



Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2024-2026

Sommario

Premessa al Piano 2024-2026	3
SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE	5
1.1 Dati identificativi dell'amministrazione	5
SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	5
Sottosezione 2.1 Valore pubblico	5
2.1.1 Il processo di creazione del valore	5
2.1.2 Missione e visione aziendale.....	8
2.1.3 Gli stakeholder.....	10
2.1.4 Le attività.....	16
2.1.5 Le risorse economiche e strumentali disponibili	18
2.1.6 La pianificazione triennale: Gli obiettivi dell'amministrazione ("specifici").....	20
Sottosezione 2.2 Performance	23
2.2.1 La programmazione annuale	23
2.2.2 Dalla performance organizzativa alla performance individuale	23
2.2.3 Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione della Sezione performance	24
Sottosezione 2.3 Rischi corruttivi e trasparenza	26
2.3.1 Analisi del contesto di riferimento esterno e interno	29
2.3.1.1 Analisi del contesto esterno	29
2.3.1.2 Analisi del contesto interno	34
2.3.3 Rischio sanitario e strategie di prevenzione	35
2.3.4 Soggetti e ruoli della strategia di prevenzione	37
2.3.5 Mappatura dei rischi: aree, processi e metodologia utilizzata.....	43
2.3.6 Misure di carattere generale per prevenire il rischio di corruzione	45
2.3.7 Misure di carattere specifico per prevenire il rischio di corruzione – Mappatura dei processi	56
2.3.8 Definizione da parte degli Organi di indirizzo degli obiettivi strategici e rafforzamento della sinergia fra performance e misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza	56
2.3.9 Trasparenza e pubblicazione dei dati	57
2.3.10 Implementazione del portale "Amministrazione Trasparente"	59
2.3.11 Trasparenza e pubblicazione dei dati - Deroghe e modifiche alla disciplina dei contratti pubblici	61
2.3.12 Iniziative in materia di Trasparenza	62
SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	63
3.1 Struttura organizzativa.....	63
3.1.1 L'organizzazione.....	63
Sottosezione 3.2 Organizzazione del lavoro agile	66
Sottosezione 3.3 Piano triennale dei fabbisogni del personale	69
3.3.1 Piano triennale dei fabbisogni del personale 2024/2026	69
3.3.2 Formazione del Personale	78
SEZIONE 4. MONITORAGGIO	83
ALLEGATI:.....	87
Allegato 1 – Piano degli obiettivi- Quadro complessivo della pianificazione triennale aziendale	87
Allegato 2 – Misure di carattere specifico per prevenire il rischio di corruzione - Mappatura dei processi.....	87
Allegato 3 – Identificazione delle Strutture e dei Responsabili degli obblighi di pubblicazione.....	87
Allegato 4 –Dotazione Organica – Rimodulazione	87
Allegato 5 – Sezione Organizzazione e capitale umano - Sotto sezione Piano triennale dei fabbisogni di personale 2024-2026.....	87
Allegato 6 –Piano di azioni positive 2021-2024.....	87

Premessa al Piano 2024-2026

L'art.6, D.L.n.80 del 09/06/2021 convertito in L. n. 113 del 06/08/2021 ha previsto la redazione del *Piano integrato di attività e organizzazione*, che può essere definito come una sorta di “testo unico” della programmazione, creato per poter semplificare gli adempimenti a carico degli Enti, ma anche per adottare una logica integrata, rispetto alle scelte fondamentali di sviluppo delle amministrazioni.

In base a quanto disposto dai commi 5 e 6 dell'art. 6 del citato D.L. n. 80/2021, sono stati emanati il DPR del 24 giugno 2022 n. 81 “*Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione*”

Attraverso di esso sono stati “soppressi” i previgenti adempimenti in materia di pianificazione e programmazione di seguito indicati:

- **Piano dei fabbisogni di personale**, di cui all'art. 6, commi 1, 4, 6, e art. 6-ter del d.lgs. 30 marzo 2001, n. 165;
- **Piano delle azioni concrete**, di cui all'art. 60 bis, comma 2, del d.lgs. 30 marzo 2001, n. 165;
- **Piano per razionalizzare l'utilizzo delle dotazioni strumentali, anche informatiche, che corredano le stazioni di lavoro nell'automazione d'ufficio**, di cui all'art. 2, comma 594, lett. a) della legge 24 dicembre 2007, n. 244;
- **Piano della performance**, di cui all'art. 10, comma 1, lett. a) e comma 1 ter del d.lgs. 27 ottobre 2009, n. 150;
- **Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza** di cui all'art. 1, commi 5, lett. a) e 60, lett. a) della legge 6 novembre 2012, n. 190;
- **Piano organizzativo del lavoro agile**, di cui all'art. 14, comma 1, della legge 7 agosto 2015, n. 124;
- **Piano di azioni positive**, di cui all'art. 48, comma 1, del d.lgs. 11 aprile 2006, n. 198.

Ai sensi del DM del 30 giugno 2022 n. 132, “Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione” che hanno definito la disciplina del PIAO stesso., il PIAO è tenuto a definire la scheda anagrafica dell'amministrazione ed è suddiviso nelle sezioni: Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione, Organizzazione e Capitale Umano e Monitoraggio, a loro volta suddivise in sottosezioni di programmazione, riferite a specifici ambiti di attività amministrativa e gestionali, che descrive le relative azioni programmate.

Il Piano è predisposto esclusivamente in formato digitale ed è pubblicato sul sito istituzionale del Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri e sul sito istituzionale aziendale.

Il PIAO ha durata triennale ed il suo contenuto viene aggiornato annualmente, entro il 31 gennaio, a scorrimento, tenendo conto dei risultati conseguiti e delle proposte formulate. Tale aggiornamento tiene conto delle normative sopravvenute che impongono ulteriori adempimenti, dei mutamenti organizzativi, dell'emersione di nuovi rischi e dei nuovi indirizzi o direttive.

Esso definisce:

- gli obiettivi programmatici e strategici della performance;
- la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile, e gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati
 - al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale
 - allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali
 - e all'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale correlati all'ambito d'impiego e alla progressione di carriera del personale;

- gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, prevedendo, oltre alle forme di reclutamento ordinario, le posizioni disponibili nei limiti stabiliti dalla legge destinata alle progressioni di carriera del personale;
- gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di anticorruzione;
- l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare ogni anno, anche mediante il ricorso alla tecnologia e sulla base della consultazione degli utenti, nonché la pianificazione delle attività;
- le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini;
- e le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere, anche con riguardo alla composizione delle commissioni esaminatrici dei concorsi.

Il Piano definisce, infine, le modalità di monitoraggio degli esiti, con cadenza periodica, inclusi gli impatti sugli utenti, anche attraverso rilevazioni della soddisfazione dell'utenza.

Con riferimento alla soppressione dei Piani programmatori precedenti che confluiscono nel PIAO la sezione 3 del PNA 2022 ha fornito indicazioni, recepite dai soggetti che hanno collaborato alla stesura del presente Piano, al fine di evitare una giustapposizione delle precedenti programmazioni che venivano approvate separatamente, sono state definite le seguenti priorità da realizzare nell'ambito della programmazione e del monitoraggio:

- la caratterizzazione del Valore pubblico sottende che la prevenzione della corruzione e la trasparenza costituiscono dimensioni della creazione del valore pubblico, di natura trasversale per la realizzazione della missione istituzionale dell'Azienda, attraverso la gestione delle risorse umane e finanziarie.
- il miglioramento della correlazione tra obiettivi strategici aziendali, mappatura dei rischi e programmazione delle risorse umane da raggiungere attraverso l'integrazione degli indicatori di performance con le misure di prevenzione della corruzione, facendo confluire le misure di prevenzione della corruzione della trasparenza (Allegato 2) negli obiettivi di performance (Allegato 1).

SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

1.1 Dati identificativi dell'amministrazione

Denominazione: Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche-
Indirizzo: Via Conca, 71 — 60126 ANCONA
Partita IVA e Codice Fiscale: 0146463 042 3
PEC: aou.ancona@emarche.it

5

L'Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche (nuova denominazione assunta in applicazione della L.R. n. 19 del 08/08/2022 "Organizzazione del servizio sanitario regionale") ha la sede legale in Via Conca n.71 a Torrette di Ancona. Essa si articola in due sedi ospedaliere, la principale, collocata a Torrette di Ancona, riunisce l'ospedale ad orientamento universitario – ex Presidio Umberto I - e quello monospecialistico cardiologico – ex Presidio Lancisi – la seconda sede, collocata nel centro di Ancona, accoglie l'ospedale monospecialistico materno infantile – ex Presidio Salesi. È sede dell'unico DEA di II livello della Regione Marche.

Ulteriore specificità aziendale è rappresentata dalla presenza all'interno dell'Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche della sede del Dipartimento Regionale di Medicina Trasfusionale (DIRMT) e del Centro Regionale Trapianti le cui gestioni rientrano nel bilancio aziendale.

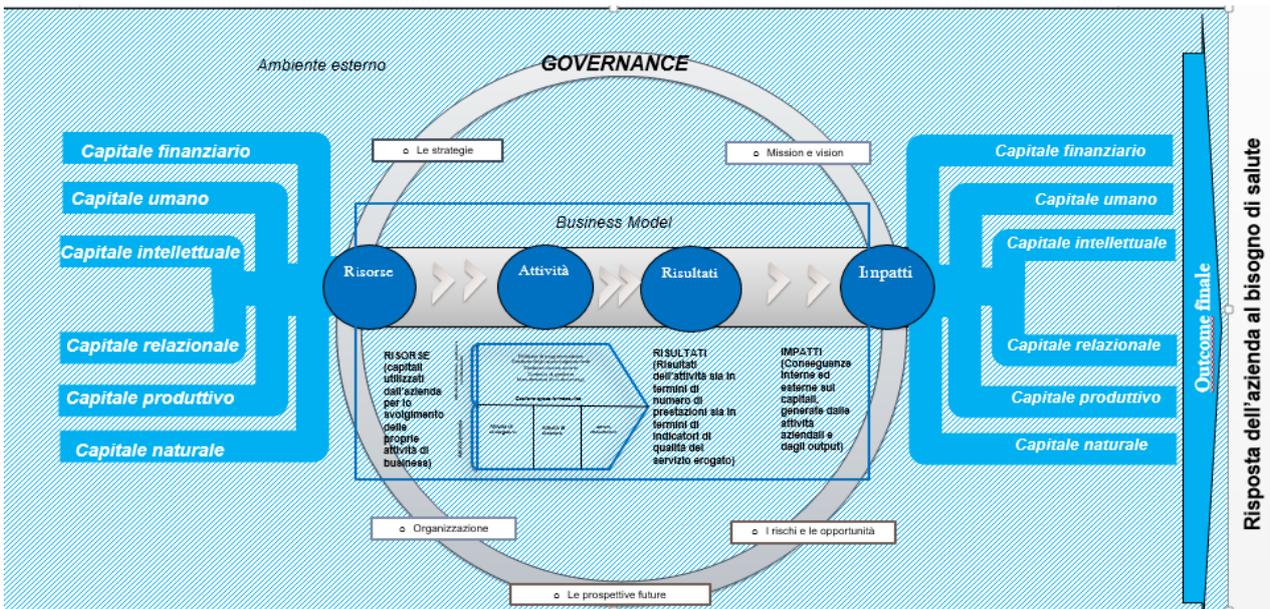
SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

Sottosezione 2.1 Valore pubblico

2.1.1 Il processo di creazione del valore

Il concetto di Valore pubblico, inteso quale livello complessivo di benessere - in particolare e per quanto di interesse, di tipo sanitario – è creato dall'amministrazione rispetto ad una *baseline* di partenza, rispetto al quale debbono definirsi i risultati attesi e programmati nonché le azioni finalizzate alla realizzazione della piena accessibilità e digitalizzazione.

Nella prospettiva del PIAO, si genera Valore Pubblico, appunto, per mezzo della pianificazione di strategie funzionali da misurare in termini di impatti e, successivamente, programmando obiettivi specifici (e relative performance di efficacia e di efficienza) in modo funzionale al valore pianificato. A riguardo, già con il Dlgs 150/2009 si introduceva in ambito pubblico il concetto di "performance" concepita come funzionale al miglioramento della qualità dei servizi ai fini del soddisfacimento dei fabbisogni dell'utenza dovendo essere rendicontata (accountability), e nel rispetto delle prime condizioni di trasparenza i cui contenuti erano stati affidati inizialmente alla Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche (Civit) poi assorbita dall' Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) dal 2014 (DI 90/2014 convertito dalla legge 114/2014).



Lo schema riportato sopra rappresenta il processo di creazione di valore dell'AOU delle Marche.

Il processo di creazione di valore ha avvio dall'utilizzo delle risorse a disposizione dell'Azienda. Le risorse (input) sono espressione di sei capitali (capitale finanziario, capitale naturale, capitale intellettuale, capitale produttivo, capitale umano e capitale sociale e relazionale).

Gli input vengono impiegati nelle attività dell'azienda (attività ospedaliera, attività ambulatoriale, attività di emergenza e altre attività di supporto) al fine di ottenere le prestazioni sanitarie ad alto livello qualitativo (*output/outcome*) erogate dall'azienda ai propri pazienti.

Il processo di trasformazione appena descritto genera impatti sui diversi capitali in termini di accrescimento o assorbimento delle risorse iniziali impiegate e risente del sistema di *governance* dell'azienda e dell'influenza dell'ambiente esterno.

I sei capitali rappresentano le risorse a disposizione dell'AOU delle Marche nel processo di creazione di valore nel tempo. Essi sono intesi come input aziendali con complesse interdipendenze che, per effetto delle attività di ricovero, ambulatoriale e di emergenza subiscono incrementi o decrementi di valore.

Capitale finanziario

Insieme dei fondi (cioè le risorse finanziarie e monetarie) che l'AOU delle Marche utilizza per erogare le prestazioni sanitarie e svolgere l'intera attività istituzionale. Tali fondi sono generati dalla stessa attività assistenziale, di ricerca e di didattica, dai risultati degli investimenti o, in aggiunta, ottenuti tramite forme di finanziamento da soggetti pubblici (principalmente dalla Regione Marche) o da soggetti privati. L'impiego delle risorse finanziarie e monetarie avviene nel rispetto degli obiettivi di economicità del sistema e in modo da permettere all'azienda di operare in condizioni di solvibilità.

Capitale umano

Competenze, capacità ed esperienza delle persone che partecipano alle attività istituzionali (di ricovero, ambulatoriale e di emergenza) e a tutte le attività gestionali e di supporto all'interno dell'AOU delle Marche. Il capitale umano è espressione della forte integrazione tra il sistema ospedaliero e il sistema universitario. Grazie a una costante attività di formazione, il personale accresce in modo continuativo le proprie competenze tecnico-professionali necessarie a svolgere le attività specifiche di ogni tipologia di figura professionale presente in azienda. Allo stesso tempo, ciascuna persona opera in continua integrazione con i vari operatori della salute a livello aziendale ma anche regionale allo scopo di contribuire al perseguimento delle linee strategiche aziendali.

Capitale intellettuale

Insieme delle risorse immateriali che in azienda contribuiscono alla creazione di valore. Comprende: i risultati dell'attività di ricerca e di sperimentazione svolta dal personale dell'azienda, anche grazie alla costante

interazione con i ricercatori e i professori della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Politecnica delle Marche e la continua collaborazione a progetti nazionali e internazionali; le progettualità previste nell'ambito dell'innovazione che consentono il miglioramento tecnologico e dei processi a beneficio della qualità dei servizi. Inoltre, specifica risorsa è l'insieme di conoscenze implicite strutturate in protocolli, procedure e sistemi informatici.

Capitale relazionale

Insieme delle relazioni esterne dell'Azienda che consentono lo sviluppo e l'implementazione di conoscenze e l'utilizzo di queste per la creazione di valore. Esso rappresenta l'insieme delle risorse derivanti dai rapporti dell'azienda con i pazienti, i fornitori, i partners del sistema sanitario (altri Enti del Servizio Sanitario Regionale e Nazionale, Fondazioni e Associazioni, ecc). Con ciascuno di essi si istaurano flussi informativi regolatori di attività, di processo o strategici che configurano la dinamicità dell'operato aziendale e consentono il conseguimento degli obiettivi aziendali.

Capitale produttivo

Tutti i beni mobili ed immobili apportati delle tre ex Aziende Ospedaliere: Umberto I, G.M. Lancisi e G. Salesi, nonché da tutti i beni successivamente acquisiti nell'esercizio della propria attività o a seguito di atti di liberalità, anche in conformità a quanto previsto dalla normativa. Sono incluse le immobilizzazioni materiali tra le quali rientrano gli edifici o i macchinari, gli impianti e le attrezzature (di proprietà dell'AOU delle Marche o in locazione). I beni mobili e immobili dell'Azienda costituiscono patrimonio indisponibile se sono utilizzati per il conseguimento dei propri fini istituzionali.

Capitale naturale

Insieme delle risorse naturali (rinnovabili e non rinnovabili) e i relativi servizi ecosistemici che rendono possibile l'esercizio delle attività dell'AOU delle Marche. Comprende le politiche di sostenibilità inerenti l'utilizzo della risorsa acqua, delle fonti energetiche, dell'elettricità e le iniziative di smaltimento rifiuti, attuate al fine di garantire il rispetto dell'ambiente presente e futuro.

La creazione di valore si sostanzia nel garantire una risposta complessa ai bisogni di salute della popolazione – in riferimento alla *mission* aziendale attribuita nel contesto regionale: questo rappresenta il vero *outcome* per l'azienda, primariamente considerato nel processo di creazione di valore.

2.1.2 Missione e visione aziendale

L'Azienda "Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti Umberto I – G.M. Lancisi – G. Salesi", nasce il 1 gennaio 2004 dalla fusione per incorporazione delle tre ex Aziende Ospedaliere Umberto I, azienda mista su cui insisteva il triennio della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Ancona, G.M. Lancisi ad orientamento cardiologico e G. Salesi ad orientamento pediatrico.

Oggi le tre ex Aziende sono perfettamente integrate in una unica Azienda con personalità giuridica, istituita ai sensi del D.Lgs. n. 517/99, che, con Legge regionale 8 agosto 2022, n. 19 viene rinominata "Azienda ospedaliero-universitaria delle Marche".



L'Azienda ha sede legale in via Conca n. 71 a Torrette di Ancona, ma si articola su due sedi ospedaliere, la principale, collocata a Torrette di Ancona, riunisce l'ospedale ad orientamento universitario – Presidio Umberto I - e quello monospecialistico cardiologico – Presidio Lancisi – la seconda sede, collocata nel centro di Ancona, accoglie l'ospedale monospecialistico pediatrico – Presidio Salesi.

Essa è Azienda ospedaliera integrata con l'Università Politecnica delle Marche di Ancona, per cui interagisce costantemente con la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Ateneo anconetano, in modo coordinato ed inscindibile con l'attività di ricerca e di didattica che in essa si svolge per la formazione dei professionisti del futuro.

All'interno della sede di Torrette di Ancona, è collocata la Direzione del Dipartimento Regionale Interaziendale di Medicina Trasfusionale (DIRMT), istituito con Legge Regionale n.13/2003 (e confermato dalla Legge regionale 8 agosto 2022, n. 19). La Deliberazione n. 1731 del 29/11/2010 (e la precedente DGR Marche n. 873/2008) regola il Dipartimento e lo caratterizza come strumento organizzativo e gestionale sotto il profilo tecnico, scientifico, logistico e amministrativo di tutte le attività trasfusionali; demandando le funzioni propriamente amministrative all'Azienda Ospedaliero-Universitaria delle Marche.

La missione dell'AOU delle Marche è: rispondere alla domanda di salute (fisica, psichica e sociale), garantendo appropriatezza, sicurezza, qualità ed efficienza delle prestazioni e delle cure anche mediante un progressivo sviluppo della ricerca (in ambito clinico e biomedico) e un miglioramento delle competenze degli operatori, grazie ad attività didattiche di supporto programmate sulla base delle conoscenze e competenze sviluppate nella ricerca universitaria.

Concorrono al raggiungimento degli obiettivi connessi con la *mission* tutte le competenze scientifiche e cliniche del Servizio Sanitario Nazionale e dell'Università Politecnica delle Marche, ed in particolar modo della facoltà di Medicina e Chirurgia. Le strategie e le azioni dell'AOU delle Marche, sono intraprese anche attraverso una programmazione concordata delle attività e sono orientate alla piena integrazione nel Servizio Sanitario della Regione Marche, consolidandosi nel ruolo "Azienda di riferimento regionale".

Nel rispetto della missione dell'AOU delle Marche nel SSR ed in relazione al supporto qualificato che la stessa deve fornire in merito alle eventuali emergenze sanitarie che possano verificarsi, anche a livello pandemico,

L'Azienda si dota di un proprio adeguato Piano Pandemico, inteso come declinazione di quanto già contenuto nel Piano Pandemico regionale, in coerenza i principi ed i dettati definiti in ambito nazionale.

L'AOU delle Marche è il perno della rete assistenziale regionale per il livello di complessità di prestazioni erogate nonché polo di attrazione anche per le Regioni limitrofe.

L'AOU delle Marche è Presidio Ospedaliero di II livello, dotato, di un Dipartimento di Emergenza di secondo livello, eroga assistenza sanitaria in fase acuta nelle discipline di particolare complessità assistenziale e che necessitano di un approccio di cura multidisciplinare.

L'AOU delle Marche opera all'interno della rete regionale per patologia come HUB e si rapporta con i presidi ospedalieri *spoke* per garantire continuità assistenziale e qualità delle cure, adottando al proprio interno la filosofia dei percorsi diagnostici terapeutici definiti sulla base della *Evidence Based Medicine*.

Eroga inoltre prestazioni e servizi nell'area dell'assistenza ospedaliera in regime di ricovero (ordinario e diurno), ambulatoriale, in area medica, chirurgica, emergenza. Essa è appunto sede del Dipartimento di emergenza di secondo livello, garantendo tutta l'assistenza in fase acuta della patologia.

L'AOU delle Marche intraprende una strategia operativa finalizzata alla realizzazione di un assetto organizzativo capace di gestire eventuali emergenze sanitarie, basata su una modalità di redistribuzione dei posti letto e di allocazione delle relative risorse ad essi collegate, progressiva e relazionata all'evoluzione della concreta situazione di emergenza sanitaria/pandemica.

L'AOU delle Marche opera sempre parallelamente al mantenimento delle attività non procrastinabili che è tenuta a garantire quale unica sede regionale del DEA di secondo livello e HUB per le discipline uniche regionali, per paziente adulto e pediatrico, e per le specialità di eccellenza in ambiti medici e chirurgici specifici, nonché per le attività di ricerca in corso, in relazione alla inscindibilità con le attività della Facoltà di Medicina e Chirurgia.

Rimane territorio di riferimento per il Comune di Ancona anche per le specialità di bassa e media complessità su cui si formano gli specialisti della Facoltà di Medicina e Chirurgia della città.

Alla luce dei suesposti principi, quali elementi costitutivi della propria missione istituzionale:

- improntare la propria attività al principio della centralità della persona in tutte le sue caratteristiche, fisiche, psichiche e sociali;
- improntare i processi alla cultura della prevenzione e della tutela della salute;
- valorizzare l'appropriatezza delle prestazioni e mantenere il tempo di attesa per la loro fruizione entro limiti che non ne inficino l'efficacia;
- utilizzare criteri etici nella scelta dei livelli appropriati di assistenza e nella valutazione delle attività;
- perseguire l'assenza di dolore nelle fasi di cura a tutela della qualità della vita e della dignità della persona;
- rendere disponibili percorsi assistenziali preferenziali alle categorie di cittadini più deboli o affetti da disabilità o patologie croniche di particolare gravità;
- favorire un rapporto con i cittadini improntato alla trasparenza;
- dare rilievo ai processi di comunicazione verso i cittadini, i soggetti in formazione e gli operatori, al fine di accrescere la condivisione dei valori etici e degli obiettivi dell'Azienda e di consentire una adeguata partecipazione;
- diffondere tra i propri utenti l'informazione, anche di natura bioetica, al fine di favorirne l'autonomia decisionale;
- favorire l'azione del Volontariato e dell'Associazionismo presenti nell'Azienda costituendo questi, per la stessa, opportunità e stimolo di crescita anche dal punto di vista qualitativo, collegamento con la realtà territoriale e con l'utenza;
- basare lo sviluppo delle proprie attività su programmi finalizzati a migliorare i percorsi assistenziali, anche formulando linee guida e definendo indicatori, in particolare di esito, delle attività cliniche, nell'ottica della valutazione delle metodologie e delle attività sanitarie;
- valorizzare il ruolo di tutti i professionisti nel governo clinico dell'Azienda;
- favorire l'attività di ricerca di base e clinica, quale fattore essenziale dello sviluppo e dell'innovazione della scienza medica e dell'innovazione;
- garantire l'attività didattica di tutti i corsi di studio istituiti presso la facoltà di Medicina e Chirurgia;

- dare risposta appropriata nel percorso assistenziale al fabbisogno di conoscenze e competenze relative ai diversi obiettivi formativi della Facoltà di Medicina e Chirurgia;
- accrescere costantemente la qualità professionale dei propri operatori, attraverso un processo di formazione e di aggiornamento continuo;
- promuovere tutti i possibili processi tesi a garantire la sicurezza dello studio e del lavoro nel contesto della propria attività e di quella che, comunque, si svolge nel proprio ambito;
- attribuire un ruolo, nella programmazione aziendale, al metodo del confronto con gli enti locali, le organizzazioni sindacali del Servizio Sanitario Nazionale e dell'Università, le associazioni di tutela dei cittadini e degli utenti, le associazioni del volontariato.

2.1.3 Gli stakeholder

In via generale, si premette il contributo fondamentale apportato dagli stakeholder interni ed esterni (utenti, associazioni di consumatori, associazioni di volontariato, organizzazioni sindacali), chiamati a intervenire nel sistema di prevenzione della corruzione, sia avvalendosi degli strumenti di segnalazione degli illeciti messi a disposizione dall'Azienda sia in termini partecipativi e propositivi con osservazioni e suggerimenti, contribuendo così al miglioramento continuo dei processi aziendali anche al fine di renderli maggiormente trasparenti.

Nello specifico, nella seguente figura è rappresentato l'insieme delle relazioni intessute dall'AOU delle Marche con i propri portatori di interesse, destinatari del valore pubblico creato dall'Azienda e fonte di consenso e legittimazione sociale intorno alle proprie attività nel perseguimento della *mission* istituzionale.

Comunità Europea

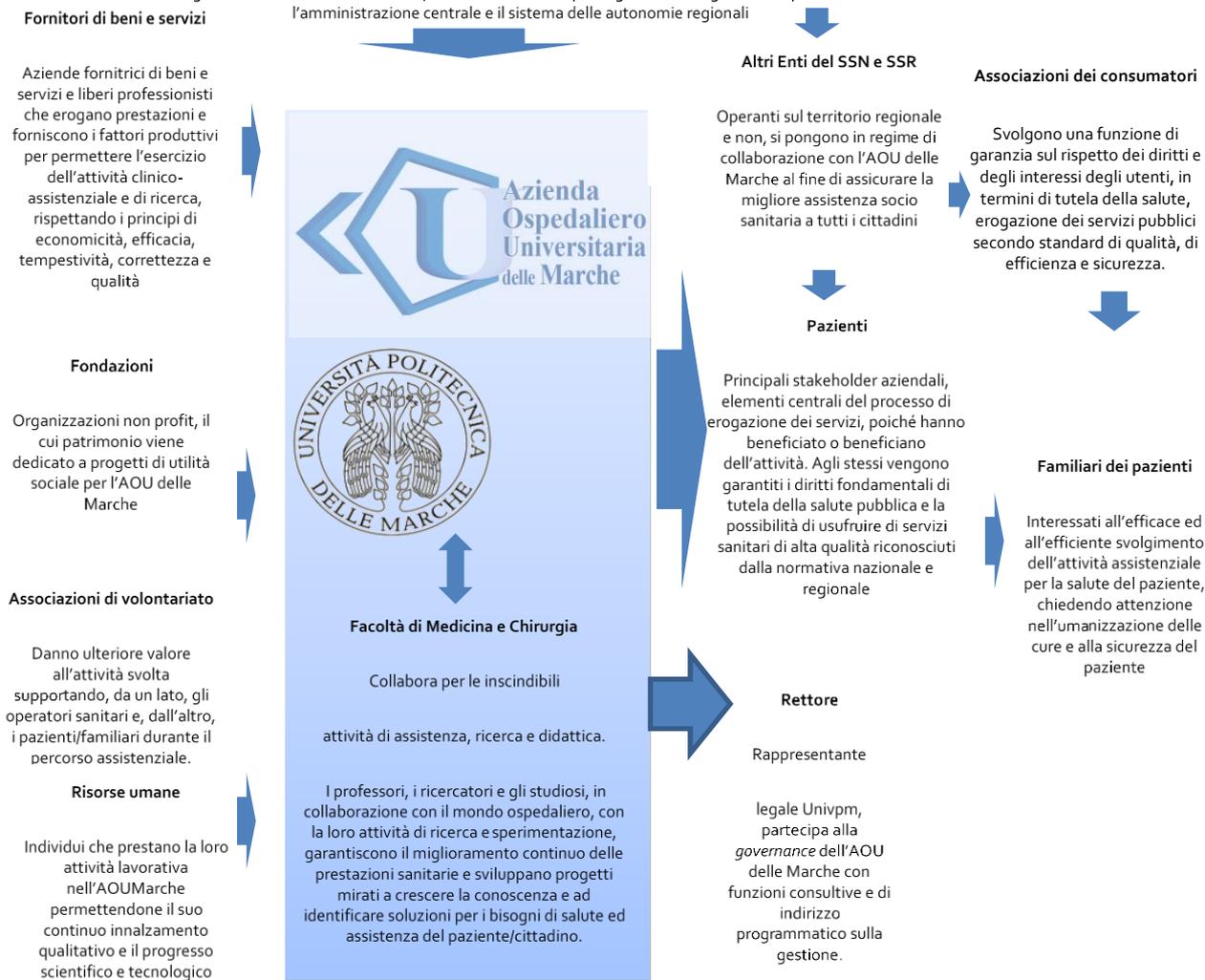
Emanazione di direttive generali sul Sistema Sanitario, applicabili a tutti gli stati membri.

Ministero della Salute – Ministero Economia e Finanze

Il Ministero della Salute ha le funzioni di tutela della salute umana e di coordinamento del Sistema Sanitario Nazionale. Effettua la programmazione a livello nazionale pur rimettendo alla Regione le funzioni di programmazione, gestione, controllo e assegnazione delle risorse. Opera in stretta collaborazione con il Ministero dell'Economia e Finanza per quanto attiene agli aspetti di programmazione economica

Conferenza Stato-Regioni

Opera nell'ambito della comunità nazionale per favorire la cooperazione tra l'attività dello stato e quella delle Regioni e delle Province Autonome, costituendo la sede privilegiata della negoziazione politica tra l'amministrazione centrale e il sistema delle autonomie regionali



Gli stakeholder del livello europeo

L'azienda AOU delle Marche, già da molti anni opera nell'ambito della ricerca, dell'innovazione e dello sviluppo in integrazione con istituzioni pubbliche e private europee. Tale integrazione risulta ancora più necessaria con la partecipazione alla realizzazione degli interventi del PNRR che risultano trasversali sia nella componente 1 (Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale della Missione 6 che nella componente due (Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale. Inoltre il Ministero della salute in attuazione degli interventi individuati nell'ambito della Missione 6, componente 2 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), al fine di potenziare il sistema della ricerca biomedica in Italia, sostenendo il percorso di verifica del potenziale industriale della conoscenza sviluppata e delle innovazioni, rafforzando la capacità di risposta dei centri di eccellenza presenti in Italia nel settore delle

patologie rare e delle malattie non trasmissibili altamente invalidanti, promuovendo nuove conoscenze e strategie di approccio, finanzia progetti per diverse tipologie di progetti di ricerca tra cui: tumori rari, malattie rare. La partecipazione a tali progetti richiede il rafforzamento delle strategie di internazionalizzazione dei sistemi salute regionali e la promozione di iniziative EU complementari in sinergia tra i diversi attori e stakeholder. Con DGR 1705/2023 la Regione Marche ha istituito la rete per l'internazionalizzazione del sistema salute, programma Mattone Internazionale Salute (ProMIS) Marche ai sensi dell'articolo 43, comma 1, lettera n) della legge regionale n. 19/2022, al fine di supportare e la promozione di azioni per lo sviluppo strategico della Programmazione Europea. L'Azienda AOU delle Marche è parte attiva in tale rete.

Gli stakeholder del livello nazionale

Le principali istituzioni nazionali che con il loro operato incidono sulla attività dell'AOU delle Marche sono rappresentate dal Ministero della Salute, dal Ministero dell'economia e delle finanze, dalla Corte dei conti, dalla Conferenza Stato - Regioni, dalle altre Aziende del Servizio Sanitario Nazionale.

Il Ministero della Salute ha le funzioni di tutela della salute umana e di coordinamento del Sistema Sanitario Nazionale. Effettua la programmazione a livello nazionale pur rimettendo alla Regione le funzioni di programmazione, gestione, controllo e assegnazione delle risorse. Opera in stretta collaborazione con il Ministero dell'Economia e Finanza per quanto attiene agli aspetti di programmazione economica.

La Conferenza Stato-Regioni opera nell'ambito della comunità nazionale per favorire la cooperazione tra l'attività dello Stato e quella delle Regioni e delle Province Autonome, costituendo la sede privilegiata della negoziazione politica tra l'amministrazione centrale e il sistema delle autonomie regionali.

La Corte dei conti è l'organo di rilievo costituzionale con funzioni sia di controllo sia giurisdizionali.

Numerosi sono stati gli interventi del governo e del parlamento negli ultimi anni finalizzati soprattutto alla revisione della spesa pubblica.

La legge n. 135 del 7 agosto 2012 di conversione, con modificazioni, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini, cosiddetta "*spending review*", al fine del contenimento dei costi del SSN, ha stabilito un nuovo standard di posti letto per mille abitanti, riducendo il tasso dal 4‰, fissato dal Patto per la Salute 2010-2012, al 3,7‰, comprensivo di 0,7‰ per la riabilitazione e lungodegenza post acuzie, "nel rispetto della riorganizzazione dei servizi distrettuali e delle cure primarie finalizzata all'assistenza 24 ore su 24 sul territorio". Tale intervento normativo si è inserito nel percorso di programmazione sanitaria di tutte le regioni, comportando l'aggiustamento in corso d'opera degli standard che le regioni si erano assegnate in relazione a quanto stabilito dal patto salute 2010-2012. L'intervento c.d. di *spending review* ha inciso, oltre che sulla dotazione di PL delle aziende sanitarie, anche su quella di strutture complesse e semplici e relativi incarichi di direzione, con la conseguente necessità di rivedere anche tale impostazione aziendale.

In ottemperanza a quanto stabilito dall'articolo 1, comma 291, della legge 23 dicembre 2005, n.266 e in base a quanto previsto dall'art.11 del Patto per la salute 2010-2012, con DM Salute 17/09/2012 è stato implementato il percorso di certificabilità dei bilanci poi approfondito con il DM 01/03/2013 "Definizione dei percorsi attuativi della certificabilità che ne ha definito i requisiti comuni e il termine massimo entro il quale i percorsi devono essere completati. Per certificabilità dei bilanci si intende l'applicazione di una regolamentazione della materia contabile e di un sistema di procedure amministrativo-contabili che ponga gli enti nella condizione, in ogni momento, di sottoporsi con esito positivo alle verifiche e alle revisioni contabili.

Di fondamentale rilevanza per l'organizzazione del SSN e per le sue ripercussioni sui diversi servizi sanitari regionali è quanto previsto dal DM n.70/2015 in merito agli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e all'assistenza ospedaliera. Gli standard sono finalizzati a garantire la qualità dell'assistenza e la sua efficacia in relazione a volumi minimi di prestazioni utili a garantire l'esito delle cure.

Di particolare importanza per gli Enti del SSN è il nuovo Sistema di Garanzie (NSG). Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) è lo strumento che consente, con le numerose informazioni ad oggi disponibili sul Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), di misurare secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e della appropriatezza che tutti i cittadini italiani ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei Livelli essenziali di assistenza. Esso rappresenta una svolta significativa nelle metodologie di monitoraggio dei LEA e aggiorna il Sistema di Garanzia introdotto nel 2000. Il DM 12 marzo 2019 "Nuovo sistema di garanzia per il

monitoraggio dell'assistenza sanitaria" è stato pubblicato in G.U. il 14 giugno 2019 e sarà operativo a partire dal 1 gennaio 2020.

In ordine alla trasparenza, il D.Lgs n. 33/2013 riscrive in toto il percorso già avviato con il D.Lgs. n. 150/2009 individuando in modo puntuale gli obblighi informativi a carico delle PA nei confronti dei cittadini in una logica di "accessibilità totale" alle informazioni ritenute rilevanti dal sistema pubblico. In tale contesto si inseriscono sia gli adempimenti connessi con il presente piano, ma più in generale quelli connessi al programma triennale della trasparenza e al più ampio processo di informatizzazione della PA di cui al D.Lgs. n.82/2005 e ss.mm.ii. Peraltro, le modifiche e le integrazioni al D.Lgs n.33/2013 operate dal D.Lgs n.97/2016 introducono l'obbligo per le PA di regolamentazione in materia di accesso civico nelle sue diverse "forme".

Dall'entrata in vigore della L. n.190/2012 e con le sue successive modifiche ed integrazioni, l'azienda ha intrapreso il percorso previsto dalla normativa in tema di anticorruzione, in linea con le indicazioni provenienti dall'ANAC. In particolare, la determinazione n.1064 del 13/11/2019 prevede che le amministrazioni, al fine di disegnare un'efficace strategia anticorruzione, realizzino forme di consultazione con il coinvolgimento dei cittadini e delle organizzazioni portatrici di interessi collettivi in occasione della elaborazione del proprio Piano.

L'intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n.131 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012 ha aperto la stagione degli interventi regionali sul tema dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale che rappresenta la più diffusa modalità di accesso del cittadino al Servizio Sanitario Nazionale. Il principale obiettivo è garantire ai cittadini che richiedono per la prima volta l'accesso ai servizi ai fini di una diagnosi tempestiva, un percorso adeguato, appropriato e rispettoso delle priorità assistenziali dei potenziali pazienti.

Gli stakeholder del livello regionale

Ai sensi della Legge Regionale 8 agosto 2022, n. 19, il Sistema Sanitario Marchigiano è composto, a far data dal 1° gennaio 2023, da 5 Aziende sanitarie territoriali (AST: di Ancona, di Ascoli Piceno, di Fermo, di Macerata e di Pesaro-Urbino), dall'Azienda ospedaliero-universitaria delle Marche e dall'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (INRCA) di Ancona.

Attualmente, nelle more della completa attuazione della riorganizzazione del SSR introdotta con la succitata Legge regionale, con l'adozione di diverse Delibere di Giunta, sono stati medio tempore nominati, in via provvisoria, gli Organi Dirigenziali di vertice delle aziende di nuova istituzione, così come dell'Azienda ospedaliero-universitaria delle Marche e dell'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (INRCA) di Ancona, che sono tenuti ad ottemperare, tra l'altro anche all'obbligo di adozione del PIAO.

Per tale ragione il contenuto del PIAO, quale strumento di programmazione strategica aziendale potrà eventualmente essere oggetto di revisione e aggiornamento all'esito delle nuove nomine nonché dell'adozione dei nuovi *atti aziendali* degli Enti del SSR.

Tutti gli enti del servizio sanitario regionale, nell'ambito della programmazione socio-sanitaria regionale, organizzano i propri servizi e attività al fine di garantire l'erogazione e l'acquisizione delle prestazioni individuate nel Piano socio-sanitario regionale sulla base dei livelli essenziali di assistenza (LEA), attraverso la definizione di percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) nel rispetto della normativa vigente.

Nel sistema sanitario regionale così delineato, continue e profonde sono le interrelazioni tra l'AOU delle Marche e le altre Aziende. Basti pensare che il riordino delle reti cliniche coinvolge trasversalmente per ciascuna disciplina tutte le aziende, individuando punti "Hub" e punti "spoke" in funzione delle specifiche mission degli enti.

In tale contesto, l'Azienda ospedaliero-universitaria delle Marche concorre sia al raggiungimento degli obiettivi della pianificazione socio-sanitaria regionale, sia alla realizzazione dei compiti istituzionali dell'Università. Inoltre, in considerazione del fatto che la stessa – nel contesto regionale - si qualifichi quale unica struttura assistenziale di secondo livello, alla stessa spetta il ruolo di HUB in tutte le discipline di alta complessità, a garanzia di uno stretto raccordo con le altre strutture HUB, sia in fase di accettazione del paziente che in fase di dimissione verso altro Ente di riferimento regionale, nella fase post acuzie.

Le Aziende sanitarie territoriali assicurano le prestazioni incluse nei livelli essenziali di assistenza (LEA) e l'equo accesso ai servizi e alle funzioni di tipo sanitario, sociale e di elevata integrazione socio-sanitaria organizzate nel territorio.

Nell'attuazione della programmazione regionale e della gestione dei servizi, le Aziende sanitarie territoriali garantiscono l'assistenza sanitaria e la prevenzione collettiva in ambiente di vita e di lavoro, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera, pianificando le attività e i servizi sulla base di percorsi assistenziali in grado di assicurare la continuità delle cure attraverso un modello integrato tra servizi territoriali e servizi ospedalieri, garantendo il coordinamento delle prestazioni correlate alle condizioni di salute del singolo, con l'obiettivo di fornire risposte appropriate.

Alla determinazione e al perseguimento delle finalità del Servizio sanitario regionale concorrono, tra l'altro, le Università delle Marche – di cui sono valorizzate le attività di ricerca e di formazione concorrendo a progetti e programmi di comune interesse - l'Istituto zooprofilattico sperimentale dell'Umbria e delle Marche, nonché tutti gli enti sanitari e assistenziali pubblici e i soggetti privati accreditati operanti nel territorio regionale.

Alla Giunta regionale sono demandate specifiche funzioni di indirizzo e controllo in materia di sanità e di integrazione socio-sanitaria, nonché di indirizzo, coordinamento e controllo dell'attività degli Enti del Servizio Sanitario regionale.

In particolare, la Giunta regionale: definisce modalità e criteri per l'erogazione dei servizi sanitari da parte degli operatori pubblici e privati nel territorio regionale, definisce gli obiettivi sanitari degli enti del servizio sanitario regionale, assegna le risorse destinate al finanziamento del servizio sanitario regionale, vigila sull'imparzialità e il buon andamento dell'attività e sulla qualità dell'assistenza - anche attraverso l'esercizio dell'attività ispettiva, definisce i criteri per la costituzione delle strutture territoriali e l'organizzazione dei servizi territoriali nel rispetto della normativa vigente e in coerenza con il Piano Nazionale Cronicità, promuove il potenziamento di un sistema di prossimità in attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr).

Il Comitato di Coordinamento degli Enti del SSR, composto dal direttore del Dipartimento Salute, che lo presiede, e dai Direttori Generali degli Enti, persegue la finalità di assicurare l'attuazione coerente e integrata della programmazione regionale sanitaria e sociosanitaria. Il Comitato opera nell'ambito della struttura organizzativa regionale competente in materia di sanità.

Il Comitato, in particolare:

- delinea proposte e fornisce indicazioni operative per il superamento di eventuali criticità rilevate nell'attuazione della programmazione;
- formula proposte in ordine alla predisposizione da parte della Giunta regionale di linee di indirizzo finalizzate a ottimizzare l'attuazione della programmazione;
- si esprime in merito alla costituzione e allo sviluppo di reti interstrutturali e interaziendali volte all'integrazione dei servizi sanitari e socio-sanitari e alle collaborazioni interaziendali, su proposta della struttura regionale competente in materia di sanità.

Nel contesto regionale, si configurano quali organismi di partecipazione:

- La Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale, svolge le proprie competenze e funzioni in raccordo con il Consiglio delle autonomie locali (CAL). La Conferenza permanente, tra le altre cose, esprime parere in merito al progetto di Piano socio sanitario regionale, alle proposte di legge e di regolamento in materia sanitaria, alle proposte di atti di rilievo regionale riguardanti l'alta integrazione socio-sanitaria, agli accordi con le università.
- La Conferenza dei Sindaci composta dai Sindaci, o dagli Assessori da essi delegati, dei Comuni compresi nel territorio di ogni Azienda Sanitaria Territoriale, è espressione dei bisogni della collettività nel campo dei servizi alla persona e funge da raccordo con altri servizi rispondenti a bisogni contigui a quelli sanitari. Formula proposte per l'organizzazione dei servizi della rete di offerta territoriale.
- La legge, in coerenza con quanto stabilito dal d.lgs. 502/1992, prevede la presenza di organismi espressione delle autonomie locali e delle formazioni sociali presenti sul territorio.

- Il Comitato dei sindaci di distretto è l'organo di partecipazione alla programmazione socio-sanitaria a livello distrettuale composto da tutti i sindaci dei comuni e dai presidenti delle circoscrizioni facenti parte del Distretto. Concorre alla verifica del raggiungimento dei risultati di salute definiti dal Programma delle Attività Territoriali anche mediante il coinvolgimento delle organizzazioni dei cittadini e dei soggetti impegnati in ambito socio-sanitario.
- La Regione favorisce inoltre la partecipazione dei cittadini e delle formazioni sociali del territorio per il miglioramento dell'organizzazione dei servizi e della qualità delle prestazioni erogate, anche attraverso strumenti di controllo dell'efficacia e della rispondenza dell'attività del Servizio sanitario regionale alle finalità e agli obiettivi programmati.

A seguito dell'entrata in vigore della Legge Regionale 8 agosto 2022, n. 19, le disposizioni di cui alla previgente Legge regionale n. 26/1996 sono abrogate, salvo il mantenimento dell'Agenzia Regionale Sanitaria (articolo 4), che nell'ambito della riorganizzazione complessiva della sanità regionale, che si riconfigura, con l'attribuzione di ulteriori e nuove funzioni:

- il supporto alla S.U.A.M., per quanto riguarda le attività propedeutiche, di predisposizione, di programmazione e di gestione delle procedure di acquisto centralizzato di beni e servizi e di affidamento lavori per gli enti del SSR, in raccordo con le disposizioni della nuova Legge regionale di organizzazione sanitaria;
- il supporto agli uffici preposti per l'individuazione dei fabbisogni della dotazione organica e dei carichi di lavoro e per il monitoraggio dei percorsi concorsuali del personale, a servizio degli enti del SSR, al fine di verificare l'efficacia delle selezioni espletate in base al rapporto tra risultati conseguiti e procedure avviate;
- la direzione, il coordinamento operativo e la gestione della centrale unica di risposta (CUR) e del Numero di emergenza unico europeo 112 (NUE 112) ai sensi della normativa europea e statale vigente, avvalendosi del supporto tecnico-logistico degli enti del SSR;
- la raccolta, verifica ed elaborazione dei flussi informativi nonché la gestione dell'archivio regionale dei dati e delle informazioni di interesse sanitario a supporto della programmazione sanitaria regionale.

Al fine della rilevanza strategica delle politiche di comunicazione si rappresenta, infine, che la normativa (cfr. tra l'altro L. n.150 del 07/06/2000 e ss.mm.ii. "*Disciplina delle attività di informazione e di comunicazione delle pubbliche amministrazioni*") nonché Direttiva del Ministro della Funzione Pubblica del 07/02/2002) riconosce alla Comunicazione e all'Informazione Istituzionale un ruolo importante volto a favorire i processi di condivisione con i cittadini e gli utenti, consentire un'adeguata conoscenza delle attività aziendale e rilevare i bisogni per migliorare la soddisfazione degli utenti e innalzare la qualità dei servizi offerti.

La Direttiva del Ministro della Funzione Pubblica del 07/02/2002 recante "*Attività di Comunicazione delle pubbliche amministrazioni*" individua la comunicazione pubblica quale parte integrante dell'azione amministrativa, proponendosi di contribuire al perseguimento, da parte delle pubbliche amministrazioni, delle seguenti finalità:

- ✓ sviluppo di una coerente politica di comunicazione integrata con i cittadini e le imprese;
- ✓ gestione professionale e sistematica dei rapporti con tutti gli organi di informazione (*mass media* tradizionali e nuovi);
- ✓ realizzazione di un sistema di flussi di comunicazione interna incentrato sull'intenso utilizzo di tecnologie informatiche e banche dati, sia per migliorare la qualità dei servizi e l'efficienza organizzativa, sia per creare tra gli operatori del settore pubblico senso di appartenenza alla funzione svolta, pieno coinvolgimento nel processo di cambiamento e condivisione nelle rinnovate missioni istituzionali delle pubbliche amministrazioni;
- ✓ formazione e valorizzazione del personale impegnato nelle attività di informazione e comunicazione;
- ✓ ottimizzazione, attraverso la pianificazione e il monitoraggio delle attività di informazione e comunicazione, dell'impiego delle risorse finanziarie;
- ✓ progettare e realizzare attività di informazione e comunicazione destinate ai cittadini e alle imprese;
- ✓ procedere ad una rinnovata ingegneria dei processi di comunicazione interna e adeguare i flussi di informazione a supporto dell'attività degli uffici che svolgono attività di informazione e comunicazione, e il loro coordinamento, già individuati dalla legge n. 150/2000;

- ✓ produrre e fornire informazioni, promuovere eventi che, tenendo conto dei tempi e dei criteri che regolamentano il sistema dei media, possano tradursi in notizie per i mass media tradizionali e nuovi - come i giornali on-line - e altri mezzi di diffusione di notizie di interesse pubblico.

In ottemperanza alle disposizioni sopraelencate e con l'intento di fornire un'adeguata attività di Comunicazione rivolta sia ai destinatari interni (i quali possono contribuire a realizzare/ampliare la comunicazione stessa), sia ai destinatari esterni (istituzioni, enti, cittadini - principali beneficiari dei servizi erogati, *stakeholder*, associazioni), l'Azienda, con Determina n. 305/DG del 1 aprile 2022, ha elaborato il Piano di Comunicazione per il triennio 2022 -2024, che si prefigge di realizzare le iniziative specificate nel Piano de quo in coerenza con gli obiettivi e le strategie aziendali.

In particolare lo stesso rappresenta la narrazione dei mezzi disponibili nell'Azienda (e il loro utilizzo) per la realizzazione di un "processo comunicativo" ordinato, efficace, essenziale e autorevole (basato sui nostri professionisti).

Il Piano comprende anche strumenti per l'esercizio della Comunicazione Interna, la quale si concretizza anche attraverso percorsi di formazione del personale e analisi del clima aziendale (Benessere Organizzativo) ed intende rappresentare strumento agile e soggetto ad aggiornamenti e modifiche, in coerenza anche con eventuali variazioni determinate dalla programmazione regionale.

2.1.4 Le attività

L'Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche, ai sensi dell'art. 22 della Legge Regionale n. 19/2022 è uno degli Enti del SSR e concorre sia al raggiungimento degli obiettivi della pianificazione socio-sanitaria regionale, sia alla realizzazione dei compiti istituzionali dell'Università.

L'Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche organizza tutti i servizi che eroga in modo da garantire ai cittadini, compatibilmente con le risorse disponibili, la fruizione di percorsi appropriati e tempestivi, in corrispondenza con i bisogni accertati, conformando la propria organizzazione al raggiungimento di tale obiettivo primario, così da assicurare a tutti coloro che ne hanno diritto, in condizioni di equità i livelli uniformi di assistenza previsti negli atti di programmazione, nel rispetto dei fondamentali principi di imparzialità, di continuità dell'assistenza, di diritto di scelta e di partecipazione, nonché delle esigenze della didattica e della innovazione (ricerca).

In particolare, nell'ambito della programmazione socio-sanitaria regionale, l'Azienda organizza i propri servizi e attività nel rispetto dei seguenti criteri:

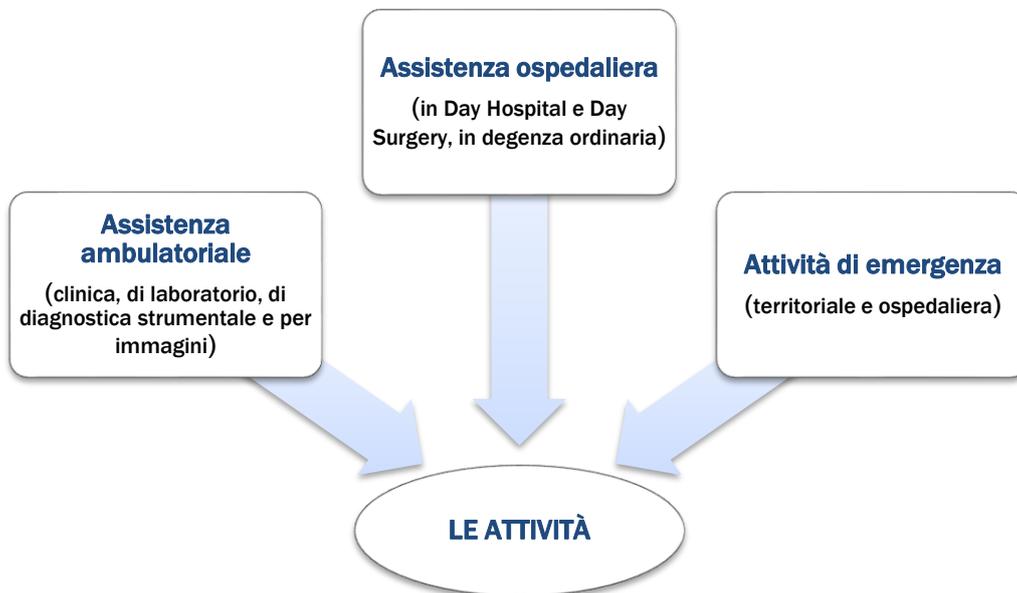
- a) articolazione dei servizi idonea a garantire l'erogazione e l'acquisizione delle prestazioni individuate nel Piano socio-sanitario regionale sulla base dei livelli essenziali di assistenza (LEA), attraverso la definizione di percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) nel rispetto della normativa vigente;
- b) autonomia organizzativa dei livelli decisionali, ai fini dell'efficienza operativa;
- c) strutturazione in forma dipartimentale anche a valenza interaziendale, per aree omogenee, sulla base delle disposizioni di questa legge e della programmazione regionale;
- d) decentramento decisionale verso i dipartimenti, i distretti, i presidi e le altre strutture del servizio sanitario regionale, al fine di favorire la più ampia partecipazione ai processi organizzativi e operativi;
- e) organizzazione di funzioni e processi integrata in reti tra enti, dipartimenti o altre articolazioni operative per migliorare l'efficienza, la qualità e l'appropriatezza dei servizi erogati.

Resta sempre ferma, l'osservanza puntuale delle disposizioni vigenti in materia di prevenzione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione e di trasparenza amministrativa.

L'Azienda opera all'interno della rete regionale per patologia come HUB e si rapporta con i presidi ospedalieri *spoke* per garantire continuità assistenziale e qualità delle cure, adottando al proprio interno la filosofia dei percorsi diagnostici terapeutici definiti sulla base della *Evidence Based Medicine*.

L'Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche eroga prestazioni e servizi nell'area dell'assistenza ospedaliera in regime di ricovero (ordinario e diurno), ambulatoriale, in area medica, chirurgica, emergenza.

Essa è sede del Dipartimento di emergenza di secondo livello, garantendo tutta l'assistenza in fase acuta della patologia.



Le attività che saranno erogate dall'Azienda nel corso del 2024 sono articolate nelle tre aree di pertinenza: attività di ricovero, specialistica ambulatoriale ed emergenza-urgenza.

Attività di ricovero

In merito all'attività di ricovero medico e chirurgica, diurna e ordinaria, obiettivo ambizioso sarà riuscire a mantenere complessivamente il volume dei 42.000 ricoveri erogati nel 2023, in relazione alle risorse assegnate da Regione Marche per l'esercizio 2024. La strategia funzionale al fornire la migliore risposta possibile all'utenza dell'AOU delle Marche consisterà nel privilegiare le funzioni di alta complessità, alla riduzione delle liste di attesa per classi di priorità, quelle connesse all'emergenza ed urgenza, alle funzioni uniche regionali,

La vocazione chirurgica dell'azienda, sede dell'unico DEA regionale di secondo livello, è misurata attraverso la percentuale dei dimessi con DRG chirurgico. La stessa dovrà essere mantenuta al di sopra del 50% in ambito ordinario e del 40% in quello diurno, con un valore complessivo atteso di interventi chirurgici pari a oltre 30.000.

L'attività di ricovero su pazienti provenienti da fuori regione per il 2024 si stima potrà essere mantenuta sostanzialmente intorno al 10%.

Funzionale all'attività di ricovero è l'attività specialistica per pazienti ricoverati (cosiddetti "interni"): per l'anno 2024 si dovranno operare azioni di efficientamento e di miglioramento dell'appropriatezza delle richieste interne (soprattutto in area diagnostica per immagini e di laboratorio) al fine di assorbire risorse strettamente necessarie alla garanzia della qualità ed efficacia clinica dei ricoveri.

Attività ambulatoriale

L'attività di specialistica per pazienti c.d. "esterni" erogata nel 2023 ammonta complessivamente ad oltre 2 ML di prestazioni. Nel tentativo di mantenere il volume complessivo delle prestazioni per esterni, nell'esercizio 2024 si darà priorità al rispetto del PNGLA e alle attività di II livello coerenti con la mission dell'Azienda.

Attività di emergenza-urgenza

Come noto, l’A.O.U delle Marche, in quanto sede dell’unico DEA di II livello regionale, investe significative risorse nell’attività di emergenza-urgenza. La quota di attività di ricovero ordinario erogata in urgenza si attesta mediamente al 50%.

Dovranno essere garantite tra le c.d “funzioni non tariffate” quelle connesse all’emergenza ed urgenza (eliambulanze, traumi maggiori, pronto soccorso, ecc), le quali assorbiranno una quota rilevante delle risorse assegnate all’AOU delle Marche per l’esercizio 2024, a scapito della attività programmata di primo livello in termini di complessità, confidando nella capacità della rete ospedaliera territoriale regionale di rispondere ai bisogni a minore complessità ed urgenza (es. codici bianchi in PS) nei rispettivi territori di afferenza dei pazienti e in capo alle neocostituite AA.SS.TT.

L’attività di elisoccorso, diurno e notturno, dall’aprile 2024 servirà solo la Regione Marche, essendo in fase di scadenza la Convenzione con la Regione Umbria che si è avvalsa del servizio regionale per diversi anni.

2.1.5 Le risorse economiche e strumentali disponibili

Con DGR Marche n. 2074 “L.R. n. 13 del 20/06/2003 e ss.mm.ii. - Autorizzazione agli enti del SSR alla redazione del Bilancio Preventivo Economico 2024 e del Bilancio Pluriennale 2024-2026, l’Azienda è stata assegnataria di una quota di risorse complessive di € 430.190.573 (totali costi gestionali al netto degli scambi infragruppo € 425.190.573, costi da destinare agli investimenti € 5.000.000). Tali costi devono essere coperti per € 23.475.000 da entrate proprie dell’Azienda.

Ai fini della redazione del bilancio economico pluriennale 2024 – 2026, in coerenza con l’assegnazione di bilancio preventivo 2024, intervenuta con la richiamata DGR, si ritiene di formulare una previsione per gli anni 2025 e 2026 pari all’assegnazione 2024. Ciò in assenza di ulteriori elementi per la loro formulazione da parte della Regione Marche.

Sintesi conto economico pluriennale 2024-2026

SCHEMA DI BILANCIO Decreto Interministeriale 20 marzo 2013		BILANCIO DI PREVISIONE 2024 dgr N.2074/2023 AOU Marche	BILANCIO DI PREVISIONE 2025 AOU Marche	BILANCIO DI PREVISIONE 2025 AOU Marche
A)	VALORE DELLA PRODUZIONE	442.015.166	442.015.166	442.015.166
B)	COSTI DELLA PRODUZIONE	427.408.268	427.408.268	427.408.268
	DIFF. TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A-B)	14.606.898	14.606.898	14.606.898
C)	PROVENTI E ONERI FINANZIARI	1.005	1.005	1.005
D)	RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA' FINANZIARIE	-	-	-
E)	PROVENTI E ONERI STRAORDINARI	-	-	-
	RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A-B+C+D+E)	14.607.903	14.607.903	14.607.903
Y)	IMPOSTE SUL REDDITO DELL'ESERCIZIO	14.607.903	14.607.903	14.607.903
	UTILE (PERDITA) DELL'ESERCIZIO	-	-	-

Quanto alle risorse strumentali a disposizione per l’erogazione dei LEA, merita evidenziare che il parco tecnologico dell’Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche previsto per l’esercizio 2024 è costituito da n. 16.278 tecnologie biomediche censite, per un valore di sostituzione complessivo pari a € 128.218.094 (iva esclusa).

Nella valorizzazione del parco tecnologico sono comprese tutte le apparecchiature acquisite in proprietà, con contratti di comodato d’uso, leasing, service, noleggio, comprese quelle di proprietà dell’Università Politecnica delle Marche impiegate ai fini assistenziali.

Tipologia di acquisizione delle apparecchiature elettromedicali previsionale

Valore Parco Tecnologico	Titolo di Proprietà
€ 80.845.698	Beni di Proprietà
€ 47.372.396	Beni di Terzi (noleggio, service, comodato d'uso...)

L'età media del parco tecnologico prevista alla data del 31/12/2023 è pari a 9 anni, con una differenza importante tra i beni di proprietà e i beni tecnologici di terzi.

Vetustà di acquisizione delle Tecnologie Biomediche

Vetustà Parco Tecnologico	Titolo di Proprietà
9,93 anni	Beni di Proprietà
6,19 anni	Beni di Terzi (noleggio, service, comodato d'uso...)

Quanto ai PL, quale risorse strumentale all'attività di ricovero, si evidenzia che attualmente i posti letto direttamente gestiti dall'AOU delle Marche sono pari a 938 unità. Dei 938 posti letto 855 sono dedicati alla degenza ordinaria (di cui 13 per riabilitazione e 842 per acuti comprensivo di 20 culle), 78 rivolti al day hospital (di cui 4 per riabilitazione e 74 per acuti) e 5 posti letto in day surgery (per acuti).

2.1.6 La pianificazione triennale: Gli obiettivi dell'amministrazione ("specifici")

Gli obiettivi strategici aziendali (obiettivi "specifici" dell'amministrazione), definiti in coerenza con la triplice missione dell'AOU delle Marche dell'assistenza, ricerca e didattica, discendono da quanto definito dalla Regione Marche nella pianificazione e programmazione sanitaria ed economica pluriennale per gli enti del Servizio Sanitario Regionale.

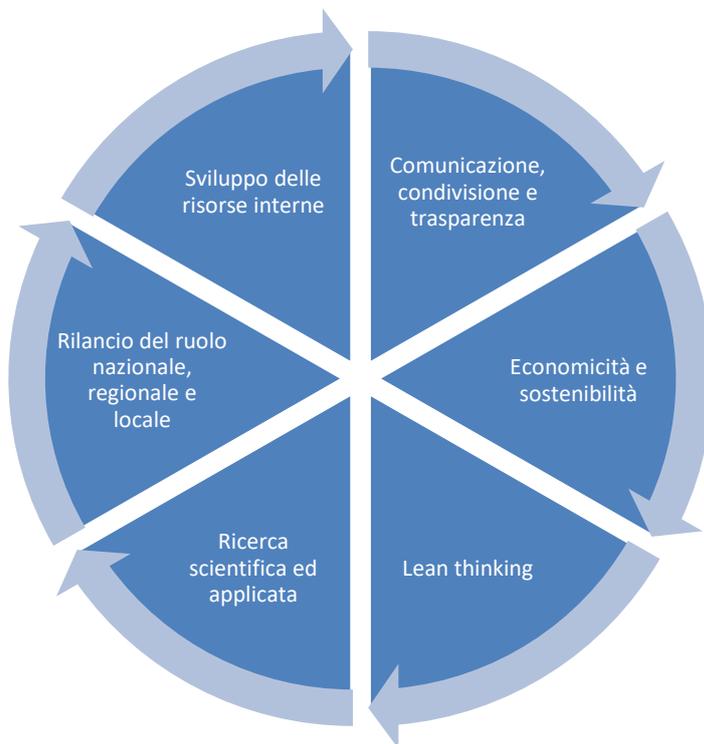
Gli indirizzi comunitari e nazionali e le politiche regionali nonché gli ambiti di intervento delle altre aziende del sistema sanitario disegnano il quadro entro il quale si delineano le strategie dell'AOU delle Marche per perseguire la *mission*. In particolare, i documenti di programmazione sanitaria ed economica (principalmente Intese Stato-Regioni e, a cascata, Piano Sanitario Regionale) guidano la definizione delle linee strategiche dell'AOU delle Marche.

Tra gli obiettivi strategici aziendali devono essere indicati, almeno:

- 1) Obiettivi di semplificazione, coerenti con gli strumenti di pianificazione nazionali vigenti in materia;
- 2) Obiettivi di digitalizzazione;
- 3) Obiettivi e strumenti per realizzare la piena accessibilità dell'amministrazione;
- 4) Obiettivi per favorire le pari opportunità e l'equilibrio di genere.

Alla luce delle considerazioni fatte sin qui, gli obiettivi strategici per il triennio 2024-2026 dell'AOU delle Marche possono essere così sintetizzati:

1. Comunicazione, condivisione, trasparenza;
2. Economicità e sostenibilità;
3. Lean thinking;
4. Ricerca;
5. Rilancio del ruolo nazionale, regionale e locale;
6. Sviluppo delle risorse interne.



Accrescere comunicazione, condivisione e trasparenza

L'AOU delle Marche ha interesse a favorire forme di dialogo e comunicazione con tutti gli stakeholder. L'Azienda si impegna a garantire la piena soddisfazione di quanto richiesto dalla normativa e dai regolamenti in materia socio-sanitaria, attraverso la produzione, l'aggiornamento e la pubblicazione di documenti atti a garantire trasparenza nelle procedure e accesso civico agli stessi. L'impegno si estende all'implementazione di misure di prevenzione della corruzione e di processi finalizzati a sviluppare informatizzazione e tracciabilità

dei flussi operativi e gestionali. Le strategie in tale ambito non si fermano a soddisfare gli adempimenti normativi, ma si focalizzano su obiettivi e azioni mirate a rafforzare la comunicazione dell'Azienda verso tutti gli stakeholder e a migliorare le percezioni di fiducia, sicurezza e qualità da parte degli utenti. Comunicazione che non vuole essere uni-direzionale, ma vuole accrescere la condivisione tra i diversi attori del servizio sanitario. Rientrano in questo disegno strategico i progetti promossi dalla Direzione e rivolti al personale interno visto come interprete delle istanze strategiche e autore di proposte.

Promuovere economicità e sostenibilità

L'AOU delle Marche si impegna ad assicurare l'equilibrio economico tra risorse impiegate e risultati ottenuti nell'erogazione dei servizi assistenziali. Agire nel perseguimento di strategie improntate all'economicità significa per l'Azienda promuovere obiettivi di efficienza che garantiscano comunque un continuo incremento della qualità dei servizi resi. Tendere alla eliminazione di flussi operativi irregolari (sia nella gestione dei materiali sia nelle attività assistenziali), delle attività non a valore e degli sprechi è un primo punto focale delle strategie tese all'economicità e alla sostenibilità. Al contempo, valorizzare e accrescere le proprie risorse interne è il secondo pilastro di strategie volte a creare valore sociale oltre che economico per tutti gli stakeholder aziendali. L'Azienda vuole focalizzare il proprio impegno sulla crescita del proprio capitale umano, sul potenziamento tecnologico, sullo sviluppo del sistema informativo e sull'accrescimento dei servizi di emergenza mediante obiettivi e azioni improntate a efficienza, efficacia e sostenibilità sotto il profilo sia assistenziale che organizzativo.

Lean Thinking

Gli obiettivi strategici di riferimento in questo ambito si basano sulla filosofia del Lean Thinking, che può essere definita come un processo di miglioramento continuo mediante l'osservazione costante delle irregolarità nel flusso dei materiali, dei pazienti o nel carico di lavoro delle persone e l'eliminazione delle attività non necessarie e degli sprechi. Tali azioni potranno garantire una migliore allocazione delle risorse in termini di efficienza ed efficacia. L'intento strategico prevede un'analisi dei processi assistenziali e la loro revisione mediante un approccio di miglioramento (*Business Process Improvement*) o di riprogettazione radicale (*Business Process Reengineering*). Un approccio strategico basato sulla filosofia del lean thinking permette di migliorare gli *outcome*, la qualità dell'assistenza prestata, l'utilizzo delle risorse e garantire il mantenimento della continuità assistenziale, di quella relazionale ed informativa.

Integrare e sviluppare ricerca scientifica ed applicata

L'AOU delle Marche mira a promuovere costantemente forme di integrazione tra mondo ospedaliero, Università, imprese e startup, per la promozione e lo sviluppo di attività di ricerca innovativa e di nuove forme di ricerca multidisciplinare. L'investimento in ricerca e conoscenze è per l'Azienda uno dei punti cardine delle strategie volte a garantire un servizio di qualità e costante attrazione di professionalità di alto livello. Attività di ricerca medica e chirurgica promossa da professori e ricercatori della Facoltà di Medicina associata a quella del personale ospedaliero diviene un primario ambito di intervento di strategie, obiettivi e azioni nel continuo divenire dell'azienda. Al centro di tale orientamento ci sono lo sviluppo di competenze e relazioni scientifiche nazionali ed internazionali e tutte le iniziative di sperimentazioni che precedono la pratica clinica. A ciò si affianca l'impegno dell'Azienda a promuovere ricerche multidisciplinari con tutti i settori di ricerca dell'Università finalizzati a innovare i prodotti/servizi nel settore health-care. L'Azienda riconosce la rilevanza di forme di collaborazione tra il mondo ospedaliero, il mondo di ricerca e le aziende private del Settore farmaceutico, biomedicale e dell'ICT in ottica di crescita e condivisione delle conoscenze al fine di fornire una risposta appropriata, efficiente, efficace e sostenibile ai bisogni di salute dei pazienti.

Essere ospedale di riferimento locale, nazionale e sovranazionale

L'AOU delle Marche mira a garantire un costante miglioramento della qualità dell'attività assistenziale mediante un disegno strategico focalizzato sulla valorizzazione del proprio ruolo di ospedale di riferimento regionale ed extraregionale per alcune specialità distintive. Quale struttura di alta complessità, l'Azienda persegue strategie volte a divenire polo di attrazione in ambito nazionale e sovranazionale, mediante il perseguimento di obiettivi volti a innalzare le professionalità cliniche e scientifiche, sviluppare la qualità delle prestazioni di elevato livello, garantire un costante miglioramento dei tempi di erogazione delle prestazioni e potenziare l'attività "operatoria". Orientarsi in questa direzione vuol dire per l'Azienda operare in sinergia con l'Università, così da divenire attrattivi non solo per i pazienti ma anche per le professionalità mediche che vedono nell'Azienda un luogo di crescita e formazione continua. Come ospedale di riferimento per la comunità

locale e il territorio circostante, l'Azienda persegue strategie finalizzate a favorire la continuità dell'iter assistenziale e, quindi, a evitare duplicazioni di attività e allungamenti nelle liste di attesa. La collaborazione e la coordinazione con gli altri enti del SSR e le istituzioni locali diviene, in questo percorso, essenziale. Operare in ottica di integrazione tra ospedale e territorio vuol dire per l'Azienda aprirsi a obiettivi focalizzati sul miglioramento dell'efficacia del processo integrato di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione.

Sviluppo delle risorse interne

Sul piano metodologico, tale linea risponde all'esigenza imprescindibile di rendere credibile il percorso strategico, con la verifica nel triennio, di:

- un piano di investimenti in tecnologie e attrezzature sanitarie;
- un piano di fabbisogno del personale;
- un upgrade del sistema informativo;
- un mix di percorsi e progetti che sviluppino la cultura del *benchmarking*.

Ciascun obiettivo strategico trova traduzione in obiettivi di performance organizzativa.

Questi ultimi sono stati ricondotti agli ambiti della performance organizzativa di cui all'art.8 del D.Lgs n.150/2009 e s.m.i.:

- a) Attuazione di politiche e il conseguimento di obiettivi collegati ai bisogni e alle aspettative della collettività;
- b) Attuazione di piani e programmi;
- c) Rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi;
- d) Modernizzazione e miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali;
- e) Sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti, i destinatari dei servizi;
- f) Efficienza nell'impiego delle risorse;
- g) Qualità e quantità delle prestazioni e dei servizi erogati;
- h) Raggiungimento degli obiettivi di promozione delle pari opportunità.

Inoltre, per ciascun obiettivo strategico e di performance organizzativa è stato definito il risultato atteso ed il relativo indicatore di misurazione per ciascun anno di validità del Piano. Gli indicatori utilizzati sono riconducibili alle quattro categorie di: efficacia, efficienza, stato delle risorse e impatto.

I valori target costituiscono, in questa sede, valori obiettivo aziendali che, in occasione della definizione del budget di centro di responsabilità, ovvero della programmazione annuale, saranno declinati sulla base della specifica situazione di partenza di ciascuna struttura e del punto di arrivo potenzialmente ottenibile. Tali valori target per la maggior parte degli indicatori selezionati sono definiti da programmi nazionali di benchmark di settore (Programma Nazionale Esiti, Laboratorio di Management S. Anna di Pisa, Ministero della Salute – griglia LEA e NSG).

In **allegato 1** è riportato il quadro complessivo della pianificazione triennale aziendale.

Sottosezione 2.2 Performance

2.2.1 La programmazione annuale

Annualmente, l'Azienda definisce, misura e valuta la performance a livello di amministrazione nel suo complesso, di unità organizzative e individuali dei singoli dipendenti sviluppando un ciclo continuo di gestione della performance.

L'AOU delle Marche, sulla base della pianificazione strategica e informando la propria gestione ai principi della programmazione e del controllo, individua nel sistema budgetario lo strumento fondamentale, per la condivisione degli obiettivi e delle risorse necessarie per raggiungerli con riferimento al complesso delle responsabilità direzionali ed operative afferenti ai vari livelli organizzativi.

Con la traduzione degli obiettivi strategici in obiettivi programmatici per il primo anno di riferimento del Piano (attraverso il percorso di budget), l'amministrazione individua, partendo dagli obiettivi triennali, i risultati attesi per l'esercizio in corso a tutti i livelli dell'organizzazione. Pertanto, è nel processo di budgeting che si sostanzia la negoziazione degli obiettivi organizzativi annuali delle articolazioni aziendali e centri di responsabilità.

Il sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa si attua attraverso l'amministrazione delle risorse disponibili assegnate ai Dipartimenti ed alle altre articolazioni aziendali, per il raggiungimento delle finalità assistenziali, didattiche e di ricerca, definite dai documenti di programmazione. Tali obiettivi sono declinati in attività specifiche per ogni articolazione aziendale, la quale ha la responsabilità di conseguirli nel rispetto degli standard di qualità attesi. Elemento fondamentale del budget è la correlazione tra risorse e risultati.

Il Direttore Generale, coadiuvato dalla direzione sanitaria e amministrativa e dagli uffici di staff, sulla base delle indicazioni programmatiche regionali, definisce le linee di equilibrio tra risorse e risultati relative ai livelli di produzione dei servizi, alle politiche della qualità, alle politiche delle risorse umane, alle linee di innovazione e ai livelli di investimento. Partendo da tali indicazioni e con la formulazione di obiettivi qualitativi e quantitativi, il Direttore Generale attribuisce gli obiettivi di budget ad ogni dipartimento attivando specifici percorsi di negoziazione.

Ogni Direttore di Dipartimento, incontra i responsabili di struttura organizzativa al fine di presentare gli obiettivi specifici assegnati alle strutture afferenti e raccoglie eventuali proposte/modifiche degli obiettivi. In modo analogo, il Coordinatore di Dipartimento avvia il percorso di negoziazione interno con i propri coordinatori di struttura.

Per monitorare periodicamente le attività, supportare il processo di valutazione dell'efficacia e dell'efficienza aziendale e dei dipartimenti e al fine di accertare che le componenti gestionali siano in linea con i programmi definiti, l'Azienda si avvale del controllo di gestione. Il controllo di gestione supporta sia la Direzione aziendale che i Direttori di Dipartimento in tutte le fasi di programmazione, gestione e verifica della performance.

2.2.2 Dalla performance organizzativa alla performance individuale

Costituisce principio generale dell'organizzazione dell'AOU delle Marche la responsabilizzazione del personale tutto e della dirigenza in particolare rispetto ai risultati da raggiungere. L'azienda, in coerenza con il proprio sistema di misurazione e valutazione della performance, individua, per ciascun dipendente il contributo fornito al raggiungimento degli obiettivi di performance organizzativa, sia per il personale dirigente che per il personale dell'area del comparto.

La ricaduta degli obiettivi strategici e di performance organizzativa, secondo un processo a cascata su tutti i centri di responsabilità, implica l'individuazione di obiettivi per la dirigenza sia dell'area sanitaria sia di quella amministrativa, professionale e tecnica di supporto che entrano a far parte della performance individuale. Pertanto, annualmente, una volta definiti gli obiettivi della performance organizzativa, parte degli obiettivi individuali vengono collegati ad essa in relazione alla possibilità che ha il valutato di intervenire direttamente.

In allegato al presente piano, per ciascun obiettivo di performance organizzativa, sono individuati quelli che saranno oggetto di valutazione della performance individuale, rispettivamente della dirigenza sanitaria e della dirigenza dell'area PTA.

Ciò fermo restando che la performance individuale è connessa per una quota al raggiungimento degli obiettivi di performance organizzativa (“risultati”) e per una quota all'area dei “comportamenti” come definito da questa azienda nel proprio sistema di misurazione e valutazione della performance.

2.2.3 Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione della Sezione performance

Il percorso seguito per la redazione della sezione performance piano ha visto una prima tappa nella presa di consapevolezza ed analisi degli interventi normativi e programmatori nazionale e regionali per la Sanità per il triennio di riferimento del Piano.

Valutato il contesto di riferimento esterno, avendo noti i punti di forza e di debolezza interni, sono state definite le linee di indirizzo strategiche per l'Azienda sia dal punto di vista sanitario che economico-finanziario.

Una volta definito il Piano entro il 31 gennaio del primo anno di vigenza dello stesso, esso viene annualmente aggiornato per scorrimento per tenere conto dell'evoluzione del contesto nazionale e regionale in materia. Esso può essere anche aggiornato in corso d'anno qualora modifiche significative intervengano nel contesto di riferimento dell'AOU delle Marche, tali da richiedere una rimodulazione degli obiettivi e dei mezzi necessari per il loro raggiungimento, in un'ottica di miglioramento continuo del ciclo di gestione delle performance.

La tabella che segue illustra le tappe fondamentali di redazione e valutazione della sezione performance per gli anni n_1 , n_2 , n_3 anche in correlazione con gli strumenti attinenti la prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Tempi	Fasi	Soggetti coinvolti
Dicembre n_{-1}	Analisi del contesto di riferimento esterno ed interno utile alla definizione degli obiettivi strategici per il triennio successivo	Direzione aziendale e staff Controllo di Gestione
Dicembre n_{-1}	Assegnazione in via provvisoria da parte della Regione Marche delle risorse a disposizione dell'Azienda per la gestione dell'anno	Direzione aziendale, staff Controllo di Gestione e gestori di spesa
Gennaio anno n_1	Deliberazione Piano Integrato di Attività e Organizzazione del triennio n_1, n_2, n_3	Direzione aziendale, Responsabile anticorruzione e trasparenza e Direttore S.O. Programmazione e controllo di gestione, Direttore S.O. Gestione del personale
Primo trimestre n_1	Definizione del budget aziendale annuale e per cdr per il primo anno di riferimento di vigenza del Piano, andando alla definizione dei sub-obiettivi operativi che discendono da quelli strategici	Direzione aziendale, staff Controllo di Gestione, Dipartimenti, Centri di responsabilità tutti.
Ogni 3 mesi	Monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi operativi annuali della Azienda in tutte le sue articolazioni di responsabilità	Direzione aziendale, staff Controllo di Gestione, Dipartimenti, Centri di responsabilità tutti.

Il ciclo della performance si chiude con la predisposizione della relazione sulla gestione (entro il 30 giugno n_{+1}) che contiene le risultanze di quanto realizzato nel primo anno di riferimento del piano Integrato di Attività ed Organizzazione. Nel frattempo, entro il 30 aprile n_{+1} , viene adottato il bilancio di esercizio dell'anno n che pure, nella relazione del Direttore Generale di accompagnamento, rende conto della performance economica e gestionale, nonché i risultati in termini di assistenza raggiunti nell'anno di riferimento del piano.

30 aprile n_{+1}	Adozione del bilancio di esercizio n	Direzione Aziendale, gestione economico-finanziaria, Controllo di gestione
Giugno anno n_{+1}	Relazione sulla performance relativa all'esercizio n	Direzione aziendale e staff Controllo di Gestione

Posta la necessaria correlazione tra gli obiettivi prefissati nel Piano della Performance e la programmazione economico-finanziaria e di bilancio, merita evidenziare come il presente documento relativo all'anno 2024 sia

stato reso compatibile con le risorse assegnate in via provvisoria a questa azienda dalla Regione Marche, con DGR n.2074 del 29/12/2023. L'Azienda provvederà a rendere compatibile il totale delle risorse assegnate con le autorizzazioni di spesa dei diversi gestori in funzione della programmazione dei fattori produttivi programmati come previsti necessari per l'esercizio 2024.

Sottosezione 2.3 Rischi corruttivi e trasparenza

La pianificazione della prevenzione della corruzione e della trasparenza è parte integrante, insieme agli altri strumenti di pianificazione, del PIAO, quale documento di programmazione unitario e sua specifica sottosezione.

Un obiettivo strategico in materia di anticorruzione e trasparenza è quello della creazione del Valore Pubblico, secondo le indicazioni che sono contenute nel DM n. 132/2022, che può essere raggiunto considerando la dimensione trasversale della prevenzione della corruzione e della trasparenza, per la realizzazione della missione istituzionale dell'amministrazione.

Pur in una logica di continua integrazione tra le sottosezioni valore pubblico, performance e anticorruzione, gli obiettivi specifici di anticorruzione e trasparenza mantengono una propria valenza autonoma come contenuto fondamentale della presente sottosezione di riferimento.

La suddetta Sottosezione è stata pertanto elaborata a cura del Responsabile aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (RPCT), nel rispetto della normativa di riferimento vigente – Legge 190/2012 e D. Lgs 33/2013 - e opportunamente aggiornata con:

- ✓ il recepimento di alcuni elementi di rilievo delineatisi nell'anno precedente;
- ✓ gli aggiornamenti ai Piani Nazionali Anticorruzione (PNA) e le prescrizioni, le raccomandazioni, le linee guida e i documenti emanati dall' Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC);
- ✓ l'aggiornamento delle misure aziendali per la prevenzione della corruzione, delle misure per la trasparenza;
- ✓ le verifiche dello stato d'attuazione 'a scorrimento' delle misure pregresse;
- ✓ le risultanze delle attività svolte dal RPCT nel 2023, con particolare riferimento alle attività svolte al fine della redazione della relazione annuale nel mese di novembre, nonché l'interlocuzione con il Nucleo di Valutazione con riferimento all'attestazione relativa all'assolvimento degli obblighi di pubblicazione e alle successive attività svolte con i Responsabili delle pubblicazioni, al fine di adempiere alle segnalazioni ricevute.

Il processo di redazione di detta Sottosezione avviene con procedura aperta alla partecipazione dei cittadini e delle organizzazioni portatrici di interessi collettivi, al fine di disegnare un'efficace strategia anticorruzione, realizzando quindi forme di consultazione degli *stakeholder* interni ed esterni (in particolare, si è provveduto alla relativa pubblicazione della manifestazione di interesse per raccogliere gli opportuni suggerimenti in materia di prevenzione della corruzione nell'ambito della redazione del nuovo P.I.A.O. 2023-2025, sino alla data del 25 gennaio 2024), nel rispetto delle indicazioni riportate nel Piano Nazionale Anticorruzione 2022 (PNA), approvato dall'ANAC con Delibera n. 7 del 17 gennaio 2023.

Così come per il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, anche tale Sottosezione è da ritenersi un documento 'dinamico' ed aperto ad aggiornamenti e sviluppi. I contenuti della presente Sottosezione potranno perciò essere aggiornati e progressivamente rivisti, oltre che a fronte di mutamenti organizzativi o emergenti necessità, anche sulla base dell'esperienza e del monitoraggio, al fine di realizzare interventi organizzativi di prevenzione e contrasto alla corruzione e all'illegalità sempre realmente rispondenti alle esigenze aziendali.

La presente Sottosezione disciplina l'attuazione del complesso degli interventi organizzativi disposti dall'Azienda per prevenire il rischio della corruzione e dell'illegalità e con la funzione di fornire una analisi del diverso livello di esposizione al rischio delle diverse Strutture. La stessa è destinata a subire integrazioni/modifiche ed è aperto inoltre al recepimento di provvedimenti della A.N.A.C. e a qualunque ulteriore modifica normativa/regolamentare interverrà nel tempo.

Attualmente, il processo di formazione della politica di prevenzione della corruzione e della trasparenza prevede una consapevole partecipazione degli Organi di indirizzo, i quali, definiscono gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza e controllano, tramite i Dirigenti, il RPCT e la Relazione di quest'ultimo, che gli adempimenti informativi siano rispettati in conformità alla legge vigente.

Tutti i dipendenti, secondo il codice di condotta aziendale redatto in conformità al D.P.R. n. 62/2013, prestano la massima collaborazione nell'elaborazione, reperimento e trasmissione dei dati sottoposti all'obbligo di

pubblicazione sul sito web istituzionale e i Dirigenti, nell'attuare gli obiettivi, devono garantire il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare.

Il RPCT ha il compito di svolgere stabilmente un'attività di controllo sull'adempimento informativo da parte dell'Azienda, segnalando allo stesso Organo di indirizzo e al Nucleo di Valutazione con funzioni di OIV le disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza tramite la trasmissione, a tali soggetti, di una Relazione recante i risultati dell'attività svolta.

Infine, il Nucleo di Valutazione con funzioni di OIV. riferisce all'A.N.A.C. l'attuazione delle suddette misure di prevenzione.

Nell'ambito di tale Sottosezione sono individuate:

- le aree e le attività maggiormente esposte al rischio della corruzione, a partire da quelle che la legge 190/2012 già considera come tali;
- le misure e la declinazione dei sistemi di controllo, oltre all'inserimento dei principali obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni secondo quanto disposto dal D. Lgs. 33 del 14/03/2013 e s.m.i. recante il *“Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”*.

Con la finalità di:

- fornire la valutazione del livello di esposizione degli uffici al rischio di corruzione e di stabilire gli interventi organizzativi volti a prevenire detto rischio;
- definire procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti addetti ai settori particolarmente esposti alla corruzione;
- prevenire con tali strumenti l'illegalità, cioè l'esercizio delle potestà pubblicistiche di cui dispongono i soggetti titolari di pubblici uffici, diretto al conseguimento di un fine diverso o estraneo a quello previsto da norme giuridiche o dalla natura della funzione.

L'obiettivo perseguito è pertanto quello di contrastare e prevenire, nell'ambito della materia disciplinata dalla normativa di riferimento, il fenomeno dell'illegalità e ogni forma di abuso e/o strumentalizzazione dell'ufficio e delle funzioni a fini personali e/o di dolosa violazione delle norme e delle regole comportamentali per ottenere indebiti vantaggi di qualsiasi natura creando un contesto fortemente orientato ai valori della legalità, della trasparenza, dell'integrità e dell'etica, attraverso un percorso di cambiamento culturale che conduca a considerare tali valori come naturale connotazione di ogni azione e decisione aziendale e parte integrante della qualità dei servizi, delle prestazioni e delle relazioni tra l'Azienda e gli utenti/pazienti.

Tale sottosezione, per sua stessa natura, non si configura come un'attività compiuta con un termine di completamento finale, bensì come un insieme di strumenti finalizzati alla prevenzione che vengono via via affinati, modificati o sostituiti, in relazione al *feedback* ottenuto dalla loro applicazione e all'esperienza acquisita.

In linea con la programmazione triennale degli anni precedenti e in coerenza con la programmazione nazionale in materia di anticorruzione, tale sottosezione è volta fornire ai Direttori e ai Responsabili delle varie articolazioni aziendali un sistema organico di principi e regole da veicolare a tutti i dipendenti ed operatori addetti alle strutture cui sono preposti, per prevenire ogni forma di illegalità e si applica per quanto compatibile in relazione alla natura del rapporto con i processi aziendali, ai dipendenti - ivi compreso il personale universitario (sia in regime di diritto pubblico, sia in regime contrattualizzato) - con rapporto di lavoro a tempo indeterminato o determinato e ai componenti della Direzione Generale, del Collegio Sindacale e dell'OIV (Nucleo di Valutazione), ed altresì a tutti coloro che, a qualsiasi titolo, si trovino ad operare all'interno delle strutture aziendali o in nome e per conto dell'Azienda.

Il PIAO, di cui la presente Sottosezione costituisce parte integrante, viene pubblicato nel sito Internet istituzionale, nell'apposita sezione di Amministrazione Trasparente dedicata all'anticorruzione, ed è quindi disponibile ai seguenti link: [https://ospedaliriuniti.etrasparenza2.it/pagina43_piano-triennale-per-la-](https://ospedaliriuniti.etrasparenza2.it/pagina43_piano-triennale-per-la)

<prevenzione-della-corruzione-e-della-trasparenza.html>

https://ospedaliriuniti.etrasparenza2.it/pagina769_prevenzione-della-corruzione.html.

Al momento dell'assunzione di nuovi dipendenti, la SO Gestione del Personale provvede ad acquisire apposita sottoscrizione di impegno alla visione del suindicato link.

In sintesi, tale Sottosezione rappresenta lo strumento volto a:

- definire una strategia di prevenzione del fenomeno corruttivo;
- delineare 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;
- programmare l'attività, con indicazione delle aree di rischio e dei rischi specifici, delle misure da implementare per la prevenzione in relazione al livello di pericolosità dei rischi specifici, dei responsabili per l'applicazione di ciascuna misura e delle tempistiche;
- individuare misure concrete, da realizzare con certezza e da vigilare quanto ad effettiva applicazione e quanto ad efficacia preventiva della corruzione.

Prevenzione della corruzione

2.3.1 Analisi del contesto di riferimento esterno e interno

Prima fase del processo di gestione del rischio di corruzione è quella dell'analisi del contesto, esterno ed interno, volta all'acquisizione delle informazioni necessarie ad identificare il rischio corruttivo, in relazione sia alle caratteristiche dell'ambiente in cui l'Azienda opera che alla propria organizzazione.

Infatti, tale valutazione di contesto esterno ed interno rientra tra le attività necessarie per calibrare le misure di prevenzione della corruzione, acquisendo le informazioni necessarie ad identificare il rischio corruttivo in relazione alle caratteristiche dell'ambiente in cui l'amministrazione opera.

Nella predisposizione di tali analisi si è tenuto conto della Check-list di cui all'allegato n.1 del Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) 2022, relativamente al paragrafo "Analisi del contesto esterno".

2.3.1.1 Analisi del contesto esterno

Sulla base delle indicazioni del PNA 2022, l'analisi del contesto esterno persegue il duplice obiettivo di evidenziare come le caratteristiche dell'ambiente nel quale l'Azienda si trova ad operare possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi e favorire la definizione della propria strategia di prevenzione del rischio corruttivo.

In particolare, l'analisi del contesto esterno consiste nell'individuazione e descrizione delle caratteristiche culturali, sociali ed economiche del territorio e del settore specifico di intervento e costituisce un passaggio essenziale per valutare se, ed in che misura, il contesto di riferimento incida sul rischio corruttivo e conseguentemente per elaborare una adeguata strategia di gestione del rischio.

Da un punto di vista operativo, l'analisi del contesto esterno è riconducibile sostanzialmente a due tipologie di attività: l'acquisizione dei dati rilevanti e l'interpretazione degli stessi ai fini della rilevazione del rischio corruttivo.

Vengono così in rilievo, ad esempio, i dati relativi a:

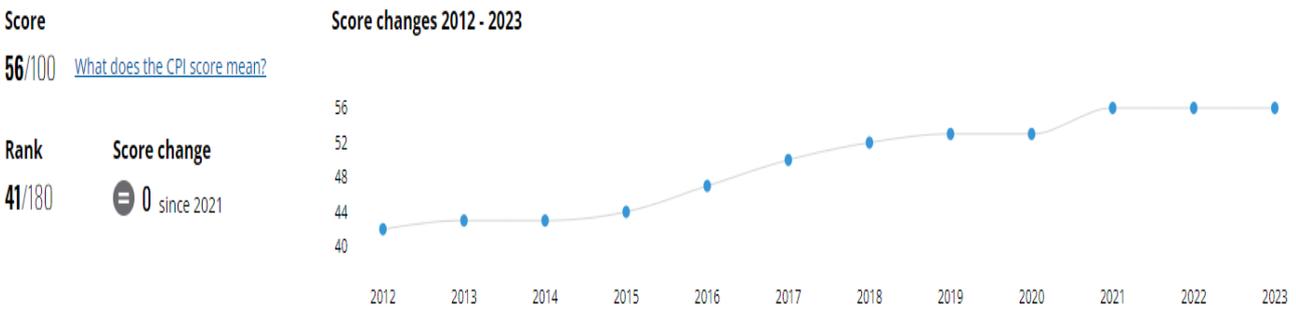
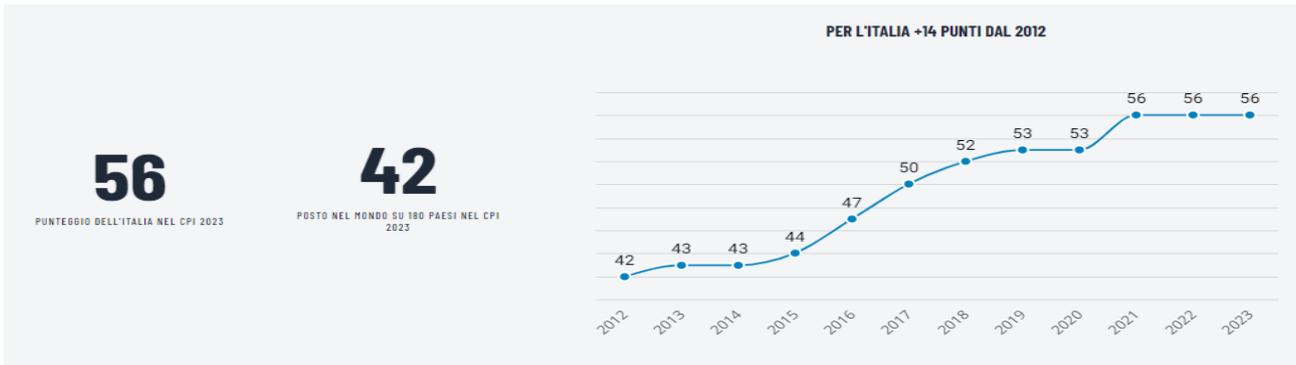
- contesto economico e sociale;
- presenza di criminalità organizzata e/o di fenomeni di infiltrazioni di stampo mafioso;
- reati di riciclaggio, corruzione, concussione, peculato;
- informazioni acquisite con indagini relative agli stakeholder di riferimento;
- criticità riscontrate attraverso segnalazioni esterne o risultanti dalle attività di monitoraggio.

In ordine al settore specifico di intervento e le sue caratteristiche sono stati verificati ed elaborati i dati raccolti tramite Transparency International e Transparency Italia che, già con la pubblicazione dell'Indice della Percezione della Corruzione (CPI) 2023 – pubblicato il 30 gennaio 2024, hanno provveduto ad elaborare una classifica di 180 Paesi e territori sulla scorta del livello di corruzione percepita nel settore pubblico.

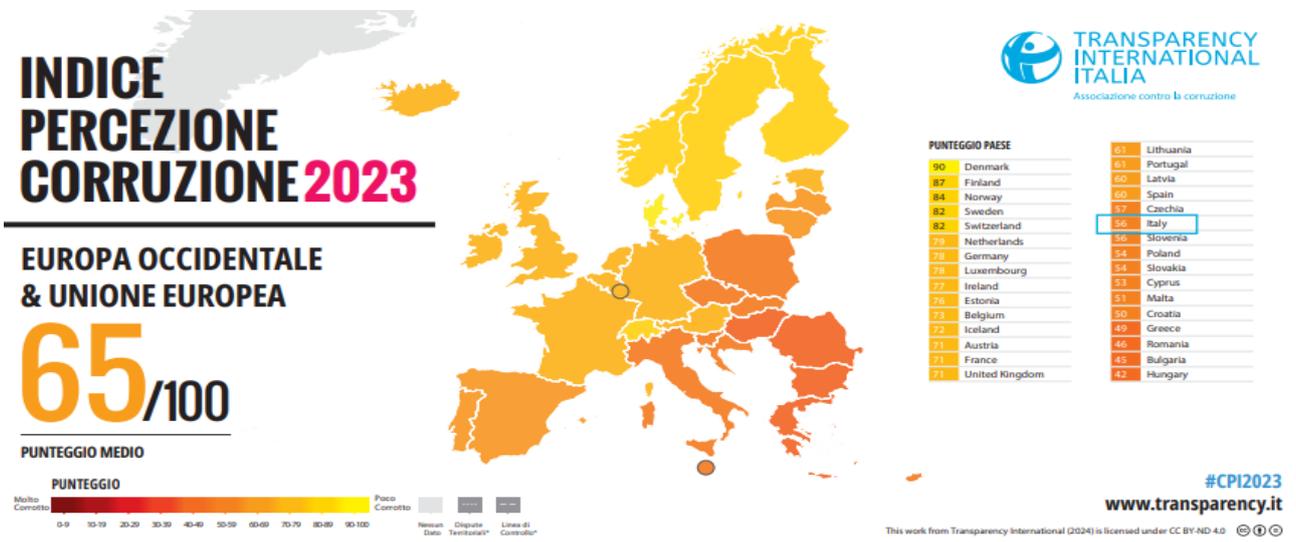
Tale valutazione, fatta sulla base di 13 strumenti di analisi e di sondaggi a esperti provenienti dal mondo del business, con modalità di punteggio finale compreso tra 0 (alto livello di corruzione percepita) e 100 (basso livello di corruzione percepita), ha collocato l'Italia al 42° posto, con un punteggio di 56 (*come evidenziato nel grafico che segue*).

Il Report CPI 2023 mette in evidenza la forte correlazione tra corruzione, conflitti e sicurezza. La corruzione erode le risorse per il benessere comune, genera tensioni sociali, riduce la fiducia nei governi, crea terreno fertile per attività criminali, in definitiva minaccia la stabilità politica, sociale ed economica di un Paese. L'Italia è tra i paesi che hanno registrato maggiori progressi dal 2012 al 2023 – con un particolare passaggio in avanti di 10 posizioni nel CPI 2021. L'Italia può comunque considerarsi nel gruppo dei paesi in ascesa sul fronte della trasparenza e del contrasto alla corruzione. Un risultato, questo, frutto dell'applicazione delle misure normative in tema di prevenzione della corruzione adottate nell'ultimo decennio e dell'attenzione che su di essa ha riversato il decisore politico.

Nell'ultimo decennio l'Italia ha comunque beneficiato delle misure anticorruzione adottate a livello nazionale, tra le quali svolge un ruolo fondamentale il nuovo codice degli appalti, nell'ottica di un raggiungimento di un più elevato standard di trasparenza e a garanzia di un maggiore grado di imparzialità.



L'Europa occidentale e l'Unione europea (UE) si identificano in un punteggio medio di 65 su 100.



(cfr. Report CPI 2023 - dati raccolti tramite Transparency International e Transparency Italia)

Risultano peraltro aggiornate sul piano nazionale - anche in recepimento della normativa europea - le seguenti discipline rilevanti ai fini della prevenzione del rischio corruttivo.

- In attuazione della Direttiva (UE) 2019/1937, è stato emanato il D. Lgs. 10 marzo 2023, n. 24, recante “Attuazione della direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 ottobre 2019, riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell’Unione e recante disposizioni riguardanti la protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali”.
- Il decreto in parola, che è entrato in vigore il 30 marzo 2023 e le cui disposizioni hanno effetto a partire dal 15 luglio 2023, innova il previgente assetto normativo e regolamentare previsto per le pubbliche

amministrazione e per i soggetti privati in materia di whistleblowing prevedendo, tra l'altro, all'art. 23, l'abrogazione dell'art. 54 bis D. Lgs. 165/2001 e dell'art. 3 della L. 179/2017.

La nuova disciplina si applica ai soggetti del settore pubblico e del settore privato e costituisce strumento per contrastare e prevenire la corruzione, la cattiva amministrazione e la prevenzione di violazioni di legge nel settore pubblico e privato.

Il segnalante, infatti, fornisce informazioni che possono portare all'indagine, all'accertamento e al perseguimento dei casi di violazione delle norme, rafforzando in tal modo i principi di trasparenza e responsabilità delle istituzioni. La previsione di specifiche tutele nei confronti di coloro che effettuano segnalazioni, denunce o divulgazioni pubbliche - istituto di nuova introduzione - contribuisce all'emersione e alla prevenzione di rischi e situazioni pregiudizievoli per la stessa amministrazione o ente di appartenenza e, di riflesso, per l'interesse pubblico collettivo.

Tale protezione, oltre ad essere, ora, ulteriormente rafforzata, è anche estesa a soggetti diversi da chi segnala, come il facilitatore o le persone menzionate nella segnalazione, a conferma dell'intenzione, del legislatore europeo e italiano, di creare condizioni per rendere l'istituto in questione un importante presidio per la legalità, per la concorrenza e per garantire il buon andamento e l'imparzialità delle pubbliche amministrazioni.

- In materia di contrasto al riciclaggio e al finanziamento del terrorismo, sia la normativa di matrice europea (c.d. direttive Antiriciclaggio), sia la normativa nazionale, hanno sempre posto una particolare attenzione nei confronti del titolare effettivo dell'attività di impresa, in quanto figura cardine nell'ambito del contrasto al riciclaggio e del finanziamento del terrorismo; in particolare, l'approvazione del decreto n. 55 del marzo 2022 da parte del Ministero dell'Economia e delle Finanze fornisce la base per l'adozione del registro dei titolari effettivi – all'interno di una sezione appositamente dedicata del Registro Imprese, riferendosi ai soggetti posti al centro di controlli nel caso di azioni antiriciclaggio.

Il 9 ottobre 2023 è stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale il decreto 29 settembre 2023 del Ministero delle Imprese e del Made in Italy che attesta l'operatività del registro e del relativo sistema di comunicazione dei dati e delle informazioni sulla titolarità effettiva delle imprese.

La necessità di reperire informazioni precise e aggiornate in merito alla titolarità effettiva è un elemento di particolare importanza al fine di rintracciare possibili fattispecie criminose, schermate dall'occultamento della effettiva identità, volte ad operazioni di riciclaggio di proventi illeciti o al finanziamento di organizzazioni terroristiche.

Le nuove norme consentono di rendere i dati relativi a questi soggetti condivisibili a livello europeo, con l'obiettivo di contrastare le attività illecite portate avanti attraverso il sistema imprenditoriale.

- Con la delibera n. 605 del 19 dicembre 2023, l'Autorità Nazionale Anticorruzione ha approvato l'Aggiornamento 2023 del PNA 2022.

La scelta dell'Autorità è stata quella di concentrarsi solo sul settore dei contratti pubblici a seguito dell'entrata in vigore del nuovo Codice (D.lgs. 36/2023), intervenuto in costanza di realizzazione degli obiettivi del PNRR/PNC e in un quadro normativo che presenta profili di complessità per via delle numerose disposizioni derogatorie via via introdotte.

L'Aggiornamento di cui trattasi fornisce solo limitati chiarimenti e modifiche a quanto già previsto nel PNA 2022, al fine di introdurre, ove necessario, riferimenti alle disposizioni del nuovo Codice, orientando gli enti interessati nelle misure di prevenzione della corruzione e nella promozione della trasparenza nell'area dei contratti pubblici.

Nell'ambito del summenzionato nuovo Codice, viene introdotto – rispetto alla previgente normativa di settore – il concetto di digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti pubblici, con una serie di disposizioni direttamente impattanti sui contenuti e sulle modalità dell'assolvimento degli obblighi di pubblicità legale e di trasparenza.

Nell'elaborazione del presente Piano si è, inoltre, tenuto conto dei dati rinvenibili attraverso le rilevazioni effettuate per il tramite del Portale dell'ANAC *“Come misurare la corruzione. Gli indicatori per valutare i rischi di corruzione in ogni area del Paese”*, il quale mette a disposizione un insieme di indicatori scientifici in grado di stabilire quanto sia alto il rischio che si possano verificare fatti di corruzione a livello territoriale. Il Portale effettua l'analisi di contesto prendendo in considerazione una serie di indicatori raccolti in quattro

domini tematici (criminalità, istruzione, capitale sociale ed economia) che, sintetizzando il rischio di corruzione a livello provinciale, forniscono un'idea del complesso contesto sociale e economico del territorio in cui è più o meno probabile che si manifesti un rischio di corruzione – c.d. Cruscotto Contesto.

In particolare, risulta di ultimo aggiornamento il c.d. Cruscotto Appalti, finalizzato a segnalare la soglia di rischio di corruzione negli appalti di ogni provincia italiana, attraverso 17 indicatori specificatamente descritti al seguente link:

<https://anac-cl.board.com/#/screen/?capsulePath=Cruscotti%5CIndicatori%20Appalti.bcps&screenId=6e656496-0e0f-4255-b78f-3ec88b0f2069&showMenu=false>.

Per la provincia di Ancona, l'ultimo aggiornamento è all'anno 2022 e si evince una soglia di rischio come di seguito rappresentata:



Descrizione Indicatori Appalti

- IND. 1 Numero appalti aggiudicati con offerta economica più vantaggiosa / Numero totale appalti
- IND. 2 Numero appalti non aperti / Numero totale appalti
- IND. 3 Valore economico appalti non aperti / Valore economico totale appalti
- IND. 4 Numero appalti con almeno una variante / Numero totale appalti aggiudicati e conclusi
- IND. 5 Media del rapporto fra importo a consuntivo e importo di aggiudicazione
- IND. 6 Media del rapporto fra durata della realizzazione del contratto effettiva e prevista
- IND. 7 Numero appalti senza comunicazione di aggiudicazione / Numero totale appalti
- IND. 8 Numero appalti senza comunicazione di fine lavori / Numero totale appalti
- IND. 9 Numero appalti con offerta singola (una sola offerta ammessa a fronte di un'unica offerta presentata) / Numero totale appalti aggiudicati
- IND. 10 Media del rapporto tra numero offerte escluse e numero offerte presentate
- IND. 11 Numero appalti con esclusione di tutte le offerte tranne una / Numero totale appalti con una sola offerta ammessa
- IND. 12 Media della proporzione di offerte escluse, calcolata solo sugli appalti che hanno esclusione di tutte le offerte tranne una
- IND. 13 Omogeneità media della distribuzione stazione appaltante – aggiudicatari
- IND. 14 Media dei giorni tra data di scadenza del bando e data di pubblicazione
- IND. 15 Media dei giorni tra data della prima aggiudicazione e data di scadenza del bando
- IND. 16 Numero appalti con importo del lotto compreso tra 37.500 e 40.000 Euro / Numero appalti con importo del lotto compreso tra 30.000 e 37.500 Euro *
- IND. 17 Rileva la frazione di contratti di importo compreso tra 20.000 e 40.000 € rispetto al numero di contratti di importo superiore a 40.000 € *

Relativamente al contesto di riferimento locale, invece, la Relazione del Procuratore regionale della Sezione Giurisdizionale per la Regione Marche della Corte dei Conti, pubblicata in occasione della “*Inaugurazione dell’Anno Giudiziario 2023*” segnala, con riferimento al settore sanitario, che, in continuità con gli anni precedenti, anche nel 2022 l’attività requirente ha rivolto la propria attenzione ai casi di danno erariale derivanti da pronunce giudiziarie sfavorevoli per gli Enti del Sistema Sanitario Regionale, convenuti in giudizio dinanzi all’autorità giudiziaria ordinaria per danni subiti da utenti del servizio sanitario a causa di inadeguate prestazioni sanitarie ricevute nonché da accordi stragiudiziali di natura transattiva, intervenuti tra le Aziende interessate e i pazienti danneggiati nel corso di giudizi civili o di accertamento tecnico preventivo già instaurati, ovvero stipulati in *limine litis* (fattispecie di danno erariale c.d. “indiretto” da *malpractice* medica).

Risultano pervenute alla Procura regionale 1.152 nuove istruttorie, da cui sono conseguiti 91 procedimenti che interessano Aziende Ospedaliere e Sanitarie; il dato è in incremento rispetto all’anno precedente in cui gli stessi procedimenti risultavano 29. Il *focus* di questi casi, dal punto di vista della responsabilità amministrativa, è stato l’accertamento della colpa grave del personale ospedaliero individuato come autore della condotta ritenuta, da parte dell’autorità giudiziaria ordinaria, quale causa dell’inesatto adempimento della prestazione. Nella relazione si evidenzia il consolidarsi e l’affinamento della positiva collaborazione offerta dagli stessi Enti del SSR, che periodicamente provvedono a segnalare alla Procura i casi che hanno dato luogo a un esborso di denaro a carico della Azienda, fornendo le informazioni e i documenti occorrenti per una disamina il più possibile completa delle singole fattispecie attenzionate.

Si specifica che, per l’anno 2024, i dati saranno illustrati nel corso dell’inaugurazione anno giudiziario 2024 della Corte dei conti per le Marche (reperibili al link

<https://www.corteconti.it/Home/StampaMedia/Notizie?Sede=b485a816-9f70-4982-ac48-c8d5710e69f0>).

Si aggiunge che, dalla relazione *sull’amministrazione della giustizia nel distretto* del Presidente della Corte di Appello di Ancona, presentata in occasione dell’inaugurazione dell’anno giudiziario 2023, relativamente ai reati contro la Pubblica Amministrazione, emerge la seguente statistica:

Procure della Repubblica del Distretto delle MARCHE												
Andamento delle denunce di particolari categorie reati - Iscrizioni nel periodo ad opera di noti (mod. 21) e ignoti (mod. 44)												
Categoria	Riferimenti normativi	1/7/19-30/6/20			1/7/20-30/6/21			1/7/21-30/6/22			andamento (*)	Variazioni ultimo anno
		noti	ignoti	totale	noti	ignoti	totale	noti	ignoti	totale		
Delitti contro la pubblica amministrazione	241, 255-256, 270-270 sexsies, 276-278, 280, 280 bis, 289 bis, 290-292, 294, 301-313, 314, 316 bis e ter, 317-348, 353-360 cp, DL 625/79	964	217	1181	1073	198	1271	1082	200	1282	+7 %	1%
di cui corruzione	318- 320 cp	11	1	12	14	0	14	10	1	11	+15 %	-21%
di cui concussione	317 cp	0	2	2	2	4	6	6	0	6	+100 %	0%
di cui peculato	314, 316 cp	67	5	72	38	5	43	54	2	56	-50 %	30%
di cui malversazione a danno dello Stato e indebita percezione contributi	316 bis e ter cp	207	0	207	188	0	188	203	3	206	-10 %	10%
di cui attività terroristiche	270-270 sexies cp	6	3	9	0	5	5	1	0	1	-57 %	-80%

Da ultimo, si evidenzia che la Regione Marche, con Deliberazione dell’Assemblea Legislativa n. 57 del 9.8.2023, ha approvato il “*Piano Socio Sanitario Regionale 2023-2025. Salute, sicurezza e innovazione per i cittadini marchigiani*” (PSSR) proposto con DGRM n. 709 del 25.5.2023, quale documento di indirizzo strategico che definisce le priorità della sanità a breve-medio termine, formulando contemporaneamente le principali indicazioni di carattere operativo per dare immediata attuazione all’azione di rinnovamento della sanità regionale.

I programmi strategici riportati nel PSSR, per il miglioramento del sistema socio sanitario regionale, sono rivolti a garantire i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e assumono un carattere trasversale ai settori assistenziali.

Il suddetto Piano contiene l’inquadramento della situazione regionale e la definizione delle logiche strategiche e degli indirizzi prioritari che rappresenteranno lo scenario della sanità dei prossimi anni, descrivendo le aree generali di intervento a cui fare riferimento per la definizione di azioni specifiche, definendo contestualmente indicazioni sugli obiettivi prioritari ed il relativo orizzonte temporale di attuazione.

Per quanto riguarda i programmi rivolti a garantire i Livelli Essenziali di Assistenza, vengono trattate, nello specifico, le aree assistenziali della prevenzione, della assistenza territoriale e della assistenza ospedaliera, e, relativamente a quest’ultima, si dà rilievo ai bisogni:

- di rimodulazione e consolidamento delle reti cliniche,
- del recupero della mobilità passiva,
- del potenziamento dei servizi in aree particolarmente disagiate in relazione alla domanda e ai bisogni dei pazienti e sempre nella logica del recupero della mobilità passiva
- di implementazione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA).

In relazione alle citate aree assistenziali, inoltre, il PSSR tratta i temi del governo dei tempi di attesa e del consolidamento delle modalità di raccordo e coordinamento dei servizi e della gestione del rischio nonché lo sviluppo dell'Assistenza farmaceutica, della protesica e dei dispositivi medici.

Per quanto riguarda aree e azioni trasversali e di supporto, emergono:

- l'innovazione e la digitalizzazione nel SSR,
- l'adeguamento infrastrutturale in piena sinergia con il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR),
- la qualificazione del personale e la valorizzazione della ricerca,
- gli interventi in ambito normativo, organizzativo e relazionale al fine di dare piena attuazione della riforma sanitaria di cui alla legge regionale 19/2022 nonché di conseguire un miglioramento in termini di differenziazione/integrazione dei servizi e dei rapporti con interlocutori istituzionali, operatori privati, stakeholder, Organizzazioni Sindacali, cittadini e Associazioni di volontariato.

2.3.1.2 Analisi del contesto interno

L'analisi del contesto interno dell'Azienda riguarda gli aspetti legati all'organizzazione e alla gestione operativa che influenzano la sensibilità della struttura al rischio corruzione. In particolare l'analisi è utile a evidenziare da un lato il sistema delle responsabilità e, dall'altro, il livello di complessità dell'Azienda.

La selezione delle informazioni e dei dati è funzionale sia a rappresentare *l'organizzazione*, dando evidenza anche del dato numerico del personale, sia ad individuare quegli elementi utili ad esaminare come le caratteristiche organizzative possano influenzare il profilo di *rischio* dell'azienda, considerando nello specifico:

- la distribuzione dei ruoli e delle responsabilità attribuite;
- la qualità e quantità del personale;
- le risorse finanziarie di cui si dispone;
- le rilevazioni di fatti corruttivi interni che si siano verificati;
- gli esiti di procedimenti disciplinari conclusi;
- le segnalazioni di whistleblowing.

La mappatura dei processi costituisce una parte fondamentale dell'analisi di contesto interno.

Una buona programmazione delle misure di prevenzione della corruzione all'interno del PIAO richiede che si lavori per una mappatura dei processi integrata, rispetto alle diverse aree di attività in cui l'Azienda è coinvolta, al fine di far confluire obiettivi di performance, misure di prevenzione della corruzione e programmazione delle risorse umane e finanziarie necessarie per la loro realizzazione.

Con riferimento alla tradizionale analisi di eventi considerabili come 'sentinella', riguardanti gli operatori aziendali (quali: sentenze pronunciate dalla Corte dei Conti a carico di dipendenti, pronunce di risarcimento del danno nei confronti dell'Azienda per la medesima tipologia di evento o tipologie analoghe, contenziosi e/o segnalazioni, procedimenti penali, provvedimenti disciplinari, esiti di controlli interni ed esterni, evidenza sui media), anche per il 2023 non si sono rilevate particolari criticità.

Si precisa che, con la sentenza n. 89/2023 la Corte dei conti, sezione giurisdizionale per le Marche ha vagliato l'ammissibilità e la regolarità del conto giudiziale avente ad oggetto la gestione della cassa economica dell'azienda Ospedaliera, effettuata nell'esercizio finanziario 2017.

In rapporto alla Check-list di cui all'allegato n.1 del PNA 2022, per la predisposizione della presente analisi si è tenuto conto:

- ✓ della elaborazione della sezione performance da cui è emersa, in continuità con gli anni precedenti, la generalizzata difficoltà, in un momento di evidente crisi economico-finanziaria, a reperire risorse specifiche da destinare a processi di miglioramento. Tale fenomeno obbliga l'Azienda a rivolgere i propri sforzi verso continue azioni di riorganizzazione, razionalizzazione ed efficientamento dei percorsi assistenziali e di cura, che devono comunque tenere conto delle indicazioni nazionali di *spending review* ed invarianza finanziaria;
- ✓ della elaborazione del piano triennale dei fabbisogni del personale da cui è emersa la elevata presenza di personale precario e la connessa difficoltà nell'elaborare processi di innovazione e miglioramento finalizzati:
 - a velocizzare l'affermazione di una cultura della trasparenza, eticità e correttezza dell'agire professionale all'interno della P.A. in genere;
 - ad allineare, tra loro, l'inquadramento del personale universitario e quello aziendale (caratterizzati da diversi profili di contrattazione collettiva): il personale è infatti diversamente regolamentato e ciò comporta di dover concordare, come è stato fatto, regole comuni a carattere trasversale tali da poter trovare applicazione in entrambi gli ordinamenti integrati;
 - all'adattamento tempestivo ai processi di innovazione e cambiamento organizzativo richiesti dalla normativa in esame anche in rapporto ai modelli di funzionamento esistenti in Azienda e nella Regione;
 - ad accelerare i processi di affermazione di sistemi di responsabilizzazione/valorizzazione/valutazione dei singoli dipendenti, con conseguente ridefinizione di ruoli e responsabilità.

L'analisi dei processi e procedimenti interni e le misure di prevenzione della corruzione e trasparenza adottate tengono conto delle criticità sopra rilevate nonché degli esiti del confronto avviato nel mese di novembre 2023 dal RPCT con i Dirigenti – in veste di soggetti Referenti dello stesso – anche ai fini della elaborazione della relazione di monitoraggio in merito alle previsioni contenute nel precedente PIAO, in un'ottica di miglioramento continuo.

Le osservazioni dei Referenti in merito ai singoli processi riferibili alle aree di attività di propria competenza e/o interesse, nonché all'attuazione delle relative misure di prevenzione dei rischi corruttivi correlati, sono state utili all'aggiornamento della mappatura dei processi e a rinnovare l'analisi e la valutazione dei rischi.

2.3.3 *Rischio sanitario e strategie di prevenzione*

Il concetto di "rischio" in ambito sanitario, nell'accezione tecnica del termine, è prevalentemente correlato agli effetti prodotti da errori che si manifestano nel processo clinico assistenziale. In questo senso, «*la sicurezza del paziente consiste nella riduzione dei rischi e dei potenziali danni riconducibili all'assistenza sanitaria a uno standard minimo accettabile*».

Così inteso, il concetto di rischio sanitario è strettamente connesso al concetto di *Risk Management* quale processo che, attraverso la conoscenza e l'analisi dell'errore (sistemi di report, utilizzo di banche dati, indicatori) conduce all'individuazione e alla correlazione delle cause di errore fino al monitoraggio delle misure atte alla prevenzione dello stesso e all'implementazione e sostegno attivo delle relative soluzioni.

La gestione del rischio clinico in Azienda, intesa come attività in tema di politiche di sicurezza e qualità delle cure è incentrata su:

- ✓ il rispetto degli obblighi normativi ministeriali e regionali;
- ✓ l'alimentazione del flusso di dati del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES) sugli eventi sentinella e sui sinistri;
- ✓ la risposta ai questionari sul grado di implementazione delle raccomandazioni ministeriali in ambito di sicurezza;
- ✓ l'implementazione di buone pratiche.

In particolare, il soggetto individuato quale referente aziendale per il rischio clinico svolge le seguenti funzioni:

- Individua un modello organizzativo uniforme per la Gestione del Rischio Clinico;

- Elabora direttive e linee guida per la rilevazione uniforme degli errori e dei rischi di errori nelle strutture sanitarie attraverso il sistema aziendale di incident reporting
- Promuove eventi di formazione per il conseguimento di un comune background culturale, individuando obiettivi strategici, target, contenuti e metodi;
- Promuove la segnalazione dei near misses, incidenti, eventi avversi;
- Sperimenta, a livello aziendale, metodi e strumenti di raccolta e di elaborazione dei dati per ottenere informazioni sulle procedure ad alto rischio e sulla frequenza degli errori;
- Monitora periodicamente e garantisce un feed back informativo ai diversi livelli istituzionali;
- Utilizza metodi reattivi e proattivi per l'analisi delle cause degli eventi avversi;
- Promuove lo strumento degli audit clinici nell'ambito dei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA)
- Definisce misure organizzative e propone ai diversi livelli aziendali tecnologie appropriate per la riduzione degli errori evitabili;
- Favorisce, lo sviluppo di modelli organizzativi e supporti tecnologici innovativi per migliorare la sicurezza.
- Divulga e monitora esperienze di miglioramento della qualità all'interno dell'azienda attraverso il coinvolgimento degli operatori.

Da ultimo, si segnala che l'Azienda, ai sensi dell'art. 2, comma 5, della L. n.24 del 08/03/2017, provvede alla predisposizione e alla pubblicazione nel sito istituzionale – sezione Amministrazione Trasparente – della relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto. Dal 2023 la relazione annuale è inclusa all'interno del Piano Annuale del Rischio Sanitario (PARS). Questo Piano ha l'obiettivo di favorire una visione unitaria del rischio sanitario e sottolineare la corrispondenza dei temi inerenti la qualità e la sicurezza delle cure. Per raggiungere questi obiettivi, il documento comprende sia la sezione riguardante il Piano Annuale per la gestione del Risk Management (PARM) che il Piano Annuale per il *management* delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA) oltre alla Relazione a consuntivo ai sensi dell'art. 2, comma 5, Legge 8 marzo 2017 n. 24.

Nel Piano sono quindi esplicitati i risultati relativi al monitoraggio degli eventi segnalati dagli operatori alla Struttura Organizzativa Semplice Dipartimentale Qualità, Rischio Clinico, Innovazione Gestionale e Tecnologica nell'anno di riferimento, individuando altresì le altre attività declinate nell'ambito del rischio clinico, prevalentemente incentrate sul versante della prevenzione, come la formazione e l'implementazione delle azioni volte all'attuazione delle Raccomandazioni del Ministero della Salute.

Il Rischio Clinico assume rilevanza appunto per la gestione dei rischi ed è volta a fornire strumenti organizzativi e tecnici adeguati per una corretta valutazione delle modalità di lavoro da parte dei professionisti nell'ottica di diminuire le potenzialità di errore e, quindi, di responsabilità professionale, nonché di ridurre la complessiva sinistrosità dell'Azienda.

In particolare, conformemente alle disposizioni di cui alla L. 8 marzo 2017, n. 24, l'Azienda realizza l'obiettivo della sicurezza delle cure anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative.

In relazione al perseguimento di tale specifica finalità e nell'ottica di prevenzione e contenimento del rischio in ambito sanitario l'Azienda ha costituito una apposita Commissione (Commissione Valutazioni Sinistri - CVS) composta da professionisti con competenze trasversali allo scopo di fornire trasparenza e completezza al processo di accertamento dei fatti con il coinvolgimento diretto dei professionisti interessati con lo scopo di svolgere attività di mediazione e stragiudiziali per la risoluzione dei conflitti e di potenziamento nella trattazione del contenzioso.

L'Azienda ha costituito la Commissione Valutazione Sinistri sin dal 2007, ampliandone nel tempo la composizione al fine di consentire una valutazione collegiale e trasversale dei singoli casi trattati ed accrescendone contestualmente le funzioni e competenze.

Tale Commissione agisce quale organismo tecnico di supporto alla Direzione nella valutazione medico legale e legale secondo criteri predeterminati e riconosciuti applicabili alla materia e sulla base di indicazioni normative e giurisprudenziali; peraltro nella fase eventuale di liquidazione si tiene conto, ai fini della

quantificazione, di criteri determinati sulla base delle Tabelle vigenti e di quelle che risultino di più ampio utilizzo, applicate conformemente agli orientamenti giurisprudenziali maggioritari.

In particolare, l'Azienda ha approvato uno specifico Regolamento (determina Direttore Generale n. 393 del 29 aprile 2022) volto a disciplinare la composizione, le modalità di funzionamento e i processi e criteri valutati nelle diverse fasi procedurali.

Nello specifico la composizione della CVS è legata ai criteri della trasversalità delle competenze e della collegialità nelle decisioni da assumere, con presenza delle componenti legale, medico legale, del rischio clinico, della direzione medica e, se presente, della componente assicurativa tramite il coinvolgimento di figure esterne.

L'obiettivo che si è perseguito con il Regolamento in questione è quello di assicurare che una pluralità di soggetti partecipino alle valutazioni e che conseguentemente le decisioni si determinino gradualmente nel corso delle diverse fasi procedurali, consentendo una reciprocità e continuità nell'attività di controllo e, quindi, l'assunzione di decisioni finali in capo alla Direzione sulla base di un iter articolato e tecnicamente determinato, documentato e verificabile.

Nell'ambito delle attività della Commissione valutazione Sinistri è prevista una fattiva partecipazione dei professionisti coinvolti che supportino la Commissione anche ai fini dell'introduzione di azioni migliorative e/o correttive nei diversi ambiti di intervento.

La gestione dei sinistri nel settore della responsabilità medica è oggetto di monitoraggio e analisi ai fini di supportare in modo obiettivo le scelte strategiche e programmatiche aziendali

E' inoltre garantito l'esercizio del diritto di accesso a documenti, dati, attività della Commissione Valutazione Sinistri con esclusione, sulla base degli orientamenti maggioritari al riguardo, dei documenti contenenti indicazioni ai fini della strategia difensiva nella gestione della richiesta di risarcimento, nonché indicazioni necessarie alla attività di gestione del rischio clinico per la prevenzione degli eventi avversi e la sicurezza delle cure e, quindi, per tale ragione sottratti all'accesso ex art. 1, co. 539, lett. a), legge 28 dicembre 2015, n. 208, come modificato dall'art. 16, co. 1, legge 8 marzo 2017, n. 24.

2.3.4 Soggetti e ruoli della strategia di prevenzione

Più soggetti e funzioni concorrono nell'AOU delle Marche all'attivazione della politica di prevenzione della corruzione, ciascuno secondo il proprio ruolo gerarchico, funzionale o professionale.

La prevenzione del rischio della corruzione e dell'illegalità è attuata attraverso il raccordo, tra la Direzione Aziendale ed il RPCT e tra quest'ultimo ed i propri Referenti, con i Dirigenti appartenenti al ruolo amministrativo, tecnico e professionale nonché con i Dirigenti del ruolo sanitario, direttori di Dipartimento e/o di struttura, finalizzato a conseguire l'attuazione di forme interne di controllo diffuso.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

Il RPCT rappresenta uno dei soggetti fondamentali per l'attuazione della normativa sulla prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Il Direttore Generale dell'Azienda (con determina n. 966/DG del 11.12.2023), ai sensi dell'art. 1, comma 7 della legge 190/2012, ha nominato la Dott.ssa Laura Donnini – Dirigente amministrativo in possesso della necessaria e adeguata professionalità e dei requisiti previsti dalla norma – quale Responsabile della Prevenzione della Corruzione, nel rispetto altresì dei criteri e dei requisiti soggettivi di indipendenza e autonomia, al fine di garantirne la stabilità necessaria per mettere a frutto le competenze acquisite.

Il relativo nominativo è stato comunicato all'A.N.A.C.

In conformità con le indicazioni del PNA 2022 (cfr. in particolare All. 3, *Il RPCT e la struttura di supporto*), l'organizzazione aziendale permette al RPCT di avvalersi del sostegno tematico e funzionale del personale della SO Affari Generali, Convenzioni e Ricerca – struttura organizzativa di supporto del RPCT e di cui lo stesso è Direttore - nonché di quello afferente ad altre strutture aziendali.

Trattasi di una integrazione funzionale dei poteri del RPCT, garantita da una collaborazione costruttiva volta alla costante informazione sugli esiti delle attività svolte, che persegue il fine di favorire la dovuta consapevolezza, in tutte le strutture organizzative, delle criticità e dei rischi corruttivi cui è esposta l'Azienda.

L'atto di nomina del RPCT, infatti, attribuisce specifici poteri al RPCT, *“di interlocuzione nei confronti di tutte le strutture, sia nella fase della predisposizione del PTPCT e delle misure sia in quella del controllo sulle stesse”*.

Il dovere di collaborare attivamente con il RPCT, inoltre, è ricompreso nel Codice di Comportamento aziendale, prevedendo in caso di violazioni l'instaurarsi di responsabilità disciplinare.

Sulla base della specifica complessità dell'organizzazione aziendale pertanto, come meglio si dirà di seguito, il RPCT si avvale in concreto della collaborazione dei Referenti per la prevenzione della corruzione, individuati nei Dirigenti responsabili delle strutture aziendali considerate come a maggior rischio di corruzione, la cui azione è subordinata alle indicazioni e istruzioni del Responsabile stesso, che rimane il riferimento aziendale per l'implementazione della politica di prevenzione nell'ambito dell'amministrazione e degli adempimenti che ne derivano.

L'Azienda ha quindi assicurato al Responsabile il supporto delle professionalità operanti nei settori a più alto rischio di corruzione e, in generale, di tutte le unità organizzative.

Il Direttore Generale

Il Direttore Generale, quale organo di indirizzo aziendale, approva la strategia di prevenzione della corruzione e della trasparenza - programmandone gli obiettivi strategici al fine anche della creazione complessiva e trasversale di Valore Pubblico - adottando tutti gli atti di indirizzo generale.

Il Nucleo di Valutazione con funzioni di OIV

Al Nucleo di Valutazione con funzioni di OIV è attribuito un ruolo rilevante nel sistema di gestione della performance e della trasparenza, che dalla prima previsione normativa dell'organismo (2009) si è sviluppato anche in una logica di coordinamento con il RPCT e di relazione con l'ANAC.

Anzitutto, il Nucleo è tenuto a verificare:

- a) che le politiche sulla performance contribuiscano alla costruzione di un clima organizzativo che favorisce la prevenzione della corruzione;
- b) che le misure di prevenzione della corruzione siano tradotte, sempre, in obiettivi organizzativi ed individuali assegnati alle Strutture e ai loro dirigenti.
- c) lo stato di attuazione degli obblighi di pubblicazione, secondo le indicazioni date ogni anno da ANAC, nell'ottica della partecipazione alla creazione di Valore Pubblico e alla costruzione del sistema di prevenzione della corruzione. Si precisa che il Nucleo non attesta solo la mera presenza/assenza del dato o documento nella sezione «Amministrazione trasparente» del sito istituzionale, ma si esprime anche su profili qualitativi che investono la completezza del dato pubblicato (ovvero se riporta tutte le informazioni richieste dalle previsioni normative), se è riferito a tutte le Strutture, se è aggiornato, se il formato di pubblicazione è aperto ed elaborabile.

In particolare, ai fini dello svolgimento delle suddette verifiche sull'assolvimento degli obblighi di trasparenza, il Nucleo:

- indica la data di svolgimento della rilevazione,
- descrive le procedure e le modalità adottate per la rilevazione nonché gli aspetti critici riscontrati nel corso della rilevazione ed eventuale documentazione da allegare.

Il RPCT, successivamente alla pubblicazione dell'attestazione del Nucleo e all'invio ad ANAC, assume delle iniziative utili a superare le criticità segnalate ovvero idonee a migliorare la rappresentazione dei dati per renderli più chiari e fruibili.

Le misure di adeguamento agli obblighi di pubblicazione ulteriormente assunte dal RPCT vengono monitorate dal Nucleo di Valutazione, il quale verifica il permanere o il superamento delle criticità esposte, con specifico riferimento al parametro “completezza di contenuto”, nella griglia di rilevazione oggetto del documento di

attestazione (cfr. Delibera Attestazione OIV n. 203/2023) e ne annota le risultanze in specifica scheda di monitoraggio.

Sulla base degli esiti di monitoraggio, così acquisiti, le misure assunte dal RPCT potranno essere oggetto di valutazione da parte di ANAC nell'ambito dell'attività di controllo sull'operato dei RPCT di cui all'art. 45, co. 2, del d.lgs. 33/2013 per le conseguenti determinazioni.

Gli esiti delle verifiche, in coerenza con il principio di distinzione tra le funzioni di indirizzo spettanti agli organi di governo e quelle di controllo spettanti agli organi a ciò deputati, sono trasmessi all'organo di indirizzo affinché ne tenga conto al fine dell'aggiornamento degli indirizzi strategici.

A seguito della pubblicazione dell'attestazione relativa al 2023, il RPCT ha avviato un confronto trasmettendo le risultanze dell'attestazione in parola ai Dirigenti responsabili delle strutture competenti, *ratione materiae*, ad assicurare il flusso delle informazioni oggetto dei singoli obblighi di pubblicazione, come individuati nel precedente PIAO 2023-2025.

Tale trasmissione è stata effettuata al fine di avviare una verifica e ricognizione delle criticità segnalate dal Nucleo in relazione ai singoli parametri previsti dalla griglia di attestazione – in particolare al parametro "completezza di contenuto" – nonché un confronto efficace tra RPCT e Dirigenti/Referenti delle singole Strutture. L'esito di tale attività si evince da un complessivo miglioramento del parametro "completezza di contenuto" attestato dal Nucleo nella scheda di monitoraggio.

L'Ufficio Procedimenti disciplinari (U. P.D.)

L'Ufficio Procedimenti disciplinari (U. P.D.) è istituito ed operativo presso l'Azienda:

- svolge i procedimenti disciplinari rientranti nell'ambito della propria competenza (art. 55 bis d.lgs. 165/2001);
- provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria (art. 20 DPR. 3/1957; art. 1, c. 1, legge 20/1994; art. 331 c.p.p.);
- cura l'esame delle segnalazioni di violazione dei Codici di Comportamento, la raccolta delle condotte illecite accertate e sanzionate.

Il Comitato Unico di Garanzia

Il Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (CUG) è costituito e operativo all'interno dell'Azienda, secondo quanto previsto dall'art. 21 del D. Lgs. 183/2010, quale organismo composto da un pari numero di componenti di nomina sindacale e di rappresentanti dell'Amministrazione.

Le finalità del CUG, nell'ambito della Azienda, sono:

- garantire un ambiente di lavoro improntato al benessere organizzativo,
- contrastare ed eliminare ogni forma di violenza morale o psichica,
- realizzare la migliore utilizzazione delle risorse umane,
- assicurare la formazione e lo sviluppo professionale dei dipendenti,
- garantire pari opportunità alle lavoratrici e ai lavoratori e contrastare ogni forma di discriminazione diretta e indiretta.

Oltre a compiti propositivi, consultivi e di verifica, il CUG ha il compito di preparare il Piano di azioni positive, quale documento programmatico mirato all'introduzione di misure volte ad assicurare la rimozione degli ostacoli che impediscano la realizzazione delle pari opportunità di lavoro e nel lavoro, di uomini e donne.

In particolare, con determina n. 516/DG del 7.5.2021 è stato approvato il Piano delle Azioni Positive relativo al periodo 2021 – 2024 (**Allegato 5**).

Il Servizio Ispettivo Aziendale

Istituito ai sensi dell'art. 1 della Legge 662/1996, il Servizio Ispettivo Aziendale espleta accertamenti e verifiche sul rispetto da parte del personale dipendente e del personale universitario (quest'ultimo in regime di assistenza limitatamente all'esercizio dell'attività assistenziale) delle disposizioni legislative in materia di incompatibilità, e in particolare, nell'ambito dell'attività libero professionale intra-muraria ed extra-muraria, di rapporto di lavoro part-time, di consulenze e di consulti, nel rispetto del Regolamento aziendale secondo verifiche a campione determinate dall'Ufficio stesso mediante pubblica estrazione a sorte.

Con Determina n. 558/DG del 15 giugno 2022 è stato approvato il *Nuovo Regolamento del Servizio Ispettivo Aziendale*, che attribuisce allo stesso una attività ispettiva:

- di tipo ordinario, consistente nella verifica a campione, con cadenza annuale e previo sorteggio, delle azioni e delle attività effettuate nei due anni precedenti l'estrazione, salvo che particolari esigenze di accertamento richiedano l'estensione ad un periodo maggiore,
- di tipo straordinario, relativa ad accertamenti specifici delle posizioni di singoli soggetti, qualora formalmente richiesto dalla Direzione Generale aziendale, dal RPCT – nei limiti delle attribuzioni di cui alla Legge n.190/2012 – oppure dal Direttore/Responsabile della struttura presso cui il dipendente è assegnato ovvero da specifiche segnalazioni esterne adeguatamente motivate e contestualizzate.

Il Servizio Ispettivo è composto da cinque membri che garantiscano la copertura di tutte le aree di attività (sanitaria, amministrativa, professionale), con la presenza anche di una componente universitaria. L'attuale composizione del Servizio Ispettivo Aziendale è stata individuata con determina del Direttore Generale n. 54 del 25.1.2024.

Qualora, sulla base dell'istruttoria documentale e delle convocazioni ed audizioni del personale, il Servizio Ispettivo rilevi irregolarità inerenti la posizione del soggetto interessato dalla verifica, informa la Direzione Generale ed il RPCT con apposita relazione, per i provvedimenti di competenza, oltre che - qualora ravveda la ricorrenza di ipotesi di reato - la competente Autorità Giudiziaria.

Una relazione annuale sull'attività di controllo viene trasmessa alla Direzione Generale ed al RPCT.

L'Organismo paritetico di verifica

In relazione all'organizzazione dell'attività intramuraria l'art. 5, comma 2, lettera h) del D.P.C.M. 27 marzo 2000, dispone l'istituzione di *“appositi organismi di promozione e verifica, costituiti in forma paritetica fra dirigenti sanitari rappresentanti delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria e rappresentanti dell'azienda”*.

Inoltre, la Regione Marche, con DGRM n. 106/2015, ha approvato le Linee d'indirizzo per gli enti del SSR in materia di libera professione intramuraria del personale della dirigenza medica veterinaria e sanitaria, le quali prevedono - tra l'altro - che i regolamenti aziendali definiscano attribuzioni e responsabilità in capo all'Organismo paritetico di verifica costituito secondo le prescrizioni di cui all'art. 5, comma 2 lettera h) del DPCM 27.3.2000.

Il *“Regolamento per l'esercizio della libera professione del personale medico e delle altre professionalità della dirigenza del ruolo sanitario”* aziendale (approvato da ultimo con Determina n. 564/DG del 18.7.2023) prevede che *“il corretto andamento dell'attività libero professionale intramuraria è assicurato attraverso apposito organismo di verifica in forma paritetica, composto da otto membri, di cui quattro designati dal Direttore Generale dell'Azienda (di cui almeno uno universitario) e quattro designati, congiuntamente, dai sindacati dei lavoratori del personale della dirigenza medica, dell'altra dirigenza sanitaria, professionale tecnica ed amministrativa, della dirigenza universitaria e del comparto, assicurando la presenza di tutte le aree di contrattazione”*.

Il suddetto organismo è stato recentemente modificato nella propria composizione, con determina del Direttore Generale n. 526/DG del 6.7.2023.

Le funzioni attribuite all'Organismo Paritetico dal citato Regolamento, sono di verifica, consultive e di promozione.

In particolare sono assegnati i seguenti compiti:

- controllo e valutazione dei dati relativi all'attività libero-professionale intramuraria e dei suoi effetti sull'organizzazione complessiva, con particolare riguardo al controllo del rispetto dei volumi di attività libero professionale concordati con i singoli dirigenti e con le équipes, che comunque non possono superare i volumi di attività istituzionale assicurati;
- segnalazione al Direttore Generale dei casi in cui si manifestino variazioni quali-quantitative ingiustificate tra le prestazioni istituzionali e quelle rese in libera professione intramuraria;
- proposta al Direttore Generale dei provvedimenti migliorativi o modificativi dell'organizzazione della libera professione intramuraria e del suo regolamento;
- segnala al Direttore Generale eventuali casi di conflitto di interessi, reali o potenziali, o forme di concorrenza sleale verificatesi nell'esercizio della libera professione.

Dirigenti Referenti: individuazione e compiti

Come già sopra evidenziato, stante la complessità dell'organizzazione aziendale il RPCT è affiancato dai Dirigenti - Referenti, la cui azione è comunque subordinata alle indicazioni e istruzioni del Responsabile, che rimane il riferimento aziendale per l'implementazione della politica di prevenzione nell'ambito dell'amministrazione e degli adempimenti che ne derivano.

Lo svolgimento del ruolo di impulso che la legge affida al responsabile della prevenzione richiede che:

- l'organizzazione amministrativa sia resa trasparente, con evidenza delle responsabilità per procedimento, processo e prodotto;
- le unità organizzative siano, oltre che coordinate tra loro, rispondenti all'input ricevuto.

L'Azienda assicura quindi al Responsabile il supporto delle professionalità operanti nei settori a più alto rischio di corruzione e, in generale, di tutte le unità organizzative.

La legge affida ai Dirigenti poteri di controllo e obblighi di collaborazione e monitoraggio in materia di prevenzione della corruzione. Lo sviluppo e l'applicazione delle misure previste nel presente piano saranno quindi il risultato di un'azione sinergica del Responsabile per la prevenzione e dei singoli responsabili degli uffici, secondo un processo di ricognizione in sede di formulazione degli aggiornamenti e di monitoraggio della fase di applicazione.

Eventuali violazioni alle prescrizioni della presente Sottosezione da parte dei dipendenti dell'Amministrazione costituiscono illecito disciplinare, ai sensi dell'art. 1, comma 14, della legge 190/2012 e come previsto dal Codice di Comportamento aziendale.

I compiti dei Referenti sono in sintesi:

- collaborare nella fase di mappatura ed analisi dei rischi;
- proporre misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione ed a controllarne il rispetto nelle strutture di competenza;
- fornire al Responsabile della prevenzione della corruzione le informazioni necessarie;
- avanzare proposte per la rotazione del proprio personale esposto a rischio;
- segnalare al Responsabile della prevenzione della corruzione ogni evento o dato utile per l'espletamento delle proprie funzioni.

Le figure dei referenti vengono aggiornate in linea con le modifiche apportate a seguito della nuova organizzazione dell'Area Amministrativa, Tecnica e Professionale.

In particolare, i Referenti aziendali del RPCT sono stati individuati nei Dirigenti Responsabili delle strutture aziendali di seguito riportate:

S.O. Gestione Economico Finanziaria
 S.O. Area a Pagamento
 S.O. Gestione Attività Edili e Impianti
 S.O. Gestione Beni, Servizi e Logistica
 S.O. Affidamento Contratti Pubblici
 S.O. Gestione del Personale
 S.O. Affari Generali, Convenzioni e Ricerca (*nella sola ipotesi in cui il direttore non coincida con il RPCT*)
 S.O. Affari Legali e Contenzioso
 S.O. Programmazione e Controllo di Gestione
 S.O. Sistemi Informativi Aziendali
 S.O.S.D. Relazioni Interne ed esterne
 S.O.S.D. Qualità, Rischio Clinico, Innovazione Gestionale e Tecnologica
 S.O.S.D. Servizio di Prevenzione e Protezione
 S.O. Direzione Medica Ospedaliera (D.M.O.)
 S.O.D. Farmacia
 S.O.D. Fisica Sanitaria

I suddetti Referenti sono tenuti a trasmettere, annualmente (entro il 30 novembre di ogni anno), al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione, una relazione dettagliata, sotto forma di schema, concernente le attività poste in essere per la concreta attuazione delle regole di legalità e integrità e sulle anomalie accertate.

Il dovere per i Dirigenti di fornire le informazioni richieste dal Responsabile per la Prevenzione della Corruzione, di formulare specifiche proposte volte alla prevenzione del rischio corruzione e di provvedere al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il suddetto rischio – svolte nell'ufficio a cui sono preposti e affidate secondo il criterio della rotazione del proprio personale – è specificato altresì nel Codice di Comportamento aziendale vigente.

Le osservazioni pervenute nell'ambito della citata relazione di monitoraggio sono state utilizzate ai fini dell'analisi e del successivo adeguamento della mappatura dei processi aziendali.

RPD (Responsabile della Protezione dei Dati) e Rapporti con il RPCT (Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza).

Preliminarmente, si rappresenta che l'Azienda ha negli anni provveduto all'adozione di alcune misure organizzative - di interesse trasversale e pertanto anche in ordine alle strategie di prevenzione del rischio corruttivo - volte a disciplinare specifici aspetti o aree concernenti la protezione dei dati personali, tra cui:

- procedura per la gestione delle violazioni;
- procedura per la gestione dei diritti dell'interessato;
- procedura per il trattamento dei dati genetici e per ricerca scientifica;
- linee operative in materia di trattamento di dati personali negli studi clinici;
- informative per specifiche finalità ed istruzioni per i designati e autorizzati.

Inoltre, con Determina n. 775/DG del 3 agosto 2022, è stato approvato il Regolamento per la protezione dei dati personali, con il fine di assicurare il rispetto dei principi normativi vigenti e mettere in atto le misure tecniche ed organizzative adeguate cui è tenuto il titolare del trattamento. L'Azienda, nello specifico, ha ritenuto opportuno individuare in modo dettagliato compiti e responsabilità, oltre a quelli attribuiti dalla norma al titolare, di coloro che - nell'ambito del proprio ruolo e funzioni - concorrono all'attuazione della normativa di settore con conseguente responsabilizzazione di ogni struttura aziendale e di figure specificamente individuate affinché al titolare del trattamento dati sia consentito l'effettivo raggiungimento delle finalità previste dalla normativa sopra citata.

Posto che il Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 ha introdotto la figura del Responsabile della protezione dei dati (artt. 37-39) e previsto l'obbligo per il titolare o il responsabile del trattamento di designazione dello stesso “quando il trattamento è effettuato da un'autorità pubblica o da un organismo pubblico (...)”, potendo lo stesso essere un dipendente aziendale, individuato “in

funzione delle qualità professionali, in particolare della conoscenza specialistica della normativa e delle prassi in materia di protezione dei dati e della capacità di assolvere i compiti di cui all'articolo 39" nonché con un livello di conoscenza specialistica determinato in base ai trattamenti di dati effettuati e alla protezione richiesta in concreto per i dati personali trattati, l'Azienda - con Determina n. 240/DG del 22.3.2018 - ha provveduto alla designazione di tale figura, individuando un soggetto interno e garantendo che lo stesso eserciti le proprie funzioni in autonomia e indipendenza e in particolare, non assegnando compiti che risultino in contrasto o conflitto di interesse con l'attività di riferimento.

Infine si rileva che l'ANAC nella delibera n.1074 del 21/11/2018 chiarisce che RPCT (Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza) e RPD (Responsabile della Protezione dei Dati) non debbano coincidere, in considerazione del fatto che la sovrapposizione dei due ruoli potrebbe rischiare di limitare l'effettività dello svolgimento delle attività riconducibili alle due diverse funzioni e tenuto conto dei numerosi compiti e responsabilità che la normativa di riferimento attribuisce ad entrambi.

Resta fermo che, per le questioni di carattere generale riguardanti la protezione dei dati personali, il RPD costituisce la figura di riferimento fondamentale anche per il RPCT, senza possibilità di sostituzione ad esso nell'esercizio delle funzioni attribuitegli per legge.

2.3.5 Mappatura dei rischi: aree, processi e metodologia utilizzata

Con il PNA 2019 è stato introdotto un nuovo sistema di mappatura dei processi a maggior rischio corruttivo, che ha costituito un sensibile cambio di approccio metodologico e che è stato utilizzato a partire dall'anno 2021 per effettuare gradualmente la nuova mappatura dei processi aziendali – in particolare, a partire dalla redazione del PTPCT 2021-2023 - consistente nella individuazione e nell'analisi dei processi organizzativi aziendali, sino a raggiungere l'esame dell'intera attività amministrativa svolta dall'ente.

Il processo, oggetto di mappatura, è stato inteso come una sequenza di attività correlate ed interagenti che trasformano delle risorse in un output destinato a un soggetto interno o esterno, e non si riferisce anche ai singoli procedimenti amministrativi, con l'opportuna osservazione che più procedimenti omogenei tra loro, possono confluire in un unico processo. Talvolta il processo e il procedimento amministrativo possono coincidere, ma rappresentano due modelli diversi di esame dell'organizzazione aziendale.

Per la mappatura è fondamentale quindi il coinvolgimento dei Direttori/Responsabili delle medesime strutture organizzative delineate nel precedente articolo 5. In particolare, si ribadisce che il RPCT, che coordina la mappatura dei processi dell'intera amministrazione, deve poter disporre delle risorse necessarie e della collaborazione dell'intera struttura organizzativa. Infatti, i Dirigenti delle S.O. individuate al succitato articolo 5, ai sensi dell'art. 16 co. 1-bis, del 165/2001, lettera l-ter), forniscono le informazioni richieste dal soggetto competente per l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione, e formulano all'uopo specifiche proposte volte alla prevenzione del rischio medesimo; all'interno di questo sistema anche tutti i dipendenti, ai sensi dell'art. 8 del D.P.R. 62/2013, prestano collaborazione al responsabile della prevenzione della corruzione. La mancata collaborazione può altresì essere considerata dal RPCT in fase di valutazione del rischio, in quanto eventuali resistenze a fornire il supporto richiesto potrebbe nascondere situazioni di criticità.

Sulla base dell'Allegato 1, del PNA 2019, le 3 fasi della mappatura dei processi (identificazione, descrizione e rappresentazione), sono state caratterizzate dall'applicazione del principio di gradualità e da un approccio di tipo qualitativo in cui l'esposizione al rischio è stimata in base a motivate valutazioni, espresse dai soggetti coinvolti nell'analisi, su specifici criteri.

Identificazione. La prima fase della mappatura dei processi consiste nell'identificazione dell'elenco dei processi, attraverso la rilevazione e classificazione delle attività interne all'Azienda – ad opera dei singoli Referenti del RPCT, allo scopo di redigere gradualmente una lista dei processi che afferiscono alle cosiddette "Aree di rischio", intese queste come raggruppamenti omogenei di processi e ritenute maggiormente sensibili in base alla valutazione del potenziale rischio corruttivo a cui sono sottoposti.

Le Aree a rischio di corruzione sono in genere comuni a tutte le amministrazioni pubbliche (es. contratti pubblici, acquisizione e gestione del personale), mentre quelle specifiche dipendono dalle caratteristiche peculiari delle attività svolte dall'Azienda.

In relazione a queste ultime, individuate in sede di aggiornamento del PNA nel 2015 (Sezione sanità) e riepilogate poi anche nel PNA 2019, per le Aziende e gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale:

- farmaceutica;
- dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazione e sponsorizzazioni;
- attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero;
- attività libero professionali;
- liste di attesa;
- rapporti con soggetti erogatori.

Descrizione. La seconda fase della mappatura dei processi è la descrizione del singolo processo in maniera progressiva, secondo il metodo della gradualità di approfondimento della tipologia di attività che sono ricomprese nell'ambito del medesimo, della responsabilità complessiva a capo del processo e dei soggetti coinvolti nell'esecuzione delle varie attività previste all'interno dello stesso.

Tramite questo metodo, l'Azienda, dopo aver effettuato un primo esame dei principali processi soggetti a maggior rischio corruttivo, procede nelle annualità successive ad integrare la mappatura dei rischi con l'aggiunta di ulteriori elementi di descrizione.

Rappresentazione. La terza ed ultima fase è quella della rappresentazione grafica degli elementi descrittivi del processo, illustrati nella fase precedente sotto forma tabellare, con il fine di delineare gli aspetti peculiari del successivo processo di valutazione gestione e trattamento del rischio.

Il Piano Nazionale Anticorruzione 2022, confermando l'opportunità di sviluppare progressivamente la mappatura verso tutti i processi svolti dalle amministrazioni, ha raccomandato una semplificazione della mappatura dei processi, quale parte fondamentale dell'analisi di contesto interno, avvalorando la necessità di procedere gradualmente alla descrizione dei processi (partendo in via prioritaria dagli elementi di base: finalità, attività che compongono il processo e responsabilità complessiva del processo) per poi aggiungere, in sede di aggiornamento dello strumento programmatico (sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO), ulteriori elementi di descrizione.

Da ultimo, l'aggiornamento 2023 al PNA 2022, approvato dall'ANAC con Delibera 605 del 19.12.2023, interviene limitatamente all'area dei contratti pubblici a seguito dell'adozione del Nuovo codice in materia. Con tale aggiornamento, l'Autorità ha inteso fornire alcuni chiarimenti e introdotto modifiche a quanto già previsto nel PNA 2022 inserendo, ove necessario, rinvii al citato Nuovo Codice e adeguando altresì i propri riferimenti in materia.

L'attività di rilevazione dei processi aziendali, pertanto, viene programmata adeguatamente tenendo conto delle risorse disponibili e con l'obiettivo di individuare negli aggiornamenti annuali della presente Sottosezione il passaggio da soluzioni semplificate (es. elenco dei processi con descrizione solo parziale) a soluzioni più evolute (descrizione più analitica ed estesa). Nel corso di tale programmazione una particolare attenzione è stata posta ai processi relativi a gare e contratti, tenuto conto dell'evoluzione normativa dettata dall'entrata in vigore del nuovo codice degli appalti e dell'avvio al 1/1/2024 del nuovo sistema di digitalizzazione delle gare tramite la banca dati nazionale dei contratti pubblici (BDNCP) e dalla necessità di porre particolare attenzione ai processi di acquisizione relativi agli interventi PNRR. Data la portata innovativa della gestione dei progetti PNRR, dell'attuazione del nuovo codice degli appalti, nonché alla luce delle nuove disposizioni sulla digitalizzazione del sistema degli appalti e degli obblighi di trasparenza, il RPCT ha ritenuto necessario attenzione tali processi attribuendo una valutazione del rischio "medio-alta" ai processi indicati nell'area "Contratti pubblici".

2.3.6 Misure di carattere generale per prevenire il rischio di corruzione

Di seguito vengono elencate le misure di carattere generale di intervento trasversale sull'attività aziendale che si caratterizzano per la loro incidenza sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione e la loro stabilità nel tempo.

Formazione dei dipendenti

I dipendenti e gli operatori che, direttamente o indirettamente, svolgono un'attività all'interno degli uffici individuati come a più elevato rischio di corruzione, devono partecipare ad un programma formativo sulla normativa relativa alla prevenzione, repressione della corruzione e sui temi della legalità.

Nell'ambito della programmazione annuale della formazione, dovrà quindi obbligatoriamente essere previsto un percorso formativo per la prevenzione della corruzione.

Tale percorso di formazione, definito d'intesa con il Responsabile della Formazione, è indirizzato secondo un approccio che è al contempo normativo-specialistico e valoriale, in modo da accrescere le competenze e lo sviluppo del senso etico e, quindi, riguarda le norme penali in materia di reati contro la pubblica amministrazione ed in particolare i contenuti della Legge 190/2012, gli aspetti etici e della legalità dell'attività amministrativa oltre ad ogni tematica che si renda opportuna e utile per prevenire e contrastare la corruzione.

I responsabili delle articolazioni aziendali comunicano ogni anno al Responsabile della prevenzione della corruzione i nominativi dei dipendenti che vanno formati e organizzano presso le rispettive strutture/servizi/uffici degli incontri formativi brevi nel corso dei quali gli operatori che hanno partecipato ai programmi di formazione aziendali espongono le indicazioni essenziali apprese, assicurando così, con un percorso a cascata, la più ampia divulgazione delle tematiche relative alla prevenzione e al contrasto della corruzione.

I Responsabili delle articolazioni aziendali danno poi riscontro di tali attività al Responsabile della prevenzione della corruzione nelle relazioni semestrali da redigere.

Rotazione dei dipendenti

Nell'ambito delle misure dirette a prevenire il rischio di corruzione, assume rilievo l'applicazione del principio di rotazione del personale addetto alle Aree a rischio; in particolare viene prevista, quale ulteriore misura preventiva del rischio della corruzione, la rotazione degli incarichi, la rotazione dei dipendenti coinvolti nell'istruttoria o nel rilascio dei provvedimenti inerenti procedimenti ad alto rischio corruttivo, sempre compatibilmente con l'organico, la capacità e la competenza specifica necessaria del personale.

La ratio delle previsioni normative ad oggi emanate è quella di evitare che possano consolidarsi posizioni di privilegio nella gestione diretta di attività e di evitare che il medesimo funzionario tratti lo stesso tipo di procedimenti per lungo tempo, relazionandosi sempre con i medesimi utenti e pertanto consolidando situazioni di privilegio e l'aspettativa a risposte illegali improntate a collusione.

Ulteriore finalità è quella di limitare relazioni che possano alimentare dinamiche improprie nella gestione amministrativa, conseguenti alla permanenza nel tempo di determinati dipendenti nel medesimo ruolo o funzione, contribuire alla formazione del personale, accrescendo le conoscenze e la preparazione professionale del lavoratore.

In ogni caso, occorre tenere sempre presente la tipologia di attività: per le attività fungibili la rotazione si potrà effettuare; mentre sarà più difficile per quelle il cui ambito richiede una specializzazione non fungibile con le professionalità presenti in Azienda.

I sistemi di rotazione del personale afferente alle Direzioni a rischio che si intendono prevedere dovranno garantire continuità e coerenza agli indirizzi intrapresi e le necessarie competenze tenuto conto della particolare tipologia della *mission* aziendale che è quella della tutela della salute.

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

Ove non sia possibile utilizzare la rotazione, le amministrazioni sono tenute a operare scelte organizzative e adottare altre misure di natura preventiva.

Nella concreta realtà aziendale detta misura non può essere perseguita stabilmente ma deve essere oggetto di approfondimento relativamente alla fattibilità per l'applicazione graduale nel tempo; i Responsabili delle Strutture procedono comunque alla rotazione dei dipendenti coinvolti in procedimenti penali o disciplinari collegati a condotte di natura corruttiva.

Tutela del dipendente che segnala illeciti (whistleblower)

In attuazione della Direttiva (UE) 2019/1937, è stato emanato il D. Lgs. 10 marzo 2023, n. 24, recante *“Attuazione della direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 ottobre 2019, riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e recante disposizioni riguardanti la protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali”*.

Il decreto in parola, che è entrato in vigore il 30 marzo 2023 e le cui disposizioni hanno effetto dal 15 luglio 2023, innova il previgente assetto normativo e regolamentare previsto per le pubbliche amministrazioni e per i soggetti privati in materia di whistleblowing prevedendo, tra l'altro, all'art. 23, l'abrogazione dell'art. 54 bis D. Lgs. 165/2001 e dell'art. 3 della L. 179/2017.

La nuova disciplina si applica ai soggetti del settore pubblico e del settore privato e costituisce strumento per contrastare e prevenire la corruzione, la cattiva amministrazione e la prevenzione di violazioni di legge nel settore pubblico e privato.

Il segnalante, infatti, fornisce informazioni che possono portare all'indagine, all'accertamento e al perseguimento dei casi di violazione delle norme, rafforzando in tal modo i principi di trasparenza e responsabilità delle istituzioni.

La previsione di specifiche tutele nei confronti di coloro che effettuano segnalazioni, denunce o divulgazioni pubbliche - istituto di nuova introduzione - contribuisce all'emersione e alla prevenzione di rischi e situazioni pregiudizievoli per la stessa amministrazione o ente di appartenenza e, di riflesso, per l'interesse pubblico collettivo.

Tale protezione, oltre ad essere, ora, ulteriormente rafforzata, è anche estesa a soggetti diversi da chi segnala, come il facilitatore o le persone menzionate nella segnalazione, a conferma dell'intenzione, del legislatore europeo e italiano, di creare condizioni per rendere l'istituto in questione un importante presidio per la legalità, per la concorrenza e per garantire il buon andamento e l'imparzialità delle pubbliche amministrazioni.

Pertanto, con determina del Direttore Generale n. 700/DG del 19 settembre 2023 è stato approvato il Regolamento per la tutela del dipendente che segnala illeciti (Whistleblowing Policy) ai sensi del D. Lgs. 10 marzo 2023, n. 24 ai fini dell'adeguamento aziendale ai dettami della nuova disciplina.

Conflitto di interessi e obbligo di astensione

Tutti i dipendenti, i collaboratori e i consulenti dell'Azienda devono, nei loro rapporti esterni con clienti, fornitori, contraenti e concorrenti, comunque curare gli interessi dell'Azienda rispetto ad ogni altra situazione che possa concretizzare un vantaggio personale anche di natura non patrimoniale.

I dipendenti destinati a operare nei settori e/o attività particolarmente esposti alla corruzione devono astenersi da quella attività, ai sensi dell'articolo 6 bis della legge n. 241/1990, in caso di conflitto di interessi, segnalando tempestivamente ogni situazione di conflitto anche potenziale.

Per conflitto di interessi, reale o potenziale, si intende qualsiasi relazione intercorrente tra un dipendente/collaboratore/consulente e soggetti, persone fisiche o giuridiche, che possa risultare di pregiudizio per l'Azienda.

I conflitti di interesse devono essere resi noti con immediatezza - e in tempo utile per la trattazione della pratica o lo svolgimento dell'attività - specificando le ragioni, con dichiarazione scritta da inviarsi al proprio Responsabile che decide sull'astensione, fornendo una risposta scritta tempestiva. Tale comunicazione è tutelata da riservatezza.

La successiva valutazione circa la sussistenza di una situazione di conflitto di interessi spetta:

- per i dipendenti, al superiore gerarchico;
- per il Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario, al Direttore Generale;
- per il Direttore Generale, alla Giunta regionale;
- per gli altri Destinatari, al superiore gerarchico secondo l'organizzazione dell'AOU delle Marche.

L'Azienda ha intrapreso iniziative volte a diffondere tra gli operatori la conoscenza del suddetto obbligo di astensione nonché delle conseguenze che scaturiscono dalla violazione nonché dei comportamenti da seguire in caso di conflitto di interesse.

L'obbligo di astensione del dipendente nel caso di cui trattasi è espressamente menzionato nel Codice di Comportamento aziendale vigente.

Svolgimento di incarichi extra-istituzionali

La Legge n. 190/2012 ha modificato l'art. 53 del D. Lgs. n. 165/2001 in materia di incompatibilità e cumulo di impieghi ed incarichi dei pubblici dipendenti.

Al fine di disciplinare le procedure di rilascio delle autorizzazioni allo svolgimento di attività extraistituzionali del personale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria delle Marche, che abbiano carattere di occasionalità e temporaneità e che non siano comprese nei compiti e doveri di ufficio, è stato approvato con Determina n. 345/DG del 30/06/2015 il "*Regolamento Aziendale in materia di incarichi extra-istituzionali*"; detto Regolamento, che si applica a tutto il personale dipendente, disciplina le attività liberamente esercitabili, le attività assolutamente incompatibili e quelle per le quali è necessario avanzare una richiesta di autorizzazione/comunicazione.

Sono stati quindi predisposti due modelli da utilizzare:

- a) Modulo di autorizzazione nel caso di incarichi retribuiti anche occasionali, conferiti da soggetti pubblici o privati, per i quali è previsto sotto qualsiasi forma un compenso;
- b) Modulo di comunicazione relativo alle seguenti fattispecie:
 - ✓ collaborazione a giornali, riviste, enciclopedie esimili;
 - ✓ utilizzazione economica da parte dell'autore o inventore di opere dell'ingegno e di invenzioni industriali;
 - ✓ partecipazione a convegni e seminari;
 - ✓ incarichi per i quali è corrisposto solo il rimborso delle spese documentate;
 - ✓ incarichi per lo svolgimento dei quali il dipendente è posto in posizione di aspettativa, di comando o di fuori ruolo;
 - ✓ incarichi conferiti dalle organizzazioni sindacali ai dipendenti presso le stesse distaccati o in aspettativa non retribuita;
 - ✓ attività di formazione diretta ai dipendenti della pubblica amministrazione;
 - ✓ attività di docenza;
 - ✓ attività di ricerca scientifica;
 - ✓ perizie/consulenze tecniche d'ufficio rese all'autorità giudiziaria nell'ambito di un procedimento penale, o di un giudizio civile limitatamente alle cause di interdizione e inabilitazione su istanza del P.M.;
 - ✓ attività a titolo gratuito nell'ambito di società e associazioni sportive dilettantistiche;
 - ✓ incarichi a titolo gratuito che il dipendente è chiamato a svolgere in considerazione della professionalità che lo caratterizza all'interno dell'Azienda.

Al regolamento e alla relativa modulistica è stata garantita la più ampia diffusione, tramite invio a tutto il personale dipendente e pubblicazione sul sito internet aziendale e sul Portale della Trasparenza.

La procedura codificata di rilascio dell'autorizzazione allo svolgimento di incarichi extra istituzionali da parte del personale dipendente dell'Azienda che abbiano carattere di occasionalità e temporaneità e che non siano ricompresi nei doveri di ufficio - predisposta in base al vigente Regolamento - è stata ulteriormente messa a

punto mediante la creazione di apposita casella di posta elettronica dedicata a cui trasmettere le richieste di autorizzazione di cui trattasi ed il conseguente aggiornamento dei moduli di richiesta già esistenti.

L'Azienda, inoltre, in attuazione già del Piano Nazionale Anticorruzione anno 2016, ha previsto, tramite l'adozione di un'apposita procedura amministrativa, in costante aggiornamento in correlazione con le disposizioni del nuovo Codice dei contratti pubblici (D.Lgs. 31 marzo 2023, n. 36), le misure per la gestione dei conflitti nei processi di Procurement in sanità, in un'ottica di risposta alle situazioni che possono generare conflitti anche potenziali di interessi tra i professionisti interni e gli operatori economici, in un quadro regolamentare chiaro e trasparente.

Relativamente alle attività di consulenza e di partecipazione ad eventi esterni finanziati da soggetti terzi, l'Azienda, visto quanto previsto tra l'altro nel Piano Nazionale Anticorruzione anno 2016, ha già previsto un'apposita procedura amministrativa, inclusa la relativa modulistica contenente le dichiarazioni di assenza di conflitti di interesse, per la gestione delle autorizzazioni, da parte delle competenti figure aziendali, all'effettuazione delle predette attività, nonché per la stipula di specifici contratti coi soggetti finanziatori.

Con riferimento alle attività svolte dai professionisti aziendali con qualifica di professori universitari in assistenza, nel corso dell'ultimo trimestre 2023, l'Azienda ha altresì previsto una specifica procedura interna per la disciplina delle attività effettuate in esecuzione dei contratti di consulenza stipulati dai medesimi professionisti nell'ambito dei contratti c/terzi dell'Università Politecnica delle Marche, anche allo scopo di monitorare, ed eventualmente risolvere, l'eventuale sussistenza di situazioni di conflitti di interesse in relazione ai compiti affidati dall'Azienda nei confronti degli stessi professori universitari.

Conferimento di incarichi dirigenziali in caso di particolari attività o incarichi precedenti

L'Azienda è tenuta a verificare la sussistenza di eventuali condizioni ostative in capo ai dipendenti e/o soggetti cui l'organo di indirizzo politico intende conferire incarico, all'atto del conferimento degli incarichi dirigenziali e degli altri incarichi previsti dai Capi III e IV del d.lgs. n. 39 del 2013. Le condizioni ostative sono quelle previste nei suddetti Capi, salva la valutazione di ulteriori situazioni di conflitto di interesse o cause impeditive.

L'accertamento avviene mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato nei termini e alle condizioni dell'art. 46 del D.P.R. n. 445 del 2000 pubblicata sul sito dell'Azienda conferente (art. 20 d.lgs. n. 39 del 2013).

Se all'esito della verifica risulta la sussistenza di una o più condizioni ostative, l'amministrazione si astiene dal conferire l'incarico, provvedendo a conferire l'incarico nei confronti di altro soggetto.

In caso di violazione delle previsioni di inconfiribilità, secondo l'art. 17 d.lgs. n. 39, l'incarico è nullo e si applicano le sanzioni di cui all'art. 18 del medesimo decreto.

L'Azienda in osservanza delle indicazioni di cui alle Delibere ANAC n. 1146 del 25 settembre 2019 e n. 713 del 4 agosto 2020 fornisce apposito modello finalizzato ad acquisire le dichiarazioni di assenza di cause di incompatibilità e di inconfiribilità, ai sensi del D. Lgs. n. 39/2013 - nell'ambito di una politica volta a garantire l'imparzialità soggettiva del dipendente pubblico - da sottoporre, all'atto della nomina, ai Dirigenti tecnico-amministrativi - non riconducibili ai ruoli della dirigenza sanitaria.

L'acquisizione delle suddette dichiarazioni risulta propedeutica all'attribuzione dell'incarico medesimo e pertanto avviene in epoca antecedente il conferimento dello stesso; detto modello è stato predisposto elencando, tramite l'introduzione di apposite note, in calce alla dichiarazione stessa, sia le cause di incompatibilità che di inconfiribilità previste dal legislatore, in luogo del solo rinvio alla norma di riferimento, al fine di permettere al professionista di avere piena consapevolezza delle dichiarazioni rese.

In particolare è competenza della S.O. Gestione del Personale:

- ✓ Inserimento, nei processi volti al conferimento degli incarichi dirigenziali, delle condizioni ostative al conferimento degli stessi e verifica dell'effettuazione della dichiarazione di insussistenza delle cause ostative all'atto di conferimento dell'incarico;
- ✓ Inserimento espresso delle cause di incompatibilità, nelle procedure per l'attribuzione degli incarichi dirigenziali e vigilanza affinché i soggetti interessati rendano la dichiarazione di insussistenza delle cause di incompatibilità all'atto di conferimento dell'incarico e nel corso del rapporto;

- ✓ Mantenimento della misura di inserimento della clausola sullo svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro - *pantouflage-revolving doors* - (in relazione a bandi di gara e atti di affidamento la stessa competenza è attribuita alla specifica Struttura competente).

Pantouflage / Revolving doors ovvero attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro

La legge 190/2012 ha introdotto un nuovo comma nell'ambito dell'art. 53 del D. Lgs. n. 165 del 2001 volto a contenere il conflitto di interesse emergente dall'impiego del dipendente successivo alla cessazione del rapporto di lavoro.

Il rischio valutato dalla norma è che durante il periodo di servizio il dipendente possa artatamente precostituirsi delle situazioni lavorative vantaggiose per ottenere un lavoro per lui attraente presso l'impresa o il soggetto privato con cui entra in contatto.

La norma prevede una limitazione della libertà negoziale del dipendente per un determinato periodo successivo alla cessazione del rapporto per eliminare la "convenienza" di accordi fraudolenti.

Tale norma, come ribadito anche dal Consiglio di Stato (Cfr. Cons Stato, Sez. V, sentenza n. 7411 del 29 ottobre 2019), disciplina una fattispecie qualificabile in termini di "incompatibilità successiva" alla cessazione dal servizio del dipendente pubblico, un'ipotesi che si configura quale integrazione dei casi di inconfiribilità e incompatibilità contemplate dal d.lgs. n. 39 del 2013 come si evince dalle disposizioni stesse in materia di *pantouflage* contenute all'art. 21 del citato decreto.

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 precostituirsi situazioni lavorative vantaggiose presso il soggetto privato con cui è entrato in contatto in relazione al rapporto di lavoro.

In tal senso, il divieto è volto anche a ridurre il rischio che soggetti privati possano esercitare pressioni o condizionamenti sullo svolgimento dei compiti istituzionali, prospettando al dipendente di un'amministrazione l'opportunità di assunzione o incarichi una volta cessato dal servizio.

L'Azienda segue i chiarimenti forniti nel PNA 2022 in ordine ai presupposti perché si possa configurare *pantouflage*, che sono, pertanto, così individuabili e interpretabili:

- esercizio di poteri autoritativi o negoziali da parte del dipendente pubblico, inteso come potere di adozione di provvedimenti amministrativi atti ad incidere unilateralmente, modificandole, sulle situazioni giuridiche soggettive dei destinatari; dunque ogni situazione in cui dipendente abbia avuto il potere di incidere in maniera determinante su un procedimento e quindi sul provvedimento finale, da valutarsi in concreto e considerando l'effettiva influenza esercitata sul provvedimento finale;
- svolgimento di "attività lavorativa o professionale" presso un soggetto privato destinatario dell'attività della pubblica amministrazione - successivamente alla cessazione proprio di quel rapporto lavorativo "pubblicistico" – da intendersi quale qualsiasi tipo di rapporto di lavoro o professionale con i soggetti privati, a tempo determinato o indeterminato, incarichi o consulenze a favore dei soggetti privati, escludendo invece gli incarichi di natura occasionale, privi, cioè, del carattere della stabilità;
- in ordine ai soggetti pubblici cui si applica tale misura preventiva, si rinvia nello specifico alla Tabella 10 del PNA 2022 – parte generale.

È stata pertanto adottata la clausola di *pantouflage* o *revolving doors* come prevista dalla predetta disposizione legislativa, quale strumento di adesione volontaria ai principi etici di legalità, volto a rafforzare il vincolo di collaborazione alla legalità tra l'amministrazione aggiudicatrice e i partecipanti privati nell'ambito dell'affidamento di incarichi e di appalti pubblici e tale misura concreta di prevenzione viene mantenuta anche per il triennio 2024-2026.

In particolare, la suddetta clausola viene inserita:

- ✓ nei contratti di lavoro individuale del personale, al fine di vietare al dipendente/prestatore d'opera di prestare attività lavorativa durante i tre anni successivi alla cessazione del rapporto con l'Azienda, per conto di destinatari di provvedimenti adottati o contratti stipulati con l'apporto decisionale del soggetto stesso;
- ✓ nei contratti di attribuzione di incarichi dirigenziali;

- ✓ nei bandi di gara o negli atti o negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, sia inserita la condizione soggettiva di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto.

Si precisa, inoltre, che il Consiglio di Stato (Sezione V, nella pronuncia del 29 ottobre 2019, n. 7411) ha stabilito la competenza dell'ANAC in merito alla vigilanza e all'accertamento delle fattispecie di "incompatibilità successiva", in base al combinato disposto degli artt. 16 e 21 del d.lgs. n. 39/2013, e la conseguente competenza sotto il profilo sanzionatorio, atteso che l'ANAC è il soggetto che ha il compito di assicurare, in sede di accertamento della nullità dei contratti sottoscritti dalle parti e di adozione delle conseguenti misure, il rispetto delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza. La Corte di Cassazione (Cfr. Corte di Cassazione Civile Sez. U, ordinanza n. 36593 del 25 novembre 2021) ha altresì confermato la sussistenza in capo ad ANAC dei poteri di vigilanza e sanzionatori in materia di *pantouflage*.

Nello specifico, l'Azienda - per il tramite del RPCT con il necessario supporto delle Strutture competenti ed interessate - svolge una verifica graduale sul rispetto della norma sul *pantouflage* da parte dei propri ex dipendenti, come sopra delineata (e, quindi, personale dirigente o che abbia rivestito un incarico di tipo organizzativo) appurando - in concreto - l'avvenuta sottoscrizione della clausola contrattuale di riferimento, per il tramite della SO Gestione del Personale.

Il PNA 2022 prevede nelle amministrazioni/enti di grandi dimensioni con elevati flussi di personale che, annualmente, per diversi motivi, cessa dal servizio, può essere utile, per evitare un aggravio nei confronti degli uffici, individuare un campione di ex dipendenti da sottoporre a verifica. Le amministrazioni definiscono in sede di Piano la percentuale minima del campione seguendo un criterio di rotazione. In tale campione vanno comunque considerati in via prioritaria i soggetti che abbiano rivestito ruoli apicali. Detta percentuale, comunque, potrà essere rimodulata di anno in anno in base al principio di gradualità e in considerazione delle peculiarità di ciascuna amministrazione tenendo conto, ad esempio, della dotazione organica, dei flussi pensionistici o del grado di perfezionamento degli strumenti di controllo a disposizione. In sede di definizione delle attività da porre in essere per il 2024, è stata evidenziata dall'RPCT la necessità di prevedere anche per l'annualità 2024 la percentuale da campionare, che sarà definita entro il primo trimestre 2024, con la SO competente.

Sul punto, si precisa che, qualora il dipendente non avesse sottoscritto nel proprio contratto individuale di lavoro la clausola di cui trattasi, la SO Gestione del Personale - oltre alla comunicazione al RPCT - è tenuta a far sottoscrivere una specifica dichiarazione con cui il dipendente prende atto della disciplina del *pantouflage* e si assume l'impegno di rispettare il relativo divieto.

Inoltre, il RPCT provvede a specifiche verifiche anche nel caso in cui lo stesso ex dipendente comunichi, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto, l'instaurazione di un nuovo rapporto di lavoro, nonché qualora pervengano segnalazioni ben circostanziate da parte di terzi.

Infine, in ambito aziendale il RPCT svolge una funzione consultiva di supporto, quale ausilio per chiarire, anche a seguito di richiesta da parte del dipendente che stia per cessare dal servizio, quali siano le eventuali ipotesi di violazione del divieto con riguardo all'attività esercitata. A tal fine, il RPCT può raccogliere elementi, valutazioni e informazioni utili attraverso l'interlocuzione con le Strutture eventualmente interessate.

Incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali

L'Azienda, in quanto rientrante nelle pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2, del d.lgs. n. 165 del 2001, è tenuta alla verifica della sussistenza di eventuali situazioni di incompatibilità nei confronti dei titolari di incarichi previsti nei Capi V e VI del d.lgs. n. 39 del 2013 per le situazioni contemplate nei medesimi Capi.

Il controllo deve essere effettuato:

- ✓ all'atto del conferimento dell'incarico;
- ✓ annualmente e su richiesta nel corso del rapporto.

Se la situazione di incompatibilità emerge al momento del conferimento dell'incarico, la stessa deve essere rimossa prima del conferimento. Se la situazione di incompatibilità emerge nel corso del rapporto, il responsabile della prevenzione contesta la circostanza all'interessato ai sensi degli artt. 15 e 19 del d.lgs. n. 39 del 2013 e vigila affinché siano prese le misure conseguenti.

L'Azienda dall'anno 2016 ha inserito espressamente le cause di incompatibilità nelle procedure per l'attribuzione degli incarichi e ha vigilato affinché i soggetti interessati rendessero la dichiarazione di insussistenza delle cause di incompatibilità all'atto del conferimento dell'incarico e nel corso del rapporto, impegno che proseguirà anche per il triennio 2024-2026.

L'Azienda prende atto, inoltre, della interpretazione fornita dall'A.N.A.C. ferme restando tutte le altre disposizioni (e relativi adempimenti e responsabilità) in materia di incompatibilità per il personale del SSN dettate da disposizioni diverse nonché le disposizioni di cui al D.P.R. n. 62/2013 e dal Codice di comportamento aziendale e provvede a verificare l'insussistenza delle cause specifiche di inconferibilità / incompatibilità previste dagli artt. 3, 5, 8, 10 e 14 limitatamente agli incarichi dalla medesima conferiti di Direttore Amministrativo e di Direttore Sanitario, atteso che l'incarico di Direttore Generale viene conferito dall'amministrazione regionale.

Con riferimento ai dirigenti tecnico-amministrativi l'Azienda ha recepito l'interpretazione di cui alla Delibera ANAC n. 713/2020 e pertanto accerta l'insussistenza di cause di incompatibilità/inconferibilità di cui al D.Lgs n. 39/2013, nelle fattispecie applicabili.

Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione

Ai fini dell'applicazione degli artt. 35 bis del d.lgs. n. 165 del 2001 e dell'art. 3 del d.lgs. n. 39 del 2013, le pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2, del d.lgs. n. 165 del 2001, gli enti pubblici economici e gli enti di diritto privato in controllo pubblico sono tenuti a verificare la sussistenza di eventuali precedenti penali a carico dei dipendenti e/o dei soggetti cui intendono conferire incarichi nelle seguenti circostanze:

- ✓ all'atto della formazione delle commissioni per l'affidamento di commesse o di commissioni di concorso;
- ✓ all'atto del conferimento degli incarichi dirigenziali e degli altri incarichi previsti dall'art. 3 del d.lgs. n. 39 del 2013;
- ✓ all'atto dell'assegnazione di dipendenti dell'area direttiva agli uffici che presentano le caratteristiche indicate dall'art. 35 bis del d.lgs. n. 165 del 2001;
- ✓ all'entrata in vigore dei citati artt. 3 e 35 bis con riferimento agli incarichi già conferiti e al personale già assegnato.

L'accertamento sui precedenti penali avviene mediante acquisizione d'ufficio ovvero mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione (art. 20 d.lgs. n. 39 del 2013).

Se all'esito della verifica risultano a carico del personale interessato dei precedenti penali per delitti contro la pubblica amministrazione, l'amministrazione ovvero l'ente pubblico ovvero l'ente di diritto privato in controllo pubblico:

- ✓ si astiene dal conferire l'incarico o dall'effettuare l'assegnazione;
- ✓ applica le misure previste dall'art. 3 del d.lgs. n. 39 del 2013;
- ✓ provvede a conferire l'incarico o a disporre l'assegnazione nei confronti di altro soggetto.

In caso di violazione delle previsioni di inconferibilità, secondo l'art. 17 del d.lgs. n. 39, l'incarico è nullo e si applicano le sanzioni di cui all'art. 18 del medesimo decreto.

Le pubbliche amministrazioni, gli enti pubblici e gli enti di diritto privato in controllo pubblico debbono:

- impartire direttive interne per effettuare i controlli sui precedenti penali e per le determinazioni conseguenti in caso di esito positivo del controllo;

- impartire direttive interne affinché negli interpelli per l'attribuzione degli incarichi siano inserite espressamente le condizioni ostative al conferimento;
- adottare gli atti necessari per adeguare i propri regolamenti sulla formazione delle commissioni per l'affidamento di commesse o di concorso.

Con determina n. 324/DG del 12/4/2017 è stato approvato il Regolamento di nomina dei componenti delle commissioni giudicatrici nelle procedure bandite dall'Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche per aggiudicazione contratti pubblici aventi ad oggetto beni, servizi, lavori, che ha modificato il precedente regolamento approvato con determina n. 584/DG del 25/08/2016 e ha recepito le Linee guida ANAC n. 5, di attuazione del D.Lgs. 18 aprile 2016, n. 50, recanti 'Criteri di scelta dei commissari di gara e di iscrizione degli esperti nell'Albo nazionale obbligatorio dei componenti delle commissioni giudicatrici'.

Relativamente ai componenti di Commissioni Esaminatrici/Collegi Tecnici si evidenzia il costante utilizzo e aggiornamento di appositi modelli volti ad acquisire le seguenti dichiarazioni:

- a) di insussistenza di situazioni di incompatibilità sia nei confronti dei candidati, sia in relazione all'incarico conferito;
- b) di assenza di situazioni di conflitto di interessi ai sensi della normativa vigente.

Patti di integrità

Per "Patto di Integrità" si intende un accordo, tra amministrazione e partecipanti alle procedure di gara, avente ad oggetto la regolamentazione del comportamento ispirato ai principi di lealtà, trasparenza e correttezza, nonché l'espresso impegno anti-corrruzione di non offrire, accettare o richiedere somme di denaro o qualsiasi altra ricompensa, vantaggio o beneficio, sia direttamente che indirettamente tramite intermediari, al fine dell'assegnazione del contratto e/o al fine di distorcerne la relativa corretta esecuzione. Si tratta di uno strumento volto a rafforzare l'osservanza di comportamenti già doverosi nel settore degli affidamenti pubblici che svolge una funzione moralizzatrice sia nei confronti dei concorrenti, sia nei confronti dell'amministrazione, attraverso il rafforzamento della cultura della buona amministrazione e del senso di responsabilità.

Al fine di garantire una leale concorrenza e pari opportunità di successo a tutti i partecipanti, nonché una corretta e trasparente esecuzione del procedimento di selezione e affidamento, i Responsabili delle strutture preposte alla gestione delle relative procedure, devono assicurare l'inserimento del Patto di integrità nell'ambito della documentazione obbligatoria di gara. Detti Responsabili devono inoltre curare l'inserimento nei bandi di gara e nelle lettere di invito della clausola di salvaguardia in virtù della quale la sottoscrizione del Patto costituisce condizione di ammissione alla gara e il suo mancato rispetto determina l'esclusione dalla gara e, ove già stipulato, la risoluzione del contratto.

Delle eventuali violazioni del patto di integrità e dei conseguenti provvedimenti adottati deve essere data tempestiva comunicazione al Responsabile della prevenzione

La Determina n. 585/DG/2016 "Schema di Patto di integrità e disposizioni in materia di prevenzione e repressione della corruzione e dell'illegalità nelle procedure per l'aggiudicazione di contratti pubblici aventi ad oggetto beni e servizi" è stata modificata con determina n. 105/DG del 7/2/2018.

Divieto di incarichi di studio, di consulenza e dirigenziali a soggetti in quiescenza

Ai sensi dell'articolo 5, comma 9, del Decreto Legge 95/2012, convertito con modificazioni dalla legge 135/2012, come modificato dall'articolo 6 del Decreto Legge 90/2014, convertito con modificazioni dalla legge 114/2014, è vietato il conferimento, da parte delle amministrazioni pubbliche a soggetti già lavoratori privati o pubblici collocati in quiescenza, degli incarichi:

- ✓ di studio e di consulenza;
- ✓ dirigenziali o direttivi o cariche in organi di governo delle amministrazioni pubbliche e degli enti e società da esse controllati.

Incarichi e collaborazioni ai soggetti, pubblici e privati, collocati in quiescenza sono consentiti esclusivamente a titolo gratuito e per una durata non superiore a un anno, non prorogabile né rinnovabile, presso ciascuna amministrazione. Eventuali rimborsi di spese devono essere rendicontati e corrisposti nei limiti fissati dal competente organo dell'amministrazione. La disciplina è applicabile anche agli incarichi a soggetti in

quiescenza già conferiti a titolo gratuito, per i quali valgono le nuove disposizioni relative alla durata massima e al rimborso delle spese.

Le strutture competenti all'adozione degli atti di conferimento degli incarichi appartenenti alle tipologie previste dal novellato art. 5, comma 6, del D.L. 95/2012 verificano l'insussistenza della situazione ostativa ivi prevista, dandone espressamente atto nel provvedimento conclusivo; gli atti/provvedimenti di conferimento di incarichi a titolo gratuito rientranti nella previsione del citato art. 5, comma 6, D.L. 95/2012, come novellato dal D.L. 90/2014, devono contenere espressa motivazione delle ragioni di convenienza e della rispondenza agli interessi dell'amministrazione del conferimento stesso, l'indicazione del termine, della loro durata e limitazione degli eventuali rimborsi alle sole spese documentate.

Conferimento degli incarichi legali

Il conferimento degli incarichi legali nel corso dell'anno 2020 ha seguito le regole di non esclusività e rotazione nell'ambito dei professionisti inserito nell'elenco pubblicato sul sito Amministrazione trasparente (sezione collaboratori/Albo Avvocati) e di rispetto delle tariffe professionali forensi vigenti con riferimento ai valori minimi per la determinazione dei relativi compensi.

Nel conferimento di incarichi per successivi gradi di giudizio dello stesso contenzioso, ove possibile è stata privilegiata la scelta della continuità per maggiore efficacia ed economicità, così come anche stabilito dalle recenti Linee Guida ANAC approvate con delibera n. 907 del 24/10/2018.

Come previsto dalla determina n. 83 del 3/2/2017 l'elenco degli avvocati viene aggiornato alla fine di ciascun anno, in relazione alle modifiche/integrazioni intervenute in corso d'anno.

Monitoraggio del rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti

I Responsabili delle articolazioni aziendali individuano i termini per la conclusione dei procedimenti di competenza, e provvedono al monitoraggio periodico del loro rispetto.

Codice di comportamento e Regolamento disciplinare.

Ai sensi dell'art. 54, comma 5, del D. Lgs. 165/2001, così come modificato dalla Legge 6 Novembre 2012, n. 190, nonché delle Linee Guida emanate da A.N.A.C. con deliberazione n. 177 del 19 febbraio 2020, (Linee guida in materia di Codici di comportamento delle amministrazioni pubbliche) e con deliberazione n. 358 del 29 marzo 2017 (Linee Guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale), è stata predisposta nel corso della prima parte del 2022 dal RPCT una nuova proposta di Codice di comportamento aziendale, pubblicata per il confronto con i portatori di interesse.

A seguito della procedura aperta di partecipazione e della valutazione positiva da parte del Nucleo di Valutazione aziendale con funzioni di O.I.V. - prevista dall'art. 54 comma 5 del D.Lgs 165/2001 - con Determina del n.1043/DG del 14/11/2022 è stato adottato il nuovo Codice di Comportamento aziendale.

Al suddetto Codice è stata data ampia diffusione attraverso la pubblicazione nel sito internet istituzionale, la trasmissione anche tramite e-mail a tutti i dipendenti e collaboratori ed il mantenimento dell'inserimento della clausola di richiamo al rispetto del Codice in calce ad ogni contratto individuale di lavoro sottoscritto dal personale dipendente/Universitario in attività assistenziale assunto a tempo indeterminato/determinato, nonché dal personale assunto con contratto libero – professionale, e nei contratti individuali di attribuzione degli incarichi dirigenziali e di attribuzione degli incarichi di organizzazione.

Il suddetto Codice di Comportamento Aziendale, individua le regole di condotta integrative e/o aggiuntive rispetto a quelle contenute nel D.P.R. n. 62/2013 - come aggiornato per l'anno 2023 - e richiama norme di comportamento specifiche, correlate ai compiti istituzionali dell'AOU delle Marche, consistenti principalmente nella tutela della salute individuale e collettiva.

Pertanto, il Codice di comportamento aziendale, pur essendo stato aggiornato nel 2022, risulta allineato alle modifiche introdotte nel 2023 al d.P.R. n. 62/2013.

Certificazione bilancio PAC

La legge 23 dicembre 2005, n. 266 (legge finanziaria 2006) introduce la necessità di arrivare alla certificabilità dei bilanci delle aziende sanitarie secondo i criteri e le modalità individuate da appositi decreti del Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano.

I successivi decreti di riferimento, il DM 17 settembre 2012 recante “*Disposizioni in materia di certificabilità dei bilanci degli enti del Servizio Sanitario Nazionale*” e il DM 1 marzo 2013 “*Definizione dei Percorsi Attuativi della Certificabilità*” hanno indicato i criteri e le modalità succitati ed è stato quindi avviato un progetto complessivo interaziendale a livello regionale.

La Regione Marche con D.G.R. n. 1667 del 09/12/2013, al fine di raggiungere l'obiettivo strategico della certificabilità dei bilanci, ha adottato il proprio “*Percorso Attuativo della Certificabilità*”, definito in condivisione con gli enti del Servizio Sanitario Regionale e finalizzato al raggiungimento della piena certificabilità degli enti.

Il suddetto percorso è stato successivamente aggiornato con D.G.R. n. 1441 del 22/12/2014, D.G.R. n. 536/2015, D.G.R. 1576/2016 e D.G.R. 1618/2017 al fine di tenere conto dell'integrazione e/o modificazione richieste dal tavolo di monitoraggio appositamente istituito a livello nazionale.

Con l'ultima DGR n. 1627 del 22/12/2021 la Giunta regionale ha deliberato di sostituire le schede del Percorso Attuativo della Certificabilità di cui all'allegato A della DGR n. 1618 del 28/12/2017 con nuove schede che prevedono le stesse azioni ed attività modificando le tempistiche individuate per ciascuna area di attività.

La scadenza ultima per il completamento del PAC della regione Marche era fissata per il 30/06/2023.

Per l'Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche il percorso è stato realizzato fin dall'anno 2019 e gli adempimenti si sono conclusi con l'adozione della determina n. 1111/DG del 24/12/2020 che ha preso atto della conclusione del percorso, ritenendo raggiunti gli obiettivi del PAC e recependo i regolamenti adottati per ogni area di riferimento.

Su tutte le aree del PAC la corretta applicazione delle procedure adottate viene verificata secondo i tempi e le modalità previste dai regolamenti anche nel prossimo triennio.

Sistemi informatizzati di gestione dei flussi documentali e di redazione degli atti

Già a partire dal 2013 l'Azienda ha attivato un sistema di protocollo informatico e gestione documentale, PaLeO (Paper Less Office System).

Nel corso dell'anno 2021 ha promosso numerose azioni volte alla digitalizzazione dei procedimenti e delle attività di gestione dei flussi documentali mediante la sottoscrizione, tra l'altro, di convenzioni con la Regione Marche, per l'utilizzo di software aggiornati che hanno garantito la progressiva scomparsa della documentazione cartacea, in linea con la vigente normativa di settore (cfr. in particolare D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii., D.lgs. 82/2005 e ss.mm.ii., Linee guida AgID 2021, Piano Triennale per l'Informatica 2021-2023).

Le implementazioni a livello di strumenti informativi assicura infatti maggiore trasparenza nell'ambito dei procedimenti amministrativi, con l'effetto di garantire il tracciamento costante degli atti prodotti dalla P.A.; tali strumenti costituiscono inoltre mezzi idonei alla corretta attuazione dei principi di semplificazione ed efficienza nell'uso delle risorse a disposizione.

In particolare, con Determina n. 620/DG del 2021 è stato adottato il Manuale di gestione del protocollo, dei flussi documentali e degli archivi, che descrive il sistema di ricezione, formazione, registrazione, classificazione, fascicolazione, trattamento e conservazione dei documenti prodotti e acquisiti dall'Azienda, al fine di garantire la sicurezza e la digitalizzazione dei flussi documentali dell'Azienda.

Successivamente, nel corso del 2022, l'Azienda ha realizzato e pienamente attivato la diffusione a quasi tutte le strutture amministrative aziendali della firma digitale, l'informatizzazione del protocollo anche a livello interaziendale per la gestione della posta interna, la digitalizzazione degli atti ed ha avviato la conservazione documentale, mediante la sottoscrizione delle Convenzioni con la Regione Marche per l'utilizzo dei sistemi e

servizi informatici regionali integrati (Paleo – OpenAct) e dei servizi di conservazione dei documenti informatici (Polo di conservazione digitale Polo Marche DigiP), che costituiscono metodi celeri di creazione, repertoriatura, pubblicazione e conservazione degli atti e delle Determine aziendali, con conseguente razionalizzazione dei tempi e dell'organizzazione aziendale, nonché dell'attività lavorativa dei dipendenti.

Nel corso dell'anno 2023 si è proceduto a verificare, con la collaborazione delle strutture amministrative aziendali l'opportuno utilizzo dei sistemi citati in precedenza, con l'obiettivo di individuare gli elementi utili all'aggiornamento del manuale di gestione documentale, del manuale di conservazione e eventuali attività di miglioramento di processi in essere. L'attività proseguirà nel corso del 2024 per il consolidamento dell'utilizzo di tali applicativi nell'ambito amministrativo e l'ulteriore coinvolgimento da parte dell'ambito sanitario, già iniziato in parte negli anni precedenti con particolare riferimento alle strutture sanitarie che più operano scambi documentali con soggetti esterni.

Contestualmente l'Azienda, sempre nel corso del 2023, ha attivato dei progetti di implementazione dei sistemi informativi aziendali in uso, in particolare con riferimento alla necessità di provvedere alla migrazione al cloud di tali applicativi, allo scopo di garantire maggior accessibilità e aumentare l'interoperabilità dei servizi digitali messi a disposizione degli enti del SSR (in particolare nel caso di specie quelli relativi al sistema SIA-AREAS) per un più efficace, efficiente ed economico svolgimento dei compiti e funzioni loro demandati. La spesa per l'esecuzione delle relative prestazioni oggetto degli accordi stipulati dall'Azienda nel corso dell'anno 2024 con i fornitori dei servizi sopra detti trova in tal caso copertura, in larga parte, nei finanziamenti a valere sui fondi del PNRR, con conseguente riduzione dei costi a carico del bilancio aziendale.

2.3.7 Misure di carattere specifico per prevenire il rischio di corruzione – Mappatura dei processi

Per l'aggiornamento della mappatura dei processi, sono stati considerati gli esempi di indicatori di monitoraggio definiti per tipologia di misura di cui alla tabella n. 4 del paragrafo 3.1.3 *Le misure organizzative* del PNA 2022. Nell'**allegato 2** sono rappresentate le misure specifiche adottate dall'Azienda per prevenire il rischio di corruzione, che si affiancano ed aggiungono alle misure generali elencate nei paragrafi precedenti e che agiscono puntualmente sui rischi individuati mediante l'attività di mappatura dei processi aziendali.

Come specificato in premessa al PIAO, in linea con le disposizioni ANAC (delibera n. 605/2023), una analisi particolare è stata condotta nell'ambito del nuovo quadro normativo del Codice degli appalti, con particolare riferimento alle procedure di affidamento degli interventi PNRR.

Per la descrizione delle misure e degli indicatori, oltre che delle indicazioni normative specifiche per ogni settore, sono stati analizzati, con i Referenti dei processi, caratteristiche organizzative, gestionali e informatiche, al fine di identificare criticità e fasi dei processi da presidiare sia dal punto di vista del raggiungimento degli obiettivi (performance) sia delle misure di prevenzione, nell'ottica di identificare obiettivi integrati tali da accrescere anche il Valore Pubblico aziendale.

Infine, nell'aggiornamento della mappatura del presente PIAO sono state recepite, nonché condivise con i referenti nella fase di analisi, le indicazioni di ANAC di cui alla delibera n. 605 del 19 dicembre 2023, emanata al fine di recepire la disciplina dei contratti pubblici che è stata interessata da una serie di interventi legislativi che hanno contribuito a innovarne significativamente l'assetto, con l'entrata in vigore il 1° aprile 2023, del nuovo Codice dei contratti pubblici di cui al d.lgs. 36/2023 e degli obblighi di digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti.

2.3.8 Definizione da parte degli Organi di indirizzo degli obiettivi strategici e rafforzamento della sinergia fra performance e misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza

Gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza individuati dalla Direzione Aziendale riferiti al presente Piano sono contenuti nell'**allegato 1** al quale espressamente si rinvia. Nel corso della predisposizione integrata tra le sezioni del PIAO 2024-2026 sono state condivise le indicazioni del PNA 2022 circa l'individuazione degli obiettivi strategici, che come evidenziato in premessa, riguardano i processi in cui sono gestite risorse finanziarie, in primo luogo del PNRR, che richiede un rafforzamento della sinergia fra performance e misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza, nella logica di integrazione indicata. Pertanto si evidenzia che quale esito dell'integrazione con i Referenti delle altre sezioni del PIAO, gli indicatori di cui all'**allegato 2** sono confluiti nell'**allegato 1** in cui è riportato il quadro complessivo della pianificazione triennale aziendale.

TRASPARENZA

2.3.9 Trasparenza e pubblicazione dei dati

Il PNA 2022 riconferma la trasparenza come una delle principali misure generali di prevenzione della corruzione.

Il controllo da parte dei cittadini, sul perseguimento delle finalità istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche, non avviene solo attraverso l'osservazione dei dati e dei documenti che le amministrazioni devono pubblicare per adempiere gli obblighi fissati dal D.lgs n. 33/2013, cd "*Decreto Trasparenza*" — emanato proprio nell'ambito della più ampia riforma del sistema di prevenzione della corruzione — ma anche grazie alla possibilità di chiunque di accedere alle informazioni detenute dall'amministrazione, ulteriori rispetto a quelle che la stessa è obbligata a pubblicare.

In questo scenario l'attenzione al digitale si inserisce quale aspetto strettamente connesso al sistema della prevenzione della corruzione e soprattutto al tema della trasparenza.

In particolare, digitalizzazione e trasparenza di una pubblica amministrazione sono direttamente proporzionali in quanto un'amministrazione digitale è indiscutibilmente più aperta e trasparente.

La trasparenza non deve essere intesa come mero adempimento con la conseguenza di perdere contatto con le reali finalità sottese al sistema dell'anticorruzione nel suo complesso.

A norma di quanto previsto dal Decreto Trasparenza, la sezione sulla trasparenza deve essere chiaramente identificata, contenere la definizione da parte degli Organi di indirizzo degli obiettivi strategici, stabilire i soggetti incaricati e quali dati, informazioni e documenti, gli stessi sono tenuti a rendere pubblici tramite il sito web istituzionale, in conformità agli obblighi informativi sanciti dallo schema di pubblicazione allegato alla Deliberazione A.N.A.C. n. 1310 del 28/12/2016.

L'atto organizzativo fondamentale dei flussi informativi deve riportare i nominativi dei soggetti responsabili di ciascuna delle fasi di reperimento, individuazione, elaborazione e pubblicazione dei dati.

Ai sensi del comma 3 dell'art. 43 del D. Lgs. 33/2013, infatti l'onere della pubblicazione dei dati obbligatori è dei responsabili delle aree competenti, *ratione materiae*, che hanno l'obbligo di assicurare il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare.

Ogni Struttura Organizzativa dell'Azienda indica uno o più Referenti interni per il programma al quale il Responsabile Aziendale della Trasparenza potrà rivolgersi per la verifica in merito alla pubblicazione dei documenti e per ottenere dati, informazioni e aggiornamenti sugli stessi. I nominativi di tali Referenti potranno essere aggiornati qualora intervenissero modifiche nell'organizzazione nel corso del triennio.

Inoltre vengono identificati dall'Azienda e comunicati al RPCT, uno o più referenti del suddetto Responsabile, individuati nell'ambito della S.O. Sistema Informativi Aziendali, con il compito precipuo aggiuntivo alle funzioni già attribuite, di supportare dal punto di vista tecnico il responsabile in tutte le attività proprie di monitoraggio, controllo e inserimento dati e documenti sul sito aziendale Sezione Amministrazione Trasparente, ferme restando le attribuzioni di responsabilità in capo ai singoli dirigenti e le relative deleghe di responsabilità ai propri collaboratori.

Restano in capo a ciascuna articolazione aziendale le responsabilità in ordine alla gestione/trasmissione/verifica dei dati e dei documenti relativi ai procedimenti di rispettiva competenza, i compiti di individuare il nominativo del funzionario responsabile, le tipologie di controllo da effettuare e la predisposizione dei moduli per la redazione delle dichiarazioni sostitutive, che gli interessati hanno la facoltà di utilizzare, anche al fine della pubblicazione di tali informazioni sul Portale della Trasparenza secondo quanto previsto dall'art. 35, commi 1 e 2, del D. Lgs. n. 33/2013.

I Dirigenti delle S.O. competenti ad effettuare i controlli predispongono una dettagliata relazione - sotto forma di schema - sui controlli effettuati da trasmettere, con termine semestrale (entro il 31 maggio e 30 novembre di ogni anno), al Responsabile aziendale della Trasparenza, avendo cura di evidenziare:

- ✓ Tipologie e criteri di controllo delle dichiarazioni sostitutive utilizzati
- ✓ Modalità di acquisizione dei dati e delle informazioni (controllo diretto o indiretto);

- ✓ Numero di controlli puntuali/a campione/a tappeto effettuati;
- ✓ Esito dei controlli con particolare riferimento alla percentuale di false dichiarazioni e/o irregolarità rilevate;
- ✓ Provvedimenti adottati in relazione alle eventuali irregolarità o false dichiarazioni emerse.

Ogni Dirigente delle S.O. competenti, identifica con lettera formale i nominativi dei collaboratori che coadiuvano lo stesso operativamente nella pubblicazione all'interno del sito istituzionale - sezione amministrazione trasparente, dandone contestualmente obbligatoria comunicazione al RPCT.

Il RPCT monitora l'attuazione degli obblighi di trasparenza e, in caso di omessa pubblicazione per mancanza di flussi di informazione nei termini stabiliti dallo stesso Responsabile, attiva i conseguenti procedimenti, anche di carattere disciplinare.

L'obbligo di pubblicazione dei dati rappresenta un importante indicatore delle performance delle Pubbliche Amministrazioni e consente di rendere pubblici a tutti i portatori di interesse di riferimento i contenuti del Programma e della Relazione sulla Performance, con particolare attenzione agli *outcome* e ai risultati conseguiti.

Con lo scopo di innalzare la qualità e la semplicità di consultazione dei dati, documenti ed informazioni pubblicate nella sezione "Amministrazione trasparente", e sulla scorta delle indicazioni già fornite dall'ANAC, l'Azienda procede in tal modo:

1. esposizione in tabelle dei dati oggetto di pubblicazione: l'utilizzo, ove possibile, delle tabelle per l'esposizione sintetica dei dati, documenti ed informazioni aumenta, infatti, il livello di comprensibilità e di semplicità di consultazione dei dati, assicurando agli utenti della sezione "Amministrazione trasparente" la possibilità di reperire informazioni chiare e immediatamente fruibili;
2. indicazione della data di aggiornamento del dato, documento ed informazione esponendo, in corrispondenza di ciascun contenuto della sezione "Amministrazione trasparente", la data "iniziale" di pubblicazione e quella del successivo aggiornamento;
3. i dati vengono pubblicati con completezza e con un formato di tipo aperto;
4. la durata ordinaria della pubblicazione rimane fissata in cinque anni, decorrenti dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione, fatti salvi i diversi termini previsti dalla normativa per specifici obblighi e quanto già previsto in materia di tutela dei dati personali e sulla durata della pubblicazione collegata agli effetti degli atti pubblicati. Un'importante modifica è quella apportata all'art. 8, co. 3, dal d.lgs. 97/2016: trascorso il quinquennio o i diversi termini sopra richiamati, gli atti, i dati e le informazioni non devono essere conservati nella sezione archivio del sito che quindi viene meno. Dopo i predetti termini, la trasparenza è assicurata mediante la possibilità di presentare l'istanza di accesso civico.

Si rileva inoltre come gli obblighi di pubblicazione imposti dal d.lgs. n.33/2013 debbano coordinarsi con la disciplina di cui al Regolamento UE 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e l'entrata in vigore del decreto legislativo 10/08/2018, n.101.

L'ANAC, sul punto, ha osservato che *"il regime normativo per il trattamento di dati personali da parte di soggetti pubblici è rimasto sostanzialmente inalterato essendo confermato il principio che esso è consentito unicamente se ammesso da una norma di legge o, nei casi previsti dalla legge, di regolamento"*. Pertanto l'Azienda, prima di mettere a disposizione sul sito web istituzionale atti o documenti (integrali o in estratto) contenenti dati personali, provvede a verificare che la disciplina in materia di trasparenza o in altre norme, ne preveda effettivamente l'obbligo di pubblicazione e, se presente, procedere nel rispetto dei principi di liceità, correttezza e trasparenza, minimizzazione dei dati, esattezza, limitazione della conservazione, integrità e riservatezza.

Pertanto la diffusione dei dati personali e/o sensibili, mediante la pubblicazione su sito istituzionale, è ammissibile nel rispetto delle seguenti regole:

1. sul sito non dovranno mai essere pubblicati dati sulla salute e sulla vita sessuale (tale disposizione dovrà essere osservata in particolare dalle Strutture aziendali che pubblicano i dati ai sensi degli artt. 14 e 26 del D. Lgs 33/2013);
2. sul sito possono essere pubblicati dati personali, contenuti anche in atti e documenti amministrativi (in forma integrale, per estratto, ivi compresi gli allegati), solo se vi è una norma di legge o di regolamento che preveda tale possibilità;
3. sul sito devono essere pubblicati solo i dati personali pertinenti rispetto alla finalità di trasparenza che si intende perseguire nel caso concreto;
4. sul sito devono essere pubblicati solo i dati sensibili (ad esclusione di quelli di cui al punto 1 che non possono mai essere diffusi) e giudiziari che siano indispensabili, rispetto alla finalità di trasparenza che si intende perseguire nel caso concreto.

2.3.10 Implementazione del portale “Amministrazione Trasparente”

Ai fini della piena accessibilità delle informazioni pubblicate, sulla home page del sito istituzionale - implementato sulla base dei contenuti previsti dal D. Lgs. n. 33 del 14 marzo 2013 - è collocata un'apposita sezione immediatamente e chiaramente visibile denominata “Amministrazione Trasparente”, strutturata secondo l'allegato alla Delibera ANAC n. 1310 del 28/12/2016, al cui interno sono contenuti i dati, le informazioni e i documenti soggetti all'obbligo di pubblicazione.

Il sito, consultabile all'indirizzo <http://trasparenza.ospedaliriuniti.marche.it>, è organizzato in modo da rispondere ai bisogni informativi dell'utenza e rendere le informazioni più complete, comprensibili e facilmente accessibili.

Le informazioni e i documenti messi a disposizione dei cittadini per garantire la trasparenza dell'azione amministrativa sono raggruppati ai sensi di legge, per categoria anche per comodità di consultazione, così come risulta dalla Home Page del Portale della Trasparenza dell'Azienda, aggiornata ai nuovi obblighi informativi relativi alla sezione Bandi di gara e Contratti, ai sensi dell'Allegato 1) alla Delibera ANAC 264/2023, come aggiornata dalla 601 del 2023 – *si veda sezione successiva*.



Benvenuti nel Portale Amministrazione Trasparente

I dati personali pubblicati sono riutilizzabili solo alle condizioni previste dalla normativa vigente sul riutilizzo dei dati pubblici (direttiva comunitaria 2003/98/CE e D.lgs. 36/2006 di recepimento della stessa), in termini compatibili con gli scopi per i quali sono stati raccolti e registrati, e nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali. ... (continua)

Amministrazione Trasparente

Disposizioni generali >	Organizzazione >	Consulenti e collaboratori >
Personale >	Bandi di concorso >	Performance >
Enti controllati >	Attività e procedimenti >	Provvedimenti >
Controlli sulle imprese >	Bandi di gara e contratti >	Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici >
Bilanci >	Beni immobili e gestione patrimonio >	Controlli e rilievi sull'amministrazione >
Servizi erogati >	Pagamenti dell'amministrazione >	Opere pubbliche >
Pianificazione e governo del territorio >	Informazioni ambientali >	Strutture sanitarie private accreditate >
Interventi straordinari e di emergenza >	Altri contenuti >	

 **Settori e servizi**
Struttura organizzativa
dell'Erte

 **Contatti**
Tutti i recapiti degli uffici

 **Accesso civico**
Informazioni sull'accesso
civico

 **Albo Pretorio On Line**
Atti in pubblicazione

Con riferimento alle osservazioni emerse dall'Attestazione in merito all'assolvimento degli obblighi di pubblicazione del Nucleo di Valutazione è stato avviato un duplice percorso aziendale nel mese di novembre 2023; da parte del personale di supporto al RPCT:

1. con il Nucleo di Valutazione, al fine di recepire le osservazioni e aggiornare lo stesso delle attività poste in essere per la risoluzione delle criticità, in particolare informatiche;
2. con i Responsabili aziendali ai quali sono stati illustrati le suddette osservazioni.
È stato predisposto un file drive formato xls della griglia di attestazione, in cui ciascun dirigente referente ha annotato riferimenti, azioni intraprese e osservazioni in relazione agli obblighi di pubblicazione di propria competenza.
Il contenuto del file è stato discusso in un incontro tra RPCT e referenti e condiviso con il Nucleo. Le attività, le correzioni e i confronti, unitamente alle progressive integrazioni da apportare nel Portale Amministrazione Trasparente, hanno rappresentato una fase fondamentale del percorso di implementazione e attraverso il quale sono state identificate alcune aree sulle quali concentrare l'intervento, riportate di seguito:
 - prosecuzione degli incontri mirati con i dirigenti/referenti delle singole strutture per valutare le implementazioni proposte;
 - approfondimento delle funzionalità e delle potenzialità del Sistema informativo "eTrasparenza", anche mediante formazione specifica per dirigenti e referenti (per esempio l'utilizzo degli "archivi trasversali");
 - censimento e adeguamento delle profilazioni attribuite a dirigenti e referenti nell'ambito del Sistema informativo "eTrasparenza", al fine di assicurare una corrispondenza tra attribuzione delle profilazioni e attribuzione degli obblighi di pubblicazione da parte dei soggetti responsabili;
 - valutazione di eventuali soluzioni disponibili ai fini dell'integrazione tra "eTrasparenza" e i molteplici gestionali aziendali;

- perfezionamento del sistema di *alert* (ad oggi infatti il RPCT riceve comunicazioni automatiche via mail, ogni qualvolta il sito viene aggiornato dai Referenti).

Infine nel mese di gennaio 2024 è stato organizzato un primo incontro con il fornitore del Sistema informativo "eTrasparenza", in cui sono stati presentati gli aggiornamenti avviati dal 15 gennaio 2024 e le modalità con cui sarà predisposto il popolamento automatico del portale con i dati delle procedure comunicati dalla stazione appaltante alla Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici (BDNCP), non appena saranno resi completamente operativi da ANAC gli strumenti di interoperabilità con la BDNCP stessa – *si veda sezione successiva*.

L'Albo Pretorio telematico garantisce la trasparenza per quanto riguarda la pubblicazione delle Determinine del Direttore e Dirigenziali, favorendo anche il processo di dematerializzazione dei documenti.

Nella pubblicazione dei documenti sull'Albo Pretorio sono rispettati i principi di riservatezza e di non eccedenza delle informazioni pubblicate. Documenti con riferimenti a dati sensibili vengono protetti da accessi non controllati. Nel titolo del documento vengono indicate le sole iniziali del nome e cognome del soggetto interessato e i documenti stessi restano accessibili per il tempo necessario ad ottemperare il rispetto dei termini stabiliti dal Decreto Legislativo n. 33/2013.

La collaborazione dei dirigenti delle varie Strutture Organizzative, amministrative e sanitarie, preposte a fornire il materiale necessario, costituisce uno strumento fondamentale per l'aggiornamento e la verifica periodica dei dati pubblicati.

2.3.11 Trasparenza e pubblicazione dei dati - Deroghe e modifiche alla disciplina dei contratti pubblici

Il PNA 2022 approvato dall'ANAC con Delibera n. 7 del 17 gennaio 2023, contiene, nella parte speciale relativa ai contratti pubblici, una serie di misure volte alla prevenzione della corruzione e della trasparenza al fine di evitare che l'urgenza degli interventi faciliti esperienze di cattiva amministrazione, propedeutiche a eventi corruttivi.

L'ANAC, a seguito dell'entrata in vigore della nuova disciplina di cui al D.lgs. 31 marzo 2023, n. 36 "*Codice dei contratti pubblici in attuazione dell'articolo 1 della legge 21 giugno 2022, n. 78, recante delega al Governo in materia di contratti pubblici*", ha dedicato l'aggiornamento 2023 del PNA 2022 alla materia dei contratti pubblici. Con tale Aggiornamento, l'Autorità ha inteso fornire solo limitati chiarimenti e modifiche a quanto previsto nel PNA 2022, al fine di introdurre, ove necessario, riferimenti alle disposizioni del nuovo Codice.

Gli ambiti di intervento sono circoscritti alla sola parte speciale del PNA 2022. In particolare, con riguardo alla disciplina applicabile in materia di trasparenza e obblighi di pubblicazione, alla luce delle nuove disposizioni sulla digitalizzazione del sistema degli appalti e dei regolamenti adottati dall'Autorità ed a quelli ai sensi degli artt. 23, co. 5 e 28, co. 4 del nuovo Codice dei contratti pubblici (cfr. rispettivamente le delibere ANAC nn. 261 e 264 del 2023 – come aggiornata dalla 601 del 2023).

Alla luce di quanto sopra, si precisa che rispetto al PNA 2022, il capitolo sulla trasparenza rimane valido fino al 31 dicembre 2023 e, comunque, fino all'entrata in vigore delle norme sulla digitalizzazione, salvo l'applicazione della disciplina transitoria di cui al suddetto Aggiornamento. Rimane ferma altresì "La disciplina della trasparenza degli interventi finanziati con i fondi del PNRR" regolata da circolari del MEF e relative al sistema ReGiS.

L'assolvimento degli obblighi di trasparenza relativamente alla fase di aggiudicazione e di esecuzione si configura, allo stato attuale, nei seguenti termini:

- per i contratti conclusi entro il 2023, gli obblighi di pubblicazione dei dati in questione risultano adempiuti con pubblicazione nella sezione "Amministrazione trasparente" sottosezione "Bandi di gara e contratti" delle informazioni di cui all'art. 4 della delibera 39/2016 in formato digitale standard aperto, secondo le modalità indicate dalla stessa delibera.
- per i contratti non conclusi entro il 2023, la trasparenza degli stessi dati già previsti dall'art. 1, co. 32 della l. 190/2012 e ora indicati nell'art. 28, co. 3 del nuovo codice, è assolta mediante comunicazione tempestiva degli stessi, cioè nell'immediatezza della loro produzione, alla Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici (BDNCP) tramite il sistema SIMOG (cfr. Comunicato congiunto ANAC-MIT, delibera 582 del 13

dicembre 2023), il quale resta attivo soltanto ai fini della comunicazione di tali dati relativo alla fase di aggiudicazione e di esecuzione e dell'acquisizione di nuovi CIG - solo relativamente alle procedure avviate entro il 31.12.23.

Le stazioni appaltanti pubblicano in "Amministrazione Trasparente", sottosezione "Bandi di gara e contratti", il link tramite il quale si accede alla sezione della Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici dove sono pubblicate, per ogni procedura di affidamento associata a un CIG, tutte le informazioni che le stazioni appaltanti hanno trasmesso attraverso SIMOG.

- per i contratti la cui procedura si avvia dal 1° gennaio 2024, la trasparenza dei dati già previsti dall'art. 1, co. 32 della l. 190/2012, e ora indicati nell'art. 28 co. 3 del nuovo codice, è assolta mediante la trasmissione degli stessi dati alla Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici attraverso le piattaforme di approvvigionamento digitale certificate. Le stazioni appaltanti e gli enti concedenti inseriscono sul sito istituzionale, nella sezione "Amministrazione trasparente", un collegamento ipertestuale che rinvia ai dati relativi all'intero ciclo di vita del contratto e che includono anche quelli indicati all'art. 28, co. 3 del nuovo codice. In proposito si rinvia alle delibere ANAC 261 e 264 del 20 giugno 2023, e successivi aggiornamenti.

Si precisa che, sulla base di tali suindicati aggiornamenti, già riportati nel prospetto inerente gli obblighi di pubblicazione (per quanto previsto da gennaio 2024) - **Allegato 3** - l'Azienda ha provveduto all'adeguamento del sito istituzionale – sezione amministrazione trasparente - al fine del corretto adempimento degli oneri di pubblicazione.

2.3.12 Iniziative in materia di Trasparenza

- ✓ Perfezionamento continuo del sito istituzionale e aggiornamento, ove necessario, dei dati già pubblicati;
- ✓ Monitoraggio periodico, tramite controlli a campione, sulla pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione Trasparente";
- ✓ Attuazione del processo di individuazione, da parte dei Responsabili delle Strutture Organizzative coinvolte, dei Referenti interni per la pubblicazione dei dati;
- ✓ Iniziative di ascolto dei cittadini;
- ✓ Individuazione di eventuali ulteriori dati da pubblicare;
- ✓ Incontri periodici con i Referenti per la pubblicazione dei dati al fine di rilevare eventuali criticità e valutare opportunità di miglioramento;
- ✓ Percorso Attuativo della Certificabilità di bilancio adottato con Determina n. 1111/DG del 24/12/2020 secondo la tempistica definita dalla Regione Marche con delibera di Giunta Regionale: applicazione a regime delle procedure previste percorso stesso;
- ✓ Informatizzazione dei processi ovvero l'introduzione dei sistemi informatici in uno o più settori di attività come misura generale di prevenzione della corruzione. Maggiore digitalizzazione in vari ambiti dell'organizzazione viene utilizzata per sostituire, con adeguata motivazione, altre misure che sono spesso di difficile applicazione come la rotazione;
- ✓ Digitalizzazione per semplificare e risparmiare utilizzando la tecnologia con soluzioni diverse, tra le misure generali di prevenzione della corruzione per attribuirle una dignità autonoma, l'obiettivo del percorso della digitalizzazione è stato intrapreso anche per favorire la lotta alla corruzione amministrativa grazie ad una maggiore trasparenza della gestione;
- ✓ Organizzazione di una *Giornata della Trasparenza*, nel mese di luglio 2024, al fine di esplicitare i risultati del monitoraggio e dei riscontri ottenuti dai Referenti nel primo semestre 2024.

SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

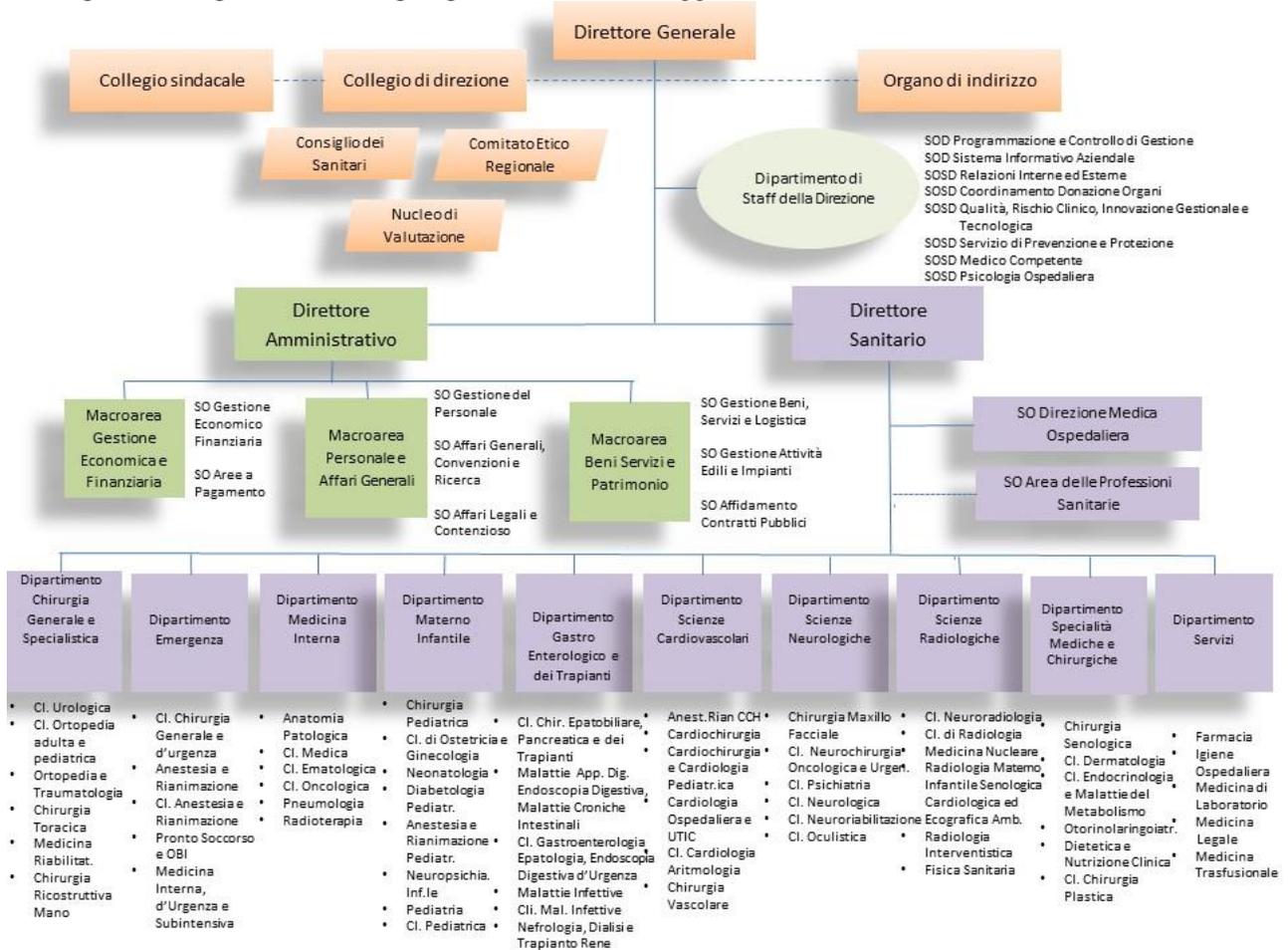
3.1 Struttura organizzativa

3.1.1 L'organizzazione

L'analisi del contesto interno prende avvio dalla descrizione della organizzazione aziendale. Essa è fondata su criteri di multidisciplinarietà, mira al miglioramento delle competenze tecniche e scientifiche e risponde ad obiettivi assistenziali, di didattica e di ricerca.

L'assetto organizzativo è finalizzato al raggiungimento dell'efficienza e qualità dell'intero processo assistenziale e orientato a favorire la convergenza di competenze ed esperienze, in coerenza con la programmazione della didattica e della ricerca.

La figura che segue illustra l'organigramma aziendale aggiornato a dicembre 2023.



L'Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche si fonda su alcuni principi organizzativi: multidisciplinarietà, raggiungimento di obiettivi assistenziali, didattici, formativi e di ricerca ed evoluzione delle competenze tecniche e scientifiche.

Il modello organizzativo, definito nell'Atto Aziendale, è basato su Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI).

Il DAI consente di perseguire l'ottimale realizzazione del percorso diagnostico-terapeutico e riabilitativo ed esercitare in forma unitaria e coordinata le attività assistenziali. Il DAI, con la gestione unitaria delle risorse economiche, umane e strumentali assegnate, garantisce l'integrazione tra didattica e ricerca. I DAI possono essere organizzati all'interno di un presidio o tra i presidi dell'Azienda. Essi aggregano strutture organizzative omogenee.

L'Azienda si articola in 10 Dipartimenti Assistenziali Integrati e 62 strutture complesse, di cui due in line del Direttore Sanitario (S.O.D. Area Professioni Sanitarie e S.O.D. Direzione Medica Ospedaliera).

Delle 60 strutture complesse dipartimentali, n. 30 sono a direzione ospedaliera e n. 30 a direzione universitaria. Sono altresì in essere n.1 Dipartimento di Staff della Direzione Generale e n. 3 Macroaree per l'organizzazione dell'area PTA.

Con determina 738/DG/2020 recante “Determina n. 615/DG del 30/07/2020 “Nuova organizzazione dell'area tecnica/amministrativa, delle funzioni di Staff e della Direzione Sanitaria Aziendale”. Modifica.” le funzioni amministrative, già organizzate in Macroaree, sono state riorganizzate in nuove Macroaree gestionali e funzionali. Le prime sono state create con l'obiettivo di garantire una migliore gestione delle risorse in capo alle strutture organizzative afferenti alle Macroaree, le seconde sono state mantenute ai fini di proseguire nella realizzazione dei processi trasversali e di integrazione.

Tale organizzazione è stata ritenuta più in linea con i processi riorganizzativi che hanno coinvolto tutte le strutture aziendali e più idonea al raggiungimento degli obiettivi dell'Azienda, quali:

- la convergenza di competenze ed esperienze;
- il superamento di disfunzioni e carenze;
- la riconduzione ad unitarietà del processo amministrativo nelle Macroaree e la conseguente corresponsabilizzazione di tutte le componenti coinvolte, garantendo la necessaria comunicazione a tutte le strutture delle direttive aziendali, fungendo da cerniera tra la Direzione aziendale stessa e le diverse strutture complesse facenti parte di ciascuna Macroarea.

L'organizzazione delle funzioni amministrative si articola come segue:

MACROAREA GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA	1	GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA
	2	AREA A PAGAMENTO
MACROAREA BENI, SERVIZI E PATRIMONIO	3	GESTIONE BENI SERVIZI E LOGISTICA
	4	AFFIDAMENTO CONTRATTI PUBBLICI
	5	GESTIONE ATTIVITÀ EDILI E IMPIANTI
MACROAREA PERSONALE E AFFARI GENERALI	6	GESTIONE DEL PERSONALE
	7	AFFARI GENERALI, CONVENZIONI E RICERCA
	8	AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO
STAFF DELLA DIREZIONE	9	PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE
	10	SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI
	11	RELAZIONI INTERNE ED ESTERNE
	12	COORDINAMENTO DONAZIONE ORGANI
	13	QUALITÀ, RISCHIO CLINICO, INNOVAZIONE GESTIONALE E TECNOLOGICA
	14	SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE
	15	MEDICO COMPETENTE
	16	PSICOLOGIA OSPEDALIERA

La tabella che segue illustra il personale dipendente previsto in servizio nell'esercizio 2024 rispetto a quello al 31/12/2023¹. Il personale in servizio previsto per l'esercizio 2024, complessivamente, si manterrà nei volumi pari a quelli registrati al 31.12.2023 fatti salvi gli aggiustamenti tra ruoli e profili in relazione alle esigenze e criticità organizzative che dovessero emergere nel corso dell'esercizio. La presente ipotesi è stata formulata in coerenza con il nuovo tetto del personale di cui alla delibera di giunta n 92. del 30/01/2023.

Personale dipendente del SSN

Tipologia di personale	Personale al 31/12/2024	Personale al 31/12/2023
RUOLO SANITARIO	2.885	2.885
Dirigenza	772	772
- Medico - veterinaria	704	704
- Sanitaria	68	68
Comparto	2.113	2.113
RUOLO PROFESSIONALE	6	6
Dirigenza	6	6
Comparto	-	-
RUOLO TECNICO E SOCIO SANITARIO	627	627
Dirigenza	3	3
Comparto	624	624
RUOLO AMMINISTRATIVO	270	270
Dirigenza	11	11
Comparto	259	259
TOTALE	3.788	3.788

Al personale dipendente si aggiunge il personale universitario che presta attività assistenziale inscindibilmente integrata con la ricerca e la didattica.

Personale per tipologia (dipendente SSN e universitario)

Tipologia	ANNO 2024			ANNO 2023		
	Universitario	Ospedaliero	Totale	Universitario	Ospedaliero	Totale
Medici	102	704	806	102	704	806
Dirigenti sanitari non medici	9	68	77	9	68	77
Dirigenti professionali		6	6		6	6
Dirigenti tecnici		3	3		3	3
Dirigenti amministrativi		11	11		11	11
Personale sanitario (comparto)	11	2.113	2.124	11	2.113	2.124
Personale tecnico (comparto)		624	624		624	624
Personale amministrativo (comparto)		259	259		259	259
Totale personale	122	3.788	3.910	122	3.788	3.910

¹ Fonte dati piano occupazionale 2023-2025.

Sottosezione 3.2 Organizzazione del lavoro agile

La presente Sottosezione viene aggiornata in relazione all'evoluzione normativa e contrattuale intervenuta e alle azioni promosse medio tempore dall'Azienda.

In premessa è opportuno evidenziare che il lavoro agile in un'Azienda Ospedaliera ha necessariamente delle caratteristiche peculiari, non solo per la specifica tipologia di attività, ma anche per le dimensioni e la complessità organizzativa che la caratterizzano.

L'Azienda vede nel lavoro agile un'opportunità, una leva organizzativa per il miglioramento dell'attività amministrativa, in coerenza con la volontà di valorizzare il lavoro per obiettivi.

Un ruolo fondamentale nella definizione dello sviluppo del lavoro agile quale innovazione del sistema organizzativo aziendale è ricoperto dai dirigenti: a loro viene chiesto un importante cambiamento di stile manageriale e di leadership caratterizzato dalla capacità di lavorare e far lavorare per obiettivi, spostando l'attenzione dal controllo sulle attività alla verifica/valutazione inerente il raggiungimento dei risultati.

L'Azienda, al fine di mettere a regime il lavoro agile, con determina n. 1059 del 29/12/2023 ha approvato il Regolamento per la disciplina del lavoro agile e del lavoro da remoto per il personale del comparto e della dirigenza.

L'atto sopra richiamato prevede, in fase di prima applicazione, la pubblicazione di un apposito avviso, al fine di consentire a ciascun dirigente di valutare le istanze di lavoro agile, coniugando le esigenze del dipendente con quelle dell'organizzazione della Struttura e per definire, ove necessario, posizioni di priorità.

Ai sensi del Regolamento in parola è comunque possibile chiedere l'accesso al lavoro agile anche dopo la scadenza del predetto avviso.

L'Avviso più volte richiamato, pubblicato in data 10/01/2024, ha previsto la possibilità, per i dipendenti interessati a svolgere la prestazione in modalità agile, di presentare apposita istanza al direttore della SO Gestione del Personale, entro il 25/01/2024 e secondo le modalità indicate nell'avviso stesso, utilizzando il modello all'uopo predisposto.

Entro i termini, sono pervenute n. 97 istanze.

In relazione alle richieste pervenute è stata avviata da parte dalla U.O. Gestione del Personale un' istruttoria per verificare l'ammissibilità delle domande.

Dopo tale verifica è stato riscontrato direttamente a n. 7 dipendenti le cui domande non potevano essere accolte, per incompatibilità tra il lavoro agile e attività lavorativa articolata in turni, come previsto dalle vigenti disposizioni normative e regolamentari.

Le domande ritenute accoglibili, sono state trasmesse ai Responsabili/Direttori delle SO per la valutazione circa la compatibilità tra lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile e le esigenze tecnico-organizzative della Struttura, tenendo conto che può essere ammesso al lavoro agile il personale del comparto e della Dirigenza che possa svolgere attività smartabili, secondo i criteri di cui all'art. 3 del Regolamento.

A seguito di tale valutazione sono stati sottoscritti a partire dal primo marzo 2024 n. 45 Accordi di lavoro agile, per la durata di un anno rinnovabile, unitamente alle schede-progetto. Sono previste schede per la verifica periodica rispetto al raggiungimento degli obiettivi.

Sono ancora in valutazione n. 35 istanze, mentre n. 9 non sono state ritenute ammissibili dai Responsabili/Dirigenti in quanto la concessione sarebbe stata incompatibile rispetto ai piani di lavoro.

Il Regolamento prevede inoltre, all'art. 7, criteri di priorità da utilizzare qualora pervengano più richieste rispetto alle possibilità organizzativo/funzionali della struttura, per l'individuazione del personale da adibire

al lavoro agile. Allo stato non è stato necessario utilizzare tali criteri nelle Strutture che hanno già proceduto positivamente alla valutazione delle manifestazioni di interesse.

Non da ultimo è necessario precisare che il più volte richiamato regolamento risponde ai criteri di cui all'art. 4 DPCM n. 132 del 30 giugno 2022 e precisamente che lo stesso assicura:

1. che lo svolgimento della prestazione di lavoro in modalità agile non pregiudichi in alcun modo o riduca la fruizione dei servizi a favore degli utenti;
2. un'adeguata rotazione del personale che può prestare lavoro in modalità agile, assicurando la prevalenza, per ciascun lavoratore, dell'esecuzione della prestazione lavorativa in presenza;
3. l'adozione di ogni adempimento al fine di dotare l'amministrazione di una piattaforma digitale o di un cloud o, comunque, di strumenti tecnologici idonei a garantire la più assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni che vengono trattate dal lavoratore nello svolgimento della prestazione in modalità agile;
4. l'adozione di un piano di smaltimento del lavoro arretrato, ove presente;
5. l'adozione di ogni adempimento al fine di fornire al personale dipendente apparati digitali e tecnologici adeguati alla prestazione di lavoro richiesta.

L'Azienda Ospedaliera Universitaria delle Marche, in merito a quest'ultimo punto, sta adottando le misure necessarie ad un piano acquisti rivolto all'implementazione delle dotazioni informatiche in parallelo con l'implementazione di attività di formazione rivolta a coltivare maggiori consapevolezza informative da parte dei dipendenti potenzialmente interessati dal lavoro agile.

Infine si evidenzia che la sezione seconda del Regolamento in questione prevede una specifica disciplina del lavoro da Remoto.

Riguardo a quest'ultimo istituto, è stato avviato il procedimento per la concessione del lavoro da remoto ad un dipendente che non può garantire la prestazione in presenza. Nelle more di concludere l'iter per sottoscrivere l'accordo di lavoro da remoto, il lavoratore interessato è stato autorizzato allo svolgimento del lavoro agile, anche derogando dalla prevalenza della prestazione in presenza, ai sensi Direttiva del 29 dicembre 2023 della Presidenza del Consiglio dei Ministri, Ministero per la Pubblica Amministrazione.

Piattaforme tecnologiche

L'Azienda garantisce attraverso apposita procedura pubblicata sul sito l'accesso in modo sicuro alle procedure aziendali.

Competenze professionali e formazione

Il personale autorizzato a svolgere la prestazione in modalità agile è in possesso delle competenze professionali proprie delle attività da svolgere e digitali necessarie per l'uso delle procedure aziendali.

L'Azienda è tenuta a garantire la formazione necessaria per gestire il cambiamento organizzativo.

Obiettivi

Il lavoro agile all'interno dell'azienda mira al conseguimento dei seguenti obiettivi:

- incremento della competitività aziendale in termini di efficienza e qualità dei servizi (miglioramento delle prestazioni rese);
- favorire un'organizzazione del lavoro volta a promuovere una migliore conciliazione dei tempi di vita e di lavoro;
- sperimentare e introdurre nuove soluzioni organizzative che favoriscano lo sviluppo di una cultura gestionale orientata al risultato e mirata ad un incremento di produttività;
- promuovere la mobilità sostenibile tramite la riduzione degli spostamenti casa-lavoro-casa;
- favorire lo sviluppo della trasformazione digitale e le conoscenze digitali.

Gli obiettivi di cui sopra sono finalizzati, altresì, a conseguire il miglioramento dei servizi pubblici resi pertanto l'utilizzo del lavoro agile non deve in alcun modo pregiudicare o ridurre la fruizione dei servizi a favore degli utenti.

Contributi al miglioramento della performance in termini di efficienza ed efficacia

La nuova modalità organizzativa dovrà essere monitorata per verificare in termini di efficienza, efficacia ed economicità l'impatto sulla performance amministrativa dell'Azienda, in particolare:

- Diminuzione del tasso di assenza delle Unità Operative/Servizi con lavoratori c.d. agili;
- Aumento della produttività (quantità di servizi erogati, miglioramento nella percentuale di conseguimento degli obiettivi di struttura definiti in sede di negoziazione di budget, ecc).
- Quantità di pratiche concluse/servizi erogati, con ottimizzazione del lavoro anche in termini di riduzione di ore di lavoro straordinario;
- Qualità delle prestazioni erogate
- Riduzione dei costi per buoni pasto/accessi alla mensa aziendale.

Negli accordi individuali sono stati individuati gli obiettivi assegnati e i relativi indicatori

Gli obiettivi esterni all'amministrazione e gli impatti del lavoro agile

La nuova modalità organizzativa ha come obiettivo anche quello di impattare positivamente all'esterno dell'Azienda con riduzione, ad esempio, degli spostamenti casa-lavoro con conseguente diminuzione delle emissioni di Co2, miglioramento delle competenze e della cultura digitale, ripopolamento delle aree urbane periferiche, migliori condizioni di pari opportunità nella gestione del rapporto tra tempi di vita e di lavoro, ecc..

Sottosezione 3.3 Piano triennale dei fabbisogni del personale

3.3.1 Piano triennale dei fabbisogni del personale 2024/2026

Come noto, il Piano Triennale dei fabbisogni di personale (PTFP) si configura quale strumento di programmazione per la gestione delle risorse umane finalizzato a rilevarne il fabbisogno quali quantitativo per ciascuno degli anni di riferimento. Trattandosi di piano a valenza triennale, al fine di adattarne la pianificazione alle esigenze sopravvenute e di ottimizzare le risorse nell'ottica di perseguire, ai sensi dell'art. 6 del D.Lgs. 165/2001 obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini, è necessario effettuare un aggiornamento annuale.

Il PTFP 2023/2025 è stato adottato, nella sua versione finale, con Determina del Direttore Generale n. 431 dell'8 giugno 2023, ed è stato approvato dalla Giunta Regione Marche con DGRM 964 del 3 luglio 2023.

Occorre, pertanto, procedere all'adozione del PTFP 2024/2026 con particolare riferimento all'analisi di ciò che riguarda l'anno 2024.

Nel merito va evidenziato che con DGRM 92 del 30 gennaio 2024 la Giunta Regionale ha provveduto a deliberare la rideterminazione - in applicazione dell'art. 11 comma 1 del decreto legge 30 aprile 2019, n. 35 convertito dalla legge 25 giugno 2019 n. 60 - del tetto di spesa del personale degli enti del Servizio sanitario regionale a decorrere dall'annualità 2023 prevedendo per l'Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche l'importo di € 164.129.000,00.

Nella citata DGRM viene evidenziato che *considerate le consistenti criticità relative all'inadeguatezza della dotazione organica storica rispetto ai fabbisogni sopravvenuti di personale correlati all'attuazione del Piano Socio Sanitario 2023/2025 e considerata la necessità di non disperdere le professionalità acquisite inserite nei piani di stabilizzazione di cui all'art. 20 comma 1 e 2 del d.lgs. 75/2017 e dall'art. 1 comma 268 lett. b) della L. 234/2021, in attuazione della DGR n. 946 del 26 giugno 2023*, è previsto un incremento del tetto di spesa del personale dell'AOU delle Marche - già definito con DGRM 630/2023 in € 158.929.000,00 - di € 5.200.000,00 per un totale di € 164.129.000,00.

Finalizzare l'incremento di risorse alla previsione di nuovi posti di dotazione organica significa rafforzare gli organici delle strutture organizzative in maggiore difficoltà, garantire la possibilità di stabilizzare prestazioni lavorative oggi rese da unità titolari di rapporti di lavoro a tempo determinato e, contemporaneamente, incrementare i fondi contrattuali a sostegno delle voci retributive ad essi spettanti.

Il Piano Triennale dei fabbisogni del personale 2024/2026 viene, pertanto ad essere predisposto nei limiti del nuovo tetto di spesa, prevedendo un incremento della dotazione organica nonché una rimodulazione quali/quantitativa della stessa finalizzata a garantire fabbisogni indifferibili.

Con il Piano anno 2024 viene inoltre descritto il turn over del personale in servizio a tempo indeterminato e la copertura della dotazione organica nei termini di cui all'attuale proposta di incremento/rimodulazione della stessa partendo dalla struttura già approvata con la DGRM 574/2022.

Al fine di garantire il costante mantenimento di risorse in servizio, per i profili in relazione ai quali si intende mantenere piena la copertura della dotazione organica, la garanzia del turn over va considerata relativamente non solo alle unità in cessazione già note e riportate nel piano ma anche le ulteriori cessazioni che dovessero intervenire, pur ad oggi non note, tenuto conto che le nuove assunzioni verrebbero ad essere realizzate ad invarianza di spesa complessiva.

Il Prospetto riepilogativo del Piano del fabbisogno viene costruito partendo dalla descrizione della consistenza di personale al 31 dicembre dell'anno 2023 espressa sia in termini quantitativi che qualitativi, distinguendo il personale nei vari profili professionali presenti in azienda e sulla base della tipologia del rapporto di lavoro in essere a tale data (tempo indeterminato o determinato). Segue lo sviluppo delle assunzioni programmate anche alla luce della variazione/integrazione della dotazione organica nel proseguo descritta, nonché delle cessazioni già note.

Si evidenzia che i prospetti contenenti il Piano Triennale dei fabbisogni, non risultano ancora aggiornati ai nuovi profili professionali previsti dal CCNL del Comparto Sanità sottoscritto in data 2 novembre 2022 ed aventi decorrenza dal 01.01.2023. Ciò tenuto conto che, come già descritto per il PTFP dello scorso anno,

l'adeguamento di tali prospetti andrà realizzato d'intesa con le aziende del SSR, in quanto trattasi di strumento finalizzato ad una trattazione e gestione omogenea delle informazioni in ambito regionale.

Con riferimento agli anni 2025-2026, è stato ad oggi meramente descritto il turn over delle cessazioni per collocamento a riposo ovvero di quelle cessazioni già note o individuabili d'ufficio per effetto delle disposizioni normative vigenti in materia, rinviando al successivo anno più specifiche valutazioni nel merito

Per l'anno 2024 invece, oltre ai collocamenti a riposo, sono rappresentate le cessazioni per dimissioni, mobilità o altre cause - la cui data di fine rapporto è comunque già nota.

In relazione al fabbisogno di personale previsto nel Piano, l'Azienda stabilirà le modalità di copertura dei posti e curerà l'ottimale distribuzione delle risorse umane attraverso la coordinata attuazione dei processi interni e di reclutamento dall'esterno, nei limiti delle risorse e dei vincoli normativi esistenti. Al fine di perseguire la maggiore efficienza nell'impiego delle risorse umane, pertanto, per ciascun profilo si stabiliranno gli strumenti previsti dalle disposizioni normative e contrattuali vigenti che meglio soddisferanno il raggiungimento degli obiettivi in termini di efficacia ed efficienza.

Le assunzioni a copertura dei posti vacanti di dotazione organica saranno pertanto garantite attraverso l'indizione di concorsi o lo scorrimento di graduatorie concorsuali già esistenti, ovvero mediante l'indizione di avvisi di mobilità con accesso dall'esterno, ove ritenuta quale valida ed efficace forma di reclutamento di personale in possesso di requisiti e caratteristiche che meglio rispondono alle esigenze aziendali, nonché attraverso le procedure di stabilizzazione come nel proseguito descritto.

Tra le azioni avviate, si evidenzia che anche per l'anno 2024 è stata indetta procedura di "mobilità interna" per il personale dell'area del Comparto al fine di favorire la giusta allocazione delle risorse, ottimizzare l'utilizzo del personale e non da ultimo migliorare le condizioni di vita e di lavoro dei dipendenti.

In presenza di comprovate e particolari esigenze, il reclutamento del personale si potrà comunque realizzare attraverso l'utilizzo di forme flessibili di rapporto di lavoro ovvero stipulando contratti di lavoro a tempo determinato. Il piano del fabbisogno descritto per l'anno 2024 evidenzia la presenza di rapporti di lavoro a tempo determinato. Tali contratti, unitamente al piano operativo basato sull'utilizzo dell'istituto contrattuale delle prestazioni aggiuntive e adottato dall'Azienda con det 228 del 22 marzo 2024, contribuiscono al contenimento delle liste di attesa in applicazione della DGRM 56/2024.

Nel Piano anno 2024 non sono previste assunzioni per attuazione del PNRR.

Va evidenziato che l'Azienda, al fine di comprendere il crescente fabbisogno di risorse umane intende approfondire anche l'analisi di quei fenomeni che impattano sulla prestazione lavorativa, sia in termini qualitativi che quantitativi, del personale dipendente con rapporto di lavoro a tempo indeterminato che tende a mostrare segni di stanchezza e malessere, deducibile sia dalla forte mobilità in uscita o dimissioni per sottoscrizione di nuovi contratti di lavoro a tempo indeterminato anche con le Aziende sanitarie della provincia di Ancona e non solo di fuori Provincia o Regione, che dalla continua richiesta di fruizione di permessi e congedi anche non retribuiti. Sempre più frequenti sono, inoltre, le certificazioni con prescrizioni alla mansione propria di appartenenza condizione che, aumentando la quantità, rendono difficile la ricollocazione del personale in una Azienda caratterizzata esclusivamente da prestazioni specialistiche di II livello, senza servizi territoriali che - insieme a quelli ambulatoriali - fungono da bacini di attività adatti a ricollocare tali unità. Tali criticità alimentano la crescente richiesta di unità a tempo determinato che, in quanto tali, determinano comunque instabilità al sistema ed un utilizzo talvolta poco efficiente di risorse dedicate alla loro formazione specifica per una prestazione lavorativa spesso di breve durata per mancata futura garanzia di assunzione a tempo indeterminato.

Premesso tutto quanto sopra esposto, si rappresenta che l'**Allegato 4** descrive la nuova dotazione organica in approvazione con il presente atto, redatta nei termini descritti nel successivo paragrafo mentre l'**Allegato 5** descrive il Piano triennale del fabbisogno di personale 2024/2026 costruito con i criteri sopra analizzati ed in coerenza con la nuova dotazione organica. Sono stati, inoltre, predisposti prospetti di sintesi per profilo del piano triennale nonché descrittivo per l'anno 2024 delle discipline della Dirigenza medica previste in assunzione e cessazione.

L'impatto del piano del fabbisogno è rappresentato dal quadro economico sintetico.

Si dà atto che il PTFP 2024-2026 sarà aggiornato annualmente e potrà subire revisioni in presenza di mutate esigenze aziendali anche connesse ad eventuali nuovi indirizzi inerenti la programmazione sanitaria della Regione Marche.

Dotazione organica

L'attuale dotazione organica di cui alla determina di approvazione del Piano Triennale dei fabbisogni di personale n. 431 dell'8.06.2023, corrisponde alla rimodulazione attuata con la determina n. 1363 del 30 dicembre 2021 approvata con DGRM 574/2022. Tale rimodulazione è stata a suo tempo adottata al fine di rendere la dotazione organica maggiormente aderente alle esigenze aziendali. Con il medesimo atto n. 1363/2021, per le motivazioni nella stessa rappresentate, veniva inoltre descritto il fabbisogno incrementale di dotazione per l'Azienda. L'impossibilità di realizzare quell'incremento di dotazione organica ha determinato instabilità alle equipe per la presenza di un rilevante numero di unità a tempo determinato necessario per garantire le attività e, contemporaneamente, ha determinato per i dipendenti una riduzione della quota pro-capite dei fondi contrattuali distribuibili. Organici inadeguati ed erosione dei fondi contrattuali sono situazioni rappresentate negli anni anche dalle organizzazioni sindacali.

Dell'inadeguatezza dell'attuale dotazione organica che risulta insufficiente a garantire i fabbisogni di personale correlati all'attuazione del Piano Socio Sanitario 2023/2025 è stata data evidenza nella DGRM 92 del 30 gennaio 2024 con la quale la Regione ha provveduto a rideterminare il tetto di spesa del personale degli enti del SSR a valere dall'anno 2023. Con il PTFP 2024 2026, si può quindi provvedere ad un incremento della dotazione organica nonché ad una sua rimodulazione nei limiti delle maggiori risorse stanziare - allo scopo - dal predetto atto di rideterminazione dei tetti di spesa del personale, pari ad € 5.200.000,00, inclusiva delle risorse necessarie alla valorizzazione dei fondi contrattuali per i posti di nuova creazione.

L'allegato 4 riporta in sintesi l'incremento/variazione quali/quantitativa della dotazione organica che si intende realizzare a sostegno di alcuni dei servizi sanitari complessi di livello regionale ed extra regionale che l'Azienda, DEA di II livello, garantisce.

Tale incremento è in grado di soddisfare solo in parte il fabbisogno aziendale; la Direzione si è trovata, pertanto, a dover effettuare delle scelte, ponderando le varie esigenze, così da garantire sia il mantenimento di una quota in favore di questi servizi unici regionali che imponevano una immediata e non procrastinabile attenzione con un seppur minimo consolidamento, sia la possibile stabilizzazione di unità che da tempo avevano maturato, peraltro in Azienda, i requisiti della stabilizzazione.

Dalla recente all'analisi del fabbisogno effettuato dai Dirigenti delle professioni sanitarie e dai Dirigenti dell'Area Sanità in qualità di Direttori/Responsabili di struttura è emerso come, nonostante l'incremento del tetto di spesa, le risorse stanziare non risultano sufficienti a garantire gli standard richiesti all'Azienda.

Peraltro le scelte effettuate hanno potuto solo marginalmente confermare il fabbisogno già rappresentato con la det 1363/DG del 30 dicembre 2021 sopra citata, soprattutto per mancanza di disponibilità di risorse. Da ciò ne consegue che le ulteriori esigenze già rappresentate per le quali dovessero persistere esigenze di incremento al fine di garantire i livelli essenziali di assistenza connessi, soprattutto, alle prestazioni in emergenza urgenza potrebbero dover essere ancora assicurate con unità a tempo determinato; ecco perché il piano del fabbisogno rappresentato con il presente atto contempla ancora una quota di lavoratori con rapporto di lavoro flessibile.

Gli incrementi/variazioni di dotazione organica di seguito descritte sono state illustrate al Collegio di Direzione nella seduta convocata in data 17 aprile e successivamente presentate alle OO.SS di tutte le aree Contrattuali e alla RSU Aziendale convocati in seduta congiunta in data 24 aprile.

Come già evidenziato, è l'**Allegato 4** al presente atto a riportare le modifiche/integrazioni apportate alla dotazione organica.

Con specifico riferimento al personale del comparto, le unità in incremento andranno a soddisfare le esigenze di seguito descritte:

Professioni sanitarie: Area Infermieristica Ostetrica

Professionisti della salute: Infermieri

+ 23

Con tale incremento si vuol dare stabilità a quei componenti assegnati negli anni a servizio che hanno visto incrementare la loro esigenza di unità afferenti a questo profilo professionale, e nello specifico:

- **Sod Pronto soccorso e Obi**, per le quali è necessario garantire questa integrazione di risorse al fine di cercare di garantire una più efficiente risposta all’utenza e nel contempo il rispetto delle linee di indirizzo Nazionale emanate dal Ministero della Salute in data 1 agosto 2019 inerenti il triage intraospedaliero e l’Osservazione Breve intensiva (+18);
- **Blocchi Operatori** per riuscire a garantire il rispetto del CCNL in materia di numero di pronte disponibilità attribuibili a ciascun operatore, con particolare riferimento alle specialità connesse alle sedute di trapianto d’organo (+8);
- **Sosd Unità spinale** nella quale per effetto della prescrizione contenuta nella DGRM 574/2022 sono stati attivati posti letto aggiuntivi e, nello specifico, 2 posti letto di degenza ordinaria e 2 posti letto di Day Hospital per raggiungere il totale di 10 posti letto; ciò in attuazione del Piano Sociosanitario 2020-2022 e della delibera dell’Assemblea legislativa n. 107/2020 (+6);
- **Clinica di cardiologia e aritmologia** per garantire il potenziamento dell’attività di aritmologia in relazione all’allestimento della seconda sala di elettrofisiologia (+2);

L’incremento complessivo che si determinerebbe per questo profilo professionale dalla sommatoria delle esigenze sopra descritte, viene ridimensionato per effetto della riduzione di n. 11 unità infermieristiche derivante dalla necessità, ormai non più procrastinabile, di portare a definitivo compimento il progetto - già proposto con Det 1363/DG del 30 dicembre 2021 ad oggetto “*Programma triennale del fabbisogno di personale (2020/2022) e revisione della dotazione organica ai sensi del DL 34/2020*” ma allora non oggetto di approvazione – che consiste nell’inserimento del profilo dell’Operatore Socio Sanitario nei setting assistenziali della Sod Clinica Psichiatrica e dell’Area Neurochirurgica al fine di assicurare una presa in carico della persona assistita più efficiente oltre che maggiormente appropriata.

Operatori di supporto: Operatori Socio Sanitari (OSS) + 26

Tale incremento riflette in particolar modo l’impatto dei progetti di riorganizzazione sopra descritti di interesse del dipartimento di scienze neurologiche che incide con un incremento di posti di dotazione organica pari a +18 unità.

Il differenziale incrementale di tale figura deriva, per le medesime motivazioni descritte per il profilo dell’infermiere, in:

- **Sod Pronto soccorso e Obi** (+6);
- **Sosd Unità Spinale** (+2);

Professioni Sanitarie: Area Tecnica

Professionisti della salute: Tecnici di radiologia + 3

Trattasi di un incremento indispensabile per la copertura garantita dal personale assegnato alle Sod afferenti il dipartimento di scienze radiologiche, delle attività presso i Blocchi operatori sia in elezione che in urgenza/emergenza.

Professionisti della salute: Tecnici di laboratorio + 3

Incremento minimo realizzabile per tale figura professionale e reso in funzione delle attività centralizzate presso l’**officina Trasfusionale** (DIRMT) per la lavorazione del sangue e gli emoderivati in favore di tutte le aziende del Servizio Sanitario Regionale della Regione Marche.

Professionisti della salute: Tecnici della fisiopatologia cardiorespiratoria e della perfusione cardiovascolare + 2

Aumento di dotazione organica necessario a garanzia di un adeguato numero di turni pro/capite in Pronta Disponibilità in linea coi il dettato contrattuale a supporto delle attività cardiocirurgiche (per pazienti adulti e pediatrici), trapiantologie ed ECMO.

Professionisti della salute: Tecnico di neurofisiopatologia + 1

Incremento assegnato alla Clinica neurologica finalizzato a garantire i monitoraggi intraoperatori, le pronte disponibilità interpresidio e la copertura di monitoraggi EEG per la diagnosi di disturbi psichiatrici negli adolescenti a supporto della Sod Clinica di Psichiatria

Professionisti della salute: odontotecnico – 1 igienista dentale +1

Trattasi di una modifica di dotazione organica a parità di risorse che discende dal venir meno della necessità di ricoprire l'unico posto vacante di odontotecnico e dall'esigenza di istituire il terzo posto di igienista dentale, per dare stabilità alla funzione svolta da anni da una unità a tempo determinato assunta in sostituzione del professionista impegnato a tempo pieno nel ruolo di Direttore ADP del corso di Laurea in igienista dentale. Tale figura è di fondamentale supporto al servizio di odontostomatologia in favore, in particolar modo, del trattamento delle patologie odontoiatriche dei soggetti disabili.

Professioni sanitarie: Area Riabilitativa

Professionisti della salute: fisioterapisti+ 9

Con tale incremento si garantisce una maggiore disponibilità di prestazioni fisioterapiche di fondamentale importanza, per alcune patologie, nella fase di ricovero ospedaliero, nonché la stabilizzazione di risorse umane in possesso dei requisiti.

Tale incremento, funzionale a tutte le attività di riabilitazione sia dell'adulto che del bambino, saranno distribuite come segue:

- **Sod Medicina Riabilitativa (+3) e Sod Clinica di riabilitazione (+3)** per soddisfare le aumentate esigenze di presa in carico riabilitativa di pazienti degenti presso le strutture aziendali;
- **Sosd Unità Spinale (+3)** per garantire la presa in carico riabilitativa dei pazienti con lesioni del midollo spinale in considerazione dell'implementazione dei posti letto già descritta;

Professionisti della salute: terapeuta della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva + 1

Questo incremento è finalizzato a garantire la presa in carico riabilitativa dei bambini prematuri e l'attività ambulatoriale di Follow Up Neonatale

Area Tecnico Amministrativa

La rimodulazione della dotazione organica coinvolge in parte anche l'area del personale tecnico ed amministrativo. Da un'attenta analisi dei processi amministrativi è emersa una crescente complessità che impone competenze sempre più elevate derivanti anche dalla digitalizzazione e dalla informatizzazione dei processi. Tutto ciò ha profondamente cambiato il lavoro del personale amministrativo determinando un minor fabbisogno di coadiutori amministrativi. Per tale motivo è stata effettuata la scelta di trasformare i 6 posti attualmente vacanti di tale profilo professionale.

Viene ad essere incrementato, quindi, di n. 4 posti l'organico degli assistenti amministrativi - qualifica conseguibile da personale diplomato che può svolgere con maggiore autonomia i compiti e le funzioni attribuite.

Inoltre, la consapevolezza della crescente complessità aziendale ha spinto la Direzione a prevedere la creazione di 2 posti di collaboratore tecnico ingegnere gestionale, con l'obiettivo di procedere all'ottimizzazione dei processi aziendali, sia amministrativi che sanitari, per realizzare una maggiore razionalizzazione delle risorse. L'obiettivo è infatti quello di agire sui processi per generare un miglior impatto nelle prestazioni rese ai pazienti, migliorare al contempo la soddisfazione degli operatori e conseguire così risultati virtuosi. Per raggiungere tale obiettivo servono specialisti che abbiano le capacità di sviluppare soluzioni e integrare esperienze, applicando competenze ingegneristiche in ambito sanitario.

Contemporaneamente viene realizzata la trasformazione di 2 posti di collaboratore tecnico oggi vacanti in altrettanti 2 posti di tecnico della prevenzione degli ambienti e dei luoghi di lavoro, che rappresenta l'unico

profilo professionale dell'area del comparto reclutabile per supportare il Servizio di Prevenzione e Protezione e la SOD di Igiene ospedaliera nello svolgimento delle attività di prevenzione, verifica e controllo in materia di igiene e sicurezza ambientale in Azienda.

Con riferimento **alla Dirigenza dell'Area Sanità**, le scelte condotte dalla Direzione in termini di incrementi/rimodulazioni della dotazione organica hanno portato a soddisfare le esigenze descritte nelle strutture organizzative di seguito elencate:

SOD Chirurgia ricostruttiva e Chirurgia della mano + 2

Tale incremento permette di dare stabilità all'attività chirurgica sia in elezione che in urgenza di questa specialità unica nella Regione Marche connessa alla presa in carico del trauma della mano come previsto dalla DGRM 948/2022.

SOD Pronto soccorso ed OBI + 2

Tale incremento rappresenta solo una quota delle risorse integrative di cui il Pronto soccorso avrebbe bisogno per garantire un'attività coerente con l'incremento - in numero e in complessità - delle centralizzazioni richieste al DEA di II livello, con l'applicazione dei PDTA regionali per le patologie tempo-dipendenti in particolare per il trauma, con la maggiore attività dell'Elisoccorso con la doppia disponibilità diurna e il volo notturno.

SOD Clinica di ostetricia e ginecologia a prevalente indirizzo ostetrico e gravidanza ad alto rischio +1

Incremento finalizzato a garantire l'avvio del Pronto Soccorso ostetrico ginecologico in luogo dell'attuale ambulatorio H24, in considerazione dell'elevato volume di prestazioni erogate in regime di urgenza. La copertura del posto potrà avvenire attraverso la stabilizzazione di una unità inserita nell'organico che ha maturato i requisiti.

Sosd Malattie infettive pediatriche +1

Incremento finalizzato a garantire le attività ambulatoriali e di degenza del servizio nonché a sostegno delle guardie inter divisionali pediatriche. La copertura del posto potrà avvenire attraverso la stabilizzazione di una unità inserita nell'organico che ha maturato i requisiti.

Sosd Centro di riferimento per la terapia del dolore e le cure palliative pediatriche +1

Trattasi di un incremento minimo necessario per garantire la continuità assistenziale al centro istituito con DGRM 1238/2021.

Sosd Genetica Medica e coordinamento Malattie Rare + 1

Al fine di garantire stabilità alle complesse e specialistiche prestazioni rese da tale servizio, peraltro in crescente aumento, è indispensabile procedere alla trasformazione di 1 posto vacante di Dirigente Biologo in 1 posto di Dirigente Medico. La copertura del posto potrà avvenire attraverso la stabilizzazione di una unità inserita nell'organico che ha maturato i requisiti.

SOD Neonatologia ± 1

Si è ritenuto di formulare parere favorevole alla richiesta, formulata dal direttore della struttura, di conversione di 1 posto di dirigente medico in 1 posto di Dirigente Biologo, ritenuta figura professionale con competenze cliniche, laboratoristiche e tecnologiche necessarie a migliorare la governance clinica e la qualità delle cure erogate ai piccoli pazienti della neonatologia.

SOD Clinica ematologica +1

Incremento finalizzato ad adeguare l'organico così da poter garantire adeguata assistenza e rispondere alle maggiori esigenze di attività di ricovero ordinario, di day hospital e ambulatoriali connesse anche all'aumento dei posti letto. La copertura del posto potrà avvenire attraverso la stabilizzazione di una unità inserita nell'organico che ha maturato i requisiti.

SOD Pneumologia +1

Incremento finalizzato a fornire una risposta adeguata alle domande di prestazioni di pneumologia e pneumologia interventistica dal contesto regionale oltre che garantire la continuità assistenziale

SOD Malattie dell'apparato digerente, endoscopia digestiva e malattie infiammatorie croniche intestinali +1

Con questo incremento di dotazione organica, si potenzia l'attività endoscopica di secondo livello mantenendo costante l'attività endoscopica in urgenza. La copertura del posto potrà avvenire attraverso la stabilizzazione di una unità inserita nell'organico che ha maturato i requisiti.

SOD Cardiologia ospedaliera e UTIC +2

Rafforzare la disciplina di cardiologia al fine di garantire i dovuti livelli di continuità assistenziale nei presidi aziendali. La copertura dei posti potrà avvenire attraverso la stabilizzazione di unità inserita nell'organico che ha maturato i requisiti.

SOD Clinica di cardiologia e aritmologia +2

Garantire il potenziamento dell'attività di aritmologia realizzato con l'allestimento della seconda sala operatoria, attività peraltro erogata per il 69% in regime di urgenza e che negli anni ha registrato un incremento della mobilità attiva extraregionale e riduzione della mobilità passiva regionale. La copertura dei posti potrà avvenire attraverso la stabilizzazione di unità inserita nell'organico che ha maturato i requisiti.

SOD Cardiochirurgia - 1

Riduzione in favore del soddisfacimento delle altre esigenze aziendali resa possibile da una razionalizzazione dell'organizzazione della struttura

SOD Clinica Neurologica +1

Garantire con tale incremento la continuità assistenziale in guardia H24 nei presidi aziendali, in coerenza con il ruolo di Hub di II livello nella rete regionale dell'Ictus

Sosd Unità spinale +1

Incremento derivante dalla prescrizione contenuta nella DGRM 574/2022 per effetto della quale sono stati attivati posti letto aggiuntivi e, nello specifico, 2 posti letto di degenza ordinaria e 2 posti letto di Day Hospital per raggiungere il totale di 10 posti letto; ciò in attuazione del Piano Sociosanitario 2020-2022 e della delibera dell'Assemblea legislativa n. 107/2020

SOD Clinica di Neuroradiologia +3

Tale incremento garantisce il mantenimento della guardia di neuroradiologia diagnostica H24 e sostiene la funzione unica regionale di neuroradiologia interventistica resa ancor più cogente dalla centralizzazione dei pazienti presso la stroke unit di II livello come previsto dalla rete regionale dell'ictus. La copertura di uno dei posti potrà avvenire attraverso la stabilizzazione di unità inserita nell'organico che ha maturato i requisiti.

SOD Medicina nucleare +1

Garantire il servizio e mantenere gli attuali livelli di attività in funzione della nuova apparecchiatura RM/PET di recente installazione.

SOD Clinica di endocrinologia e malattie del metabolismo +1

Incremento a sostegno dei costanti maggiori carichi di lavoro che da anni richiedono interventi finalizzati alla riduzione delle liste di attesa. La copertura del posto potrà avvenire attraverso la stabilizzazione di unità inserita nell'organico che ha maturato i requisiti.

SOD Clinica di chirurgia plastica e ricostruttiva +2

Con tale incremento si arriva a dare stabilità ad una specialità unica regionale che garantisce una continuità assistenziale H24 con turni di pronta disponibilità specialistica notturna e festiva. La copertura dei posti potrà avvenire attraverso la stabilizzazione di unità inserita nell'organico che ha maturato i requisiti.

SOD Medicina legale +1

Adeguamento dell'organico ai crescenti carichi di lavoro connessi alla medicina legale forense e al contenzioso medico legale. La copertura del posto potrà avvenire attraverso la stabilizzazione di unità inserita nell'organico che ha maturato i requisiti.

SOD Farmacia +1

Incremento finalizzato all'adeguamento dell'organico dei Dirigenti Farmacisti in risposta ai crescenti carichi di lavoro connessi sia alla fornitura di farmaci che di dispositivi medici.

Dirigente delle professioni sanitarie ± 1

Le necessità di istituire un ulteriore posto di dirigente delle professioni sanitarie, così da arrivare ad un totale di 3 unità, deriva dal fine di garantire in Azienda un ruolo dirigenziale quale livello di responsabilità al vertice di ciascuna delle tre aree delle professioni sanitarie (area infermieristica/ostetrica, area tecnica e area della riabilitazione). La complessità organizzativa dell'Azienda, ancor più per effetto della riforma del sistema sanitario regionale di cui alla LR 19/2022, richiede livelli di responsabilità dirigenziale articolati per specifiche competenze e, sulla scia di tale ruolo strategico regionale dell'Azienda, la Direzione aziendale ha già da tempo ritenuto necessario evolvere i livelli di responsabilità da incarichi di funzione ad incarichi dirigenziali. Tale assetto, a regime, darà la possibilità, in ogni area, di procedere con la reingegnerizzazione dei processi in termini qualitativi e di governo dei fattori produttivi. Tale incremento avviene a parità di risorse per trasformazione di un posto vacante da tempo, e non posto in copertura, di Dirigente Biologo.

Nel medesimo Allegato 4 è rappresentata la stima dell'impatto economico del sopra descritto incremento/aggiornamento della dotazione organica ed evidenzia come il medesimo, sia in termini di voci stipendiali fuori fondi che di incremento fondi contrattuali, sia contenuto, oneri aziendali inclusi, nell'incremento del tetto di spesa del personale di cui alla DGRM 92 del 30 gennaio 2024. Per quanto riguarda la stima relativa all'incremento dei fondi contrattuali si evidenzia che le quote medie per ciascuna area contrattuale sono state calcolate come rapporto tra i fondi previsionali anno 2023 - deliberati per la Dirigenza Area Sanità e per il Comparto rispettivamente con gli atti n. 461 e 462 del 13 giugno 2023 – e le teste che compongono l'attuale dotazione organica.

Stabilizzazioni del personale precario

Nell'ambito dei processi di reclutamento, anche per l'anno 2024, particolare attenzione della Direzione Aziendale è posta sul processo di stabilizzazione del personale precario.

In particolare per l'anno 2024 è ancora possibile, fino al 31/12/2024, salvo ulteriori proroghe, stabilizzare il personale ai sensi dell'art. 1 comma 268 della L. 30/12/2021 n. 234 (stabilizzazioni Covid).

Dette procedure di stabilizzazione sono già state avviate nell'anno 2023 con la determina n. 540/DG, così come modificata con la determina n. 576/DG del 20/07/2023.

In relazione al turn over sopravvenuto o rinunce a proposte di stabilizzazione, si sono resi disponibili nell'anno 2024, ulteriori posti, che hanno consentito lo scorrimento delle graduatorie formulate in esito all'espletamento delle procedure indette con gli atti sopra richiamati.

In particolare con determina 509/DG del 15/02/2024 è stato approvato il programma di stabilizzazione per l'anno 2024, in coerenza con il PTFP 2023-2025 approvato con DGRM n. 964 del 03/07/2023, nonché con il PTFP 2024-2026, riferito ai profili di seguito descritti, per un totale di 9 unità:

- ✓ n.5 unità di Infermieri
- ✓ n.1 unità di Operatore socio sanitario
- ✓ n.1 unità di Fisioterapista
- ✓ n.1 unità di ostetrica
- ✓ n.1 unità di Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare

Successivamente a seguito di turn over sopravvenuto, con atto n. 255 del 05/04/2024 è stata disposta la stabilizzazione di ulteriori n. 2 unità nel rispetto di quanto previsto dalla DGRM 946 del 26/06/2023, in materia di accesso dall'esterno, con conseguente necessario adeguamento del programma di stabilizzazione di altrettante n. 2 unità di infermieri.

Le stabilizzazioni di cui al sopra esposto programma si sono già realizzate con la sottoscrizione dei relativi contratti a tempo indeterminato, salvo n. 2 unità di infermieri e l'unità di OSS le cui assunzioni sono in fase di perfezionamento.

Il programma triennale del fabbisogno di cui al presente atto, prevede per l'anno 2024 un incremento di 92 unità a tempo indeterminato, in relazione all'aumento del tetto di spesa previsto con DGRM n.92 del 30 gennaio 2024 pari a € 5.200.000,00

Detto incremento potrà essere realizzato, per molti profili, utilizzando le graduatorie delle procedure di stabilizzazione, nel rispetto di quanto previsto dalla già richiamata DGRM n. 946 del 26/06/2023.

A tal fine deve essere adeguato il programma di stabilizzazione per l'anno 2024.

La tabella descrittiva del Piano delle Stabilizzazioni prevede complessivamente la programmazione per 84 unità (n. 14 di dirigenti e n. 70 comparto) e descrive nel dettaglio i profili e il numero delle unità per ciascun profilo.

Le 84 unità sono comprensive anche delle 11 unità già stabilizzate o in fase di stabilizzazione di cui agli atti sopra richiamati n. 109/2024 e 255/2024.

Le procedure di stabilizzazioni delle unità previste in incremento dal presente Piano Occupazionale verranno disposte solo a seguito dell'approvazione del presente atto.

Detto Programma potrà essere integrato in relazione ad ulteriore turn-over, oggi non prevedibile.

Si precisa, infine, che l'Azienda ha in programma l'indizione di un ulteriore avviso per manifestazione di interesse alla stabilizzazione al fine di verificare la maturazione dei requisiti di altri dipendenti precari.

La realizzazione del programma di stabilizzazione di cui all'allegato n.5 viene effettuato sostanzialmente senza generare un costo aggiuntivo al Bilancio aziendale, in quanto le unità oggetto di stabilizzazione sono tutte ad oggi in servizio a tempo determinato, salvo n. 2 unità di fisioterapisti il cui costo è comunque contenuto nel tetto di spesa autorizzato.

Assunzioni Legge 68/1999

La Legge 68/99 stabilisce obblighi di assunzione per i disabili e le categorie protette nelle percentuali ivi indicate.

L'art. 11 della Legge 68/99 offre alle aziende la possibilità di stipulare convenzioni con gli uffici competenti per adempiere in modo graduale e programmato agli obblighi di assunzione dei lavoratori in parola.

Trattasi di uno strumento fondamentale nel contesto normativo italiano, volto a promuovere attivamente l'inserimento lavorativo delle persone appartenenti alle categorie protette

L'Azienda ha sottoscritto una convenzione (Determina n. 784/DG del 26/09/2019) che prevede un programma di assunzione quinquennale relativo agli anni 2020 -2024.

L'Azienda inoltre inserisce nei bandi di concorso le previste riserve.

Nel corso dell'anno l'Azienda si impegna ad aggiornare la convenzione in essere coerentemente con la programmazione delle assunzioni 2024-2026

3.3.2 Formazione del Personale

In tema di formazione va rilevato che con DGRM n. 1620 del 3.12.2022 avente ad oggetto “Modifica all'allegato B della DGR n.1501/17, Manuale di accreditamento dei provider pubblici e privati della Regione Marche per l'erogazione di eventi ECM. Recepimento delibere della Commissione nazionale per la formazione continua in medicina – anno 2022” è stato disposto che la trasmissione del Piano Formativo Annuale (PFA) dei Provider regionali alla Regione Marche avvenga entro il 28 febbraio di ogni anno (anziché entro il 31 dicembre dell'anno precedente all'esercizio di validità del PFA da adottare).

Con determina n. 157/DG del 1° marzo 2024 si è provveduto ad adottare il Piano della Formazione Aziendale anno 2024; il medesimo p stato trasmesso in pari data con nota Prot. n. 19011 al Dipartimento Salute della Regione Marche.

Il Piano di Formazione Aziendale (P.F.A.) 2024 deliberato è stato redatto in collaborazione con i vari Referenti Dipartimentali per la Formazione del Personale, afferenti alle aree contrattuali sia del Comparto che della Dirigenza, tenuto conto delle linee di indirizzo regionali.

La stesura del P.F.A. 2024 è stata ispirata dall'intento di favorire la più ampia partecipazione del personale aziendale alle iniziative formative, investendo in progetti che accrescano competenze di tipo relazionale, che siano funzionali ad obiettivi di carattere multiprofessionale / multidisciplinare e che permettano di raggiungere un generale ed effettivo accrescimento, in termini di capacità lavorativa, degli attori coinvolti nell'azione formativa aziendale.

L'offerta formativa aziendale per l'Anno 2024:

- focalizza obiettivi coordinati con le direttive -sia regionali che nazionali- di politica sanitaria, con le strategie della Direzione Aziendale nonché con le specifiche esigenze Dipartimentali e/o di SOD;
- prevede una progettazione formativa ECM descritta negli obiettivi specifici, nel processo organizzativo e nel risultato atteso/prodotto, nella durata e nel numero delle edizioni, nel numero e nella tipologia dei partecipanti, nel numero di crediti ECM correlati;
- include i corsi aziendali previsti ope legis;
- non contiene specifica e completa programmazione e/o particolari indicazioni sulle partecipazioni individuali per formazione fuori sede, vista l'impossibilità di disporre al riguardo, sin d'ora, di dati certi e/o verosimili riguardanti l'intera annualità 2024.

Il P.F.A. 2024, come previsto dalle vigenti disposizioni, e come altresì risultante dai relativi verbali di seduta conservati agli atti dei competenti Uffici aziendali, preventivamente alla sua formalizzazione:

- è stato sottoposto a validazione del 'Comitato Scientifico per la Formazione;
- è stato sottoposto ad avallo del 'Responsabile della Qualità della Formazione;
- vagliato dalla Direzione Generale, previa effettuazione del confronto con le OO.SS. delle diverse aree di contrattazione e con la RSU aziendale nonché con il Consiglio dei Sanitari.

L'attuazione del citato Piano dovrà:

- garantire, in base alla vigente normativa, lo svolgimento di non meno del 50% delle attività di formazione / aggiornamento professionale ivi programmate;

- tener conto, in fase di realizzazione di dette attività, dell'effettivo ammontare dei finanziamenti assegnati nell'Anno 2024 per le specifiche finalità di che trattasi - fatto salvo il fatto che, nel caso di superamento dei previsti limiti di spesa (e/o nel caso di autorizzazione allo svolgimento di iniziative/eventi non specificamente rientranti nel P.F.A. 2024), si dovrà privilegiare il ricorso a risorse extra-budget aziendale, quali i Fondi derivanti da Contributi Liberali (donazioni), Sperimentazioni, Contributi regionali/statali.

Alla gestione del Ciclo della Formazione, esitato nel P.F.A. 2024, hanno partecipato - come accennato in premessa - nell'esercizio delle rispettive competenze di ruolo:

- i Referenti della Formazione Dipartimentale, sia del Comparto che della Dirigenza
- i Responsabili dell'Area delle Professioni Sanitarie Infermieristiche-Ostetriche nonché dell'Area Tecnica e Riabilitativa
- i Direttori delle Macroaree e dei Servizi/Uffici di Staff.

Il soggetto con Incarico di Organizzazione (di seguito I.O.) aziendale di Formazione, Sviluppo Professionale e Inserimento Neo-Assunti, in particolare, ha fornito ai professionisti sanitari dell'Area del Comparto le indicazioni generali per la pianificazione dei progetti formativi dell'anno 2024.

L'individuazione dei bisogni formativi per l'Anno 2024 ha tenuto conto, prevalentemente, di necessità legate a particolari criticità emerse a livello organizzativo, con l'obiettivo dell'acquisizione di specifiche competenze professionali atte ad un auspicabile riduzione / annullamento delle medesime predette criticità.

Di conseguenza, sono state pianificate attività formative aventi modalità didattiche ed obiettivi coerenti con l'attuale scenario socio-sanitario.

La formazione in presenza, nel rispetto delle norme di prevenzione del contagio, è stata prevista per tutte le attività in cui la componente operativa, relazionale ed esercitativa risulta indispensabile per una corretta acquisizione di competenze tecniche nonché per un congruo supporto in merito alle 'competenze relazionali' ed al *problem solving*.

Considerati gli obiettivi dei corsi e l'evoluzione del quadro epidemiologico, almeno il 30% del Piano Formativo è stato dedicato alla formazione sul campo (FSC), che esplica la propria efficacia negli ambiti lavorativi ove quotidianamente il personale sanitario si trova ad operare.

Per corsi di breve durata, i cui obiettivi sono per lo più conoscitivi (e che prevedono una limitata interattività tra i partecipanti), è stata prevista l'erogazione della formazione in modalità RES-Videoconferenza.

Un'attenzione particolare è stata posta, per ogni progettazione formativa, nella individuazione del Responsabile Scientifico, vale a dire una figura di riconosciuta e documentata esperienza professionale e specifica competenza in riferimento alle tematiche e discipline da trattare, che sia garante dei contenuti dell'evento formativo e della sua valenza scientifica.

I percorsi di aggiornamento programmati hanno tenuto conto di fabbisogni formativi correlati alla c.d. fase inter pandemica, secondo le indicazioni del "Piano Strategico-Operativo Nazionale di Preparazione e Risposta a una Pandemia Influenzale (PanFlu) 2021-2023", recepito, a livello regionale, con DGR Marche n.188 del 2022. I medesimi percorsi hanno tenuto conto altresì di quanto evidenziato dal 'Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza' (PNRR) in riferimento alle Infezioni Correlate all'Assistenza in ambito ospedaliero (ICA) nonché al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE).

Nel PFA 2024 sono stati inseriti i due seguenti corsi *e-learning* che verranno approntati dal 'Gruppo Academy Regionale' (istituito per l'indirizzo ed il supporto alla progettazione e-learning) per il personale di tutte le aziende sanitarie regionali:

- corso finalizzato ad armonizzare le strategie di intervento per il rafforzamento della preparedness pandemica influenzale;
- corso finalizzato a fornire elementi base aggiornati per la prevenzione ed il controllo delle infezioni ospedaliere.

In particolare, nel PFA 2024 sono stati individuati obiettivi formativi che privilegiano:

- significative competenze tecniche nonché comunicativo-relazionali per l'interfaccia/interazione con il vigente "sistema" PanFlu;
- azioni già previste dal Piano Formativo Regionale 2022-2024;
- benessere dei sanitari e di tutto il personale dipendente e convenzionato;
- competenze per la corretta codifica della SDO;
- competenze conoscitive e relazionali degli operatori degli uffici "di front office" per migliorare l'approccio all'utente;
- aggiornamento delle competenze del personale amministrativo-tecnico-contabile.

La sezione iniziale del Piano riepiloga programmi e progetti formativi connessi alle linee di indirizzo nazionali, regionali ed aziendali, e vede iniziative destinate ad ambiti trasversali di utenza interna. Nei casi in cui gli interventi formativi supportino/integrino "reti e profili di assistenza", è prevista la fruizione della formazione offerta anche da parte di professionisti provenienti da tutto il S.S.R..

In tale sezione sono rappresentate macroaree di interventi formativi prevalentemente con valenza/estensione pluriennale che dispiegano la loro efficacia in quanto continuative rispetto alle attività svolte negli esercizi precedenti e di collegamento allo scenario formativo futuro, quali, a titolo esemplificativo: PANFLU (Piani strategico-operativi nazionale e regionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale), interventi PNRR relativi alle ICA (infezioni correlate all'assistenza e al FSE (fascicolo Sanitario Elettronico), eventi assegnati dal Piano di formazione Regionale (PFR) 2022-2024, formazione continua in materia di sicurezza sul lavoro, formazione nell'ambito dell'emergenza (BLSD; ALS; ecc), formazione in ambito di anticorruzione, trasparenza e privacy.

In tale sezione vengono, inoltre, descritte iniziative:

- sulla qualità assistenziale ed il risk management
- sull'umanizzazione delle cure e sulla comunicazione
- sulla tutela della donna e del bambino
- sull'integrazione ospedale-territorio
- sull'integrazione professionale ed interservizi, sia sanitari che amministrativi

Seguono le attività di formazione dipartimentali, di norma rispondenti, per loro natura, a fabbisogni legati a specifici contesti operativo-gestionali di Dipartimento, di SOD, di team. I contenuti di tale categoria si basano sull'identificazione di priorità di intervento collegate principalmente a criticità della pratica clinica, con una particolare attenzione agli aspetti relazionali e comunicativi.

In particolare, a livello dipartimentale, è stato incentivato il training individualizzato, in quanto metodologia formativa in cui il discente è parte attiva del proprio apprendimento e percepisce significativi vantaggi con l'affiancamento ad un professionista esperto.

Non sono previste attività residenziale inclusa nel Piano direttamente accreditata dall' con contributi derivanti da sponsorizzazioni.

Per ogni attività formativa per la quale è previsto l'accREDITAMENTO ECM (Educazione Continua in Medicina), nell'ambito del sistema regionale software ECM, a cura dell'Azienda in veste di provider regionale, al momento

dell'effettiva realizzazione, verrà assegnato un numero di crediti determinato in via definitiva in linea con la vigente normativa.

L'I.O. aziendale di Formazione, sviluppo professionale e inserimento neo assunti, per l'elaborazione del PFA in riferimento ai profili sanitari del Comparto, ha fornito indicazioni per la pianificazione dei progetti formativi, supportando, a livello metodologico, gli 'Incarichi di Organizzazione' aziendali relativamente alla ideazione, progettazione, implementazione, valutazione delle attività formative, con un particolare orientamento allo sviluppo di competenze, alla *best practice* ed all'agire professionale verso la centralità della persona assistita.

Il Servizio Formazione, ne ha coordinato la stesura e l'adozione nella sua interezza:

- FORMAZIONE AZIENDALE (per tutti i profili professionali),
- FORMAZIONE DIPARTIMENTALE (per la Dirigenza Medica, per la Dirigenza non-medica, per i profili professionali del Comparto),
- FORMAZIONE DI MACROAREA (tecnica, amministrativa, contabile), etc..

Per la valutazione della 'ricaduta' della formazione strategico-trasversale aziendale, principalmente della formazione legata all'ambito della sicurezza e del rischio clinico, si è ritenuto di adottare uno schema - non affidato ad un unico strumento di rilevazione - ma che utilizzi "sensori" multipli, prevedendo cioè la raccolta di dati da più fonti (es.: partecipanti, responsabili) e con metodi misti (qualitativi e quantitativi). Verranno censite informazioni relative ai comportamenti 'misurabili' e più significativi, connessi ad adeguati repertori di competenze, al fine di poter stimare se e quali cambiamenti siano intervenuti nelle persone, nello svolgimento del lavoro e nel funzionamento organizzativo.

Di seguito è tracciato il quadro di analisi preso ad orientamento, comunque suscettibile di eventuali necessarie modifiche.

AREA INDAGINE: Realizzazione effettiva del progetto

ESEMPIO INDICATORE: % di attività formative realizzate, sul totale delle attività previste

AREA INDAGINE: Cambiamenti nelle persone

ESEMPIO INDICATORE: % di partecipanti che dichiarano consistenti cambiamenti di conoscenze, abilità, capacità operative

AREA INDAGINE: Cambiamenti nei risultati organizzativi

ESEMPIO INDICATORE: % di partecipanti con un miglioramento della performance organizzativa della propria unità, con sufficiente evidenza di collegamento con l'attività formativa

AREA INDAGINE: Cambiamenti nel funzionamento organizzativo

ESEMPIO INDICATORE: Cambiamenti (negli stili comunicativi, nell'orientamento all'utente e/o al risultato) rilevabili con evidenze comportamentali.

La valutazione degli esiti della formazione viene effettuata, nella maggior parte dei casi, mediante monitoraggio dei processi a cui era riferita, e tali esiti sono visibili nel medio-lungo termine.

Tuttavia, in riferimento alla formazione pianificata con metodologia "training individualizzato", la valutazione dell'esito è contestuale al termine dell'affiancamento, poiché certifica l'acquisizione di competenze pratiche; tale tipologia di formazione si lega, più spesso, a protocolli interni (prevalentemente del neoassunto/neoassegnato) che vengono periodicamente aggiornati.

Come percorso formativo con valutazione dell'*outcome* si evidenzia l'evento: "Presenza in carico dell'adolescente con disturbi della condotta alimentare (dca) e con esordio psicopatologico nell'adolescenza e da 0 a 6 anni (Resp. scientifico: Direttore SOSD Psicologia Ospedaliera)".

Il progetto formativo è finalizzato alla realizzazione di una procedura aziendale secondo le linee guida nazionali sulla presa in carico ospedaliera dell'adolescente e del bambino da 0 a 6 anni con disturbi della condotta alimentare e con esordio psicopatologico. Il progetto formativo si articolerà di massima in tre incontri di 6 ore l'uno, nei quali sarà dato spazio sia all'approfondimento teorico-metodologico che alla condivisione dei casi clinici.

L'Outcome del progetto formativo contiene: la definizione dei compiti e delle responsabilità dei professionisti sanitari coinvolti; la definizione del protocollo di valutazione e intervento e del timing delle prestazioni psicologiche; l'individuazione degli indicatori per la misurazione degli esiti. Tale Outcome non va confuso con l'Output, ovvero la realizzazione di una procedura aziendale secondo le 'best practices', ad oggi mancante.

Inoltre i benefici dell'Outcome e dell'Output risultano essere il miglioramento dell'assistenza psicologica ospedaliera dei/delle pazienti con DCA ed esordio psicopatologico e ottimizzazione del percorso di recupero post-ospedaliero.

Il target di riferimento per la formazione 2024 è stato fotografato al 31.12.2023 in n. 3.878 unità di personale ospedaliero ed universitario convenzionato, a tempo indeterminato e determinato, dettagliato come segue:

Comparto n.2.983 unità

Dirigenza Medica n.795 unità

Dirigenza non medica n.100 unità

La sostenibilità economica della Formazione iscritta nel PFA 2024 si basa sulla previsione di un quadro complessivo di risorse distinte in:

- fondi aziendali, la cui previsione corrisponde a costi della formazione a carico del bilancio;
- contributi per la formazione di natura pubblica e/o privata dedicati a specifici settori, tra i quali rilevano le risorse derivanti dalle sperimentazioni cliniche.

Il budget preventivo provvisorio ipotizzato per la realizzazione del PFA 2024 viene stanziato per realizzare:

- la formazione strategica e di sistema, trasversale, rispondente per lo più a linee di indirizzo nazionali, regionali, aziendali
- la formazione di Dipartimento e di Macroarea
- la formazione individuale fuori sede, per la quale non è possibile programmare la partecipazione dei singoli operatori a corsi organizzati da soggetti terzi
- l'acquisto di abbonamenti e manuali, la stampa di atti congressuali, ecc.

Il budget della Formazione 2024 è individuato in linea con il bilancio preventivo. I costi configurati/stimati per ogni settore di programmazione della Formazione 2024 devono intendersi come indicativi dal momento che il PFA è suscettibile di aggiornamenti ed integrazioni in corso d'opera, funzionali all'adattabilità di tale strumento ai più attuali fabbisogni formativi rilevabili con carattere di significatività.

Su tutti i settori del PFA 2024, all'atto della richiesta di attivazione di ogni specifico evento formativo, verrà verificato che i costi stimati e previsti siano congruenti con le risorse tempo per tempo disponibili e possano essere effettivamente finanziati, in linea con espresse preventive approvazioni della Direzione Aziendale.

La coerenza della realizzazione della Formazione annuale con il budget preventivo/bilancio di previsione a disposizione per l'esercizio di riferimento è verificata attraverso una reportistica analitica periodica, elaborata dalla S.O. Gestione del Personale -Servizio Formazione-, che consente un sistematico controllo del processo di gestione economico-amministrativa sia della formazione in house che fuori sede.

Posto che il Comitato Scientifico per la Formazione ed il Responsabile della Qualità della Formazione esprimono sul PFA 2024 una valutazione preventiva alla formalizzazione di tale documento, le dinamiche di attuazione del Piano medesimo vengono presidiate al fine di poter valutare l’impatto formativo prodotto.

A tale scopo il Servizio Formazione elabora una reportistica complessiva generale descrittiva della Formazione aziendale programmata e realizzata nell’anno, per la condivisione con: il Comitato Scientifico della Formazione, il Referente della Qualità della Formazione, l’I.O. Formazione, sviluppo professionale e inserimento neo assunti, i Referenti della Formazione.

Il confronto tra i suddetti attori della Formazione aziendale è finalizzato all’individuazione di azioni, il più possibile integrate e coordinate, all’ottimizzazione dei percorsi organizzativo-gestionali della Formazione aziendale.

SEZIONE 4. MONITORAGGIO

L’Azienda individua, ai sensi dell’art. 4 del D.Lgs n. 150/2009, il proprio ciclo di gestione e valutazione dei risultati che si articola nelle seguenti fasi:

- a) Definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, nel rispetto degli obiettivi strategici impartiti dalla Regione, dei risultati attesi e dei relativi indicatori;
- b) Collegamento tra gli obiettivi e l’allocazione delle risorse;
- c) Monitoraggio in corso d’esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- d) Misurazione e valutazione annuale dei risultati;
- e) Utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito in coerenza con i vigenti contratti collettivi nazionali di lavoro e con i contratti integrativi aziendali;
- f) Rendicontazione dei risultati ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, gli utenti ed ai destinatari dei servizi.

Il ciclo di gestione della performance rappresenta l’intero percorso da seguire per la determinazione, misurazione e valutazione della performance.



Il sistema di misurazione e valutazione della performance aziendale è correlato ed integrato con i sistemi di controllo strategico e controllo di gestione operativi in azienda.

Con riferimento specifico, alla fase di monitoraggio del Piano, periodicamente, in corso di esercizio, viene rilevato il grado di raggiungimento degli obiettivi annuali (fase di misurazione) al fine di porre in essere eventuali azioni correttive qualora l’andamento della gestione non dovesse essere in linea con gli obiettivi predefiniti. Il monitoraggio della performance (misurazioni intermedie) è continuo nel tempo.

Inoltre, in una logica di valutazione partecipativa dei cittadini/utenti, i cittadini, anche in forma associata, partecipano al processo di valutazione della performance organizzativa esprimendo il grado di soddisfazione per le attività ed i servizi erogati dall'azienda e ogni altra valutazione utile a migliorare la qualità dei servizi, della comunicazione e delle relazioni con il pubblico attraverso gli strumenti messi a disposizione dall'amministrazione.

Gli strumenti aziendali per misurare e valutare l'opinione dei cittadini e degli stakeholder tutti adottati dall'Azienda sono:

- calcolo della *brand reputation*;
- raccolta ed elaborazione delle segnalazioni pervenute all'URP;
- raccolta ed elaborazione della soddisfazione dell'utenza;
- raccolta ed elaborazione del questionario del benessere organizzativo.;
- raccolta ed elaborazione della consultazione del sito istituzionale web.

In particolare, l'ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) – oltre agli strumenti tradizionali di front-office e segreteria telefonica - si rapporta con i cittadini attraverso i seguenti strumenti di comunicazione:

Posta elettronica

- Mediante due indirizzi di posta elettronica, per altro sempre più usati dal pubblico, gli operatori possono velocemente fornire informazioni e chiarimenti.

Sistema "Il mio ospedale"

- Il sistema denominato "Il mio ospedale" consiste nella messa a disposizione dei cittadini, in ogni piano ed in prossimità di reparti e servizi, di stampati da compilare in modo del tutto anonimo per offrire all'Azienda suggerimenti e consigli per migliorare l'organizzazione dei servizi. Questo sistema, tra l'altro, aiuta l'Azienda a monitorare il grado di soddisfazione dei fruitori finali dei servizi sanitari erogati.

Carta dei Servizi

- La Carta dei Servizi, redatta secondo i criteri ministeriali, si trova attualmente in fase di revisione ed aggiornamento sulla base della riorganizzazione aziendale.

Sito Web Aziendale

- Dall sito Web Aziendale, costantemente aggiornato da ogni referente di struttura, il cittadino può assumere direttamente la maggior parte delle informazioni di cui ha necessità. Inoltre, attraverso questo mezzo di comunicazione, il cui impiego cresce in modo esponenziale, gli utenti possono venire a conoscenza di nomi, di numeri telefonici e di indirizzi di posta elettronica da utilizzare per assumere informazioni.

I cittadini hanno, infine, la possibilità di comunicare con l'Azienda anche attraverso reti nazionali di informazione, come "Linea Amica", che mette in rete le notizie base sull'Azienda ed i mezzi per poterla contattare direttamente.

L'attività di monitoraggio nell'ambito della *Prevenzione della corruzione e della Trasparenza* è relativa a:

- la verifica dell'attuazione delle misure generali e specifiche predisposte dall'Azienda;
- la valutazione dell'idoneità delle misure;
- il riesame periodico del sistema così elaborato.



Inoltre, è sostanzialmente previsto un sistema di monitoraggio su più livelli.

Il primo livello è in capo alla singola Struttura Organizzativa aziendale, chiamata all'attuazione delle misure predisposte provvedendo al controllo delle attività svolte nell'ufficio e nell'ambito delle quali è più elevato il rischio.

Il secondo livello è in capo al RPCT e consiste nel verificare l'osservanza delle misure di prevenzione del rischio previste nel presente Piano. Il monitoraggio di secondo livello viene effettuato attraverso campionamento e in via periodica.

Analogamente, ogni Struttura Organizzativa aziendale è tenuta all'indicazione di uno o più Referenti interni per la pubblicazione a cui l'RPCT può rivolgersi per la verifica dello stato di pubblicazione dei documenti e per ottenere dati, informazioni e aggiornamenti sugli stessi.

La collaborazione dei dirigenti delle varie Strutture Organizzative con il RPCT costituisce inoltre uno strumento fondamentale per l'aggiornamento e la verifica periodica dei dati pubblicati.

L'applicazione delle misure previste in ordine alla prevenzione della corruzione e della trasparenza, è quindi il risultato di un'azione sinergica del RPCT e dei singoli responsabili degli uffici, secondo un processo di ricognizione in sede di formulazione degli aggiornamenti e di monitoraggio della fase di applicazione.

Attraverso le indicazioni PNA 2022 le pubbliche amministrazioni sono state chiamate a sviluppare il sistema di monitoraggio del PIAO attuando, sulla base delle proprie scelte e caratteristiche organizzative, molteplici attività che sono state realizzate e risultano in esso programmate con i seguenti strumenti operativi:

- integrazione del piano degli obiettivi di performance (**allegato 1**) con la mappatura dei rischi (**allegato 2**) in cui, per ciascuna misura, sono stati individuati gli elementi e i dati da monitorare e da integrare negli obiettivi di budget assegnati alle unità organizzative fine di verificare il grado di realizzazione delle misure riportate all'interno delle mappature, nonché gli eventuali scostamenti rispetto ai risultati attesi, le cause che li abbiano determinati e le iniziative che si intendono intraprendere per correggerli;
- realizzazione, da parte del RPCT, di incontri periodici e condivisione di materiale di aggiornamento normativo e operativo con i Responsabili della predisposizione delle sezioni del PIAO;
- realizzazione, da parte del RPCT, con i responsabili dei processi individuati nell'**Allegato 2**, di incontri valutazioni sulla gestione organizzativa in essere, sui sistemi informativi e di trasparenza, al fine di definire i processi le misure e gli indicatori, in un'ottica di gradualità e progressivo miglioramento degli strumenti di monitoraggio sulla base delle effettive risorse disponibili e dell'implementazione dei sistemi informativi idonee a facilitare l'attività di monitoraggio;
- nel corso del 2024 saranno valutati da parte dell'RPCT, tra gli strumenti e le soluzioni informatiche idonei a facilitare l'attività di monitoraggio, la Piattaforma di acquisizione dei PTPCT messa a disposizione da ANAC; tenuto conto che compilazione della sezione dedicata al monitoraggio consente in particolare di schematizzare le informazioni relative allo stato di attuazione delle misure

(generali e specifiche), nonché di scaricare un documento di sintesi che costituisce la base per la redazione della relazione annuale del RPCT.

- l'RPCT si è avvalso delle risultanze del monitoraggio per la predisposizione della relazione annuale da cui sono emerse valutazioni del livello effettivo di attuazione delle misure contenute nella sezione anticorruzione del PIAO, nonché le informazioni da utilizzare per la revisione dei processi e delle misure di prevenzione;
- per quanto riguarda la frequenza del monitoraggio, per ogni tipologia di misura sono state definite tempistiche differenti, in coerenza con gli obblighi normativi, con una dilazione massima annuale, valevole per tutti i processi e raggiunta attraverso la relazione che ogni Responsabile dei processi di cui all'**Allegato 2** dovrà inviare all'RPCT.

In ordine alle attività di monitoraggio relative alla Sottosezione Piano triennale dei fabbisogni di personale, queste sono organizzate in modalità continua e quotidiana. Le stesse sono infatti attuate mediante una verifica dell'andamento del personale in servizio tramite l'aggiornamento di idoneo strumento informatico di programmazione volto a registrare tutti i movimenti del personale, in entrata ed in uscita.

Analogamente, anche l'attività di monitoraggio relativa alla Formazione del Personale, è organizzata in modalità continua e quotidiana, tramite la verifica degli accreditamenti e la rendicontazione degli eventi formativi conclusi durante l'anno di riferimento.

Il monitoraggio della spesa relativa al personale e alla formazione dello stesso, invece, avviene mensilmente in occasione della predisposizione della reportistica di contabilità analitica.

ALLEGATI:

Allegato 1 – Piano degli obiettivi- Quadro complessivo della pianificazione triennale aziendale

Allegato 2 – Misure di carattere specifico per prevenire il rischio di corruzione - Mappatura dei processi

Allegato 3 – Identificazione delle Strutture e dei Responsabili degli obblighi di pubblicazione

Allegato 4 –Dotazione organica: Trasformazioni/Incrementi e relativo impatto economico

Allegato 5–Sezione Organizzazione e capitale umano - Sotto sezione Piano triennale dei fabbisogni di personale 2024-2026

Allegato 6 –Piano di azioni positive 2021-2024