituito nella funzione di DEC.

A tale risposta della Ausl Umbria 1, l'Autorità ha espresso ulteriori considerazioni con nota acquisita al protocollo generale dell'azienda al n° 0217684 del 12/12/2022:

"Omissis.... Dall'analisi del Piano emerge che la USL è stata soggetto di una profonda riorganizzazione che -naturalmente - di fatto ha comportato la rotazione di numerosi incarichi dirigenziali e di posizioni organizzative.

Alla luce delle indicazioni fornite dall'Autorità, da ultimo nel PNA 2019 (cfr. in particolare l'allegato 2), deve essere sottolineato che – sebbene la rotazione debba essere temperata con le esigenze organizzative dell'ente – la stessa rappresenta una misura in generale fondamentale per la prevenzione della corruzione, in quanto finalizzata ad evitare che un medesimo soggetto possa sfruttare un potere o una conoscenza nella gestione dei processi caratterizzati da discrezionalità e da relazioni intrattenute con gli utenti per ottenere vantaggi illeciti.

Pertanto, sebbene la riorganizzazione posta in essere una tantum può generare tra gli effetti anche l'avvicendamento dei responsabili delle varie unità organizzative, la rotazione in senso stretto è invece caratterizzata da una programmazione anche pluriennale, da pianificare di pari passo con quello di formazione, per agevolare nel lungo periodo la fungibilità totale dei dipendenti di diversi uffici.

Per programmare la rotazione, è necessario individuare i criteri, le tempistiche e la modalità per l'attuazione della misura, anche in termini pluriennali, stabilendo gli uffici da sottoporre a rotazione, le caratteristiche della stessa (ad es. se funzionale o territoriale), la sua periodicità.

Dette informazioni possono essere contenute nel PTPCT ovvero in un documento ad hoc. E' fondamentale che la rotazione sia programmata su base pluriennale, rispettando il criterio della gradualità per mitigare l'eventuale impatto sulla attività degli uffici; così come assume rilievo una attività

di monitoraggio per valutarne l'effettività. Laddove, poi, per motivazioni oggettive da esplicitare all'interno del Piano non sia possibile ricorrere all'attuazione della misura devono essere programmate misure alternative aventi la medesima finalità.

Tali conclusioni devono essere applicate anche nel sistema delle aziende sanitarie e i dei suoi sottosistemi, come più volte affermato dall'Autorità in istruttorie analoghe a quella in esame. In particolare, per dare attuazione alla misura della rotazione nell'amministrazione sanitaria contemperandola con l'esigenza del mantenimento dei livelli di competenze in un quadro generale di accrescimento delle capacità complessive del personale, è necessaria una puntuale mappatura degli incarichi/funzioni apicali più sensibili (ad esempio quelli relativi a posizioni di governo delle risorse come acquisti, rapporti con il privato accreditato, convenzioni/autorizzazioni ecc), a partire dall'individuazione delle funzioni fungibili e utilizzando tutti gli strumenti disponibili in tema di gestione del personale ed allocazione delle risorse. Laddove, poi, non sia possibile ricorrere alla rotazione per motivazioni oggettive, è necessario individuare misure alternative con medesime finalità.

Codesta USL è tenuta a comunicare all'Autorità il proprio riscontro entro il termine di 45 giorni dal ricevimento della presente, precisando quali atti, ed entro quale termine, intenda adottare. L'Autorità verificherà l'adeguamento alle indicazioni fornite, con l'avviso espresso che l'omesso adeguamento darà impulso, ai sensi e per effetti dell'art. 1, comma 2, lett. f) e comma 3 della legge 190/2012, a un provvedimento d'ordine. Il presente atto verrà pubblicato sul sito dell'Autorità ai sensi dell'art. 20 del citato Regolamento di vigilanza. OMISSIS"

In risposta alla precedente descritta la Ausl Umbria 1 ha così integrato :

"Con riferimento alla nota di cui all'oggetto, nella presente si intende integrare la nostra precedente prot. 0155664 31/08/2022, con le precisazioni richieste con la successiva di Codesta Spett.le Autorità acquisita al protocollo generale dell'Ente al n° 0217684 del 12/12/2022.

Corre l'obbligo di ribadire le oggettive difficoltà di questa Azienda a procedere ad una programmata rotazione del personale dirigenziale e/o responsabile degli Incarichi gestionali, ma allo stesso tempo sottolineare quanto già effettivamente fatto sia in termini di rotazioni che di misure alternative applicate, già descritte nei PTPCT adottati, nonostante le difficoltà che la pandemia Covid 19 ha generato, rallentando pesantemente i processi intrapresi per aderire per quanto più possibile a quanto previsto dai PNA e somministrare la relativa formazione .

Dirigenza PTA

Attualmente non è possibile procedere alla rotazione dei Dirigenti del ruolo PTA, dato l'esiguo numero e la loro specifica professionalità, nonché l'età avanzata della maggior parte di Loro tale da farne prevedere il prossimo pensionamento.

Alcuni ricoprono il ruolo di direttore ad interim di una seconda struttura, per primo il RPC, che è anche Direttore dell'UOC Area Economale ed ad interim dell'UOC Patrimonio.

Nel corso del 2022 i Responsabili delle UOC Risorse Umane, Attività Tecniche-Acquisti Beni e Servizi e, 2023 Area Economale (RPC), sono stati affiancati da Dirigenti a tempo Determinato che svolgono già parte dei compiti e che assicurano la rotazione/ nuovo affidamento di funzioni

Dirigenza Sanitaria

Per i dirigenti sanitari è in corso di valutazione la rotazione territoriale di chi ha compiti di gestione, quali i Direttori di Distretto e di Presidio.

Premesso che per i primi è necessario il parere della conferenza dei sindaci del territorio, c'è stato, nel frattempo, un deciso ricambio non solo generazionale; cinque su sei sono al primo mandato, ed il Piano Sanitario Regionale, di prossima adozione, prevede almeno il dimezzamento di queste figure cambiandone di fatto così il ruolo.

I due Direttori di Presidio hanno ricoperto recentemente il ruolo di Direttore Sanitario (ancora uno lo è attualmente) nonché di Commissario Straordinario, mantenendo ad interim l'incarico presso il Presidio Ospedaliero di riferimento; prevedere in questa situazione la rotazione è veramente complesso.

Il continuo turn-over rappresenta comunque una buona rotazione della Dirigenza sanitaria e non, nel corso del 2022 su 165 incarichi di Dirigenti di Macrostruttura, Dipartimento, Struttura Complessa e Struttura Semplice, sono stati cambiati 37 dirigenti su 165, ossia oltre il 22%.

Comparto

Dal 2019 non sono stati nominati nuovi Responsabili degli incarichi gestionali (ex Posizioni organizzative) né sostituiti quelli nel frattempo collocati a riposo, quindi le organizzazioni sono diventate più complesse ed ampliati i compiti di quelli ancora in servizio, che a loro volta si avvicinano all'età pensionabile.

Dai primi di agosto 2022, disposizioni regionali, di fatto hanno bloccato qualsiasi assunzione di personale sino al 31/12/2022; nel 2022 pertanto, a fronte dell'uscita di personale (anche dirigenziale e titolare di posizione organizzativa), l'Azienda ha dovuto procedere con le soluzioni cuscinetto con assunzione di personale a tempo determinato e conferimenti ad interim, per non incorrere nello stallo di attività.

Si ricorda che, ulteriore elemento di condizionamento per una revisione organizzativa è l'imminente adozione del Piano Sanitario Regionale (adottato provvisoriamente).

Le misure ivi contenute, che tengono in debita considerazione la cronica carenza organica delle Aziende del SSR, vanno dalla riduzione dei Distretti Sanitari, all'accorpamento dei servizi strategici sino al potenziamento della Società in house per l'accentramento delle procedure di gara.

La Direzione aziendale solo a fronte dell'approvazione definitiva del PS regionale 2022/2025, sarà in grado di procedere ad una riorganizzazione in grado di efficientare le risorse disponibili e prevedere una convincente rotazione, ragionevolmente compatibile con le risorse di cui potrà disporre. Nel frattempo si è proceduto fin quando è stato possibile all'assunzione di personale con la qualifica di *Collaboratore Amministrativo - Professionale e Tecnico Professionale a tempo determinato* che hanno portato nuova linfa e condotto ad una revisione dei processi.

La proposta, in corso di perfezionamento, da sottoporre alle Organizzazioni sindacali per la stesura dei nuovi regolamenti è di provvedere alla rotazione o funzionale o territoriale dei Responsabili degli incarichi gestionali al termine di due mandati consecutivi, a meno che nel corso del terzo sia previsto il pensionamento, dando priorità alle Unità Operative a maggior rischio: Attività Tecniche-Acquisti Beni e Servizi, Patrimonio, Area Economale, Servizio aziendale Farmaceutico, Tecnologie Informatiche e Telematiche, Risorse Umane, Dipartimento di Prevenzione, per quanto riguarda le attività di Vigilanza ed Autorizzazione, Distretti, per le aree che concedono benefici. Per favorire la preparazione, l'assegnazione al nuovo incarico dovrà avvenire almeno un anno prima per permettere la formazione e l'affiancamento necessari a svolgere i prossimi compiti.

Variare le squadre addette alla vigilanza ogni tre anni, se le dotazioni territoriali lo permettono.

Non potranno essere costituite commissioni sia di gara che di concorso per più di tre volte consecutive con gli stessi componenti, dovrà essere prevista la rotazione per almeno uno di essi, così come annualmente deve ruotare almeno un componente delle commissioni di invalidità e patenti. Dopo cinque anni nessuna tipologia di commissione può prevedere lo stesso presidente e lo stesso segretario, se non per commissioni saltuarie.

DEC e RUP, Componenti Commissioni di gara e/o Concorsi, Componenti Commissioni di Invalidità e Patenti

Stesso criterio sarà proposto per la rotazione dei DEC che gestiscono i contratti dei Servizi Esternalizzati, con l'avvertenza di estendere tale principio verso le ditte fornitrici di più servizi che non possono essere seguite dallo stesso DEC per più di 10 anni ovvero due mandati.

Rotazione Straordinaria

Tempestività nelle adozioni delle azioni necessarie nell'ipotesi che si manifestino cause di incompatibilità allo svolgimento dell'incarico. In particolare in caso di notizia di avvio di procedimento penale a carico di un dipendente (ad esempio perché l'Azienda ha avuto conoscenza di un'informazione di garanzia o è stato pronunciato un ordine di esibizione ex art. 256 c.p.p. o una perquisizione o sequestro) e in caso di avvio di procedimento disciplinare per fatti di natura corruttiva, ferma restando la possibilità di adottare la sospensione del rapporto, l'Azienda assume le iniziative necessarie per procedere alla rotazione dell'incarico e/o alla assegnazione ad altro servizio. In particolare nel 2021, con DDG n. 100/2021 "Procedimento penale n. 2020/001153R.G.-notizie di reato. Personale dipendente area comparto sanità", è stata data applicazione all'istituto della rotazione straordinaria ai sensi e per gli effetti dell'art. 16 comma 1, lettera L – quater del D.Lgs n. 165/2001. Ciò ha comportato la naturale sostituzione nelle funzioni di DEC da esso ricoperte sino a tale data e nel 2023 a seguito della conclusione delle indagini, è stato somministrato il divieto di ricoprire il ruolo di RUP o DEC ad altro soggetto coinvolto.

Si ricordano comunque gli avvicendamenti/rotazioni occorsi dall'atto di costituzione dell'Azienda USL Umbria 1:

Nel corso del 2014, sono stati conferiti tutti i nuovi incarichi della nuova Azienda USL Umbria 1. Quasi tutti i Dirigenti dell'area centrale e di staff hanno cambiato almeno in parte il proprio incarico. In tutte le U.O. sono confluiti operatori provenienti da esperienze diverse; tali innovazioni hanno portato alla rivisitazione delle funzioni e ciò ha consentito il coinvolgimento di nuovi soggetti in ogni processo ed il rispetto dello spirito della norma sulla rotazione.

Nel 2015 sono state assegnate la Responsabilità di 82 Posizioni Organizzative dell'Area centrale e di Staff, con la ridefinizione delle funzioni di 49 e 7 nuovi incarichi. La Delibera 1128/15, con cui è stato adottato dall'Azienda il "Piano 2014-2016 Revisione Strutture Semplici e Complesse" richiesto dalla Regione, ha comportato una complessiva rivisitazione degli incarichi dirigenziali e la riduzione di 93 strutture semplici. Nel 2016 è stata completata la riorganizzazione che ha portato nei parametri nazionali il numero delle Strutture semplici. Con la soppressione o accorpamento delle strutture, ai dirigenti che ne erano titolari sono stati attribuiti incarichi diversi per tipologia e/o per funzioni. E' stata effettuata la riorganizzazione di molte strutture, sono stati assegnati 57 nuovi incarichi dirigenziali (su 201 complessivi) e sopresse 37 strutture; sono stati assegnati i nuovi incarichi dirigenziali derivanti dalla revisione dell'assetto organizzativo aziendale. Tale assegnazione è stata effettuata, con particolare riferimento alla Dirigenza Professionale ed Amministrativa, tramite procedure selettive di evidenza pubblica. E' stata riassegnata la responsabilità delle 36 Posizioni organizzative del ruolo sanitario, 17 delle quali hanno cambiato il titolare.

Nel 2017, proseguendo nel percorso di rinnovamento sono stati conferiti 4 nuovi incarichi di struttura complessa, 14 di struttura semplice e 3 strutture sono state accorpate; con le DDG n. 65 del 18.01.17 e n. 98 del 26.01.17 è stato definito il nuovo Organigramma degli incarichi di Coordinamento afferenti al Servizio delle Professioni Sanitarie. Nella fase di attribuzione dei nuovi incarichi è stato attuato il principio della rotazione degli incarichi anche ai fini dell'anticorruzione; sono stati ruotati

complessivamente 95 (pari al 46%) incarichi sui 207 assegnati e sono state conferite, inoltre, la Responsabilità di 10 Posizioni Organizzative a nuovi soggetti.

Dal 2018 non si è proceduto ad alcun conferimento di incarico, salvo alcune eccezioni dovute alla necessità ed urgenza di sostituzione pensionamenti, in quanto è intervenuto il nuovo CCNL del personale del comparto che ha sostanzialmente modificato il quadro normativo di riferimento. Tra le posizioni attribuite si rileva quella denominata "Controllo Attività extraistituzionali ed occasionali personale dipendente/ Rapporti di Lavoro Atipici".

E' in corso di partecipazione alle OOSS il nuovo regolamento per l'assegnazione degli incarichi anche se nel 2022 non sono stati ancora riattribuiti e le novità introdotte dal contratto recentemente sottoscritto hanno portato ad una ulteriore ridefinizione dei criteri di assegnazione.

Dirigenza

Nel corso dell'anno 2018 sono stati conferiti e/o rinnovati n. 63 incarichi dirigenziali di cui n. 33 possono rispondere al principio della rotazione in quanto n. 7 derivano da riorganizzazione/accorpamento di strutture e n. 26 sono nuovi incarichi attribuiti mediante avvisi o comunque a soggetti diversi.

Parimenti occorre ricordare le misure alternative intraprese considerato la difficoltà a provvedere alla rotazione, ampiamente descritte nei vari PTPCT.

Commissioni invalidi

La rotazione avviene nelle commissioni invalidi in relazione ai ruoli di titolare/supplente (per i medici) e di alternanza (50% ciascuno) dei segretari, (Delibera del D.G. n. 1161/15).

Comitato Gestione Sinistri

Nell'attività svolta da CoGeSi (Comitato Gestione Sinistri) in riferimento alla richieste di danni in tema di responsabilità professionale medica è garantita la rotazione delle figure tecniche professionali deputate a formulare gli specifici pareri tecnici.

Verifiche ispettive CUP

La Delibera del D.G. 1029/15 ha approvato le "Linee di indirizzo per la rotazione degli incarichi relativi alle verifiche ispettive delle casse CUP e dei delegati alla firma degli ordinativi di pagamento e di riscossione".

Funzionari addetti alla liquidazione

E' stato ruotato il personale addetto alla liquidazione delle competenze spettanti alle farmacie, parafarmacie, sanitarie ed esercizi commerciali autorizzati.

Dipartimento di Prevenzione: attività di vigilanza

Nel Dipartimento di Prevenzione in alternativa alla rotazione è previsto un sistema di audit e/o la verifica di attività a campione da parte della commissione interna denominata "GOV" che effettua con cadenza semestrale la verifica interna del rispetto delle procedure aziendali predisposte per alcune tipologie di attività, è stata attivata la procedura di sostituzione del personale in caso di segnalata incompatibilità. L'attività di vigilanza viene eseguita in coppia, con rotazione periodica delle coppie, compatibilmente con il personale presente in servizio.

Nei comuni interessati dalle elezioni amministrative, è stato ruotato il personale e l'attività di vigilanza programmata che è stata svolta da personale proveniente da altre aree, quando possibile o differita. Le commissioni di selezione del personale sono nominate dal D.G., sia per il comparto che per la Dirigenza,

di norma variano sempre nella loro composizione, nel rispetto della normativa vigente nazionale e regionale.

Quando il numero degli operatori lo consente è variata la composizione delle squadre di vigilanza, in caso contrario la vigilanza avviene sulla base del programma definito a cura del Dirigente del Servizio utilizzando un'apposita check-list ed è previsto un programma di audit di controllo.

Sono ruotati i membri del gruppo di audit del Servizio PSAL, come era avvenuto per il ISP e con disposizione del Direttore del Dipartimento di Salute Mentale sono stati ruotati i componenti della Commissione per l'effettuazione dei controlli/verifiche nelle Strutture Private accreditate e convenzionate nell'area dell'Alto Tevere e dell'Alto Chiascio.

RUP e DEC

E' stata attuata, quando possibile, la rotazione dei RUP, che non coincidono con i DEC, se non per contratti di modesto valore. Per le forniture più complesse e più onerose è previsto l'affiancamento del DEC con assistenti nominati dal Direttore Generale. La rotazione non è avvenuta ai soli fini della Prevenzione della Corruzione, ma è comunque una misura prevista nei regolamenti aggiornati per l'assegnazione degli incarichi.

Nel 2018 sono stati inseriti criteri più stringenti per l'autorizzazione in particolar modo per il conflitto di interessi. E' in corso di rielaborazione il nuovo regolamento in materia di incompatibilità, cumulo di impieghi ed incarichi a pubblici dipendenti.

Segregazione delle funzioni:

Ogni pagamento avviene tramite l'emissione di ordinativi informatici sul sistema contabile SAP previa Determina dirigenziale di liquidazione dei Responsabili dei Centri di responsabilità, fanno eccezione le spese indifferibili ed urgenti, liquidate mediante cassa Economale, nei limite del budget assegnato, che rappresentano una minima parte delle spese sostenute e comunque riepilogate trimestralmente con apposita DDG. Nel 2020 gli ordini dei beni sono avvenuti tramite il "Nodo Smistamento Ordini", nel 2021 l'obbligo è stato esteso anche ai servizi ed ha trovato piena attuazione nel 2022.

Conflitto di Interesse

E' obbligatoria la sottoscrizione del modello di assenza del conflitto di interessi per commissari di concorso/avviso ed addetti a vario titolo al controllo e liquidazione degli appalti.

E' stato predisposto modello per la dichiarazione di non incompatibilità dei componenti delle commissioni di gara, firmato ed inserita dichiarazione a verbale e riportato nelle delibere di nomina delle commissioni e delle aggiudicazioni.

Sono stati attivati, attraverso idonea modulistica, dei percorsi di raccolta del fabbisogno.

Sono sempre fatti i controlli dei requisiti delle ditte aggiudicatrici così come previsto dal codice.

Le funzioni di RUP sono state assunte anche da altri dipendenti della U.O. Attività Tecniche - Acquisti Beni e Servizi in modo da distribuire le gare ed evitare la concentrazione in un unico soggetto di tali funzioni e sostanziale un maggiore controllo.

Nell'UO Area Economale, sono state segregate le funzioni per i Servizi, il ruolo di RUP è ricoperto da un funzionario dell'Area, quello di DEC solitamente da uno esterno alla stessa, ed è comunque distinto dal DEC. Il Dirigente mantiene le funzioni di controllo e provvede alla liquidazione delle fatture. E' in fase di completamento il processo di suddivisione dei compiti e della responsabilità delle varie fasi del processo su più dirigenti/funzionari, per evitare che chi predispone un atto, come istruttore, sia lo stesso che lo sottoscrive e lo autorizza come dirigente e poi, eventualmente liquida anche i relativi debiti; che chi prescrive un ausilio o un farmaco sia lo stesso che lo collauda o l'autorizza, chi autorizza

una struttura sia lo stesso che la vigila, etc., (salvo dettami normativi che impongono prassi diverse, ad es. il DM 332/1999 prevede espressamente che chi prescrive è anche colui che collauda).

Verifica trimestrale dell'aggiornamento delle informazioni, che se non pubblicate rendono inefficaci gli atti di riferimento ed impediscono i pagamenti

Con delibera n. 931 del 12/8/2016 è stato approvato il Regolamento Aziendale sull'Ordinativo Informatico che disciplina il controllo interno da parte degli uffici e dei firmatari degli ordinativi, con apposita verbalizzazione da parte di questi ultimi. I controlli a campione sono stati effettuati, verbalizzati e conservati agli atti d'ufficio.

Si dà atto che nel 2017 sono state adottate diverse Procedure Operative nell'ambito del PAC Percorso Attuativo della Certificabilità, in alcune Aree di attività aziendali. La regolamentazione delle procedure aziendali secondo lo schema e con i contenuti minimi previsti dal PAC e nel rispetto dei principi del controllo interno è fondamentale per limitare la discrezionalità, dato che vengono stabiliti, tra l'altro, precisi ed oggettivi criteri, e vengono individuati, in ogni fase procedurale, in maniera univoca ed oggettiva, i soggetti responsabili, coinvolti ed informati. E' quindi importante sottolineare che anche negli anni successivi si è provveduto a regolamentare e revisionare altre aree, nel rispetto dei principi del PAC e del controllo interno, quali le donazioni (delibera 1031 del 1/8/2018) e la mobilità passiva (delibera 1548 del 11/12/2019). Si evidenzia, però che risulterebbero ancora da regolamentare, nel rispetto dei principi del controllo interno, diverse aree di attività aziendali, quali quelle relative, a titolo meramente esemplificativo, alle presenze/assenze del personale dipendente, alla liquidazione delle utenze etc

Nel 2015 in tutta l'azienda è stata implementata la procedura informatizzata ASTER per l'assistenza protesica.

Nel corso del 2016 è stata implementata la piattaforma informatica (Aster con interfaccia INPS) per le procedure in materia di Invalidità Civile e normative connesse.

Tutte le integrazioni e modifiche ai bandi di gara sono assunte con DDG.

Sono stati posti in essere sistemi di controllo per la verifica della corrispondenza sia per i beni e soprattutto per i servizi fra quanto previsto nel capitolato d'appalto, integrato da quanto offerto in sede di gara, e quanto effettivamente fornito, tramite il "modulo di avvenuta prestazione" e la documentazione allegata per procedere alla liquidazione delle fatture. Si stanno individuando per ogni struttura dei referenti adeguatamente formati (o da formare) in grado di controllare e segnalare al Dirigente dell'esecuzione del contratto (DEC) eventuali anomalie. Negli appalti di servizi di particolare rilevanza o complessità assieme al DEC sono nominati uno o più assistenti.

Si sta completando la nomina degli assistenti al DEC, per tutti gli appalti di particolare rilevanza economica o complessità (valore economico superiore al milione di euro).

Si sta completando la predisposizione dei modelli di verbali di controllo, con apposita check list, redatto dai funzionari incaricati, attestante tutti controlli (a campione o sistematici) effettuati nel periodo di riferimento della fattura per la quale il DEC deve dichiarare la regolarità dell'esecuzione e la conseguente liquidabilità. Il suddetto verbale è poi vistato dal DEC e conservato agli atti unitamente alla restante documentazione e per lo stesso periodo.

Nel 2018 sono state predisposte le check list per i controlli a campione: ristorazione ,rifiuti e pulizie. Si sta predisponendo l'informatizzazione delle check list al fine di renderle capillari il più possibile.

Così come si sta completando l'addestramento del personale addetto alla verifica dell'"avvenuta prestazione".

Controllo su PTPCT 2019/2021

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

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

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

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

9. CONSIDERAZIONI SU MISURE TRASVERSALI E/O ESCLUSIVE

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

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

L'attività di individuazione dei comportamenti a rischio è stata effettuata nella consapevolezza che, un comportamento a rischio di corruzione, non individuato in fase di mappatura, non potrà essere valutato nella fase di trattamento del rischio e quindi potrebbe sfuggire al programma di prevenzione.

L'integrazione tra misure trasversali e misure esclusive, consente all'azienda di adottare un approccio organico e proporzionato alla Prevenzione della Corruzione.

Misure esclusive

Le misure esclusive mirate a singoli processi o ad aree a maggior rischio corruttivo come appalti, concorsi, liste di attesa, prestazioni e rimborsi (allegato 1 al Precedente PTPCT 2025/2027), non subiscono variazioni nei contenuti.

Tale allegato verrà comunque ripubblicato di seguito al PTPCT 2026/2028.

Misure trasversali

Le misure trasversali si applicano a tutte le strutture organizzative e a tutti i processi sia amministrativi che sanitari, e costituiscono il quadro generale per la prevenzione del rischio corruttivo ed includono interventi in materia di codice di comportamento, rotazione del personale, monitoraggi interni ecc...

Tali attività, data la complessità di una realtà che eroga servizi socio-sanitari, hanno rappresentato un primo passo di declinazione delle principali attività di intervento, che nel corso dei vari aggiornamenti l'Azienda cerca sempre di perfezionare.

Attività carattere generale				
Titolo	Azioni di miglioramento adottate o da adottare	scadenza	Soggetti responsabili	Indicatori
Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	Al fine di realizzare un'efficace strategia di prevenzione del rischio di corruzione, tutti gli strumenti di programmazione che l'Amministrazione adotterà devono essere coordinati con il PTPCT, in particolare il Piano delle performance ed il Piano triennale della formazione. Già nelle note vincolanti al budget 2019 era previsto il rispetto delle prescrizioni contenute nei PTPCT; è già stata richiesta la valutazione del RPC, sul rispetto degli adempimenti previsti. L'RPCT ha definito indicatori specifici per la misura del raggiungimento dell'obiettivo. Il piano della formazione aziendale 2025 prevedeva la riproposizione di specifici corsi relativi alla Prevenzione della Corruzione ed alla Trasparenza, e a temi riconducibili a dette tematiche, sia per i Dirigenti di struttura che per il Personale del comparto, purtroppo non attuatisi. Nell'anno 2025 sono stati svolti incontri in videoconferenza a cui sono seguite comunicazioni divulgative tra gli addetti, in vista della programmazione 2026/2028 della Formazione sia interne riferita ai Referenti ed ai Dirigenti di struttura, sia Unificata tra le Aziende Sanitarie e Ospedaliere della Regione Umbria	Triennio	Direzione aziendale RPC Dirigenti responsabili, dei Dipartimenti, di Area centrale e staff	Verifica rispetto degli indicatori di budget e di quanto previsto per i dirigenti nelle sezioni seguenti Verifica della partecipazione ai corsi di formazione
	Aggiornamento PTCPT • aggiornamento delle attività a rischio; • conseguente aggiornamento del piano di formazione.	31 gennaio di ogni anno	RPC in collaborazione dei Referenti	Pubblicazione nei termini previsti del PTCPT
	Individuazione di ulteriori Referenti per la Prevenzione della Corruzione	31 gennaio di ogni anno	Direzione aziendale RPC	Eventuali referenti nominati

Attività carattere generale				
Titolo	Azioni di miglioramento adottate o da adottare	scadenza	Soggetti responsabili	Indicatori
	Adozione delle azioni di miglioramento previste	Vedi termini indicati nella specifica tabella	Dirigenti responsabili di macroarea, dei Dipartimenti, di Area centrale e staff	Vedi termini indicati nella specifica tabella
	Programmazione delle azioni di trasparenza	31 gennaio di ogni anno	Responsabile della Trasparenza	Pubblicazione nei termini previsti del PTCPT
Codice di comportamento	L'aggiornamento del Codice di comportamento è stato effettuato nel 2019. Con DDG 862/2018 sono state aggiornate le Responsabilità disciplinari del personale del Comparto in base al CCNL comparto sanità sottoscritto in data 21/05/2018 e 2019/2021 . Con DDG 631/2020 sono state aggiornate le Responsabilità disciplinari dei Dirigenti Medici, Sanitari, Veterinari e delle Professioni Sanitarie in base al CCNL sottoscritto in data 19/12/2019 e 2019/2021. Con DDG 1260/2021 sono state aggiornate le Responsabilità disciplinari della Dirigenza Professionale, Tecnica ed Amministrativa in base al CCNL sottoscritto in data 17/12/2020 Con DDG n. 383 del 30/03/2022 è stato costituito l'Ufficio Procedimenti Disciplinari per il Personale Dipendente e per gli Specialisti Ambulatoriali della Azienda USL Umbria 1 Con DDG n. 655 del 10/06/2022 l' Ufficio Procedimenti Disciplinari per il Personale Convenzionato (UPDC) della USL Umbria. È stato integrato con i componenti per i Pediatri di Libera Scelta (PLS) Con Delibere del DG n. 1394 del 13/12/2024, n. 900 del 06.08.2025 e n.1199 del 31.10.2025, si è provveduto alla sostituzione di componenti effettivi e supplenti per esigenze aziendali.			
	Monitoraggio annuale sull' attuazione del Codice, tramite il confronto con l'ufficio interessato delle Risorse umane eventuale incontro con i Responsabili della gestione del personale e i presidenti degli U.P.D. in caso di necessità	Annuale in tempo utile per la relazione del RPC	Tutti i soggetti interessati	Verbale incontro ovvero, se il dato è richiesto nella relazione annuale, pubblicazione dello stesso

Attività carattere generale				
Titolo	Azioni di miglioramento adottate o da adottare	scadenza	Soggetti responsabili	Indicatori
	Monitoraggio delle sanzioni disciplinari erogate. Semestralmente i Presidenti degli UUPPDD aggiornano il RPC , così il Responsabile dell'Ufficio Legale aggiorna lo stato dei procedimenti penali attivati nei confronti dei pubblici dipendenti per reati contro la PA (vedi relazione annuale 2025)	Semestrale	Dirigenti U.O. Risorse umane, in collaborazione con il RPC	Relazioni semestrali
Antiriciclaggio	La vigente disciplina relativa agli obblighi antiriciclaggio ha subito una importante modifica a seguito della entrata in vigore del D.Lgs. 4 ottobre 2019, n. 125 "Modifiche ed integrazioni ai decreti legislativi 25 maggio 2017, n. 90 e n. 92, recanti attuazione della direttiva (UE) 2015/849, nonché attuazione della direttiva (UE) 2018/843 che modifica la direttiva (UE) 2015/849 relativa alla prevenzione dell'uso del sistema finanziario ai fini di riciclaggio o finanziamento del terrorismo e che modifica le direttive 2009/138/CE e 2013/36/UE". Invero, in ossequio al dovere di recepimento dell'Italia della Direttiva (UE) 2018/843, c.d. V Direttiva, è stato profondamente rimodellato il previgente impianto del D.Lgs. 231/2007 e del D.Lgs. 90/2017.			

Attività carattere generale				
Titolo	Azioni di miglioramento adottate o da adottare	scadenza	Soggetti responsabili	Indicatori
	In attuazione delle disposizioni di cui alla citata normativa, è stato istituito (settembre 2021) un GdL al fine di redigere un regolamento aziendale in materia di contrasto ai fenomeni di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo, da rimettere alla Direzione aziendale cui competerà l'individuazione del Gestore. Nei mesi di Agosto e Settembre 2024 sono stati riavviati gli incontri con i Referenti delle UUOOSS della UslUmbria1 e la Direzione Aziendale. In attesa dell'adozione del regolamento sarà in capo ai Dirigenti di Struttura la comunicazione delle informazioni rilevanti, inerenti i fornitori di beni e servizi e concessionari (es. cambio assetto sociale, cessione di crediti, affitti rami di azienda etc) idonee a garantire l'efficacia della individuazione delle operazioni sospette alla Direzione aziendale, la quale con il supporto della UOC Contabilità Economico Finanziaria che, se opportuno provvederà ad informare tempestivamente l'UIF (Unità di Informazione Finanziaria istituita all'uopo presso la Banca d'Italia). Con nota Prot. 0048018 del 11/03/2022 il RPC ha chiesto a Responsabili ai Dirigenti di Staff ed Area centrale, al Direttore Dipartimento di Prevenzione, ai Direttori di Distretto e DSM e ai Responsabili Professioni Sanitarie di voler procedere ad una revisione ed integrazione della mappatura delle attività a maggior rischio corruttivo, se ed in quanto ritenuta necessaria, ma che comunque sia esaustivamente identificativa di tutti i procedimenti rientranti nelle fattispecie di cui all'art 10 del D.Lgs. 231/2007, lett. a), b) e c) e s.m.i. in materia di antiriciclaggio. La materia sarà disciplinata in apposito regolamento aziendale.	Immediata	RPC Dirigenti U.O. che liquidano le prestazioni Dirigente UOC Contabilità Economico Finanziaria	Segnalazioni effettuate/Richieste "rilevanti pervenute"

Attività carattere generale

Titolo	Azioni di miglioramento adottate o da adottare	scadenza	Soggetti responsabili	Indicatori
Rotazione del personale (azioni adottate negli anni)	L'Azienda USL Umbria 1 si è costituita il 1 gennaio 2013, dalla fusione delle ex ASL 1 e ASL 2, secondo quanto previsto dalla Legge Regionale 12 novembre 2012 , n. 18 "Ordinamento del servizio sanitario regionale", da due realtà con vocazioni abbastanza diverse, più ospedaliera la prima, più territoriale la seconda, ove è presente anche un'Azienda Ospedaliera. Nel corso del 2014, sono stati conferiti tutti i nuovi incarichi della nuova Azienda USL Umbria 1. Quasi tutti i Dirigenti dell'area centrale e di staff hanno cambiato almeno in parte il proprio incarico. In tutte le U.O. sono confluiti operatori provenienti da esperienze diverse; tali innovazioni hanno portato alla rivisitazione delle funzioni e ciò ha consentito il coinvolgimento di nuovi soggetti in ogni processo ed il rispetto dello spirito della norma sulla rotazione. Nel 2015 sono state assegnate la Responsabilità di 82 Posizioni Organizzative dell'Area centrale e di Staff, con la ridefinizione delle funzioni di 49 e 7 nuovi incarichi. La Delibera 1128/15, con cui è stato adottato dall'Azienda il "Piano 2014-2016 Revisione Strutture Semplici e Complesse" richiesto dalla Regione, ha comportato una complessiva rivisitazione degli incarichi dirigenziali e la riduzione di 93 strutture semplici. Nel 2016 è stata completata la riorganizzazione che ha portato nei parametri nazionali il numero delle Strutture semplici. Con la soppressione o accorpamento delle strutture, ai dirigenti che ne erano titolari sono stati attribuiti incarichi diversi per tipologia e/o per funzioni. E' stata effettuata la riorganizzazione di molte strutture, sono stati assegnati 57 nuovi incarichi dirigenziali (su 201 complessivi) e sopresse 37 strutture; sono stati assegnati i nuovi incarichi dirigenziali derivanti dalla revisione dell'assetto organizzativo aziendale. Tale assegnazione è stata effettuata, con particolare riferimento alla Dirigenza Professionale ed Amministrativa, tramite procedure selettive di evidenza pubblica. E' stata riassegnata la responsabilità delle 36 Posizioni organizzative del ruolo sanitario, 17 delle quali hanno cambiato il titolare. Nel 2017, proseguendo nel percorso di rinnovamento sono stati conferiti 4 nuovi incarichi di struttura complessa ed 14 di struttura semplice e 3 strutture sono state accorpate, con le DDG n. 65 del 18.01.17 e n. 98 del 26.01.17 è stato definito il nuovo Organigramma degli incarichi di Coordinamento afferenti al Servizio delle Professioni Sanitarie. Nella fase di attribuzione dei nuovi incarichi è stato attuato il principio della rotazione degli incarichi anche ai fini dell'anticorruzione, sono stati ruotati complessivamente 95 incarichi sui 207 assegnati, 95 (pari al 46%), sono state conferite, inoltre, la Responsabilità di 10 Posizioni Organizzative a nuovi soggetti. Dal 2018 non si è proceduto ad alcun conferimento di incarico, salvo alcune eccezioni dovute alla necessità ed urgenza di sostituzione pensionanti, in quanto è intervenuto il nuovo CCNL del personale del comparto che ha sostanzialmente modificato il quadro normativo di riferimento. Tra le posizioni attribuite si rileva quella denominata "Controllo Attività extraistituzionali ed occasionali personale dipendente/ Rapporti di Lavoro Atipici" . E' in corso di partecipazione alle OOSS il nuovo regolamento per l'assegnazione degli incarichi anche se nel 2022 non sono stati ancora riattribuiti e le novità introdotte dal contratto recentemente sottoscritto hanno portato ad una ulteriore definizione dei criteri di assegnazione. Nel corso dell'anno 2018 sono stati conferiti e/o rinnovati n. 63 incarichi dirigenziali di cui n. 33 possono rispondere al principio della rotazione in quanto n. 7 derivano da riorganizzazione/accorpamento di strutture e n. 26 sono nuovi incarichi attribuiti mediante avvisi o comunque a soggetti diversi. La rotazione avviene nelle commissioni invalidi in relazione ai ruoli di titolare/supplente (per i medici) e di alternanza (50% ciascuno) dei segretari, (Delibera del DG. n. 1161/15). Nell'attività svolta da CoGeSi (Comitato Gestione Sinistri) in riferimento alla richieste di danni in tema di responsabilità professionale medica è garantita la rotazione delle figure tecniche professionali deputate a formulare gli specifici pareri tecnici. La Delibera del D.G. 1029/15 ha approvato le "Linee di indirizzo per la rotazione degli incarichi relativi alle verifiche ispettive delle casse CUP e dei delegati alla firma degli ordinativi di pagamento e di riscossione". E' stato ruotato il personale addetto alla liquidazione delle competenze spettanti alle farmacie, parafarmacie, sanitarie ed esercizi commerciali autorizzati. Nel Dipartimento di Prevenzione in alternativa alla rotazione è previsto un sistema di audit e/o la verifica di attività a campione da parte della commissione interna denominata "GOV" Gruppo Operativo di Verifica che effettua con cadenza semestrale la verifica interna del rispetto delle procedure aziendali predisposte per alcune tipologie di attività, è stata attivata la procedura di sostituzione del personale in caso di segnalata incompatibilità. L'attività di vigilanza viene eseguita in coppia, con rotazione periodica delle coppie, compatibilmente con il personale presente in servizio. Nel 2020 hanno ruotato i membri dei gruppi di Lavoro e di audit del Servizio ISP e nel 2022 quello PSAL. È stato ridefinito il nuovo gruppo GOV per le attività dell'anno 2025 inserendo nel gruppo anche il medico recentemente assunto, sia per rispettare la turnazione che per favorirne la formazione (nota prot.n. 227356 del 10/12/2024, allegato n. 4). Nel dicembre 2025 con prot. n.229364 si è proceduto alla ulteriore modifica del gruppo GOV per UOC PSAL in tema di prevenzione della corruzione per l'anno 2026. - Le attività di vigilanza sono state svolte di regola in coppia con rotazione periodica del personale. La rotazione delle coppie è una misura non sempre di facile applicazione per l'esiguità numerica del personale tecnico che si fa sentire soprattutto in alcune aree come il Trasimeno, la MVT, l'Eugubino e l'Assisano. Il tutto a causa di pensionamenti, congedi per malattia o altre motivazioni (maternità, ferie, legge 104, prescrizioni del medico competente, ecc). In alcune situazioni di particolare emergenza si è provveduto con interventi di supporto da altre aree che, oltre a garantire la continuità del servizio, hanno consentito anche la rotazione richiesta dal piano anticorruzione in questione			
	Pagina 89 Si dà atto che l'Azienda nel 2023 ha proceduto alla selezione interna per il conferimento degli Incarichi di Funzione Organizzativa, Incarichi di Funzione Organizzativa con Coordinamento e Incarichi di Funzione Professionale, riservato al Personale dipendente del Comparto dell'Azienda USL Umbria1 - Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari in attuazione degli artt. 24,28,29,30, 31 e 35 del CCNL Comparto Sanità 2019/2021.			

Attività carattere generale				
Titolo	Azioni di miglioramento adottate o da adottare	scadenza	Soggetti responsabili	Indicatori
	Nei comuni interessati dalle elezioni amministrative, è stato ruotato il personale e l'attività di vigilanza programmata che è stata svolta da personale proveniente da altre aree, quando possibile o differita. Le commissioni di selezione del personale sono nominate dal D.G., sia per il comparto che per la Dirigenza, di norma variano sempre nella loro composizione, nel rispetto della normativa vigente nazionale e regionale. E' stata attuata, quando possibile, la rotazione dei RUP, che di solito non coincidono con i DEC. Per le forniture più complesse e più onerose è previsto l'affiancamento del DEC con assistenti nominati dal D.G.. La rotazione non è avvenuta ai soli fini della Prevenzione della Corruzione, ma è comunque una misura prevista nei regolamenti aggiornati per l'assegnazione degli incarichi. In particolare nel 2021, con DDG n. 100/2021 "Procedimento penale n. 2020/001153R.G.-notizie di reato. Personale dipendente area comparto sanità", è stata data applicazione all'istituto della rotazione straordinaria ai sensi e per gli effetti dell'art. 16 comma 1, lettera L – quater del D.Lgs n. 165/2001. Ciò ha comportato la naturale sostituzione nelle funzioni di DEC da esso ricoperte sino a tale data. Con atto n. DDG 766/2021 "Conferimento incarichi di Direttore di Distretto." sono stati rinnovate le Direzione dei Distretti Sanitari.			
	Quando il numero degli operatori lo consente, viene variata la composizione delle squadre di vigilanza, in caso contrario la vigilanza avviene sulla base del programma definito a cura del Dirigente del Servizio utilizzando un'apposita check-list ed è previsto un programma di audit di controllo. Recentemente sono ruotati i membri del gruppo di audit del Servizio PSAL, come per il Servizio ISP; con disposizione del Direttore del Dipartimento di Salute Mentale sono stati ruotati i componenti della Commissione per l'effettuazione dei controlli/verifiche nelle Strutture Private accreditate e convenzionate nell'area dell'Alto Tevere e dell'Alto Chiascio.	Biennale	Dirigenti responsabili(informano l' RPC delle rotazioni nelle commissioni)	Numero delle squadre variate Programma di vigilanza predisposto Check list predisposta, numero di audit

Attività carattere generale				
Titolo	Azioni di miglioramento adottate o da adottare	scadenza	Soggetti responsabili	Indicatori
	Tempestività nelle adozioni delle azioni necessarie nell'ipotesi che si manifestino cause di incompatibilità allo svolgimento dell'incarico. In particolare in caso di notizia di avvio di procedimento penale a carico di un dipendente (ad esempio perché l'Azienda ha avuto conoscenza di un'informazione di garanzia o è stato pronunciato un ordine di esibizione ex art. 256 c.p.p. o una perquisizione o sequestro) e in caso di avvio di procedimento disciplinare per fatti di natura corruttiva, ferma restando la possibilità di adottare la sospensione del rapporto, l'Azienda assumerà le iniziative necessarie per procedere alla rotazione dell'incarico e/o alla assegnazione ad altro servizio.	immediata	Dirigenti responsabili e Dirigente dell'U.O. Gestione del personale	(numero delle azioni intraprese) / (numero dei casi verificatosi) I Dirigenti responsabili danno sempre conto al RPC delle rotazioni nelle commissioni e degli altri provvedimenti adottati in caso di eventi corruttivi (le risultanze sono nella relazione annuale)
	Nel 2018 sono stati inseriti criteri più stringenti per l'autorizzazione in particolar modo per il conflitto di interessi. E' stata istituita la posizioni denominata "Controllo Attività extraistituzionali ed occasionali personale dipendente/ Rapporti di Lavoro Atipici" , in quanto ritenuta necessaria per la delicatezza trattata e i suoi possibili risvolti anche in materia di prevenzione della corruzione. Il regolamento in materia di incompatibilità, cumulo di impieghi ed incarichi a pubblici dipendenti,	31dicembre 2026	Dirigente U.O. Risorse umane	Definizione del sistema di monitoraggio

Attività carattere generale				
Titolo	Azioni di miglioramento adottate o da adottare	scadenza	Soggetti responsabili	Indicatori
	si propone di provvedere alla rotazione o funzionale o territoriale dei Responsabili degli incarichi gestionali al termine di due mandati consecutivi, a meno che nel corso del terzo è previsto il pensionamento. L'assegnazione al nuovo incarico deve avvenire almeno un anno prima, per permettere la formazione e l'affiancamento necessari a svolgere i prossimi compiti. E' già stata proposta alla Direzione la rotazione dei DEC che gestiscono i contratti dei Servizi Esternalizzati, con l'avvertenza di estendere tale principio verso le ditte fornitrici di più servizi che non possono essere seguite dallo stesso DEC per più di 10 anni ovvero due mandati. Non possono essere costituite commissioni sia di gara che di concorso per più di due volte consecutive con gli stessi membri, almeno uno deve ruotare, così come annualmente deve ruotare almeno un membro delle commissioni di invalidità e patenti. Dopo cinque anni nessuna tipologia di commissione può prevedere lo stesso presidente e lo stesso segretario, se non per commissioni saltuarie per più due non è possibile svolgere detto compito	31/12/2026	Direttore UOC risorse Umane Dirigenti UO interessate	Numero delle rotazioni effettuate/ numero delle nomine
Conferimento e autorizzazione incarichi	Monitoraggio sulle dichiarazioni rese a vario titolo dai collaboratori dell'Azienda	Annuale	Dirigenti Responsabili	Numero dei controlli effettuati 100% delle dichiarazioni rese
Attività successive alla cessazione dal servizio	Il patto di integrità, adottato con il Piano 2017, prevede la risoluzione del contratto nel caso di violazione da parte dei fornitori del divieto previsto dal DPR 165/2001 art. 53 comma 16 ter.			
Pantouflage	Predisposizione di un apposito modulo da far sottoscrivere ai dipendenti all'atto di cessazione del rapporto di lavoro che hanno lavorato nelle UOC a maggior rischio corruttivo, in cui si impegnano a non prestare la loro opera a favore dei fornitori con cui hanno avuto rapporti lavorativi.	31/12/2026	RPC, Direttore UOC Risorse Umane	Modulo predisposto

Attività carattere generale				
Titolo	Azioni di miglioramento adottate o da adottare	scadenza	Soggetti responsabili	Indicatori
	Firma del modulo di cui sopra all'atto della cessazione del rapporto di lavoro per il personale interessato	Annuale	Direttore UOC Risorse Umane, Direttori UO	Moduli firmati/rapporti di lavoro interessati cessati
Tutela del dipendente pubblico che segnala gli illeciti (whistleblower)	Verifica del sistema di protezione del whistleblower interno o esterno all'Azienda che segnala eventuali condotte illecite (art. 54 bis del d.lgs. n. 165 del 2001 , Codice di comportamento aziendale e Legge 179/2017). DDG 1470 del 20/12/2024 è stato adottato il "Regolamento Aziendale per le segnalazioni di condotte illecite"	Annuale	R.P.C. e Resp. Sistemi informativi e informatici	Effettiva protezione dell'anonimato del dipendente pubblico e soggetto esterno che segnala illeciti
Formazione del personale	Formazione specifica attraverso percorsi articolati, destinata alle figure principali della prevenzione della corruzione: • R.P.C., • IFP prevenzione e corruzione a supporto al RPC; • Referenti per la Prevenzione della Corruzione ed addetti di supporto da questi individuati; • Responsabile della Trasparenza • I Dirigenti delle strutture ed i Dirigenti delle relative Strutture Complesse; • IFO, IFP delle aree a maggior rischio. Formazione generale i corsi sono rivolti al personale amministrativo e sanitario, del comparto e dirigenziale delle varie strutture aziendali. I temi trattati riguardano il fenomeno corruttivo, diritto di accesso, trasparenza, il Codice di comportamento ecc... La formazione curata dal R.P.C., dal Resp. Trasparenza, dall' U.O. Formazione e Sviluppo Risorse e da altri docenti individuati secondo il Regolamento Aziendale della Formazione DDG 346 del 14/03/2018.	Annuale	R.P.C. UO "Formazione e Sviluppo Risorse	Numero dei discenti che hanno partecipato

Attività carattere generale				
Titolo	Azioni di miglioramento adottate o da adottare	scadenza	Soggetti responsabili	Indicatori
	Nel corso degli anni 2024- 25 sono stati svolti incontri tra i RPCT della Usl e Az Osp della Regione e Centro di Formazione Unico per la programmazione dei corsi di formazione			
Patti di integrità negli affidamenti	Negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere di invito, viene inserito il patto di integrità (comprensivo delle sanzioni in caso di violazioni), esteso anche alle associazioni di volontariato.	Annuale	Dirigenti responsabili dell'area appalti R.P.C.	Numero di contratti sottoscritti contenente il patto di integrità / Numero di contratti sottoscritti 100% del contratti di fornitura beni e servizi e 100% convenzioni con Enti del terzo settore

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

Attività carattere generale				
Titolo	Azioni di miglioramento adottate o da adottare	scadenza	Soggetti responsabili	Indicatori
Monitoraggi interni di ogni unità operativa	Ogni Dirigente, in particolar modo quelli delle aree a maggior rischio, definisce un sistema di monitoraggio sui propri processi, se rileva violazioni: -di rilevanza disciplinare, ne dà tempestiva comunicazione all'Ufficio procedimenti disciplinari per i necessari provvedimenti, -di responsabilità contabile, presenta tempestiva denuncia alla competente procura della Corte dei conti, -con ipotesi di notizia di reato, ne dà tempestiva denuncia alla Procura della Repubblica o ad un Ufficiale di Polizia giudiziaria. -verifica che non sussistano situazioni di incompatibilità.	Annuale	Tutti i Dirigenti di Macrostruttura, Dipartimenti e U.O. delle aree centrali e di staff in collaborazione con il R.P.C.	Numero delle segnalazioni riportate nelle rispettive relazioni finali d'anno
	Ogni struttura deve indicare i tempi previsti dalla legge o dai propri regolamenti per la conclusione dei Procedimenti, deve realizzare un sistema di monitoraggio del rispetto dei termini			Numero dei procedimenti di cui è stato definito il tempo di attuazione
	Segnala periodicamente, motivando, eventuali scostamenti dai tempi previsti.			Numero delle segnalazioni
	Controlli a campione sulle autodichiarazioni rese dal personale.		Unità Operativa Risorse Umane	Numero ed esito dei controlli
	L'informatizzazione dei processi costituisce di per sé sistema di monitoraggio e consente di ottenere indicatori di controllo sul processo stesso.			

Attività carattere generale				
Titolo	Azioni di miglioramento adottate o da adottare	scadenza	Soggetti responsabili	Indicatori
In particolare, con atto deliberativo n.1148/2016 sono state approvate le linee guida per le autocertificazioni relative a richiesta di assegni famigliari e sono state previste, ed effettivamente realizzate, le seguenti tipologie di controlli: - a campione: a posteriori (dopo l'erogazione del contributo) individuando, mediante sorteggio, la percentuale del 10% delle istanze relative al periodo 01/07 - 30/06 di ogni anno; - puntuali: a) (su ogni istanza) prima dell'erogazione del beneficio, per tutte le domande di riconoscimento di arretrati riferiti a periodi precedenti b) in tutti i casi in cui sorgono fondati dubbi sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive. In particolare sono stati effettuati controlli in materia di autocertificazioni relative a richieste di assegni familiari, di cui all'atto deliberativo n. 1148/2016.				
Con la DDG n° 1524 del 28/12/2016 sono stati adottati i modelli per la comunicazione: di quanto previsto dal DPR n. 62/2013 “Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165”, recepiti con la DDG di questa USL 541/2019 avente ad oggetto “Adozione del Codice di Comportamento dell'Azienda USL Umbria 1”: Modulo A - “Dichiarazione sostitutiva di certificazione - Partecipazione ad Associazioni e Organizzazioni che possono interferire con l'attività dell'ufficio ai sensi dell'art. 5 DPR n. 62/2013 e dell'art. 9 del Codice di comportamento aziendale” - Modulo B - “Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà degli Interessi finanziari e Conflitti di interesse ai sensi dell'art. 6 DPR n. 62/2013 e dell'art. 8 del Codice di comportamento aziendale” - Modulo C – “Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ai sensi dell'art. 13 del DPR 62/2013 e dell'art. 10 del Codice di comportamento aziendale - Disposizioni particolari per i Dirigenti” - Modulo D – “Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ai sensi dell'art. 13 del DPR 62/2013 e dell'art. 10 del Codice di comportamento aziendale - disposizioni particolari per i Dirigenti situazione reddituale e patrimoniale ai sensi dell'art. 14 Decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 - obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi dirigenziali” - Modulo E – “Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ai sensi dell'art. 14 Decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 - Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi dirigenziali - Dichiarazione presentata dal Dirigente dichiarante”				
Monitoraggio dei rapporti amministrazione/ soggetti esterni	Raccolta delle dichiarazioni dal personale interessato	annuale	Dirigenti responsabili	N°delle dichiarazioni raccolte
	Per la predisposizione dell'aggiornamento del Piano sono invitati a proporre suggerimenti gli Enti del Terzo settore.	annuale	RPC	Modelli predisposti

Attività carattere generale				
Titolo	Azioni di miglioramento adottate o da adottare	scadenza	Soggetti responsabili	Indicatori
Controllo a campione ai fini della Prevenzione la corruzione	E' stato costituito uno specifico gruppo di audit/controllo per ogni Servizio del Dipartimento di Prevenzione per verificare alcuni processi a campione sia autorizzativi che di vigilanza	annuale	Il Responsabile del Servizio	Numero dei controlli effettuati, numero delle non conformità riscontrate
	Il Servizio di Medicina legale verifica l'attuazione delle misure di rotazione dei membri delle Commissioni	annuale	Il Responsabile dell' U.O. Medicina legale	N° dei controlli effettuati, N° delle non conformità riscontrate
Riduzione della discrezionalità dei processi	I dirigenti devono favorire l'applicazione dei processi ad evidenza pubblica e trasparenti, che siano disciplinati da normative nazionali, regionali o inquadrati in regolamenti aziendali, in mancanza di tutto questo è necessario stabilire a monte i criteri che saranno seguiti, attraverso atto ad evidenza pubblica			
	Tutte le Delibere del Direttore Generale e le Determine Dirigenziali sono dematerializzate ed il protocollo è elettronico e sono registrati tutti gli interventi effettuati			
	Ogni pagamento avviene tramite l'emissione di ordinativi informatici sul sistema contabile SAP previa Determina dirigenziale di liquidazione dei Responsabili dei Centri di responsabilità, fanno eccezione le spese indifferibili ed urgenti, liquidate mediante cassa Economale, nei limiti del budget assegnato, che rappresentano una minima parte delle spese sostenute e comunque riepilogate trimestralmente con apposita DDG. Nel 2020 gli ordini dei beni sono avvenuti tramite il "Nodo Smistamento Ordini", nel 2021 l'obbligo è stato esteso anche ai servizi ed ha trovato piena attuazione nel 2022.			
	Con delibera n. 931 del 12/8/2016 è stato approvato il Regolamento Aziendale sull'Ordinativo Informatico che disciplina il controllo interno da parte degli uffici e dei firmatari degli ordinativi, con apposita verbalizzazione da parte di questi ultimi. I controlli a campione sono stati effettuati, verbalizzati e conservati agli atti d'ufficio.			
	Si dà atto che nel 2017 sono state adottate diverse Procedure Operative nell'ambito del PAC (Percorso Attuativo della Certificabilità), in alcune Aree di attività aziendali. La regolamentazione delle procedure aziendali secondo lo schema e con i contenuti minimi previsti dal PAC e nel rispetto dei principi del controllo interno è fondamentale per limitare la discrezionalità, dato che vengono stabiliti, tra l'altro, precisi ed oggettivi criteri, e vengono individuati, in ogni fase procedurale, in maniera univoca ed oggettiva, i soggetti responsabili, coinvolti ed informati. E' quindi importante sottolineare che anche negli anni successivi si è provveduto a regolamentare e revisionare altre aree, nel rispetto dei principi del PAC e del controllo interno, quali le donazioni (delibera 1031 del 1/8/2018) e la mobilità passiva (delibera 1548 del 11/12/2019).			

Attività carattere generale				
Titolo	Azioni di miglioramento adottate o da adottare	scadenza	Soggetti responsabili	Indicatori
	Informatizzare per quanto possibile tutti i processi, partendo da quelli a maggior rischio. Il programma deve dare modi di evidenziare le modifiche effettuate con data e autore delle stesse. Nel 2015 in tutta l'azienda è stata implementata la procedura informatizzata ASTER per l'assistenza protesica. Nel corso del 2016 è stata implementata informatico (Aster con interfaccia INPS) per le procedure in materia di Invalidità Civile e normative connesse			
	Tutte le procedure sotto soglia, ove presente il meta prodotto, vengono espletate tramite procedure telematica (MEPA). Tutte le fasi delle gare sono sempre seguite da almeno due persone, anche la verifica dell'anomalia. E' stato predisposto modello per la dichiarazione di non incompatibilità dei componenti delle commissioni di gara, firmato ed inserita dichiarazione a verbale e riportato nelle delibere di nomina delle commissioni e delle aggiudicazioni. Sono stati attivati, attraverso idonea modulistica, dei percorsi di raccolta del fabbisogno. Sono sempre fatti i controlli dei requisiti delle ditte aggiudicatrici così come previsto dal codice. Le funzioni di RUP sono state assunte anche da altri dipendenti della U.O. Attività Tecniche - Acquisti Beni e Servizi in modo da distribuire le gare ed evitare la concentrazione in un unico soggetto di tali funzioni e sostanzialmente un maggiore controllo Nell'UO Area Economale, sono state segregate le funzioni per i Servizi, il ruolo di RUP è ricoperto da un funzionario dell'Area, quello di DEC solitamente da uno esterno alla stessa, ed è comunque distinto dal DEC. il Dirigente mantiene le funzioni di controllo e provvede alla liquidazione delle fatture.			
	Completamento del processo di suddivisione dei compiti e della responsabilità delle varie fasi del processo su più dirigenti/funzionari, per evitare che chi predispone un atto, come istruttore, sia lo stesso che lo sottoscrive e lo autorizza come dirigente e poi, eventualmente liquida anche i relativi debiti, che chi prescrive un ausilio o un farmaco sia lo stesso che lo collauda o l'autorizza, chi autorizza una struttura sia lo stesso che la vigila, etc., (salvo dettami normativi che impongono prassi diverse, ad es. il DM 332/1999 prevede espressamente che chi prescrive è anche colui che collauda).			
	Tutte le integrazioni e modifiche ai bandi di gara devono essere assunte con DDG.			
	Sono stati posti in essere sistemi di controllo per la verifica della corrispondenza sia per i beni e soprattutto per i servizi fra quanto previsto nel capitolato d'appalto, integrato da quanto offerto in sede di gara, e quanto effettivamente fornito, tramite il "modulo di avvenuta prestazione" e la documentazione allegata per procedere alla liquidazione delle fatture. Si stanno individuando per ogni struttura dei referenti adeguatamente formati (o da formare) in grado di controllare e segnalare al Dirigente dell'Esecuzione del Contratto (DEC) eventuali anomalie. Negli appalti di servizi di particolare rilevanza o complessità assieme al DEC sono nominati uno o più assistenti.			

Attività carattere generale				
Titolo	Azioni di miglioramento adottate o da adottare	scadenza	Soggetti responsabili	Indicatori
	Si sta completando la nomina degli assistenti al DEC, per tutti gli appalti di particolare rilevanza economica o complessità (valore economico superiore al milione di euro),			
	Completamento nella predisposizione dei modelli di verbali di controllo, con apposita check list, redatto dai funzionari incaricati, attestante tutti controlli (a campione o sistematici) effettuati nel periodo di riferimento della fattura per la quale il DEC deve dichiarare la regolarità dell'esecuzione e la conseguente liquidabilità. Il suddetto verbale deve poi essere vistato dal DEC e conservato agli atti unitamente alla restante documentazione e per lo stesso periodo. Nel 2018 sono state predisposte le check list per i controlli a campione: ristorazione, rifiuti e pulizie.	annuale	DEC	Numero dei modelli predisposti
	Addestramento del personale addetto alla verifica dell'avvenuta prestazione	annuale	DEC	Numero degli operatori addestrati
Monitoraggio sull'adempimento degli obblighi di trasparenza	- Verifica trimestrale dell'aggiornamento delle informazioni, che se non pubblicate rendono inefficaci gli atti di riferimento ed impediscono i pagamenti. - Verifica annuale check-list	annuale	Responsabile Trasparenza	Pubblicazione degli esiti delle verifiche
	- Verifica annuale (entro la data fissata da ANAC) check-list e modello di attestazione predisposti da ANAC	Data fissata da ANAC	Nucleo di Valutazione Aziendale	Verifica entro il 31 marzo e pubblicazione entro il 30 aprile di ogni anno (solitamente)

Di seguito sono indicate le misure da prendere o da migliorare, sia trasversali che esclusive per le aree individuate, per prevenire e ridurre il rischio corruzione

Reclutamento, gestione e trattamento giuridico ed economico del personale interno ed esterno

Assunzioni a tempo indeterminato e determinato Rischio medio-alto	I requisiti per i concorsi per l'accesso del personale sono ben definiti a livello nazionale. Dopo il cd. Concorsopoli, la Regione Umbria ha dettato nuove linee guida sia per la composizione delle Commissioni che per lo svolgimento dei concorsi/avvisi e conferimento incarichi. La Usl Umbria 1 ha recepito con appositi atti le linee guida sopra citate.			
	Monitoraggio ricorsi/sospensione del concorso, verifica procedimento	annuale	Responsabile U.O. Area Risorse Umane	Numero dei ricorsi/sospensioni Numero di non conformità riscontrate
Stipula di contratti professionali Rischio alto	Più delicata è l'attribuzione di incarichi professionali, che si presta ad una maggior discrezionalità, avviene nel rispetto del regolamento aziendale recentemente adottato.			
	Monitoraggio degli incarichi esterni attribuiti e controllo a campione su alcuni di essi per verificare tutto il percorso che ha portato al conferimento.	annuale	Responsabile U.O. Area Risorse Umane	Numero di controlli effettuati Numero di non conformità riscontrate
Progressioni di carriera Rischio medio	Nella valutazione complessiva ai fini dell'indennità di risultato nonché delle progressioni di carriera sono stati penalizzati, gli operatori per i quali sono in corso provvedimenti disciplinari.			
Sostituzioni ex art. 18 Per il CCNL Dirigenti sanitari ora art. 22	Nel secondo semestre 2018 è stato adottato il regolamento per la nomina dei sostituti ai sensi dell'art. 18 del CCNNLL, da aggiornare in base al nuovo contratto . A gennaio 2023 è stata adottata la Delibera di ratifica dell'attribuzione di tali incarichi .			
	Rotazione degli incarichi e/o stabilizzazione degli stessi, per le strutture che permettono tali provvedimenti	annuale	Responsabile U.O. Area Risorse Umane	Numero incarichi ruotati e /o stabilizzati
Istituto della mobilità	E' stata Prevista la costituzione di apposita Commissione per la valutazione delle istanze presentate			
Autorizzazione allo svolgimento di incarichi extraistituzionali.	Aggiornamento del regolamento, comprendendo anche la regolamentazione del part time e dei rapporti non esclusivi	annuale	Dirigenti U.O. Risorse Umane	Regolamento aggiornato

Reclutamento personale a qualsiasi titolo	Nel Settembre 2019, l'Azienda con specifici atti ha recepito le linee guida a seguito di Concorsopoli. Nel corso del 2022/2023/2024/2025 ha continuato il monitoraggio	annuale	RPC	N° controlli effettuati e non conformità riscontrate sull'applicazione di nuove direttive
Acquisizione di beni e servizi e gestione del contratto (comprese le gare di affidamento dell'assistenza domiciliare e gestione delle strutture), le attività per loro natura dati gli importi in gioco, sono considerati a rischio medio/alto (anche per effetto della azioni collegate al PNRR regione Umbria 2021/2026) Gli acquisti sono regolati dagli strumenti della programmazione aziendale: ✓ il bilancio preventivo economico annuale; ✓ Piano triennale degli investimenti; ✓ il programma pluriennale delle forniture ai fini della programmazione degli acquisti; ✓ Il Piano del Fabbisogno triennale di Personale; ✓ i programmi annuali di attività dei dipartimenti, delle strutture e dei servizi, i progetti operativi annuali; ✓ il programma delle attività territoriali di distretto previsto dall'art. 38 della LR 18/2012 i cui contenuti sono fissati all'articolo 3-quater, commi 2 e 3 del D.Lgs. 502/1992 e dall'articolo 4, comma 2 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001; ✓ il programma delle attività e degli investimenti inserito nel documento di programmazione previsto dall'articolo 3 della L.R. n. 51/1995; ✓ gli accordi ed i contratti con le strutture sanitarie erogatrici, pubbliche e private accreditate.				
Definizione dei Fabbisogni (fase comune alle procedure di gara per affidamento forniture/servizi)	Il protocollo adottato prevede il coordinamento della raccolta dei fabbisogni, in particolare per l'acquisto di beni, da parte dei Direttori di Dipartimento che nella richiesta dichiarano di aver effettuato la ricognizione delle scorte e di aver verificato la necessità per tutte le U.O. afferenti, per evitare sia ordini frazionati dello stesso prodotto che eccessi di scorta. La richiesta dell'acquisto di farmaci e dispositivi medici è a cura del Responsabile dell'U.O. Farmacia sulla base di quella del medico specialista. Sta aumentando la consapevolezza da parte del personale sanitario dell'esigenza di compattare ed uniformare le richieste. Negli atti di indizione della gara è indicato chi ha trasmesso le caratteristiche tecniche di minima del prodotto da acquistare. Il capitolato viene sempre inviato tramite e-mail e quindi è tracciato			

Procedure di gara previa pubblicazione del bando (o avviso esplorativo)	Stato attuale: - Per SOPRA SOGLIA: utilizzo delle Piattaforme Consip per il Sistema dinamico o adesione a gare da Centrale di Committenza Regionale (ove disponibili e coerenti con le necessità aziendali/regionali). - Per SOTTO SOGLIA: utilizzo Piattaforma MEPA (ove presente metaprodotto). - Pubblicazioni avvisi su sito aziendale. - Pubblicazione dati e diffusione informazioni. - Raccolta autodichiarazioni da parte dei componenti delle commissioni giudicatrici e aggiudicatrici, relativamente ad assenza conflitto d'interesse relativo alla procedura e assenza condanne e procedimenti ai sensi della normativa anticorruzione. - Trasmissione di tali autodichiarazione all'ufficio personale ai fini dell'effettuazione dei relativi controlli. - Utilizzo di una scheda istruttoria preliminare agli acquisti ai fini della omogeneizzazione delle valutazioni inerenti la procedura da effettuare. - Sottoscrizione da parte del fornitore del Patto di Integrità predisposto.
Procedure di gara senza previa pubblicazione del bando	
Attività verifica e controllo requisiti fornitori / appaltatori	- Controllo sulle autodichiarazioni di possesso dei requisiti generali, professionali, economico-finanziari ecc. in fase di prequalifica, l'attività è condotta da almeno 3 collaboratori della U.O. - Controllo sulle autodichiarazioni di possesso dei requisiti generali, professionali, economico-finanziari ecc. in fase di aggiudicazione: - Avvio esternalizzazione verifica tramite AVCPass - Verifica della permanenza possesso requisiti generali, in fase di stipula del contratto - Verifica del permanere del possesso requisiti ai fini della liquidazione delle fatture (regolarità DURC) - Verifiche ai sensi del D.Lgs. n.159/2011, art.86. e s.m.i.
Selezione del contraente	Sono accessibili online la documentazione di gara e/o delle informazioni complementari rese, in caso di documentazione non accessibile online, sono definite e pubblicate le modalità per acquisire la documentazione e/o le informazioni complementari ed è pubblicato il nominativo dei soggetti cui ricorrere in caso di ingiustificato ritardo o diniego dell'accesso ai documenti di gara. Sono definite le direttive/linee guida interne che individuino in linea generale i termini (non minimi) da rispettare per la presentazione delle offerte e le formalità di motivazione e rendicontazione qualora si rendano necessari termini inferiori. Sono previsti idonei ed inalterabili sistemi di protocollazione delle offerte (protocollo informatizzato). Sono definite le modalità per la corretta conservazione della documentazione di gara per un tempo congruo al fine di consentire verifiche successive. Sono rispettati gli obblighi di trasparenza/pubblicità delle nomine dei componenti delle commissioni e eventuali consulenti. E' stata predisposta una <i>Check list</i> di controllo sul rispetto degli obblighi di tempestiva segnalazione all'ANAC in caso di accertata insussistenza dei requisiti di ordine generale e speciale in capo all'operatore economico. Nei verbali di gara sono specificate le cautele adottate a tutela dell'integrità e della conservazione delle buste contenenti l'offerta. Nella Delibera di aggiudicazione sono riportati i punteggi attribuiti agli offerenti e sono pubblicate le informazioni circa la prima seduta di gara ed in quella sede

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

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

programmazione previsto dall'articolo 3 della L.R. n. 51/1995.				totale di affidamenti compresi quelli relativi agli accordi quadro
Affidamento incarichi professionali Rischio: medio alto	Valgono le stesse regole riportate per l'acquisizione di beni e servizi.	annuale	Responsabile U.O. Attività tecniche - Acquisiti beni e servizi	Rapporto fra gli affidamenti diretti e il numero totale di affidamenti Rapporto fra gli importi dei lavori affidati diretti e il numero totale di affidamenti compresi quelli relativi agli accordi quadro
Affidamento lavori Rischio: Alto	I principali lavori di manutenzione sono affidati mediante l'adesione alla gara CONSIP MIES ed accordi quadro. Le ditte devono essere preferibilmente individuate all'inizio dell'anno con la procedura applicabile a secondo gli importi, ma è preferibile utilizzare bandi pubblici. E' prevista la sottoscrizione da parte dei fornitori del protocollo di integrità.			
Aquisto/affitto Immobili Rischio medio/alto	Si procede agli acquisti o al reperimento in affitto dei locali mediante avviso pubblico e solo in casi particolari alla negoziazione diretta con il proponente, così come per l'alienazione degli immobili e/o loro cessione in affitto.			
	Sono stati predisposti i regolamenti per l'inventario dei beni mobili e di quelli immobili, di prossima emissione quello di gestione dei beni immobili.			
Ulteriori misure: Il RPC ritiene che nel corso della validità del Piano, considerato il rischio medio alto delle fasi sopra descritte (acquisizione beni e servizi, gestioni immobili , gestione patrimonio etc), in aggiunta alle misure già in attuazione, di predisporre ulteriori precauzioni relativamente alla seguenti fasi:				
Dal 2021 la medesima UOC dovrà confrontarsi con le azioni descritte e programmate dal PNRR regione Umbra 2022/2026 (potenziamento dell'assistenza ospedaliera , rafforzamento della prossimità delle strutture in grado di sviluppare un'assistenza medica territoriale etc, con ingenti previsioni di investimenti) e nel PNA 2022/2023 e successivi.				
Dichiarazione assenza conflitto di interesse	Ogni operatore coinvolto nelle varie fasi di predisposizione, aggiudicazione e gestione dei contratti, nonché liquidazione delle fatture deve rilasciare sull'apposito modulo, allegato 4 del precedente PTPCT, la dichiarazione di assenza di conflitto di interesse verso la Ditta fornitrice. Il Dirigente si farà carico di rilasciare detta dichiarazione ed acquisire quella dei Suoi collaboratori	Dirigente UO interessata	Verifica annuale	Dichiarazioni raccolte

Costruzione del fabbisogno	Verifica eventuali conflitti di interesse del richiedente/prescrittore	Dirigente richiedente/ prescrittore	Verifica annuale	Anomalie riscontrate
Ricorso dell'affidamento in esclusiva	Verifica effettiva produzione in esclusiva del prodotto	Dirigente Farmacia	Verifica annuale	Anomalie riscontrate
Utilizzo farmaci con brand in presenza di farmaci generici	Motivazione ricorso farmaco griffato	Dirigente Farmacia	Verifica annuale	Anomalie riscontrate
Indipendenza commissione di gara	Verifica a campione delle dichiarazioni rilasciate dai Commissari	Dirigente UOC Attività Tecnica – Acquisti Beni e Servizi	Verifica annuale	Anomalie riscontrate
Gestione del Contratto	Verifica corrispondenza tra prestazione resa e quella contrattualmente prevista	Dirigente UOC Area Economale	Verifica annuale	Anomalie riscontrate
Manutenzione immobili e apparecchiature	Verifica a campione che la prestazione richiesta/ resa sia effettivamente necessaria	Dirigenti UOC Attività Tecnica e UOC Area Economale	Verifica annuale	Anomalie riscontrate
Acquisto/affitto immobili	Verifica caratteristiche immobili rispondente alle effettive esigenze	UOC Patrimonio	Verifica annuale	Anomalie riscontrate
Gestione liste di attesa				
<i>Ricoveri Ordinari e Diurni.</i> Al fine di garantire la trasparenza, intesa come standardizzazione dei relativi percorsi di accesso e quant'altro, l'Azienda ha emanato, in particolare nell'ultimo triennio, diverse procedure generali, tra le quali, a titolo esemplificativo, ma non esaustivo, si ricordano : · Gestione Blocco Operatorio · Gestione delle liste di attesa per intervento chirurgico programmato · Gestione percorso preoperatorio in chirurgia programmati Con DDG 1195 del 20/10/2021 è stata istituita la cabina di regia per il recupero delle prestazioni ai sensi della DGR 647/2021				
Liste di Attesa	Riduzione della percentuale delle prestazioni accettate rispetto a quelle prenotate	annuale	Dirigenti responsabili	Rapporto fra le prestazioni prenotate e quelle accettate

Liste di Attesa	Informatizzazione delle liste di attesa a livello distrettuale consultabili dal cittadino che ne fa richiesta.	annuale	Dirigenti responsabili	Numero delle liste di attesa predisposte
Liste di Attesa	Definizione delle modalità per fornire al cittadino informazioni sullo stato di avanzamento della propria domanda	Annuale	Dirigenti responsabili	Procedura predisposta
Liste di Attesa	Verifica attività istituzionale effettivamente resa	Annuale	Dirigenti responsabili	Procedura predisposta
Libera professione	Verifica prenotazione attività		Ufficio Libera Professione Responsabili servizi interessati	Rapporto visite prenotate/visite accettate
Libera professione	Verifica dei criteri per il controllo del rispetto dei requisiti igienico sanitari delle strutture utilizzate, assenza di conflitto di interesse fra il professionista ed il gestore dello studio, rispetto degli orari autorizzati, verifica dei tempi di attesa dell'attività istituzionale e modalità di comunicazione all'ufficio libera professione dell'eventuale superamento.	annuale	Ufficio Libera Professione Dirigenti responsabili	N° delle verifiche effettuate N° delle non conformità riscontrate
Libera professione	Verifica dei criteri sopra definiti. In sede di autorizzazione e/o campione	annuale	Ufficio Libera Professione Dirigenti responsabili	N° delle verifiche effettuate N° delle non conformità riscontrate
Ulteriori misure: Il RPC ritiene che nel corso della validità del Piano, considerato il rischio medio alto delle fasi sopra descritte, (gestione liste di attesa e libera professione) in aggiunta alle misure già in attuazione, di predisporre ulteriori precauzioni relativamente alla seguenti fasi:				
Liste di attesa	Definire e pubblicare i criteri per la presa in carico	annuale	Direttori Distretto	Pubblicazione
Libera professione	Rispetto orario di lavoro istituzionale da parte del Soggetto autorizzato all'Alpi	annuale	Dirigente Struttura	N° delle verifiche effettuate N° delle non conformità riscontrate

Libera professione	Confronto tempi di attesa prestazioni istituzionale rispetto alle medesime in Alpi	annuale	Direzione Sanitaria	N° delle verifiche effettuate N° delle non conformità riscontrate
Al momento non vengono segnalate “non conformità” rispetto ai descritti percorsi ed agli altri comunque applicati. E’ a regime l’adozione dei RAO con la presa in carico con lista di attesa informatizzata (DDG n. 796/2014 “Adozione del Piano Attuativo aziendale per il contenimento delle Liste di Attesa, per le prestazioni di specialistica ambulatoriale). <i>Ricoveri Ordinari e Diurni.</i> Al fine di garantire la trasparenza, intesa come standardizzazione dei relativi percorsi di accesso e quant'altro, l'Azienda ha emanato, in particolare nell'ultimo triennio, diverse procedure generali per la consultazione delle quali si rimanda direttamente al link per la visione integrale delle stesse: Per effetto della pandemia da Covid- 19, dall'anno 2020 è stata ridisegnata la mappa dei servizi ospedalieri ed ambulatoriali offerti. Al fine di recuperare , anche se parzialmente quelli temporaneamente sospesi, la Direzione aziendale, ha adottato la delibera n. 871/2020 con la quale è stato conferito alla Dr.ssa Teresa Tedesco, Direttore Sanitario POU, l'incarico per la: • Stesura di un piano operativo straordinario per il recupero liste d'attesa delle prestazioni ambulatoriali, individuando gli interventi integrati sull'offerta e sulla domanda per l'allineamento dei tempi di attesa al 1 gennaio 2021 • Definizione di un sistema di monitoraggio unico per la regione e le aziende dei volumi, dei tempi di attesa e delle performance del sistema di appropriatezza • Analisi PRGLA di cui alla DGR N.610/2019 e successivi PAAGLA e stesura check di controllo per la verifica del grado di attuazione e per pianificare l'evoluzione dello stesso anche alla luce delle condizioni post pandemia • Stesura di un piano delle azioni per l'attuazione del PRGLA, definendo tempi, modalità, ruoli e responsabilità • Definizione degli indicatori di processo e di risultato per il monitoraggio di attuazione del progetto • Per quanto riguarda il recupero delle prestazioni, l'Azienda UsI Umbria 1, in ottemperanza alla D.G.R. 394 del 24/04/2024 avente per oggetto “Piano Operativo Strutturale di recupero delle Liste di Attesa_ Anno 2024. Adozione” e delle più recenti DD.GG.RR. 800 del 07/08/2024 e 1013 del ha provveduto ad intraprendere una serie di azioni mirate al contenimento dei tempi di attesa e al recupero delle prestazioni in percorso di tutela, con l'obiettivo di incrementare l'offerta e di migliorare l'appropriatezza nella domanda di prestazioni • Nel corso del II° semestre si è dato corso alle attività previste dalla DGRU n. 437/2023 Allegato 1 relativo al Piano straordinario di recupero delle liste di attesa. In particolare l'Azienda con la DGR 688/2023 ha dato corso all'avviso finalizzato all'acquisizione delle manifestazioni di interesse da parte delle strutture private accreditate per offrire i loro volumi massimi di attività nel tempo di esigibilità dato pari a due mesi da destinare al recupero delle prestazioni inserite nel percorso di tutela. Acquisiti dalle Strutture i piani di lavoro.				

Strutture convenzionate**Case di cura accordi contrattuali**

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

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

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

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

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

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

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

Nel corso degli anni 2022-2023-2024 e 2025 :

- Numerosi sono stati gli interventi normativi in materia: il R.R. Umbria n. 2/2022, la D.G.R. Umbria n. 631/2022, la D.G.R. Umbria 268/2022, la Legge n. 118/2022 che ha dettato una nuova formulazione dell'art 8 quinquies d.lgs. 502/1992, il D.M. Ministero della Salute 19 dicembre 2022. in attesa della piena attuazione delle disposizioni intervenute, si sono rese necessarie proroghe degli accordi contrattuali, da ultimo con D.D.G. 827 al fine di assicurare continuità nella erogazione dei livelli essenziali di assistenza e la prosecuzione dei piani personalizzati per i soggetti ricoverati. Con DGRU 465/2024 sono state definite le nuove tariffe per le strutture sanitarie e socio-sanitarie di assistenza territoriale extraospedaliera, residenziali e semiresidenziali, prevedendone l'applicazione all'esito del procedimento di adeguamento ai requisiti aggiuntivi previsti dal reg. 2/2022. La DDG 732/2024 ha recepito la suddetta DGRU e, al fine di garantire gli attuali livelli assistenziali, ha disposto la proroga degli accordi in scadenza al 30.06.2024 non oltre il 31.12.2024, fermo restando il termine di cui al co. 4bis art. 6 R.R. 2/2022 per la presentazione della dichiarazione sostitutiva relativa al possesso dei requisiti aggiuntivi. I controlli sono stati effettuati in via cartolare attraverso la trasmissione da parte delle strutture dell'Organigramma del personale e la certificazione dei flussi. In adempimento delle prescrizioni normative in materia di trasparenza, tutti gli accordi con le strutture sanitarie e socio-sanitarie accreditate, e le rispettive proroghe, sono oggetto di regolare pubblicazione nella sezione "amministrazione trasparente" del sito aziendale (art. 41 comma 4 dlgs 33/2013). Il rispetto delle procedure contabili, per quanto concerne la liquidazione mensile delle prestazioni, è assicurato dalla applicazione delle procedure di cui alla Delibera 1246/2017, richiamata in ogni provvedimento di liquidazione.

Ulteriori misure: Il RPC ritiene che nel corso della validità del Piano , considerato il rischio medio alto delle fasi sopra descritte , in aggiunta alle misure già in attuazione , di predisporre ulteriori precauzioni relativamente alla seguenti fasi:

Case di cura accordi contrattuali	Controlli per la verifica del rispetto e del permanere dei criteri di accreditamento secondo quanto previsto dalla DGR 3/2020	annuale	Comitato Ispettivo	N° controlli effettuati N° non conformità riscontrate
Specialistica convenzionata	Controllo formale sulle richieste dei MMG e verifica tra le prestazioni rese ed il fatturato della specialistica			
	Verifica dei criteri di validazione delle prestazioni rese a seguito di prescrizioni dematerializzate	annuale	Responsabili servizi interessati	N° verifiche effettuate N° non conformità riscontrate
	Controllo del rispetto dei criteri definiti di autorizzazione/accreditamento Con nota a firma della Direzione Sanitaria Aziendale, indirizzata al Servizio ISP Aziendale è stata richiesta la verifica della permanenza dei requisiti di autorizzazione all'esercizio delle Strutture private accediate con le quali sono in atto rapporti convenzionali ex art. 8 quinquies D. Lgs n. 502/92.	annuale	Responsabili servizi interessati	N° controlli effettuati N° non conformità riscontrate
Attività Medici Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS)	Sensibilizzazione ad aderire a protocolli informatici per l'aggiornamento dell'anagrafe sanitaria (cancellazione deceduti e immigrati per recupero quote)	annuale	Responsabili servizi interessati	Verifica disponibilità tabulati
	controlli a campione dei riepiloghi delle PIIP (prestazioni di particolare impegno) dei MMG e PLS inseriti nella procedura informatizzata	annuale	Responsabili servizi interessati	N° controlli effettuati N° non conformità riscontrate

civile, L.104, L. 68, ciechi e sordomuti, soggetti sottoposti a trapianto L.31/99	Rotazione annuale di almeno un componente delle Commissioni di accertamento	annuale	Responsabile U.O. Medicina legale	Rapporto fra le commissioni con membro ruotato/n° commissioni
Concessione benefici non economici				
Commissioni patenti, porto d'armi, contrassegno parcheggio, cessione del quinto dello stipendio Rischio: medio	E' stata informatizzata l'attività di prenotazione delle visite per il rilascio delle certificazioni medico-legali con l'inserimento a CUP. Sono state pubblicate nel sito intranet le modalità operative riguardanti le attività medico legali di primo livello (procedure da osservare per il rilascio di certificati medico-legali)			
Gestione sperimentazioni cliniche				
Gestione sperimentazioni cliniche	Il regolamento aziendale vigente, già di recente aggiornamento, per sperimentazioni cliniche, sarà ulteriormente rivisto per effetto dell'entrata in vigore del D.Lgs 52/2019			
	Autorizzazione visione dispositivi medici. Esistono procedure aziendali consolidate nonché una precisa modulistica che impone la firma di più soggetti, non da ultimo, in alcuni casi, quella del Direttore Sanitario dell'Azienda. La rigidità, con la quale tale sistema è stato costruito, è stata dettata dalla consapevolezza che fenomeni, quali ad esempio il comparaggio, avrebbero potuto annidarsi nella filiera. Ciononostante, la continua evoluzione dei dispositivi e l'innovazione costante dei prodotti farmacologici, pur nel rispetto della deontologia medica e sempre nell'ambito dell'appropriatezza, meritano, se non altro, particolare attenzione. Il Decreto legislativo n. 52 del 14 maggio 2019 "Attuazione della delega per il riassetto e la riforma in materia di sperimentazione clinica dei medicinali ad uso umano" Tale Decreto rinvia all'AIFA la pubblicazione di una serie di adempimenti da mettere in campo nelle Aziende Sanitarie, in particolare la contrattualistica tra Azienda Sanitaria e Sponsor. L'AIFA si è espressa, attraverso il proprio sito web, circa le modifiche da applicare. Si legge sul portale che tutti gli studi in essere, o che siano in corso di approvazione, possono seguire le attuali norme/regolamenti aziendali. Pertanto, non appena sul portale AIFA vi saranno linee di indirizzo più specifiche, nonché dopo aver consultato il Comitato Etico Regionale, si provvederà all'aggiornamento del Regolamento esistente in materia di sperimentazioni cliniche aziendale.			

	Verifica corretta applicazione del regolamento aziendale	annuale	Responsabile U.O. Formazione del personale e Sviluppo Risorse	N° delle verifiche effettuate N° delle non conformità riscontrate
	Verifica autorizzazione visione dispositivi medici	annuale	Responsabili macrostrutture	N° delle verifiche effettuate N° delle non conformità riscontrate
Gestione finanziamenti pubblici e privati				
Gestione finanziamenti pubblici e privati, (donazioni e finanziamenti pubblici vincolati) Rischio medio in funzione degli importi e della tipologia della donazione	E' stato predisposto apposito regolamento che definisce i criteri per l'accettazione delle donazioni che non devono generare ulteriori costi aggiuntivi o acquisizione vincolate. E' prevista l'adozione dei progetti finanziati con atto deliberativo che definisce i tempi di attuazione			
	Con Delibera n. 1031 del 2018 è stata effettuata l'adozione della Revisione periodica della Procedura Operativa denominata "Conferimenti, Donazioni e Lasciti vincolati ad Investimenti" e adozione Procedura Operativa denominata "Conferimenti, Donazioni e Lasciti di somme di denaro destinati a spese di natura corrente". La disponibilità di detta procedura si rilevò fondamentale nella prima fase della pandemia, dove la solidarietà della popolazione ha portato a ricevere innumerevoli donazioni. In strumenti, dispositivi di protezione, denaro e quanto altro fosse ritenuto utile.			
Acquisizione di prestazioni e servizi sanitari e non presso terzi				
Trasporti sanitari Rischio: alto	Autorizzazione trasporti Sanitari. Per tale fattispecie, il GdL ha ipotizzato un innalzamento del possibile rischio corruttivo, sia per il potenziale economico connesso che per la discrezionalità attribuita agli operatori, in presenza ancora di due realtà, quella relativa alla ex Asl n. 1 e Asl n.2 , con diverse modalità operative di gestione non ancora omogeneizzate, e per le quali tutt'ora vengono applicati due diversi modelli disciplinari.			
	Entrambi i modelli operativi applicati con l'effettuazione dei relativi controlli al momento non hanno evidenziato alcuna “non conformità”			
Ulteriori misure: Il RPC ritiene che nel corso della validità del Piano , considerato il rischio alto delle fasi sopra descritte , in aggiunta alle misure già in attuazione , di predisporre ulteriori precauzioni relativamente alla seguenti fasi:				
Trasporti sanitari	Verifica rapporti economici volontari ed Associazioni	Annuale	DEC	N° Verifiche effettuate N° non conformità riscontrate

Rilascio Autorizzazioni				
Rilascio Autorizzazioni Rischio: medio	Le autorizzazioni sono rilasciate sulla base di protocolli definiti ed in alcuni casi check list; l'autorizzazione è rilasciata dal Dirigente del Servizio previo esame pratica e sopralluogo da parte dei Tecnici della Prevenzione. Nel Dipartimento di Prevenzione è stata prevista la costituzione all'interno di ogni Servizio di un gruppo controllo per la verifica delle attività a campione.			
	Raccolta dichiarazione aggiornata di mancanza di conflitto di interesse e raccolta delle stesse	annuali	Responsabili dei servizi	Rapporto n° dichiarazioni / n° operatori
	Verifica rispetto dei protocolli	annuale	Responsabili dei servizi	Numero protocolli aggiornati e check list predisposte
Attività di controllo e vigilanza				
DIP: Attività di controllo e vigilanza Rischio: medio	La vigilanza è svolta sulla base del programma dato dal Responsabile del Servizio sulla base di protocolli definiti ed in alcuni casi check list. Nel Dipartimento di Prevenzione è stata prevista la costituzione all'interno di ogni Servizio di un Gruppo Controllo per la Verifica delle attività a campione.			
	Raccolta dichiarazione aggiornata di mancanza di conflitto di interesse e raccolta delle stesse	Annuale	Responsabili dei servizi	Rapporto n° dichiarazioni / n° operatori
	Verifica rispetto protocolli vigilanza	Annuale	Responsabili dei servizi	N° controlli effettuati N° non conformità riscontrate
Distretti: Attività di controllo e vigilanza Rischio: medio	Controlli da parte dei Distretti su tutti gli aspetti della strutturazione sul territorio e dell'erogazione dell'assistenza medico generica.	Annuale	Responsabili dei Distretti	N° controlli effettuati N° non conformità riscontrate

Spesa farmaceutica

Spesa farmaceutica Ospedaliera e Territoriale Rischio: Alto	In funzione di un miglioramento della appropriatezza prescrittiva è stata effettuata una revisione degli elenchi di farmaci antibiotici e non; tale revisione è stata fatta alla luce di nuovi farmaci entrati in commercio, in base alla ristrettezza terapeutica di alcune molecole, in base all'elevato costo di alcuni farmaci. Tali elenchi obbligano i Medici prescrittori a compilare una modulistica che permette al Servizio di Farmacia di controllare che scelta, dosaggio, frequenza, tempi siano coerenti con la condizione patologica, per autorizzare l'acquisto del farmaco più economico a parità di efficacia rispetto alla patologia riscontrata. A livello distrettuale sono state costituite le commissioni per l'appropriatezza prescrittiva, (Nota della Direzione Sanitaria prot. n. 89227 del 28/9/2015 relativa alla composizione delle Commissioni Distrettuali). <i>Autorizzazione uso farmaci e dispositivi fuori gara e fuori indicazione</i> . Esistono procedure aziendali consolidate nonché una precisa modulistica che impone la firma di più soggetti, non da ultimo, in alcuni casi, quella del Direttore Sanitario dell'Azienda. La rigidità, con la quale tale sistema è stato costruito, è stata dettata dalla consapevolezza che fenomeni, quali ad esempio il comparaggio, avrebbero potuto annidarsi nella filiera. Non si segnalano “non conformità”. Nel corso dell'anno 2025 “Si sottolinea come le tuttora in atto vicende belliche continuino a determinare evidenti carenze di Farmaci e Dispositivi Medici. Il Servizio Farmaceutico rimane in prima linea per sopperire alle difficoltà di approvvigionamento di materie prime e Dispositivi Medici. Anche grazie alla riorganizzazione del Personale e alle loro mansioni, il Servizio ha garantito sempre, a tutte le Strutture, ai Servizi Aziendali e convenzionati, le forniture di Farmaci (vaccini e dispositivi medici ecc...) ed il coordinamento con il Magazzino Centralizzato. Tale percorso è stato effettuato tramite ripetuti AUDIT con i Reparti e le Direzioni Mediche..”			
	Verifica, come da obiettivo aziendale, dell'utilizzo di farmaci di pari efficacia e costo minore	Annuale	Responsabili Servizi farmaceutici	N° dei controlli effettuati N° non conformità riscontrate
	Verifica a campione delle scorte a reparto/magazzino	Annuale	Responsabili Servizi farmaceutici	N° dei controlli effettuati N° non conformità riscontrate

Incasso prestazioni sanitarie e non sanitarie

Incasso prestazioni sanitarie e non sanitarie Rischio: medio	Sono stati adottati i regolamenti per il funzionamento del CUP,(in ogni sede è prevista la possibilità di pagare anche con bancomat e carta di credito), per il recupero crediti e del ciclo attivo. Il bollettino per il pagamento viene inviato a seguito del documento contabile; è attivo servizio regionale di recalling che consente la messa a regime per l'applicazione del comma 15 art. 3 Decreto Legislativo 124/ 1998. Negli ambulatori deve essere effettuato il controllo preventivo dell'avvenuto pagamento della prestazione. <i>Recupero ticket per - codice bianco Pronto Soccorso ed - Altre Prestazioni</i> .Premesso che l'implementazione informatica degli strumenti attualmente in uso è l'auspicabile sviluppo cui l'Azienda tende per evitare i possibili rischi corruttivi legati a tali fattispecie, per il recupero dei ticket “codice bianco” di Pronto Soccorso (ex Legge 296/2006), sono attualmente applicate delle procedure consolidate che regolano il percorso dai Pronto Soccorso alle Unità Operative Amministrative deputate alla spedizione degli inviti al pagamento e alla ricostruzione degli incassi. Al fine di migliorare, la collaborazione tra la Direzione Amministrativa e le Direzioni Sanitarie di Presidio, per lo sviluppo delle procedure di controllo in ordine al rapporto tra esami clinico-chimici e ricoveri ospedalieri, con atto n. 1443 del 28/12/2015 è stata approvata una specifica linea guida, che ha standardizzato le diverse fasi del processo, per assicurare l'inequivocabile corrispondenza tra esame ed introito ove non correlato da ricovero. In base a tale linea guida le Direzioni Sanitarie, con cadenza periodica, riscontrano la corrispondenza degli esami di laboratorio prodotti in favore di singole Unità Operative ospedaliere. Le azioni per il recupero dell'intero costo di esami di laboratorio analisi effettuati e non ritirati, al momento viene svolto manualmente nelle more dell'implementazione del software attualmente in uso per la registrazione degli stessi, mentre per il recupero degli esami di radiologia, effettuati e non ritirati, avviene attraverso il programma informatizzato.			
	Verifica corrispondenza fra erogato ed incassato.	Casuale	Presidi Ospedalieri	Numero non conformità riscontrate

Utilizzo spazi nelle strutture ospedaliere

Utilizzo spazi nelle strutture Rischio: medio-basso	E' stato predisposto il regolamento aziendale e gli spazi sono concessi dai Responsabili delle Strutture previo domanda al Direttore Generale			
	Verifica dell'applicazione del regolamento	Annuale	Responsabili Strutture	N° dei controlli effettuati N° non conformità riscontrate

Rapporti con soggetti esterni

Rapporti con soggetti esterni (assistenza)	Sono stati predisposti i regolamenti sull'assistenza sanitaria, gestione camere mortuarie, uso degli auditorium e sala riunioni.			
---	---	--	--	--

privata e gestione camera mortuaria etc.) Rischio: alto	<i>Utilizzo Camera mortuaria - Certificazione decessi ospedalieri.</i> Con Atto n. 1463 del 29/12/2015 è stato adottato il “Regolamento aziendale per la gestione della medicina necroscopica per pazienti deceduti in ospedale”, al fine di omogeneizzare le procedure all'interno di tutti i Presidi e Stabilimenti ospedalieri e sostanzialmente affidando la gestione delle strutture mortuarie, alle rispettive direzioni sanitarie. Nello specifico, le rispettive Direzioni Sanitarie vigilano affinché gli operatori, di reparto e/o preposti alla gestione operativa delle camere mortuarie, non intrattengano alcun contatto con agenzie di onoranze funebri al fine di ottenere “utili” dal possibile orientamento in loro favore di parenti dei deceduti. Nel sopra citato regolamento è previsto proprio, tra l'altro, uno specifico modulo, di assunzione di responsabilità per la scelta dell'agenzia funebre, firmato dal parente del defunto, con valore di liberatoria nei riguardi dell'amministrazione. Con atto n. 651 del 09/06/2016 è stata indetta procedura negoziata per l'affidamento del servizio di trasporto, sepoltura e conferimento presso inceneritore di parti anatomiche a seguito della quale sono state individuate le agenzie disposte ad effettuare il servizio.			
	Verifica dell'applicazione dei regolamenti	Annuale	Responsabili Strutture	N° dei controlli effettuati N° non conformità riscontrate
Affari legali e del Contenzioso				
Affari Generali Istituzionali e Gestione Legale Sinistri e Ufficio legale e Anticorruzione	In Azienda, la maggior parte del contenzioso, fatta eccezione per il contenzioso collegato a malpractice sanitaria che afferisce all'Unità Operativa “Affari Generali, Istituzionali e Gestione legale dei sinistri” è affidata a legali esterni, ai quali, vengono conferiti incarichi secondo i criteri stabiliti nel regolamento approvato con DDG n. 515/2025 “Regolamento per l'attività legale e la tutela in giudizio dell'Azienda” e nello specifico regolamento di cui alla DDG n. 991 del 16.09.2025. Con delibera del Direttore Generale n. 1106 del 2024 è stato adottato il nuovo regolamento sul patrocinio legale dei dipendenti resosi necessario alla luce dei recenti pareri del Consiglio di Stato e linee guida ANAC. Con D.G.R. n.1025 del 20.9.2024 ad oggetto “Sistema regionale di auto ritenzione totale del rischio derivante da responsabilità civile per Medical Malpractice – Adozione delle Linee Guida applicative per la gestione dei sinistri di cui al Disciplinare approvato con D.G.R. n. 1136 del 31.10.2023”, la Regione Umbria ha approvato le Linee Guida applicative per la gestione dei sinistri con decorrenza 1 febbraio 2025 e contestualmente rinnovato il mandato di individuare il nuovo Coordinatore del Comitato Valutazione Sinistri Regionale. Contestualmente è stato disposto che le Aziende Sanitarie proseguano nella gestione del rischio sanitario e dell'eventuale contenzioso allo stesso collegato, con la modalità dell'attuale autoritenzione completa. Con Delibera del D.G. n. 1221 del 6.11.2024 la USL Umbria 1 ha quindi recepito integralmente il contenuto della DGRU predetta, nonché ha preso atto della Delibera n. 1026 del 9.9.2024 emanata dalla Capofila A.O. di Perugia di ridefinizione della composizione del Comitato Gestione Sinistri Sovraziendale nelle more della messa a regime del sistema di gestione dei sinistri.			

	Monitorare l' affidamento degli incarichi esterni nel rispetto del regolamento aziendale	Annuale	Responsabile Affari Generali Istituzionali e Gestione Legale Sinistri e Responsabile Ufficio legale e Anticorruzione	Verifica semestrale
	Atti di rilevanza penale, comunicazione immediata al Dirigente/Responsabile del collaboratore coinvolto o direttamente all'UPD e al Responsabile Anticorruzione	Annuale	Responsabile Affari Generali Istituzionali e Gestione Legale Sinistri e Responsabile Ufficio legale e Anticorruzione	Verifica tempi di trasmissione

10. COMUNICAZIONE E DIFFUSIONE DEL PIANO

La comunicazione, sia verso l'interno che verso l'esterno, riveste un ruolo strategico per l'attuazione delle politiche aziendali; è uno strumento fondamentale per lo sviluppo di quella alleanza tra cittadini ed operatori sanitari.

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

I Piani Nazionali e quelli Aziendali vengono integrati dai regolamenti che disciplinano il rapporto dell'Azienda sia con i propri dipendenti, che con i soggetti esterni che a qualsiasi titolo collaborano con la stessa.

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

11. ADEMPIMENTI IN MATERIA DI TRASPARENZA

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 Scari".

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 stata portato a termine l'aggiornamento per adeguare la sotto-sezione "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 precipue *"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 preindicato 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»*.