



Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2025-2027

Sommario

Premessa al Piano 2025-2027.....	4
SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE.....	6
1.1 Dati identificativi dell'amministrazione	6
SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE.....	8
Sottosezione 2.1 Valore pubblico	8
2.1.1 Valore pubblico	8
2.1.2 Gli stakeholder.....	12
2.1.3 La pianificazione triennale: Gli obiettivi dell'amministrazione ("specifici").....	15
Sottosezione 2.2 Performance	18
2.2.1 La programmazione annuale	18
2.2.2 Dalla performance organizzativa alla performance individuale	18
2.2.3 Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione della Sezione performance	19
Sottosezione 2.3 Rischi corruttivi e trasparenza	21
2.3.1 Analisi del contesto di riferimento esterno e interno	24
2.3.1.1 Analisi del contesto esterno	24
2.3.1.2 Analisi del contesto interno	27
2.3.3 Rischio sanitario e strategie di prevenzione	29
2.3.4 Soggetti e ruoli della strategia di prevenzione	31
2.3.5 Mappatura dei rischi: aree, processi e metodologia utilizzata	37
2.3.6 Misure di carattere generale per prevenire il rischio di corruzione	39
2.3.7 Misure di carattere specifico per prevenire il rischio di corruzione – Mappatura dei processi	51
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	51
2.3.9 Trasparenza e pubblicazione dei dati	52
2.3.10 Implementazione del portale "Amministrazione Trasparente"	54
2.3.11 Obblighi di pubblicazione e trasparenza in materia di contratti pubblici	55
2.3.12 Schemi di pubblicazione ai sensi dell'art. 48 del D.Lgs 33/2013	57
2.3.13 Nuova sottosezione "Controlli sulle attività economiche"	58
2.3.14 Iniziative in materia di Trasparenza	58
SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO.....	60
3.1 Struttura organizzativa	60
3.1.1 L'organizzazione.....	60
Sottosezione 3.2 Organizzazione del lavoro agile	62
Sottosezione 3.3 Piano triennale dei fabbisogni del personale	64
3.3.1 Piano triennale dei fabbisogni del personale 2025/2027	64
3.3.2 Formazione del Personale	69
SEZIONE 4. MONITORAGGIO	73
4.1. Monitoraggio Sottosezione "Valore Pubblico" e "performance"	73
4.2. Monitoraggio Sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza"	73
4.3. Monitoraggio "Sezione Organizzazione e Capitale Umano"	76
4.4. Rilevazione della soddisfazione dell'utenza	76

<i>ALLEGATI:</i>	78
<i>Allegato 1. Piano degli obiettivi- Quadro complessivo della pianificazione triennale aziendale.....</i>	78
<i>Allegato 2. Misure di carattere specifico per prevenire il rischio di corruzione - Mappatura dei processi...</i>	78
<i>Allegato 3. Identificazione delle Strutture e dei Responsabili degli obblighi di pubblicazione. Anno 2025...</i>	78
<i>Allegato 4. Rispetto tetto del personale e budget</i>	78
<i>Allegato 5. Piano del Fabbisogno di Personale: Consuntivo 2024 – preventivo 2025/2027, Dotazione Organica e Prospetti riassuntivi.....</i>	78
<i>Allegato 6. Fondi contrattuali</i>	78
<i>Allegato 7. Piano delle Azioni Positive 2025-2027</i>	78

Premessa al Piano 2025-2027

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, in continuità con il percorso già intrapreso negli anni precedenti:

- 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

6

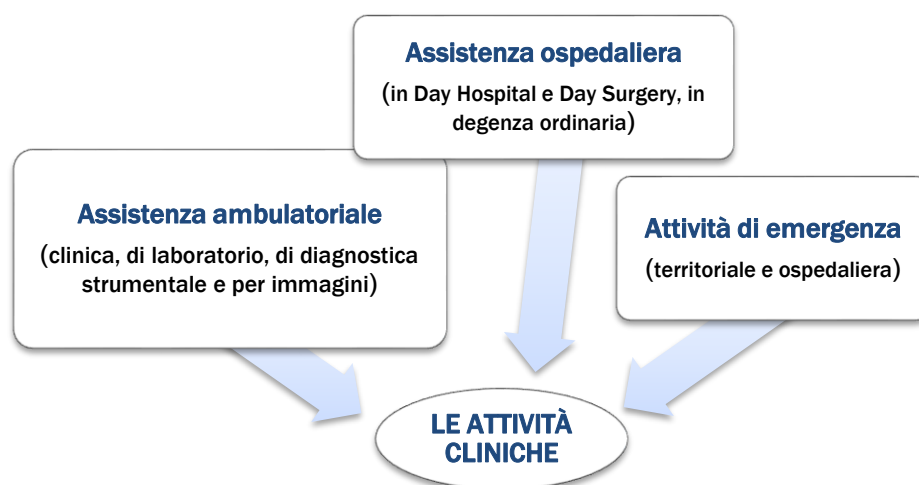
L'Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche ha la sede legale in Via Conca n.71 a Torrette di Ancona. Essa si articola in due sedi ospedaliere, la principale, collocata a Torrette di Ancona, riunisce l'ospedale ad orientamento universitario – ex Presidio Umberto I - e quello monospecialistico cardiologico – 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 amministrativa del Dipartimento Regionale di Medicina Trasfusionale (DIRMT) e del Centro Regionale Trapianti le cui gestioni rientrano nel bilancio aziendale.

L'Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche organizza tutti i propri servizi in modo da garantire ai cittadini-utenti, 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 essenziali 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 ricerca.

L'Azienda opera all'interno della rete regionale per patologia come HUB per molte discipline 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.

Le principali aree di erogazione delle prestazioni e dei servizi sono rappresentate da: ricovero (ordinario e diurno), attività di specialistica ambulatoriale, emergenza in area medica e chirurgica.



Attività di ricovero

In merito all'attività di ricovero, medica e chirurgica, diurna e ordinaria, l'Azienda eroga, complessivamente, un volume pari a 42.000 ricoveri/anno (di cui il 75% ordinari e 25% diurni).

La strategia funzionale al fornire la migliore risposta possibile all'utenza dell'AOU delle Marche consiste nel privilegiare, nell'ambito delle attività programmabili, le funzioni di alta complessità, quelle uniche regionali, la riduzione delle liste di attesa per classi di priorità, oltre a garantire l'emergenza ed urgenza regionale in quanto sede dell'unico DEA regionale di secondo livello.

La vocazione chirurgica dell'Azienda è misurata attraverso la percentuale dei dimessi con DRG chirurgico. La stessa si consolida 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 33.000.

L'attività di ricovero aziendale è erogata a pazienti provenienti da altre regioni per un 10% e costituisce il 25% della complessiva mobilità attiva extraregionale delle Marche.

Attività ambulatoriale

L'attività di specialistica ambulatoriale (per pazienti c.d. "esterni") erogata ammonta complessivamente ad oltre 2 ML di prestazioni di cui il 60% di laboratorio; il 4% di diagnostica per immagini e il restante 36% di attività clinica.

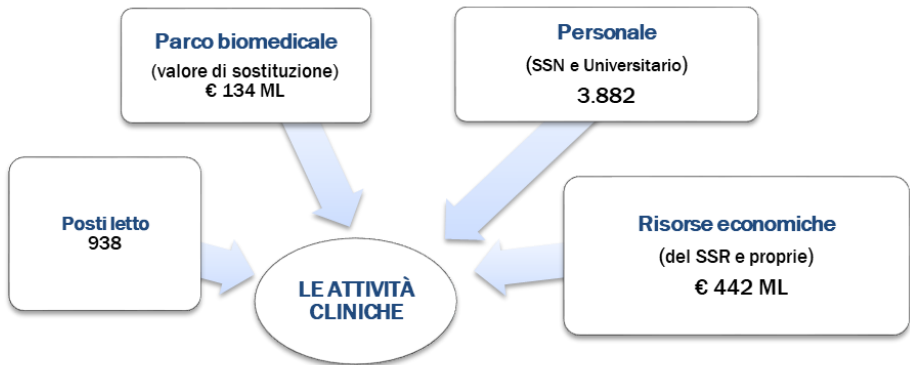
Attività di emergenza-urgenza

L'AOU delle Marche, come già, evidenziato, 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%.

L'azienda eroga per il SSR diverse "funzioni (c.d. "non tariffate") nell'ambito dell'emergenza-urgenza tra cui servizio di elisoccorso, gestione del trauma maggiore, trattamento di patologie tempo-dipendenti, pronto soccorso. In particolare, quanto al servizio di elisoccorso, esso si realizza attraverso due mezzi, uno con base ad Ancona, l'altro a Fabriano, questo secondo adibito anche a volo notturno, effettuando un numero di voli medio/anno pari a 1.300. Tratta circa 82.000 accessi nei tre pronto soccorso aziendali (adulto, ginecologico e pediatrico). Presso il DEA di secondo livello vengono trattati oltre 1.000 traumi maggiori

Le risorse

Per descrivere la dimensione delle risorse a disposizione per la realizzazione delle proprie attività sanitarie, di seguito si riportano sinteticamente i numeri relativi a: personale¹, tecnologie² e budget assegnato³.



¹ Il dato si riferisce alle teste al 31/12/2023

² Il dato si riferisce al bilancio 2023.

³ Il dato si riferisce al bilancio preventivo 2025 di cui al pluriennale 2024-2026.

SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

Sottosezione 2.1 Valore pubblico

2.1.1 Valore pubblico

Il Valore pubblico è inteso quale miglior livello di “benessere” possibile generato dalla AOU delle Marche per i propri stakeholder. L’impegno aziendale nella creazione del Valore pubblico si esprime in coerenza con la mission e la vision della AOU delle Marche, di seguito illustrata.

8

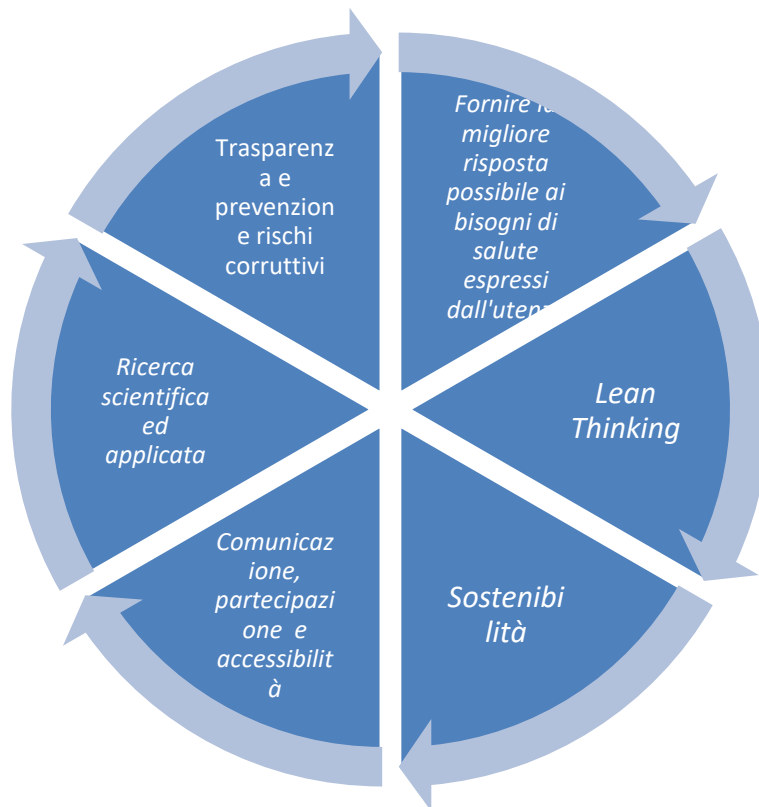
La Mission dell’Azienda si sintetizza nella garanzia del mantenimento della miglior cura, in un ambito di eccellenza clinica e di alta formazione, sia medica che chirurgica per tutti i cittadini delle Marche e nella risposta alla domanda di salute (fisica, psichica e sociale), assicurando appropriatezza, 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.

Il trinomio inscindibile che caratterizza l’AOU delle Marche, assistenza, didattica e ricerca, rappresenta un punto di forza e un elemento peculiare dell’offerta, da cui si delinea la Vision Aziendale incentrata sul perseguimento dei massimi livelli di qualità e quantità nell’assistenza sanitaria, anche attraverso le maggiori innovazioni tecnologiche, la ricerca e l’intelligenza artificiale, in una ottimale organizzazione, con il fine di una migliore conservazione dello stato di salute e di benessere dei cittadini marchigiani.

L’AOU delle Marche si propone di essere centro di riferimento regionale, nazionale e internazionale per l’assistenza, la ricerca e la didattica.

Gli obiettivi del Valore pubblico si sviluppano, pertanto, lungo 6 linee strategiche:

1. *Fornire la migliore risposta possibile ai bisogni di salute espressi dall'utenza*
2. *Lean Thinking*
3. *Sostenibilità*
4. *Comunicazione, partecipazione e accessibilità*
5. *Ricerca scientifica ed applicata*
6. *Trasparenza e prevenzione rischi corruttivi*



Fornire la migliore risposta possibile ai bisogni di salute espressi dall'utenza

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 ad 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, ad 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.

Lean Thinking

Gli obiettivi strategici di riferimento in questo ambito si basano sulla filosofia *Lean*, 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 non a valore. 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.

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, in ogni caso, un continuo incremento della qualità dei servizi resi.

Sostenibilità economica, dunque, ma non solo, anche ambientale. Da sempre l'Azienda progetta azioni volte al contenimento dell'impatto delle proprie attività nell'ambiente e nel territorio in una ottica "green" e nel rispetto delle normative di settore vigenti.

Comunicazione, partecipazione e accessibilità

L'AOU delle Marche ha interesse a favorire forme di dialogo e comunicazione con tutti gli stakeholder. L'Azienda si impegna a garantire la *total disclosure* dell'Amministrazione, attraverso la produzione, l'aggiornamento e la pubblicazione di documenti e dati, 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 la 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 interni ed esterni e a migliorare le percezioni di fiducia, sicurezza e qualità da parte degli utenti e degli operatori. Comunicazione che non vuole essere unidirezionale, ma vuole accrescere la condivisione tra i diversi attori del servizio sanitario e la loro partecipazione al miglioramento delle attività dell'Ente. Parole d'ordine accessibilità, pari opportunità, tutela delle fragilità e non discriminazione.

Ricerca scientifica ed applicata

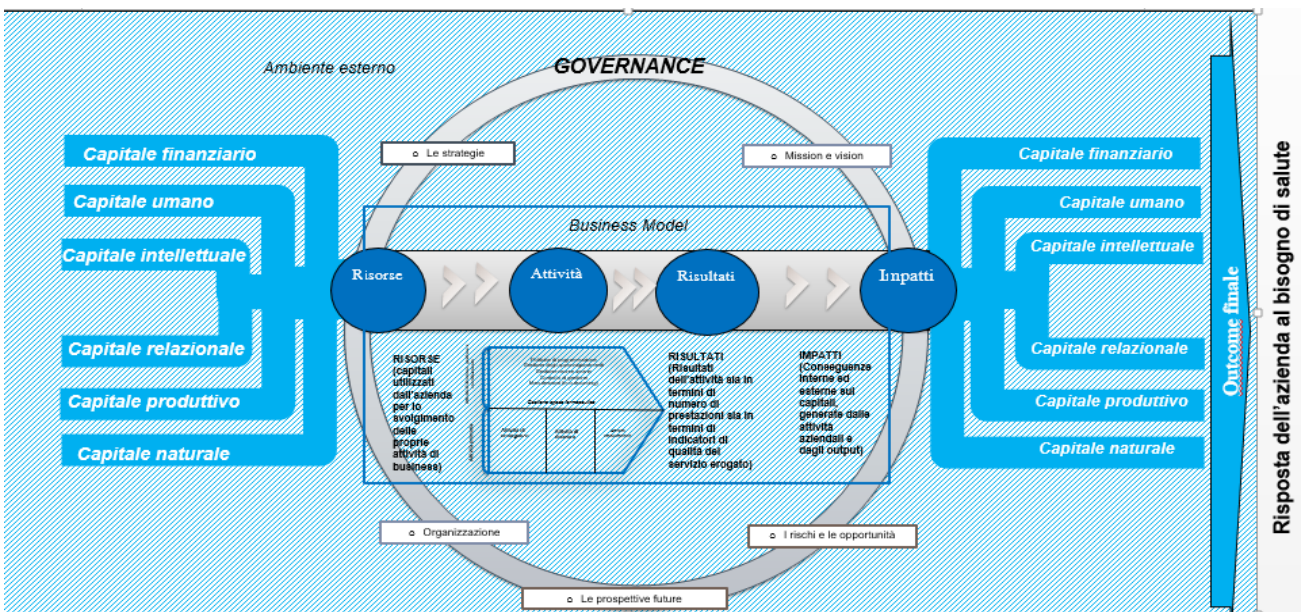
L'AOU delle Marche mira a promuovere costantemente forme di integrazione tra mondo ospedaliero, Università, imprese e startup, per la promozione e lo sviluppo di attività di ricerca innovativa e di nuove forme di ricerca multidisciplinare. L'investimento in ricerca e conoscenze è per l'Azienda uno dei 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.

Trasparenza e prevenzione dei rischi corruttivi

L'Azienda definisce come Valore Pubblico il proprio impegno verso la totale disclosure del proprio agire. Parola d'ordine oltre a trasparenza la prevenzione dei rischi associati a fenomeni corruttivi. Per gli obiettivi specifici in tale ambito di valore pubblico si rinvia all'apposita sezione del PIAO e, comunque, sono riportati nell'allegato 1 – piano degli obiettivi al presente documento.

Il processo di creazione del valore pubblico

L'AOU delle Marche si impegna a creare Valore pubblico attraverso l'implementazione dei capitali aziendali: finanziario, umano, intellettuale, relazionale, naturale attraverso processi trasversali e multidisciplinari. Si tratta di valorizzare le risorse "interne" convogliandole verso gli obiettivi comuni di creazione del valore pubblico. Questo si crea attraverso un processo complesso, articolato ed integrato di seguito rappresentato ed illustrato.



Il processo prende 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, a sua volta, 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 del contesto esterno.

Capitale finanziario

L'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 può accrescere 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.

Al raggiungimento del miglior valore pubblico creato per la società cui riferisce la AOU delle Marche, sono finalizzati e si conformano i processi aziendali della pianificazione delle strategie, della programmazione degli obiettivi specifici, della misurazione e valutazione della performance a tutti livelli di responsabilità in cui si articola l'Azienda, nonché le rendicontazioni sociali in un'ottica di accountability.

2.1.2 Gli stakeholder

La vasta platea di portatori di interesse a cui si rivolge la AOU delle Marche può essere articolata in stakeholder "interni" (risorse umane impiegate nelle attività da erogarsi) e stakeholder "esterni" (istituzioni di riferimento internazionali, nazionali e regionali, pazienti/utenti e loro familiari, associazioni di consumatori, associazioni di volontariato, fornitori e collaboratori).

Nello specifico, nella seguente figura è rappresentato l'insieme delle relazioni che intercorrono tra l'AOU delle Marche ed 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

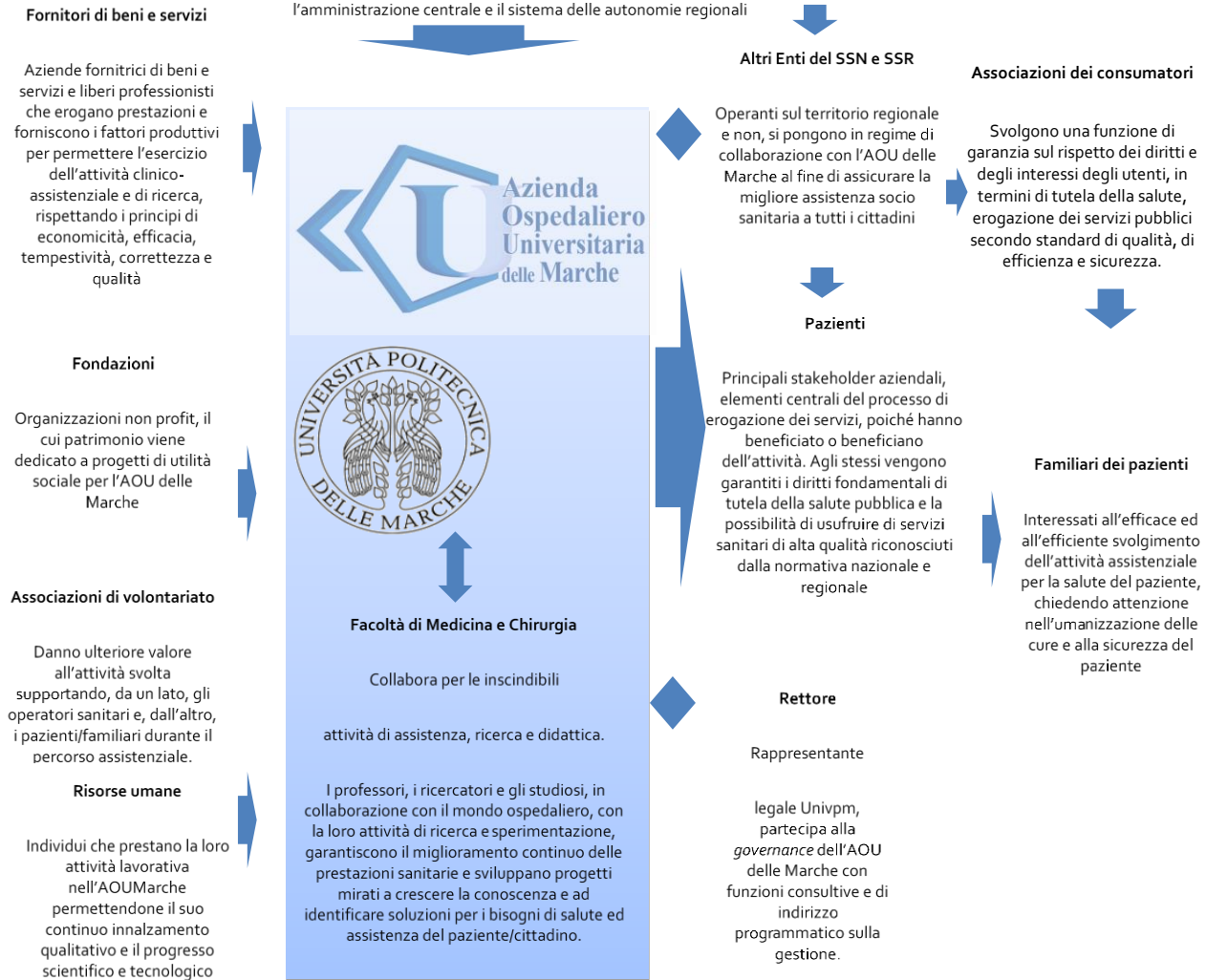
Emanazione di direttive generali sul Sistema Sanitario, applicabili a tutti gli stati membri.

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 *stakeholders* esterni sono articolati, a loro volta, in

istituzionali: 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.

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, Agenas, ANAC, altre Aziende del Servizio Sanitario Nazionale.

A livello regionale, Regione in tutti i suoi organi, organismi, agenzie, e loro articolazioni interne in dipartimenti e uffici), Enti del SSR quali AST: di Ancona, di Ascoli Piceno, di Fermo, di Macerata e di Pesaro-Urbino) e l'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (INRCA) di Ancona. 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 e Università Politecnica 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.

- Non istituzionali, quali Associazioni dei consumatori, degli utenti e delle loro famiglie, di volontariato, fondazioni, fornitori e collaboratori

Gli stakeholder "interni" sono tutti gli operatori dipendenti e non dipendenti, nei cinque ruoli sanitario, socio-sanitario, amministrativo, professionale e tecnico che ogni giorno mettono a disposizione della collettività la loro professionalità ed impegno nella realizzazione degli obiettivi strategici aziendali.

2.1.3 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 dal Valore pubblico che l'Ente si impegna a creare come descritto nel paragrafo precedente.

Essi sono definiti, per quanto di comune interesse, in coerenza con la programmazione sanitaria ed economica pluriennale della Regione e degli 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 propria *mission*.

Ciascun obiettivo strategico per generare Valore Pubblico 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, gli obiettivi di performance organizzativi definiti nella sezione performance soddisfano i requisiti minimi del PIAO nei quattro settori strategici per le PA⁴:

- a) Semplificazione
- b) Digitalizzazione
- c) Accessibilità
- d) Pari opportunità e genere

Ancora, i risultati attesi dalla performance organizzativa sono ricondotti a quattro *tipologie*⁵

- a) Efficacia, ossia l'adeguatezza dell'output realizzato rispetto ai bisogni e alle aspettative degli utenti (interni ed esterni);
- b) Efficienza data dal rapporto tra le risorse utilizzate e l'output realizzato;
- c) Impatto ovvero l'effetto generato dall'attività sui destinatari diretti (utenti) o indiretti;
- d) Stato delle risorse, misura la quantità e qualità delle risorse dell'amministrazione (umane, economico-finanziarie e strumentali) e il suo livello di salute;

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

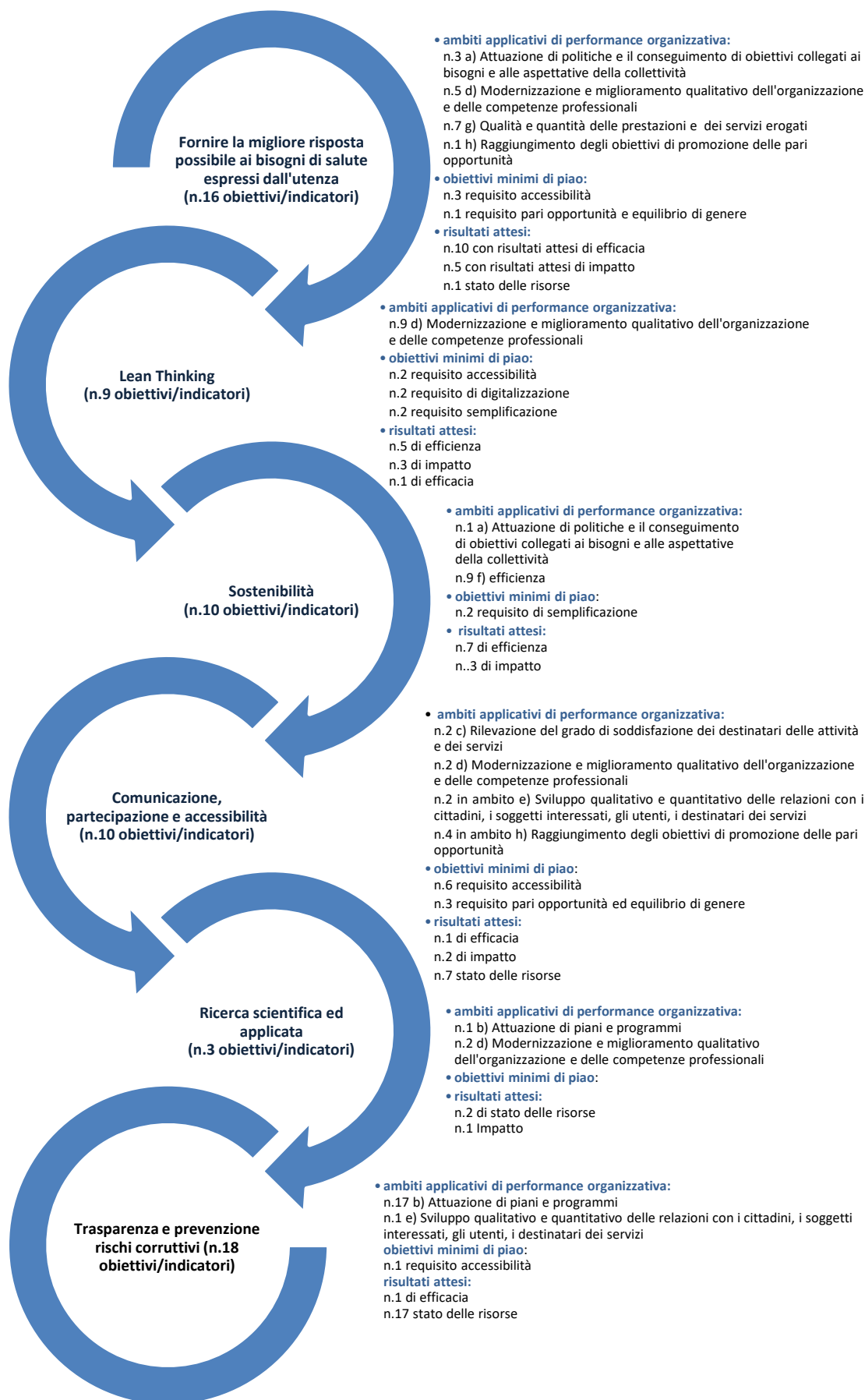
⁴ Linee guida PIAO – Circolare DFP 6.12.21.

⁵ Linee guida n.1/2017.

settore (Programma Nazionale Esiti, Ministero della Salute –Nuovo Sistema di Garanzia) altri dalla normativa e linee guida nazionali e/o regionali vigente al momento della redazione del PIAO.

Gli obiettivi di performance organizzativa e quelli individuali che ne conseguono saranno declinati sulla base delle regole aziendale di cui al Sistema di Misurazione e valutazione della performance vigente.

Complessivamente sono stati definiti n. 66 obiettivi così articolati nei 6 macro obiettivi di Valore Pubblico:



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 per l'esercizio 2025 sia

stato reso compatibile con le risorse assegnate a questa azienda dalla Regione Marche, con DGR n.2015 del 20/12/2024. 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 2025.

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 2024, con particolare riferimento all'attività di monitoraggio sull'attuazione delle misure specifiche di prevenzione dei rischi corruttivi (all.2 PIAO 2024-26) e sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione (All.3 PIAO 2024-26, nonché all'interlocuzione con il Nucleo di Valutazione con riferimento all'attestazione relativa all'assolvimento degli obblighi di pubblicazione, da rendersi a cura del suddetto organismo ai sensi dell'art. 14, c. 4, l. g) del D.Lgs 150/2009, che per l'anno 2024 è stata resa nel mese di luglio, secondo le indicazioni dell'Atto del Presidente ANAC del 1/6/2024 ratificato con delibera n.270/2024.

Gli esiti di tale attestazione, pubblicata nella sezione Amministrazione Trasparente del sito istituzionale, non hanno evidenziato criticità tali da richiedere il successivo monitoraggio eventualmente previsto dalle indicazioni di ANAC, comportando soltanto alcuni suggerimenti di carattere migliorativo indicati contestualmente dal Nucleo di Valutazione.

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 in data 9 gennaio 2025, sia sul sito istituzionale che su sito Amministrazione Trasparente 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. 2025-2027, sino alla data del 25 gennaio 2025), nel rispetto delle indicazioni riportate nel Piano Nazionale Anticorruzione 2022 (PNA), approvato dall'ANAC con Delibera n. 7 del 17 gennaio 2023. Inoltre, al fine di consentire la massima partecipazione a tale fase di predisposizione della sottosezione le Organizzazioni Sindacali sono state informate della fase di consultazione con mail del 13 gennaio 2025.

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-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 2022,⁶ 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.

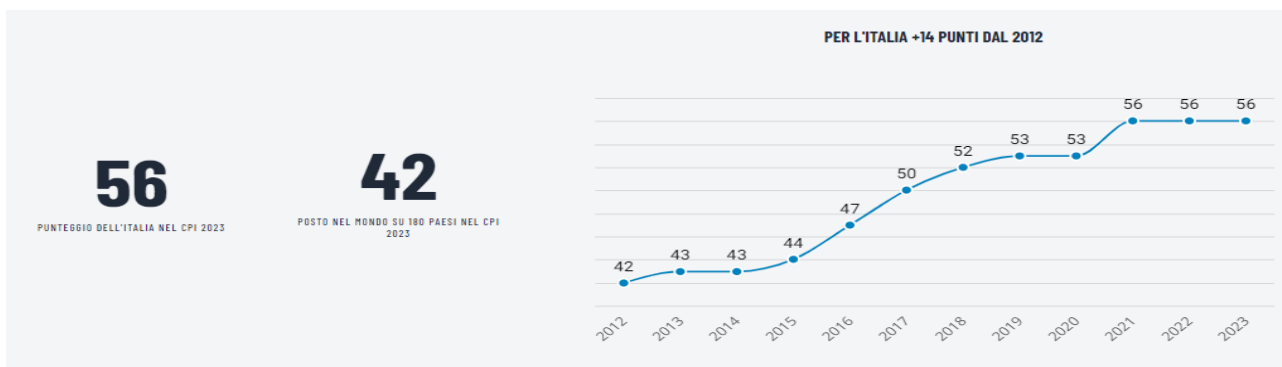
Vengono così in rilievo, ad esempio, i dati relativi a:

- ☐ 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 all'Indice della Percezione della Corruzione (CPI) che viene di consueto preso in considerazione per il tramite dei dati verificati e raccolti da Transparency International e Transparency Italia si dà atto che non risultano intervenuti aggiornamenti rispetto al CPI 2023 – pubblicato il 30 gennaio 2024

L'edizione 2023 dell'Indice di Percezione della Corruzione, come già esaminato nel PIAO 2024/2026, confermava il punteggio di 56 per l'Italia e colloca il Paese al 42° posto nella classifica globale dei 180 Stati oggetto della misurazione e al 17° posto tra i 27 Paesi membri dell'Unione Europea. I dati analizzati evidenziano, non solo l'indice di percezione rispetto agli altri paesi ma che gli effetti prodotti dalla normativa anticorruzione degli ultimi decenni, che hanno consentito un miglioramento del posizionamento italiano di +14 punti (+25%) rispetto al 2012.

⁶ L'aggiornamento 2024 è riferito espressamente ai comuni con meno di 5.000 abitanti e meno di 50 dipendenti; restano quindi ferme le indicazioni di cui al PNA 2022



Sono state, inoltre, prese in considerazione le più recenti introduzioni normative predisposte dall'ANAC, notevolmente rilevanti ai fini della prevenzione del rischio corruttivo.

- ***Divieto di pantouflage***

Con delibera n. 493, approvata dal Consiglio dell'ANAC del 25 settembre 2024, vengono forniti indirizzi interpretativi e operativi sui profili sostanziali e sanzionatori riguardanti il divieto di pantouflage. Le Linee Guida approvate sono da intendersi come integrative di quanto indicato già nel Piano Nazionale Anticorruzione 2022.

Con delibera n. 493 bis del 25 settembre 2024 è stato anche adottato il Regolamento sull'esercizio della funzione di vigilanza e sanzionatoria in materia di violazione dell'art. 53, comma 16-ter, d.lgs. 165/2001.

- ***Obblighi di pubblicazione***

Con Delibera n. 495 del 25 settembre 2024 l'ANAC ha approvato degli schemi di pubblicazione ai sensi dell'art. 48 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai fini dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui al medesimo decreto.

In particolare, chi schemi attengono agli obblighi di pubblicazioni concernenti:

- Trasparenza nell'utilizzo delle risorse pubbliche (art. 4-bis)
- Organizzazione delle pubbliche amministrazioni (art. 13 d.lgs. 33/2013)
- Dati relativi ai controlli sull'organizzazione e sull'attività dell'amministrazione (art. 31 d.lgs. n. 33/2013)
- Istruzioni operative per una corretta attuazione degli obblighi di pubblicazione ex d.lgs. 33/2013
- Atti di carattere normativo e amministrativo generale (art. 12 d.lgs. 33/2013)
- Dati relativi alla valutazione della performance e alla distribuzione dei premi al personale (art. 20, c. 1 e c. 2, d. lgs. n. 33/2013)
- Provvedimenti amministrativi di organi indirizzo politico e dirigenti amministrativi (art. 23 d.lgs. n. 33/2013)
- Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici (artt. 26 e 27 d.lgs. n. 33/2013)
- Bilancio, preventivo e consuntivo, e Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, nonché dati concernenti il monitoraggio degli obiettivi (art. 29 d.lgs. 33/2013)
- Servizi erogati (art. 32 d.lgs. n. 33/2013)
- Procedimenti amministrativi e controlli sulle dichiarazioni sostitutive e l'acquisizione d'ufficio dei dati (art. 35 d.lgs. n. 33/2013)
- Informazioni necessarie per l'effettuazione di pagamenti informatici (art. 36)
- Trasparenza dell'attività di pianificazione e governo del territorio (art. 39 d.lgs. 33/2013)
- Interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente (art. 42 d.lgs. n. 33/2013)

- ***Whistleblowing***

A completamento e ad integrazione delle indicazioni già fornite dall'Autorità Nazionale Anticorruzione con la delibera del 12 luglio 2023 n. 311, l'Autorità ha adottato lo schema di nuove

Linee Guida (LLGG) in materia di whistleblowing sui canali interni di segnalazione volte a fornire indicazioni sulle modalità di gestione dei canali interni di segnalazione.

L'obiettivo è garantire un'applicazione uniforme ed efficace della normativa sul whistleblowing e indirizzare ulteriormente i soggetti tenuti a dare attuazione alla stessa.

In particolare, nello schema delle LLGG, tenendo conto anche dei risultati del monitoraggio sullo stato di attuazione della normativa sul whistleblowing che Anac ha condotto nel corso del 2023 nonché degli esiti delle consultazioni mirate svolte con soggetti istituzionali e associazioni di categoria e società civile, sono approfonditi i profili relativi: a) al canale interno di segnalazione, alle modalità di effettuazione della segnalazione e alle ipotesi sanzionatorie; b) al gestore e alla sua attività; c) ai doveri di comportamento del personale dei soggetti sia del settore pubblico che privato; d) alla formazione del personale; e) al ruolo di sostegno svolto dagli Enti del Terzo Settore.

Il testo delle LLGG è stato posto in consultazione pubblica sino alla data del 9 dicembre 2024.

Nell'elaborazione del presente Piano si è, ulteriormente, 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 domini tematici 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. L'ultimo aggiornamento è relativo all'anno 2023 ed consultabile al seguente link:

<https://anac-c1.board.com/#/screen/?capsulePath=Cruscotti%5CIndicatori%20di%20contesto.bcps>

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 2024" segnala, tra l'altro, che anche nel 2023 è proseguita l'attività requirente riguardo a fattispecie di danno erariale in pregiudizio degli Enti del Sistema sanitario regionale derivanti da sentenze pronunciate dall'autorità giudiziaria ordinaria di condanna al risarcimento dei danni patiti da utenti del Servizio sanitario a causa di improprie o inadeguate prestazioni sanitarie ricevute, nonché da transazioni stipulate in via stragiudiziale ovvero nell'ambito dei giudizi civili di accertamento tecnico preventivo o di cognizione di merito già instaurati (c.d. danno erariale "indiretto" da malpractice medica).

Nella relazione viene fatta particolare menzione della fattiva collaborazione prestata dagli Uffici competenti dei medesimi Enti del Sistema sanitario regionale danneggiati, che hanno segnalato in maniera circostanziata e documentata i casi da cui sono conseguiti i risarcimenti a loro carico.

In prevalenza, i casi di malpractice medica sottoposti al vaglio della Procura concernono fattispecie risalenti ad anni precedenti all'entrata in vigore della c.d. Legge "Gelli-Bianco" (n. 24/2017 e s.m.i.). Ciò nondimeno, nel corso del 2023 sono state svolte specifiche istruttorie su casi accaduti dopo l'entrata in vigore di tale legge, con la conseguenza che oltre alla disamina del fatto storico da cui è scaturito l'illecito risarcitorio, sono stati esaminati anche gli aspetti procedurali del peculiare regime di responsabilità amministrativa nei confronti degli esercenti la professione sanitaria delineati dalla citata legge, posto che le eventuali omissioni delle prescritte comunicazioni agli interessati, in quanto preclusive dell'azione erariale nei confronti dei predetti esercenti la professione sanitaria, potrebbero integrare una fattispecie di danno erariale imputabile ai funzionari che vi hanno dato causa con la loro condotta omissiva connotata da grave negligenza.

Nel settore sanitario, inoltre, sono proseguite attività di indagine nel corso del 2023, alcune delle quali prossime alla conclusione dell'istruttoria, relativamente a comportamenti illeciti tenuti nel periodo dell'emergenza pandemica da Covid-19.

Si specifica che, per l'anno 2024, i dati saranno illustrati nel corso dell'inaugurazione anno giudiziario 2025 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 2024, relativamente ai reati contro la Pubblica Amministrazione, emerge la seguente statistica:

Procure della Repubblica del Distretto delle MARCHE												
Andamento delle denunce di particolari categorie di reato - Iscrizioni nel periodo ad opera di noti (mod. 21) e ignoti (mod. 44)												
Categoria	Riferimenti normativi	1/7/20 - 30/6/21			1/7/21 - 30/6/22			1/7/22 - 30/6/23			andamento (%)	Variazioni ultimo anno
		noti	ignoti	totale	noti	ignoti	totale	noti	ignoti	totale		
Delitti contro la pubblica amministrazione	241, 255-256, 270-270 sexies, 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	1073	198	1271	1082	200	1282	1071	171	1242	+1 %	-3%
di cui corruzione	318- 320 cp	14	0	14	10	1	11	9	2	11	-24 %	0%
di cui concussione	317 cp	2	4	6	6	0	6	9	0	9	+0 %	50%
di cui peculato	314, 316 cp	38	5	43	54	2	56	45	3	48	+26 %	-14%
di cui malversazione a danno dello Stato e indebita percezione contributi	316 bis e ter cp	188	0	188	203	3	206	109	1	110	+9 %	-47%
di cui attività terroristiche	270-270 sexies cp	0	5	5	1	0	1	5	5	10	-133 %	900%
Delitti di associazione a delinquere di stampo mafioso	416 bis e ter cp	3	1	4	3	0	3	2	0	2	-29 %	-33%
Omicidio Volontario consumato	575, 578, 579 cp	18	5	23	3	5	8	19	5	24	-97 %	200%
di cui vittima di sesso femminile		7	1	8	2	1	3	6	1	7	-91 %	133%
Omicidio Volontario tentato	56, 575, 578, 579 cp	15	0	15	15	3	18	18	4	22	+18 %	22%
di cui vittima di sesso femminile		3	0	3	2	0	2	3	0	3	n.d.	50%
Omicidio Colposo per Violazione norme circolazione stradale	589 co 2 e 3 cp	54	13	67	72	10	82	76	16	92	+20 %	12%
Omicidio Colposo per Infortuni sul lavoro	589 co 2 e 3 cp	50	19	69	14	1	15	13	11	24	-129 %	60%

(*) dati non convalidati

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 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.

L'attuazione della programmazione strategica della regione Marche evidenzia la gli Enti del SSR dovranno anche affrontare nel triennio 2025-2027 riforme, profonde riorganizzazioni delle strutture attraverso cui operano, realizzazione di investimenti che riguardano strutture ospedaliere e territoriali, tecnologiche, impegnando le Amministrazioni in attività altrettanto complesse nell'ambito degli appalti pubblici e della riorganizzazione delle attività necessarie a garantire un miglioramento dell'erogazione dei LEA.

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 2024 non si sono rilevate particolari criticità.

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

- della elaborazione della sezione e valore pubblico performance da cui è emersa, in continuità con gli anni precedenti, necessità di pianificare gli obiettivi lungo linee strategiche nel rispetto degli obiettivi di economicità del sistema, tali da permettere all'azienda di operare in condizioni di solvibilità;
- della elaborazione del piano triennale dei fabbisogni del personale da cui è emersa necessità di proporre un piano del fabbisogno finalizzato a garantire piano di reclutamento coerente con il nuovo tetto di spesa.

L'analisi dei processi e procedimenti interni e le misure di prevenzione della corruzione e trasparenza adottate tengono conto dei contenuti delle relazioni di monitoraggio in merito alle previsioni contenute nel precedente PIAO, prodotte per l'anno 2024 dai Dirigenti – in veste di soggetti Referenti del RPCT – 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.

Relativamente al contesto interno, merita attenzione il fatto che sia in via di ultimazione il procedimento di aggiornamento dell'Atto aziendale attraverso cui l'Azienda stessa esercita la propria autonomia organizzativa, in conformità alla normativa nazionale e regionale di settore e nel rispetto dei criteri generali stabiliti nel Protocollo d'Intesa vigente tra Regione Marche e Università Politecnica delle Marche, approvato con Delibera di Giunta Regionale delle Marche n. 1092 del 06.08.2018, nonché nelle Linee di indirizzo di cui alla Delibera di Giunta Regionale delle Marche n. 1305 del 26.08.2024.

Valutazioni conclusive in merito all'analisi del contesto

L'analisi del contesto esterno evidenzia che l'Azienda si trova ad operare in un ambiente complesso in cui incidono profondamente variabili economiche e sociali, le riforme del SSR in corso di attuazione, ma anche variabili legate all'internazionalizzazione nell'ambito dei progetti europei e della ricerca clinica, pertanto risulta di fondamentale importanza che la legislazione anticorruzione operi anche a livello europeo. Nel 2023 la Commissione europea ha proposto una Direttiva specifica sulla lotta alla corruzione. La Direttiva si propone

l'obiettivo di armonizzare la legislazione anticorruzione dei 27 Stati membri e rendere obbligatoria nel diritto comunitario l'incriminazione per i reati previsti dalla Convenzione delle Nazioni Unite contro la corruzione (UNCAC). Il Presidente dell'Autorità Anticorruzione Giuseppe Busia, alla vigilia della Conferenza Internazionale che si è svolta il 10 ottobre 2024 a Roma, ha dichiarato *“La proposta di direttiva europea sulla lotta alla corruzione deve diventare parte essenziale della legislatura europea che si è appena conclusa e elemento caratterizzante del lavoro della prossima Commissione europea. E' interesse nazionale dell'Italia rafforzare tale strumento, in particolare sul lato della prevenzione, anche perché il nostro Paese su questo è all'avanguardia disponendo di un'Autorità anticorruzione indipendente come Anac, di fatto il modello che l'Unione europea ha preso a riferimento”*.

Per quanto riguarda l'analisi del contesto interno è risultato fondamentale operare un costante monitoraggio delle misure contenute nel PIAO 2024-2026, un continuo confronto con i Responsabili dei processi e della trasparenza per comprendere criticità (per la maggior parte correlate al continuo incremento delle attività gestionali, anche correlate ai complessi investimenti PNRR in corso, non supportate da un pari aumento delle risorse umane) e condividere un percorso di miglioramento, concentrando gli sforzi su priorità condivise tra cui: fattività della misura di prevenzione della rotazione del personale/dirigenti, miglioramento dei sistemi informativi atti a implementare le misure di trasparenza, capillare diffusione della cultura della trasparenza, eticità e correttezza dell'agire professionale, attraverso per esempio la formazione sul codice di comportamento e sui regolamenti che disciplinano le attività extra-istituzionali).

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 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. di garantirne la stabilità necessaria per mettere a frutto le competenze acquisite. L'incarico conferito alla Dott.ssa Laura Donnini è stato prorogato con determina n. 944/DG del 15.11.2024.

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 (sia amministrative che sanitarie), 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, presenti in nelle 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.

Nucleo di Valutazione con funzioni di OIV e Organismo Indipendente di Valutazione

Il D.Lgs. n. 150/2009 e ss.mm.ii., in particolare modificato dal D.L. 24 giugno 2014, n. 90 convertito in Legge 11 agosto 2014, n. 114, e dal D.Lgs. 25 maggio 2017, n.74, dispone che ogni amministrazione si doti di un Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), disciplinandone al contempo funzioni, costituzione e nomina.

Tale organismo svolge le attività di controllo strategico di cui al D.Lgs. n. 286/1999 e ss.mm.ii., le attività disciplinate in particolare dal citato D.Lgs. n. 150/2009, dalla Legge n. 190/2012 e ss.mm.ii. e dal D.Lgs. n. 33/2013 e ss.mm.ii., al fine di garantire la verifica sul funzionamento complessivo del sistema di misurazione, monitoraggio, valutazione e rendicontazione della performance organizzativa e individuale e di assicurare l'assolvimento degli obblighi di trasparenza e integrità, nell'ottica del miglioramento della qualità dei servizi offerti dall'amministrazione pubblica e della crescita delle competenze professionali, tecniche e gestionali, attraverso la valorizzazione del merito e del principio della responsabilità per risultati.

Si precisa che il D.P.R. n. 105/2016 (adottato ai sensi dell'art. 19, comma 10, del menzionato D.L. n. 90/2014) ha modificato la disciplina relativa agli OIV, introducendo l'Elenco nazionale dei componenti degli Organismi Indipendenti di Valutazione tenuto dal Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri; l'iscrizione all'Elenco, condizione necessaria per lo svolgimento delle funzioni di componente dell'OIV, è regolamentata da successivi Decreti attuativi del Ministro per la Semplificazione e la Pubblica Amministrazione tra cui, da ultimo il D.M. del 6 agosto 2020 (aggiornato con D.M. 7.8.2023).

L'art. 16, comma 2, del citato D. Lgs. n. 150/2009 prevede inoltre che *“Le regioni, anche per quanto concerne i propri enti e le amministrazioni del Servizio sanitario nazionale, e gli enti locali adeguano i propri ordinamenti ai principi contenuti negli articoli 3, 4, 5, comma 2, 7, 9 e 15, comma 1. Per l'attuazione delle restanti disposizioni di cui al presente decreto, si procede tramite accordo da sottoscrivere ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo n. 281 del 1997 in sede di Conferenza unificata”*.

Stante quanto sopra riportato, fino ad oggi l'Azienda ha ritenuto di continuare ad avvalersi del Nucleo di Valutazione Aziendale con funzioni di OIV, la cui disciplina è contenuta nel relativo Regolamento adottato con Determina del Direttore Generale n. 924 del 22 novembre 2018 e da ultimo nominato con Determina del Direttore Generale n.35 del 18 gennaio 2022.

Il Nucleo di Valutazione con funzioni di OIV ha finora svolto le funzioni previste dalla normativa anzidetta in capo agli OIV, nel sistema di gestione della performance e della trasparenza, coordinandosi con il RPCT e nel rispetto degli obblighi di comunicazione nei confronti dell'ANAC.

In particolare anche per l'anno 2024 il Nucleo di Valutazione, in linea con le indicazioni fornite da ANAC (da ultimo delibera n. 270/2024 di ratifica dell'Atto del Presidente ANAC del 01/06/2024), ha attestato l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza da parte dell'Azienda, esprimendosi oltre che sul profilo della completezza del dato pubblicato, anche in termini di aggiornamento e di disponibilità del formato aperto ed elaborabile dei dati. Dall'esito dell'attestazione, pubblicata nel sito Amministrazione Trasparente dell'Azienda, non sono state rilevate particolari criticità, anche in considerazione dell'attività di confronto e monitoraggio svolta dal RPCT coadiuvata dai Dirigenti responsabili delle strutture competenti, *ratione materiae*, al fine di assicurare il flusso delle informazioni oggetto dei singoli obblighi di pubblicazione.

Tenuto conto della scadenza nel mese di gennaio 2025 del Nucleo di Valutazione Aziendale in carica, e valutata l'opportunità di dotarsi dell'Organismo Indipendente di Valutazione in conformità alla vigente normativa e in linea con le precisazioni della Delibera CIVIT n. 12/2013, l'Azienda ha provveduto a redigere il Regolamento disciplinante le funzioni, la composizione, la nomina e il funzionamento dell'Organismo Indipendente di Valutazione, ai sensi delle disposizioni di cui agli artt. 14 e seguenti del D.lgs. n. 150/2009 e ss.mm.ii. (determina n. 1094/DG del 24/12/2024).

Ferme le specifiche funzioni attribuite in materia di misurazione e valutazione della performance, l'OIV, in linea con l'art. 14, comma 4, lett. g), del D.Lgs. n. 150/2009 svolge le funzioni previste, in ambito di trasparenza e prevenzione della corruzione, dalla Legge n. 190/2012 e dal D.Lgs. n. 33/2013, e nello specifico:

- promuove e attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza, nelle modalità indicate annualmente dall'ANAC;
- verifica la coerenza tra obiettivi di contrasto al rischio corruttivo e di trasparenza inseriti nella sezione anticorruzione e in quella dedicata alla performance del presente PIAO, valutando anche l'adeguatezza dei relativi indicatori;
- utilizza le informazioni e i dati relativi all'attuazione degli obblighi di trasparenza ai fini della misurazione e valutazione delle performance sia organizzativa, sia individuale del responsabile e dei dirigenti dei singoli uffici responsabili della trasmissione dei dati;
- effettua controlli in relazione alle segnalazioni ricevute da parte del RPCT su eventuali disfunzioni inerenti l'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza;
- verifica i contenuti della Relazione annuale del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) e la coerenza degli stessi in rapporto agli obiettivi strategici di prevenzione della corruzione e trasparenza definiti nella sezione dedicata del presente PIAO e agli altri obiettivi individuati nelle altre sezioni. Nell'ambito di tale attività l'OIV si confronta sia con il RPCT, cui ha la possibilità di chiedere informazioni e documenti che ritiene necessari, che con i dipendenti delle strutture coinvolte, anche attraverso lo svolgimento di audizioni. Qualora dall'analisi emergano delle criticità e/o la difficoltà di verificare la coerenza tra gli obiettivi strategici e le misure di prevenzione della corruzione con quanto illustrato nella Relazione stessa, l'OIV può suggerire rimedi e aggiustamenti da implementare per eliminare le criticità ravvisate, in termini di effettività e efficacia della strategia di prevenzione;
- esprime, ai sensi dell'art. 54, comma 5, D.Lgs. n. 165/2001 (come modificato dall'art. 1, comma 44, Legge n. 190/2012), parere vincolante nell'ambito della procedura di adozione del Codice di comportamento aziendale, che integra e specifica il Codice di comportamento dei dipendenti pubblici disciplinato dal D.P.R. n. 62/2013 e ss.mm.ii.

L'OIV garantisce, altresì, l'espletamento di ogni ulteriore funzione attribuita agli Organismi Indipendenti di Valutazione in base a leggi, regolamenti, circolari applicabili in materia, ivi compresi specifici provvedimenti emanati annualmente dall'ANAC e dal Dipartimento della Funzione Pubblica e dalle disposizioni dei contratti collettivi nazionali di lavoro vigenti.

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.

Nella seduta svoltasi in data 9 gennaio 2025, il CUG ha approvato il Piano delle Azioni Positive 2025-2027, nella versione allegata al verbale della seduta stessa, che viene recepito quale parte integrante e sostanziale del presente Piano (**Allegato 7**).

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 gennaio 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:

36

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.S. Direzione ospedaliera gestione Salesi
 S.O.D. Farmacia
 S.O.D. Fisica Sanitaria
 S.O.S.D. Coordinamento Donazione Organi

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 della programmazione 2024 una

particolare attenzione era 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 continuare ad attenzionare tali processi attribuendo una valutazione del rischio "medio-alta" ai processi indicati nell'area "Contratti pubblici". Nella programmazione 2025, a seguito delle attività correlate alla revisione del regolamento delle sperimentazioni cliniche e al monitoraggio degli indicatori della mappatura dei processi, sono emerse anche su tale fronte delle necessità specifiche di approfondimento dei processi e delle misure di prevenzione eventualmente da modificare/aggiornare con particolare riferimento all'erogazione dei compensi agli sperimentatori e ai propri collaboratori correlati allo svolgimento di sperimentazioni cliniche. Pertanto anche ai processi sottesi alle sperimentazioni cliniche è attribuita una valutazione del rischio "medio-alta".

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.

Con il parere in funzione consultiva n. 58/2023, pubblicato in data 30 novembre 2023, ANAC ha ribadito che la rotazione negli appalti pubblici è obbligatoria per il RUP, quando la stazione appaltante intenda assegnare l'appalto mediante affidamento diretto ovvero mediante procedura negoziata nella quale la stessa operi discrezionalmente la scelta dei concorrenti da invitare.

ANAC indica che nei casi in cui non sia possibile realizzare la misura della rotazione ordinaria le amministrazioni/enti sono comunque tenuti a programmare altre misure organizzative di prevenzione che sortiscano un effetto analogo a quello della rotazione. Il fine deve essere quello di evitare che il soggetto non sottoposto a rotazione abbia il controllo esclusivo dei processi specie di quelli più esposti al rischio di corruzione.

Nella fase di programmazione della rotazione ordinaria del personale le amministrazioni/enti sono tenuti a dare preventiva e adeguata informazione dei criteri con cui intendono applicare la misura alle organizzazioni sindacali. Ciò al fine di consentire a queste ultime di presentare proprie osservazioni e proposte. Tale informazione non comporta l'apertura di una fase di negoziazione in materia.

Nelle strutture complesse o con articolazioni territoriali, la rotazione può anche avere carattere di "rotazione territoriale", nel rispetto delle garanzie accordate dalla legge in caso di spostamenti di questo tipo.

ANAC ha ritenuto che tale rotazione territoriale possa essere scelta dall'amministrazione ove la stessa sia più funzionale all'attività di prevenzione e non si ponga in contrasto con il buon andamento e la continuità dell'attività amministrativa, a condizione che i criteri di rotazione siano previsti nello strumento di programmazione adottato o nei successivi atti attuativi e le scelte effettuate siano congruamente motivate.

Nel corso del monitoraggio delle misure effettuate nel 2024 è emerso che tale misura risulta di difficile attuazione, a causa di competenze specifiche necessarie dei RUP, difficilmente sostituibili da altro personale della stessa SO/altre SO. Dallo stesso monitoraggio è emersa anche la necessità di attuare una rotazione dei dirigenti. Pertanto nel corso del 2025 si prevede un approfondimento al fine della realizzazione di tale misura anche attraverso interlocuzioni con la Direzione generale e gli uffici competenti della Regione Marche al fine di verificare la fattività della cd "rotazione territoriale". Si prevede altresì l'avvio di un percorso finalizzato ad attuare progressivamente la misura della rotazione del personale dirigenziale di cui all'Allegato 2 al PNA 2019-2021- delibera ANAC 1134/2017.

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.

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.

Nel mese di novembre 2024 l'ANAC, con l'obiettivo di garantire un'applicazione uniforme ed efficace della normativa sul whistleblowing e indirizzare ulteriormente i soggetti tenuti a dare attuazione alla stessa, ha posto in consultazione pubblica uno schema di *Linee guida in materia di whistleblowing sui canali interni di segnalazione*, a completamento e ad integrazione delle indicazioni complessive già fornite con la delibera del 12 luglio 2023 n. 311 e volte a fornire indicazioni sulle modalità di gestione dei canali interni di segnalazione.

In caso di approvazione delle suddette Linee guida, le stesse verranno prese in considerazione dall'Azienda ai fini di un'eventuale adeguamento della Whistleblowing Policy aziendale.

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.

L'obbligo di astensione del dipendente è espressamente menzionato nel Codice di Comportamento aziendale vigente, nel quale, in linea con le previsioni di cui all'art. 6 bis della legge n. 241/1990, agli artt. 5-6-7-13, co. 3, 14 co. 2 del D.P.R. n. 62/2013 e all'art. 42 del d.lgs. n. 50/2016 (ora sostituito dall'art. 16 del d.lgs. n. 36/2023), si precisa tra l'altro che *“il conflitto di interessi sussiste allorché il destinatario del Codice risulti portatore di interessi della propria sfera privata che, anche solo potenzialmente, possono influenzare negativamente e compromettere l'imparzialità e l'indipendenza richieste nelle attività svolte per conto dell'AOUM. Il conflitto può riguardare interessi di qualsiasi natura, anche non patrimoniali, come ad esempio quelli derivanti dall'intento di voler assecondare pressioni politiche, sindacali o dei superiori gerarchici o comunque di voler ricavare utilità propria o di terzi in modo indebito. Per conflitto di interessi, pertanto, si intende qualsiasi relazione intercorrente tra il destinatario del Codice e soggetti, persone fisiche o giuridiche, che possa risultare di pregiudizio per l'AOUM, interferendo con il perseguimento imparziale della mission aziendale”*.

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.

Il rischio del conflitto d'interessi è particolarmente elevato nelle attività che implicano una valutazione ad esempio nell'attività delle commissioni di gara e/o di concorso. Al fine di garantire l'imparzialità nelle procedure concorsuali, i componenti delle commissioni si devono astenere ogni qual volta sia ipotizzabile anche solo un potenziale "conflitto di interessi". È essenziale, infatti, che chi giudica non abbia interessi personali che possano pregiudicare l'imparzialità della valutazione. Dovranno essere verificati, al momento della costituzione di tali organismi, i profili di incompatibilità previsti dalla vigente normativa, raccogliendo le dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi. L'assenza di conflitti di interessi nel settore dei contratti pubblici comporta che i componenti delle commissioni si devono astenere ogni qual volta sia ipotizzabile anche solo un potenziale "conflitto di interessi".

Con specifico riferimento al Codice dei contratti pubblici (d.lgs. n. 36/2023), si ha conflitto di interessi quando un soggetto che, a qualsiasi titolo, interviene con compiti funzionali nella procedura di aggiudicazione o nella fase di esecuzione degli appalti o delle concessioni e ne può influenzare, in qualsiasi modo, il risultato, gli esiti e la gestione, ha direttamente o indirettamente un interesse finanziario, economico o altro interesse personale che può essere percepito come una minaccia concreta ed effettiva alla sua imparzialità e indipendenza nel contesto della procedura di aggiudicazione o nella fase di esecuzione.

In tal caso, in coerenza con il principio della fiducia espresso dall'art. 2 del Codice, per preservare la funzionalità dell'azione amministrativa, la percepita minaccia all'imparzialità e indipendenza deve essere provata da chi invoca il conflitto sulla base di presupposti specifici e documentati e deve riferirsi a interessi effettivi, la cui soddisfazione sia conseguibile solo subordinando un interesse all'altro (art.16, comma 2, d.lgs. 36/2023).

Inoltre in relazione all'attuazione delle misure contenute nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) una delle priorità è quella di garantire che l'ingente mole di risorse finanziarie stanziata sia immune da gestioni illecite, nel rispetto dei principi di sana gestione finanziaria, assenza di conflitto di interessi, frodi e corruzione. In particolare devono essere attuate dal soggetto attuatore o suo delegato le misure di prevenzione e contrasto di irregolarità gravi quali frode, conflitto di interessi, doppio finanziamento nonché verifiche dei dati previsti dalla normativa anticiclaggio ("titolare effettivo").

L'Azienda intraprende azioni volte a migliorare la conoscenza del suddetto obbligo di astensione e delle conseguenze che scaturiscono dalla sua violazione nonché dei comportamenti da seguire in caso di conflitto di interesse ad esempio mediante la predisposizione di regolamenti/protocolli operativi e apposita modulistica, anche con riferimento ai componenti di organi e organismi di controllo.

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. È stata quindi predisposta apposita modulistica a livello aziendale cui viene garantita la più ampia diffusione anche mediante la pubblicazione nel sito Intranet aziendale; è inoltre a disposizione dei dipendenti un'apposita casella di posta elettronica dedicata a cui trasmettere le richieste di autorizzazione di cui trattasi.

Nel corso del 2024, alla luce dei nuovi quesiti emersi in fase di verifica delle richieste di autorizzazione degli incarichi extraistituzionali, l'Azienda ha coinvolto il personale della SO Affari Generali, Convenzioni e Ricerca e della SO Gestione del Personale in attività di formazione specifica nel mese di giugno 2024, con particolare riferimento agli aspetti sia di natura qualitativa che di natura quantitativa delle autorizzazioni

aziendali in materia di incarichi extraistituzionali ai sensi dell'art. 53 del D.Lgs. 165/2001 e ss.mm.ii., al fine di assicurare la corretta valutazione in termini di compatibilità dell'attività extra istituzionale in base alla natura della stessa, alle modalità di svolgimento e all'impegno richiesto.

In tale contesto, fermi i divieti previsti dal regolamento aziendale vigente, emerge inoltre la necessità che venga effettuata, anche da parte del direttore/responsabile della struttura di afferenza del dipendente che richiede l'autorizzazione, una valutazione in ordine a carichi di lavoro evasi, arretrati pendenti, da carenze di organico e evidenti priorità aziendali allo scopo di assicurare il regolare svolgimento delle attività istituzionali.

Resta fermo altresì quanto previsto in materia di anticorruzione e trasparenza e quindi con riferimento agli obblighi di astensione del dipendente dallo svolgimento di qualsiasi attività, anche a titolo gratuito, dalla quale possa derivare un conflitto di interessi anche potenziale o nocumento all'immagine della p.a. (cfr. tra l'altro art. 6-bis, Legge 241/1990 nonché art. 4, comma 6, art. 6 e art. 14, comma 2, del D.P.R. 62/2013).

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 tra l'altro nel Piano Nazionale Anticorruzione anno 2016, sta implementando un'apposita procedura amministrativa interna, 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, a partire dall'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.

Nel corso del 2024, al fine di verificare l'eventuale sussistenza di situazioni di conflitti di interesse in relazione ai compiti affidati dall'Azienda nei confronti degli stessi professori universitari è stata altresì attivata una specifica collaborazione in particolare tra gli RPCT dell'Azienda e dell'Università allo scopo di assicurare la tempestiva comunicazione tra enti in relazione all'attività svolta dal personale universitario (sia a titolo extraistituzionale sia rientrante nei contratti c/terzi), attraverso forme di monitoraggio congiunto tra Azienda e Università perseguibili mediante l'aggiornamento della modulistica utilizzata, la standardizzazione e informatizzazione delle procedure.

Inconferibilità e incompatibilità di incarichi 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 di funzione dirigenziale nell'area PTA previsti dal d.lgs. n. 39 del 2013.

In particolare in base alle indicazioni fornite dalle Delibere ANAC n. 1146/2019 e n. 713/2020 le dichiarazioni di assenza di cause di inconferibilità e incompatibilità previste dal D.lgs. n. 39/2013, sono rilasciate oltre che dai titolari di incarichi di Direzione Generale, Amministrativa e Sanitaria, anche da parte di coloro che siano titolari di *“incarichi di funzione dirigenziale, comunque denominati, che comportano l'esercizio in via esclusiva delle competenze di amministrazione e gestione, nonché gli incarichi di funzione dirigenziale nell'ambito degli uffici di diretta collaborazione, conferiti a dirigenti o ad altri dipendenti”* [...] *“Tutti gli altri dirigenti sanitari, medici e non medici (farmacisti, biologi, psicologi ecc.) sono esclusi dall'ambito della normativa in materia di inconferibilità e incompatibilità”* (Delibera ANAC n. 1146/2019).

L'Azienda fornisce appositi modelli finalizzati ad acquisire le dichiarazioni di assenza di cause di incompatibilità e di inconferibilità, ai sensi del d.lgs. n. 39/2013 e nel rispetto delle disposizioni sulle

dichiarazioni sostitutive ai sensi del D.P.R. 445/2000; l'acquisizione delle suddette dichiarazioni risulta propedeutica all'attribuzione dell'incarico medesimo e pertanto deve avvenire in epoca antecedente il conferimento dello stesso, nonché annualmente e su richiesta nel corso del rapporto sulla base della natura dell'incarico conferito ogni qualvolta sopraggiungano eventi rilevanti.

L'Azienda pertanto, per il tramite della S.O. Gestione del Personale e/o di altra Struttura competente per funzioni e natura del procedimento, provvede:

- ✓ ad indicare le condizioni ostative al conferimento degli incarichi dirigenziali nei processi volti al conferimento degli stessi, e alla verifica del rilascio della dichiarazione di insussistenza delle cause ostative sia all'atto di conferimento dell'incarico che nel corso del rapporto;
- ✓ a prevedere, in particolare nei contratti di lavoro individuale, nelle procedure di affidamento di incarichi dirigenziali e nelle procedure in materia di contratti pubblici, il divieto di *pantouflage-revolving doors*, cioè divieto per coloro che negli ultimi tre anni di servizio abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività dell'amministrazione, svolta attraverso i medesimi poteri.

La vigilanza sull'osservanza delle norme in materia di inconferibilità e incompatibilità è demandata al RPCT e all'ANAC. Al RPCT, individuato dall'art. 15 del d.lgs. n. 39/2013 come il soggetto tenuto a far rispettare in prima battuta le disposizioni del decreto medesimo, è assegnato il compito di contestare la situazione di inconferibilità o incompatibilità e di segnalare la violazione all'ANAC. L'Autorità, ai sensi dell'art. 16, comma 1, ha il potere di procedere all'accertamento di singole e specifiche fattispecie di conferimento degli incarichi. Detto potere può attivarsi su segnalazione di terzi, in occasione della richiesta di pareri da parte delle Amministrazioni, su segnalazione dello stesso RPCT, ovvero d'ufficio (cfr. delibera ANAC n. 833/2016).

Restano comunque ferme tutte le altre disposizioni (e relativi adempimenti e responsabilità) in materia di incompatibilità per tutto il personale del SSN (sia sanitario che amministrativo) dettate in particolare dal D.P.R. n. 62/2013 e dal Codice di comportamento aziendale.

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 inconferibilità 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 *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 2025-2027.

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*.

Con Delibera n. 493 del 25 settembre 2024, ANAC ha emanato nuove Linee guida in tema di divieto di *pantouflage*, ad integrazione di quanto già indicato nel Piano Nazionale Anticorruzione 2022.

Nelle suddette linee guida vengono forniti ulteriori indirizzi interpretativi e operativi sui profili sostanziali e sanzionatori riguardanti il divieto di *pantouflage*, allo scopo di affinare le indicazioni già elaborate in passato.

Unitamente alle Linee guida sopra citate, l'Autorità ha proceduto (con Delibera n.493bis del 25 settembre 2024) ad adottare specifico regolamento volto a disciplinare l'esercizio della propria funzione di vigilanza e sanzionatoria in materia di violazione del divieto di *pantouflage*, entrato in vigore il 19 dicembre 2024.

Nel corso del 2025 l'Azienda valuterà eventuali ulteriori misure da porre in essere al fine di allinearsi con i contenuti delle nuove Linee guida.

L'Azienda - per il tramite del RPCT e 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 2025, è stata evidenziata dall'RPCT la necessità di prevedere anche per l'annualità 2025 la percentuale da campionare, che sarà definita entro il primo trimestre 2025, 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.

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, l'Azienda è tenuta a verificare la sussistenza di eventuali precedenti penali (anche mediante acquisizione d'ufficio dei dati/informazioni del casellario giudiziale e dei carichi pendenti) a carico dei dipendenti e/o dei soggetti cui si intenda conferire o siano stati conferiti incarichi:

- ✓ 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 interpellanti 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.

L'Azienda ha approvato specifici regolamenti in particolare con riferimento alla nomina dei componenti delle commissioni giudicatrici e seggi di gara ai sensi dell'art. 93, del d.lgs 36/2023 (determina n. 185/DG del 11.03.2024) e con riferimento alla composizione delle commissioni di valutazione dei concorsi della dirigenza del ruolo sanitario e delle selezioni pubbliche per il conferimento di incarichi di struttura complessa del ruolo sanitario (determina n. 335/DG del 12 maggio 2023).

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-corruzione 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 RPCT.

In Azienda viene approvato uno specifico schema di Patto di integrità pubblicato sul sito internet aziendale sezione "Amministrazione trasparente" (da ultimo determina n. 105/DG del 7/2/2018) e sono predisposti specifici modelli di dichiarazione in relazione al possesso di specifici requisiti richiesti per legge e all'assenza di eventuali cause ostative in termini di conflitto di interessi, da far sottoscrivere incaricati della fase di progettazione, della fase esecutiva e dei componenti delle commissioni giudicatrice.

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.

Gli incarichi, le cariche e le collaborazioni di cui ai periodi precedenti sono comunque consentiti a titolo gratuito. Per i soli incarichi dirigenziali e direttivi, ferma restando la gratuità, la durata non può essere 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 segue 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 della normativa in materia di conflitto di interessi (con acquisizione di specifiche dichiarazioni, aggiornate nel corso del 2024 dall'ufficio di supporto RPCT) e 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 stato predisposto nel corso della prima parte del 2022 dal RPCT un nuovo Codice di Comportamento aziendale che, 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 – è stato adottato con Determina del n.1043/DG del 14/11/2022.

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.

Con Decreto-Legge 30 aprile 2022, n. 36 sono state apportate specifiche modifiche all'art. 54 del D. Lgs 165/2001, volte al disciplinare l'introduzione - nell'ambito del Codice di comportamento dei dipendenti pubblici di cui al D.P.R. 62/2013 - di misure in materia di utilizzo delle tecnologie informatiche e dei mezzi di informazione e social media, nonché in materia di formazione sui temi dell'etica pubblica e sul comportamento etico.

Anche in attuazione delle suindicate misure, il Decreto del Presidente della Repubblica 13 giugno 2023, n. 81 ha apportato specifiche modifiche attuative al D.P.R. 62/2013.

È stata pertanto elaborata una proposta di aggiornamento del Codice di comportamento aziendale, volta al recepimento delle modifiche intervenute a livello di Codice di comportamento nazionale, che prevede, in particolare

- la disciplina dell'utilizzo delle tecnologie informatiche, dei mezzi di informazione e dei social media da parte dei Destinatari del codice;
- l'aggiornamento delle disposizioni del codice rivolte ai Dirigenti;
- la previsione di attività formative in materia di trasparenza e integrità.

La suddetta Proposta di aggiornamento è stata approvata con determina n. 1043/DG del 19.12.2024 e sottoposta a specifica procedura aperta alla partecipazione al fine di promuovere la dovuta condivisione con i dipendenti dell'amministrazione e con gli stakeholders, interni ed esterni, valorizzando una formazione "progressiva" del Codice stesso.

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 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.

L'ultima DGR n. 435 del 25/03/2024 di modifica della DGR 1627/2021, per la riprogrammazione del Percorso Attuativo della Certificabilità, ha consentito alle istituende AST di recepire formalmente le procedure previste dai PAC aziendali ed eventualmente adattarle alle nuove organizzazioni, ed ha sostituito le schede del Percorso Attuativo della Certificabilità di cui all'allegato A della DGR n. 1627 del 22/12/2021, riprogrammando le scadenze delle azioni previste per ciascuna area di attività.

La scadenza ultima per il completamento del PAC della Regione Marche è fissata per il 30/04/2025.

In tale DGR si precisa che dalla relazione di aggiornamento al 31/12/2023, l'AOU delle Marche ha completato le attività previste dai PAC aziendali rispettando le scadenze di cui alla DGR 1627/2021

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 che nel prossimo triennio verranno sottoposti ad aggiornamenti se ritenuti da revisionare.

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 Determinazioni aziendali, con conseguente razionalizzazione dei tempi e dell'organizzazione aziendale, nonché dell'attività lavorativa dei dipendenti.

Le azioni, iniziate già nel corso del 2023 con la collaborazione delle strutture amministrative aziendali, volte all'aggiornamento del manuale di gestione documentale, del manuale di conservazione e eventuali attività di miglioramento di processi in essere, sono proseguite nel 2024, anche mediante l'attivazione di nuovi servizi forniti da Regione Marche, tra i quali i servizi infrastrutturali IAAS e di formazione aggiuntiva inerenti il servizio Paleo (Determina n. 68/DG del 26/01/2024) e il servizio Mpay come sistema regionale integrato con PagoPA (Determina n. 642/DG del 27/07/2024).

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 copertura, in larga parte, nei finanziamenti a valere sui fondi del PNRR, con conseguente riduzione dei costi a carico del bilancio aziendale.

Contestualmente nel corso del 2024 l'Azienda ha proseguito sia nell'attività finalizzata all'implementazione del numero delle strutture sanitarie coinvolte nell'uso del sistema Paleo, in considerazione degli scambi documentali da esse effettuati con soggetti esterni e/o a livello intra-aziendale, sia all'organizzazione di un processo volto alla dismissione degli apparecchi telefax ancora in uso, sempre nell'ambito del più ampio processo di graduale dematerializzazione degli archivi e dei flussi documentali, anche mediante la pianificazione e analisi degli adempimenti necessari all'integrazione del sistema di protocollo con altri sistemi informatici aziendali e/o forniti a livello regionale.

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

Nell'**allegato 2** al presente Piano 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. Per la costruzione dell'allegato 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.

Ai fini dell'aggiornamento dell'allegato sono state analizzate le relazioni annuali di monitoraggio prodotte dai referenti del RPCT.

Come avvenuto per l'annualità precedente, le suddette relazioni sono state richieste in formato tabellare, affinché i Referenti potessero correlare osservazioni e criticità ai singoli processi riferibili alle aree di attività di propria competenza e/o interesse, riesaminando e rinnovando contestualmente l'analisi e la valutazione dei rischi.

Per la descrizione delle misure e degli indicatori, oltre che delle indicazioni normative specifiche per ogni settore, sono state analizzate, 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.

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 2025-2027 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, c.d. "*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, ma deve divenire sempre più uno strumento attraverso il quale avvicinare tutti gli stakeholders, cogliendone i peculiari bisogni informativi e fornendo loro la possibilità di rendere i propri contributi per partecipare in modo effettivo all'attività dell'Azienda.

Oltre che uno strumento utile agli stakeholders, la Trasparenza è utile anche all'Azienda che è tenuta ad attuarla, perché consente di esaminare nel complesso le proprie attività e di conoscerle meglio, creando eventuali opportunità di migliorare la propria efficienza interna e di collaborare con altre amministrazioni che svolgono funzioni analoghe, operando in rete per la progettazione e l'implementazione di strumenti più efficaci.

Pur nel perimetro costituito dal quadro normativo di riferimento di riferimento, l'Azienda punta a non attuare la trasparenza in modo statico, sottoponendola ad una riflessione costante e strumentale ad un continuo aggiornamento e miglioramento della qualità delle informazioni e della modalità con cui le stesse vengono presentate.

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.

Lo strumento organizzativo dei flussi informativi per assicurare il rispetto degli obblighi di trasparenza è costituito dall'**Allegato 3** al presente piano. Detto allegato, aggiornato anche sulla base degli esiti dell'attività di monitoraggio svolta dal RPCT e dal Nucleo di Valutazione nel 2024, riporta l'indicazione dei nominativi, intesi nella loro funzione (Direttore/Responsabile del), dei responsabili delle strutture aziendali responsabili *ratione materiae*, ai sensi del comma 3 dell'art. 43 del D. Lgs. 33/2013, dei dati e delle informazioni, nonché della loro pubblicazione nelle sezioni apposite, i quali hanno la piena ed esclusiva responsabilità dell'esattezza, completezza e tempestività di pubblicazione dei dati, anche per quanto attiene al formato dei medesimi in linea con le previsioni normative, sia nel caso di pubblicazione di documenti che nel caso di pubblicazione di dati e/o informazioni.

Restano altresì in capo a ciascuna articolazione aziendale le responsabilità in ordine alla gestione/trasmisione/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.

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.

I Dirigenti delle Strutture competenti ad effettuare i controlli predispongono, su base semestrale, una dettagliata relazione - sotto forma di schema - sui controlli effettuati da trasmettere, con termine semestrale (termini sezione monitoraggio), 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 Strutture competenti all'assolvimento degli obblighi di pubblicazione, cura l'aggiornamento degli utenti autorizzati alla pubblicazione nel portale amministrazione trasparente.

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, svolge attività di impulso e, ove necessario, 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 e con la sottosezione *“Controlli sulle attività economiche introdotta dal nuovo art.23bis del D.Lgs. 33/2013 - si vedano sezioni successive.*



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)

55

Amministrazione Trasparente

Disposizioni generali >	Organizzazione >	Consulenti e collaboratori >
Personale >	Bandi di concorso >	Performance >
Enti controllati >	Attività e procedimenti >	Provvedimenti >
Controlli sulle attività economiche >	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'Ente

 **Contattaci**
Tutti i recapiti degli uffici

 **Accesso civico**
Informazioni sull'accesso
civico

 **Albo Pretorio On Line**
Atti in pubblicazione

 [Valuta questo sito](#)

L'Albo Pretorio telematico, dotato di archivio pubblico, garantisce la trasparenza per quanto riguarda la pubblicazione delle Determinate 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 attraverso la sottrazione degli stessi dalla pubblicazione. 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 *Obblighi di pubblicazione e trasparenza in materia di 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 è rimasto 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 oggi 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 sia stata avviata dopo il 1° gennaio 2024, la trasparenza dei dati già previsti dall'art. 1, co. 32 della l. 190/2012 ora abrogato, e oggi 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.

Sulla base di tali suindicati aggiornamenti, già riportati nel prospetto inerente gli obblighi di pubblicazione confluito nell'**Allegato 3** del PIAO 2024-2026, l'Azienda ha provveduto all'adeguamento del sito istituzionale – sezione amministrazione trasparente - al fine di rendere possibile il corretto adempimento degli oneri di pubblicazione.

Nel corso dell'anno 2024 il RPCT ha tenuto un confronto continuo con le strutture aziendali coinvolte nei processi di acquisto dei beni e servizi, al fine di approfondire gli obblighi di pubblicazione relativi alla sottosezione "Bandi di Gara e Contratti" di Amministrazione Trasparente e definire modalità di assolvimento adeguate. La principale modalità di confronto è stata la condivisione di un documento denominato "*Assolvimento degli obblighi di pubblicazione e trasparenza in materia di contratti pubblici*", nel quale ciascun dirigente ha di volta in volta inserito i propri contributi e osservazioni circa le modalità di assolvimento prospettate, il fabbisogno di integrazione tra sistemi informativi, e l'identificazione dei documenti da pubblicare in quanto non soggetti a trasmissione alla BDNCP.

Dagli esiti di tale confronto, nel contesto del quale sono stati presi in considerazione ulteriori indirizzi ANAC (cfr. in particolare specifiche FAQ e il *Vademecum sugli affidamenti diretti per lavori, servizi e forniture* del 30 luglio 2024), il RPCT ha acquisito un quadro complessivo in merito all'implementazione della sottosezione Bandi di Gara e Contratti e l'ultima versione del documento condiviso confluirà in sintetiche Linee Guida da trasmettersi con nota formale ai Dirigenti titolari di obblighi di pubblicazione afferenti alla sottosezione *Bandi di Gara e Contratti*.

2.3.12 Schemi di pubblicazione ai sensi dell'art. 48 del D.Lgs 33/2013

ANAC, con la Delibera n. 495/2024 resa nota il 19 novembre 2024, ha approvato tre nuovi schemi di pubblicazione per la gestione delle informazioni all'interno della sezione Amministrazione Trasparente dei siti istituzionali, con l'obiettivo di semplificare le attività di pubblicazione e consultazione, grazie a modalità uniformi di organizzazione, codificazione e rappresentazione delle stesse, utili a garantire uniformità e comparabilità dei dati. Quanto rappresentato è in linea con quanto previsto dall'art. 48, D. Lgs. 33/2013, che attribuisce alla stessa Autorità la funzione di definire criteri, modelli e schemi standard per l'organizzazione, la codificazione e la rappresentazione dei documenti, delle informazioni e dei dati oggetto di pubblicazione obbligatoria. Gli schemi approvati riguardano gli obblighi di pubblicazione di cui agli articoli 4-bis (utilizzo delle risorse pubbliche), art. 13 (organizzazione) e art. 31 (controlli su attività e organizzazione) del D.lgs. n. 33/2013 e disciplinano i seguenti ambiti:

- Art. 4-bis: Pubblicazione dei dati relativi ai pagamenti delle amministrazioni, suddivisi per tipologia di spesa, periodo di riferimento e beneficiari.
- Art. 13: Obblighi di trasparenza concernenti l'organizzazione delle Amministrazioni, inclusi:
 - gli organi di indirizzo politico e di amministrazione e gestione, con l'indicazione delle rispettive competenze;
 - l'articolazione degli uffici, le competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici;
 - l'illustrazione dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche;
 - l'elenco dei numeri di telefono nonché delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali.
- Art. 31: Dati relativi ai controlli sull'organizzazione e sull'attività dell'Amministrazione tra cui gli atti degli OIV o nuclei di valutazione, procedendo all'indicazione in forma anonima dei dati personali eventualmente presenti; alla relazione degli organi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di previsione o budget, alle relative variazioni e al conto consuntivo o bilancio di esercizio nonché tutti i rilievi ancorché non recepiti della Corte dei conti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni.

Per ciascuna delle tipologie di dati menzionate l'Autorità ha fornito degli specifici standard che devono essere rispettati nella pubblicazione delle informazioni ed ha stabilito un periodo transitorio di adeguamento di 12 mesi, durante il quale le amministrazioni sono tenute ad aggiornare le proprie sezioni Amministrazione Trasparente in conformità ai tre nuovi schemi approvati. Durante questo periodo non sarà avviata attività di vigilanza sulla conformità agli schemi, ma rimane l'obbligo di rispettare le vigenti prescrizioni normative.

Contestualmente ai tre schemi approvati, sono stati resi disponibili ulteriori dieci schemi (allegati dal n. 5 al n. 14 della delibera 495/2024), non definitivamente approvati, con lo scopo di avviare una sperimentazione di un anno su base volontaria da parte di amministrazioni ed enti che intendano avviare una fase pilota, in relazione alle modalità di pubblicazione delle diverse tipologie e settori di dati previsti.

Al fine di fornire raccomandazioni ai soggetti tenuti all'applicazione del D.lgs. n. 33/2013 per una corretta attuazione degli obblighi di pubblicazione, ANAC ha corredato gli schemi con un documento (Allegato 4 della delibera 495/2024) istruzioni operative che riguardano:

- i requisiti di qualità dei dati (integrità, completezza, tempestività, costante aggiornamento, semplicità di consultazione, comprensibilità, omogeneità, facile accessibilità e riutilizzabilità, conformità ai documenti originali, indicazione della provenienza, riservatezza);

- la previsione di procedure interne di validazione volte ad assicurare la qualità delle informazioni pubblicate mediante una sistematica attività di verifica che ne precede la diffusione;
- la programmazione dei meccanismi di controllo, intesi come monitoraggio per garantire la conformità ai requisiti normativi;
- la previsione di meccanismi di garanzia e di correzione attivabili per assicurare la pubblicazione dei dati, informazioni e documenti e la qualità degli stessi;
- il potenziamento delle competenze professionali richieste per una gestione efficace delle informazioni diffuse attraverso la sezione Amministrazione Trasparente dei siti istituzionali.

Con riferimento alle novità introdotte dalla delibera 495/2024, il fornitore del portale Amministrazione Trasparente aziendale ha tenuto dei webinar di approfondimento normativo e operativo, specificando che il sistema informativo “eTrasparenza” è già in gran parte già conforme alle indicazioni fornite dall’Autorità, mentre alcuni aspetti sono in via di adeguamento (cfr. attestazione di conformità ai documenti originali e indicazione della provenienza dei documenti). Nel corso del 2025 l’Azienda – per il tramite del RPCT- si adeguerà gradualmente, promuovendo la conoscenza degli schemi (approvati e diffusi) da parte delle Strutture interessate e individuando modalità di assolvimento degli obblighi di pubblicazione oggetto degli schemi che siano in linea anche con le indicazioni contenute nell’Allegato 4 della delibera 495/2024.

2.3.13 Nuova sottosezione “Controlli sulle attività economiche”

Il D.lgs. 103/2024 ha modificato il D.lgs. 33/2013 introducendo l’art.23-bis *“Obblighi di pubblicazione concernenti i controlli sulle attività economiche”*. Ai sensi del suddetto art.23 bis le pubbliche amministrazioni pubblicano nel proprio sito istituzionale nella sottosezione “Controlli sulle attività economiche” della sezione “Amministrazione trasparente” l’elenco degli obblighi e degli adempimenti oggetto delle attività di controllo che gli operatori sono tenuti a rispettare nello svolgimento di attività economiche per ottemperare alle disposizioni normative, secondo uno schema standardizzato da adottarsi a cura dalla Presidenza del Consiglio dei ministri - Dipartimento della funzione pubblica, indicando altresì quelli eliminati. La nuova sottosezione sarà aggiornata nel rispetto della tempistica dettata dall’ articolo 2 del citato d.lgs. 12 luglio 2024, n. 103.

2.3.14 Iniziative in materia di Trasparenza

Al fine di promuovere un continuo miglioramento degli strumenti di trasparenza, l’Azienda ha identificato alcune aree di attività, sulle quali concentrare l’intervento, riportate di seguito:

- ✓ Perfezionamento continuo del sito istituzionale e aggiornamento, ove necessario, dei dati già pubblicati;
- ✓ continua verifica della qualità dei dati e documenti pubblicati in relazione alla fruibilità degli stessi da parte dell’utenza;
- ✓ ulteriore approfondimento delle funzionalità e delle potenzialità del Sistema informativo “eTrasparenza”, anche mediante formazione specifica per dirigenti e referenti;
- ✓ verifica delle eventuali necessità di 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;
- ✓ ulteriori approfondimenti sulla fattibilità di eventuali integrazioni/interoperabilità tra la sezione Amministrazione Trasparente e i molteplici gestionali aziendali, anche di concerto con gli altri enti del SSR ove si riscontri una convergenza di necessità;
- ✓ Monitoraggio periodico, tramite controlli a campione, sulla pubblicazione dei dati nella sezione “Amministrazione Trasparente”. Controlli capillari potrebbero essere forniti da un adeguato sistema informativo che faciliti l’accesso a tutte le informazioni; tale opportunità è in fase di analisi con il supporto della SOD Sistemi Informativi Aziendali.

- ✓ 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;
- ✓ Ricognizione e mappatura dei procedimenti amministrativi svolti dalle Strutture aziendali, anche ai fini del miglioramento della qualità dei dati e delle informazioni da pubblicare ai sensi dell'Art.35 del D.Lgs. 33/2013.
- ✓ Interlocuzioni periodiche con i Referenti per la pubblicazione dei dati al fine di rilevare eventuali criticità e valutare opportunità di miglioramento;
- ✓ applicazione a regime delle procedure previste dal 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;
- ✓ Informatizzazione dei processi, maggiore digitalizzazione, sistemi informativi interoperabili, costituiscono misure generali di prevenzione della corruzione.
- ✓ 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 periodo aprile-maggio 2025, al fine di esplicitare, relativamente all'attività relativa alla prevenzione dei rischi corruttivi e alla trasparenza, la programmazione 2025-2027 e gli esiti dell'attività di monitoraggio dell'anno 2024.

SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

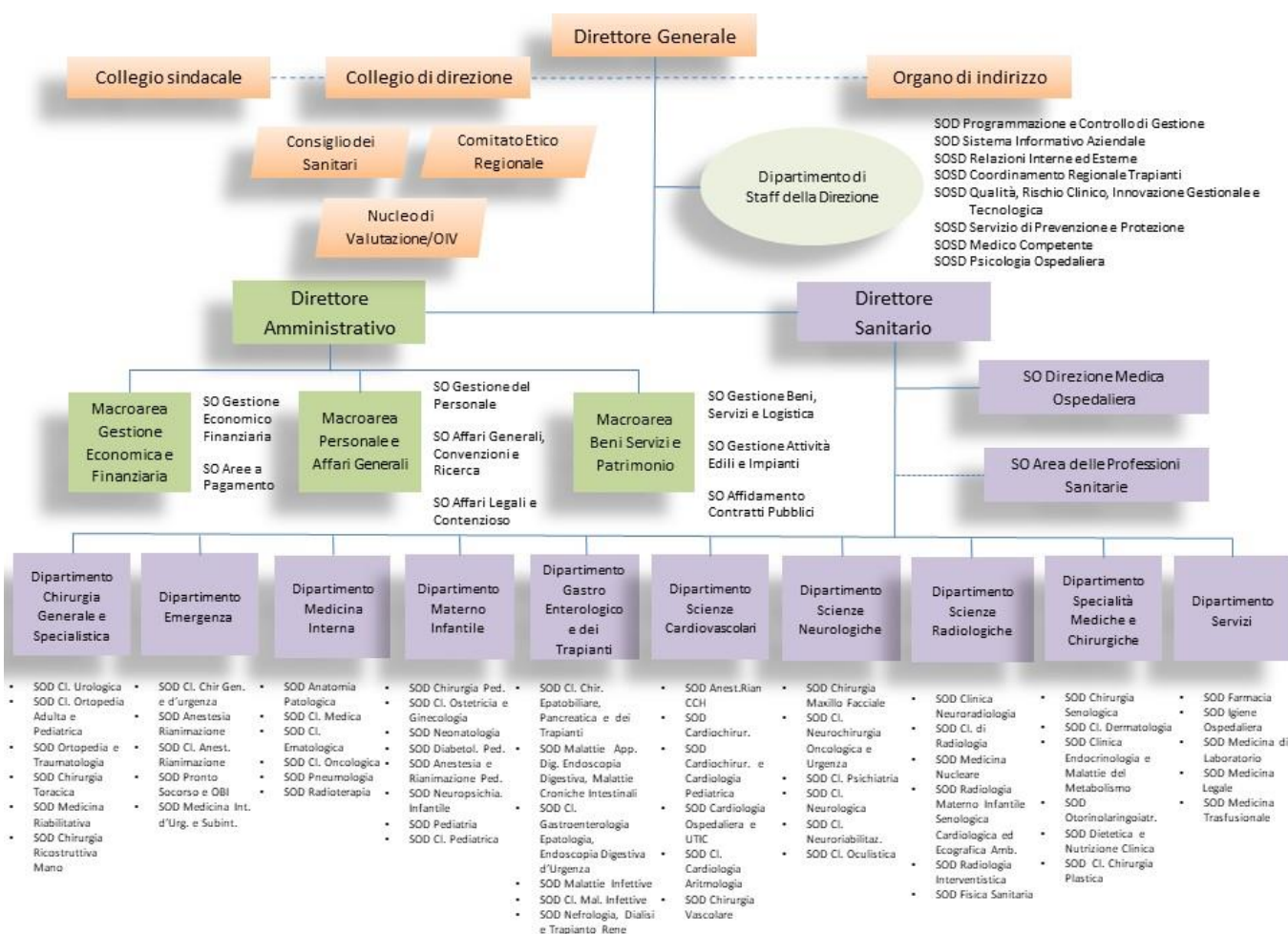
3.1 Struttura organizzativa

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 al 12/3/2023, data in cui il Direttore Generale con DGR 497 ha recepito la DGR n. 1987 del 18/12/2023 avente ad oggetto "Legge 1 aprile 1999 n. 91. Nomina del Coordinatore del Centro Regionale per le attività di prelievo e trapianto di organi e tessuti".



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.

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

Come evidenziato nel paragrafo relativo all'analisi del contesto interno, assume rilevanza il fatto che sia in via di ultimazione il procedimento di aggiornamento dell'Atto aziendale attraverso cui l'Azienda stessa esercita la propria autonomia organizzativa, in conformità alla normativa nazionale e regionale di settore e nel rispetto dei criteri generali stabiliti nel Protocollo d'Intesa vigente tra Regione Marche e Università Politecnica delle Marche, approvato con DGR n. 1092/2018, nonché nelle Linee di indirizzo di cui alla DGR e n. 1305/2024.

In particolare, anche attraverso tale atto, l'Azienda assume il proprio ruolo nell'ambito della riorganizzazione del sistema sanitario regionale, come prevista dalla L.R. 19/2022, e persegue le linee strategiche di sviluppo fornite dal PSSR, nel rispetto delle proprie prerogative di Azienda di riferimento per le alte specialità e per la complessità clinica, sulla base delle funzioni ad essa istituzionalmente attribuite, perseguendo il sempre primario obiettivo di mantenere la garanzia della miglior cura, in un ambito di eccellenza clinica e di alta formazione, sia medica che chirurgica per tutti i cittadini delle Marche.

Sottosezione 3.2 Organizzazione del lavoro agile

L'Azienda ha adottato con Determina n. 1059 del 29/12/2023 il Regolamento per disciplinare il lavoro agile e il lavoro da remoto per il personale del comparto e della dirigenza, al fine di rispondere alle esigenze di flessibilità lavorativa, conciliando le necessità organizzative e operative con quelle dei lavoratori.

Detto regolamento è coerente con le disposizioni normative e contrattuali ad oggi vigenti.

In particolare 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.

Nell'anno 2024 è stata data attuazione al regolamento, stipulando, a seguito di specifica procedura descritta nell'atto sopra richiamato, 85 contratti.

I primi accordi, in via sperimentale, hanno avuto decorrenza da marzo per la durata di anni uno, salvo tempi inferiori legati a specifiche situazioni.

Il lavoro agile è stato concesso prevalentemente a personale appartenente ai ruoli amministrativi e tecnici, a seguito di valutazione di ammissibilità rispetto alle vigenti disposizioni e attraverso specifici accordi con i rispettivi dirigenti, tenendo conto delle attività smartabili e della capacità del soggetto di lavorare in autonomia.

In alcuni casi è stato possibile comunque stipulare accordi anche con personale appartenente al ruolo sanitario, per quelle attività i cui dirigenti hanno valutato possibile svolgere anche da remoto, per archi di tempo limitati.

In aderenza alla Direttiva del Ministro per la pubblica amministrazione del 29 dicembre 2023, che prevede la possibilità di svolgere la prestazione lavorativa in modalità agile, in deroga al criterio di prevalenza del lavoro in presenza, sono stati stipulati accordi con dipendenti che hanno documentato situazioni di salute, personale o familiare meritevoli di tutela.

Per l'anno 2025, l'obiettivo è il consolidamento dello svolgimento della prestazione in modalità agile, attraverso l'applicazione del vigente regolamento, che potrà essere modificato/integrato in relazione a nuove disposizioni normative e contrattuali nonché in relazione alle esperienze maturate e ai feedback raccolti.

La continua evoluzione del modello consentirà di rispondere alle esigenze dei lavoratori e alle necessità organizzative, al fine di realizzare una strategia integrata per ottimizzare le risorse, migliorare la qualità del servizio e sviluppare una cultura aziendale improntata all'innovazione e all'efficienza.

I contratti attualmente in essere prevedono obiettivi individuali assegnati e indicatori per valutare per il raggiungimento dei risultati attesi.

La nuova modalità organizzativa dovrà essere monitorata per verificare in termini di efficienza, efficacia ed economicità l'impatto sulla performance 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.

Sottosezione 3.3 Piano triennale dei fabbisogni del personale

3.3.1 Piano triennale dei fabbisogni del personale 2025/2027

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 2024/2026 è stato adottato, nella sua versione finale, con Determina del Direttore Generale n. 334 del 29/04/2024, ed è stato approvato dalla Giunta Regione Marche con DGRM n. 1098 del 22/07/2024.

Detto Piano ha avuto attuazione nei termini di cui all'allegato prospetto (consuntivo Piano Occupazione anno 2024) utilizzando i diversi strumenti di reclutamento previsti dalle disposizioni normative vigenti.

Al riguardo va rilevato che alcune assunzioni, in esso originariamente programmate, non hanno avuto realizzazione per le motivazioni di seguito dettagliate.

- Strutture complesse Area della Sanità: nel corso dell'anno 2024 la Direzione ha valutato l'opportunità di differire l'indizione di alcuni avvisi per il conferimento di incarichi di struttura complessa in relazione alla possibile evoluzione organizzativa connessa alla definizione dell'Atto aziendale;
- Dirigenza Area della Sanità: l'approvazione del piano intervenuta a fine luglio 2024 ha comportato l'inevitabile slittamento nell'indizione di alcune procedure e del relativo espletamento, in particolar modo per le discipline oggetto di intervenuto incremento di dotazione organica. Nel corso del corrente anno le stesse giungeranno a definizione.
- Dirigente Analista: concorso in espletamento
- Personale del comparto:
 - L'assenza di graduatorie di stabilizzazione e di concorso, ovvero la loro incapienza, ha impedito la piena copertura dei profili professionali di seguito descritti
 - Tecnici della Prevenzione
 - Assistenti Sanitari
 - Tecnico di laboratorio
 - Tecnico della fisiopatologia cardiorespiratoria e della perfusione cardiovascolare
 - Tecnico di Radiologia Medica

Con riferimento all'area amministrativa l'assenza di autorizzazione all'indizione di procedure concorsuali aggregate non ha permesso la copertura dei posti vacanti di Collaboratore ed Assistente amministrativo se non con personale a tempo determinato. Sono, invece, in corso di indizione/espletamento le procedure concorsuali aggregate per i profili di seguito descritti:

- Assistente Tecnico Geometra
- Collaboratore Tecnico Informatico
- Collaboratore Tecnico Professionale ingegnere gestionale.

Premesso quanto sopra, tenendo conto

- delle indicazioni applicative regionali, acquisite al protocollo aziendale al n. 8473 del 29 gennaio 2025;
- della fase di riorganizzazione in relazione alla prossima adozione della proposta di modifica dell'Atto Aziendale, nella quale si inserisce la redazione del PTFP;
- della DGRM n. 54 del 27 gennaio 2025 con la quale è stato rideterminato il tetto di spesa del personale a decorrere dall'annualità 2024 prevedendo per l'Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche un incremento di € 1.810.000,

il rispetto della scadenza del 31 gennaio 2025 prevista per l'adozione del PIAO, impone una proposta di piano del fabbisogno finalizzato:

1. **a garantire il turn over anno 2025** nonché un piano di reclutamento coerente con il nuovo tetto di spesa, attraverso il mantenimento della dotazione organica, nei termini di cui alla rimodulazione riportata nel successivo punto n.3, tenendo conto non solo delle unità in cessazione già note e riportate nel piano ma anche delle ulteriori cessazioni che dovessero intervenire, pur ad oggi non note, dal momento che le assunzioni verrebbero ad essere realizzate ad invarianza di spesa complessiva;
2. **al recupero delle assunzioni già programmate nel PO 2024 e non ancora effettuate:** saranno attuate le assunzioni già previste e non ancora effettuate per le motivazioni sopra descritte.
3. **all'Aggiornamento della dotazione organica** per soddisfare esigenze medio tempo intervenute, specifiche ed urgenti di seguito descritte, ad invarianza di posti complessivi, e risultanti nel relativo allegato:
 - Area sanitaria, la Direzione ha accolto la richiesta del Direttore di Struttura Complessa che con nota id n. 1656 del 24/01/2025 ha evidenziato la necessità di procedere alla trasformazione, per la Medicina di Laboratorio, del posto vacante di Dirigente Medico in Dirigente Biologo. Ciò al fine di inserire in organico un'ulteriore figura professionale con competenze cliniche, laboratoristiche e tecnologiche necessarie allo svolgimento di attività di diagnostica microbiologica per le esigenze della SOS Microbiologia, afferente alla Struttura.
 - Area Tecnica, la crescente complessità aziendale e la necessità di maggiore autonomia gestionale/operativa ha portato la Direzione a prevedere la trasformazione di n. 2 posti di assistente informatico a fronte dell'istituzione di n. 2 posti di Collaboratore Tecnico Professionale - settore informatico;
 - Area della Dirigenza PTA la Direzione ritiene necessario istituire un ulteriore posto di Dirigente Ingegnere da destinare all'Ingegneria Clinica, con l'obiettivo di potenziare la gestione e il controllo delle tecnologie biomediche e degli impianti sanitari. La necessità di razionalizzare le risorse comporta la decisione di sopprimere un posto di Dirigente Amministrativo.

Il presente Piano Triennale dei fabbisogni, rappresentato nel relativo allegato viene, quindi, oggi costruito partendo dalla descrizione della consistenza di personale al 31 dicembre dell'anno 2024 espressa sia in termini quantitativi che qualitativi, distinguendo il personale nei vari profili professionali presenti in azienda e sulla base del rapporto di lavoro in essere a tale data (tempo indeterminato o determinato), tenendo conto delle modifiche di dotazione organica nei termini sopra rappresentati.

Con riferimento agli anni 2026-2027 sono state considerate le sole cessazioni per collocamento a riposo individuabili d'ufficio sulla base delle informazioni note e per effetto delle disposizioni normative vigenti nel tempo. Per l'anno 2025 vengono anche rappresentate le cessazioni per dimissioni, mobilità o altre cause - la cui data di fine rapporto è già definita.

In relazione alle assunzioni, l'Azienda stabilirà le modalità di reclutamento 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. Allo stato attuale non sono previste progressioni tra le aree.

Al fine di perseguire la maggiore efficienza nell'impiego delle risorse umane, pertanto, per ciascun profilo si stabiliranno gli strumenti di reclutamento previsti dalle disposizioni normative e contrattuali vigenti che meglio soddisferanno il raggiungimento degli obiettivi in termini di efficacia ed efficienza, con l'intento di «ottimizzare» le risorse e «perseguire obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini» come previsto dal art. 6 del D.lgs. 165/2001.

L'evoluzione dell'organizzazione aziendale, connessa alla proposta di modifica dell'atto Aziendale, nonché le ulteriori risorse regionali disponibili assegnate con DGRM n.54 del 27/01/2025, determinano la necessità di un'attenta analisi dei fabbisogni per accertare le esigenze di adeguamento della dotazione organica in termini quali-quantitativi e conseguentemente l'aggiornamento del PTF 2025 -2027, con un successivo atto. A tal fine nella tabella relativa alla proposta di incremento dei fondi contrattuali viene già stimata la quota di incremento dei fondi anno 2025 per un'ipotesi di aumento di dotazione organica pari a 10 unità di personale della dirigenza sanitaria e 28 unità di personale dell'area del Comparto. Nel medesimo prospetto viene valorizzato

l'incremento dei fondi contrattuali anno 2024 quantificato in coerenza delle disposizioni di cui alle DGRM n. 54 e n. 55 del 27 gennaio 2025.

Il PTFP è stato illustrato alle OO.SS. in data 30 gennaio 2025.

Stabilizzazioni del personale precario

Nell'ambito dei processi di reclutamento, è ancora possibile, salvo proroghe, stabilizzare - fino al 31 dicembre 2025 - il personale precario, che ha maturato i requisiti al 31 dicembre 2024 - ai sensi dell'art. 1 comma 268 della L. 30/12/2021 n. 234 e s.m.i. (stabilizzazioni Covid).

La stabilizzazione di cui alla norma sopra richiamata si è realizzata per step anche in relazione alla proroga dei termini previsti per la maturazione dei requisiti rispetto a quelli inizialmente indicati.

Da ultimo, nell'anno 2024, con determina n. 749/DG del 11/09/2024 è stato indetto un avviso di manifestazione di interesse per verificare la possibile platea di interessati in possesso dei requisiti.

Con successivo atto n. 1028/DG del 12/12/2024, è stato approvato il programma di stabilizzazione, in coerenza con il PTFP 2024-2026, approvato con DGRM n. 1098 del 22/07/2024, riferito ai profili di seguito descritti, per un totale di 19 unità:

- ✓ n. 6 unità di Assistente Amministrativo;
- ✓ n. 3 unità di Infermiere;
- ✓ n. 2 unità di Fisioterapista;
- ✓ n. 1 unità di Tecnico di Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusionazione Cardiovascolare;
- ✓ n. 7 unità di Dirigente Medico.

Le stabilizzazioni di cui al sopra esposto programma si sono già realizzate con decorrenza 1° gennaio 2025 senza generare sostanzialmente un costo aggiuntivo a carico del Bilancio aziendale, in quanto le unità oggetto di stabilizzazione risultavano tutte in servizio a tempo determinato.

In presenza di ulteriori posti disponibili nell'anno 2025, nel rispetto di quanto previsto dalla DGRM n. 946 del 26/06/2023, sarà possibile provvedere alla stabilizzazione di ulteriori unità.

Con l'obiettivo di rafforzare strutturalmente i servizi sanitari regionali e valorizzare la professionalità acquisita, nell'anno 2025, si provvederà a completare il processo di stabilizzazione ai sensi dell'art. 1 comma 268 della L. 30/12/2021 n. 234, predisponendo l'indizione di un ulteriore avviso per manifestazione d'interesse alla stabilizzazione al fine di verificare la maturazione dei requisiti, al 31 dicembre 2024, di altri dipendenti precari.

Solo ad esito dell'avviso di manifestazione di interesse e ai posti di dotazione organica disponibili, potrà essere pianificata la stabilizzazione di ulteriori unità.

Assunzioni Legge 68/1999

La Legge n. 68/1999 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili" e ss.mm.ii., stabilisce l'obbligo per i datori di lavoro pubblici di avere alle dipendenze lavoratori appartenenti alle categorie di cui all'art.1 (lavoratori disabili) e all'art. 18 comma 2 (categorie protette) della medesima legge, nella misura delle percentuali ivi indicate.

L'art. 11 della Legge 68/99 offre ai datori di lavoro obbligati 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 in questione.

La convenzione sottoscritta in esecuzione della Determina n. 784/DG del 26/09/2019, di durata quinquennale, è giunta a scadenza nell'anno 2024.

Nel corso del medesimo anno si è dato avvio al percorso propedeutico alla stipula di una nuova convenzione, condividendo con la Regione Marche - Dipartimento Politiche Sociali, Lavoro, Istruzione e Formazione, Settore Servizi per l'Impiego e Politiche del Lavoro, il contenuto della stessa in termini di durata, di profili e del numero di unità da reclutare, tenendo conto della peculiarità dell'Azienda e del Piano Triennale dei fabbisogni.

In particolare, per individuare i profili da assumere, è stata effettuata un'attenta analisi in termini di bilanciamento tra le esigenze dell'organizzazione sanitaria aziendale, il diritto al collocamento dei soggetti aventi titolo e il Piano Triennale dei fabbisogni di personale, all'esito della quale si è stabilito di procedere esclusivamente al reclutamento di profili che prevedono almeno il diploma quale titolo di studio per partecipare alle selezioni.

Ciò in quanto l'evoluzione della realtà aziendale ha portato a far emergere una crescente complessità nei settori tecnico-amministrativi, che impone competenze sempre più elevate derivanti dalla digitalizzazione e dalla informatizzazione dei processi, determinando un minor fabbisogno di personale con il solo requisito di accesso della scuola dell'obbligo.

Pertanto, il cronoprogramma per il periodo 2025-2028 pianifica le assunzioni delle persone con disabilità e appartenenti alle categorie protette, mediante inserimento di riserva di posti nei Concorsi Pubblici e con l'indizione di Concorsi Pubblici riservati.

Con Determina n. 1077/DG del 24/12/2024, è stata quindi approvata la nuova Convenzione, sottoscritta in data 10/01/2025, con validità quadriennale, dalla quale risulta il programma di assunzione comprensivo delle modalità di reclutamento per l'intera quota d'obbligo, riportato in calce al presente paragrafo

L'Azienda si impegnerà comunque ad inserire posti riservati per le categorie ex art. 1 e 18 della Legge 68/99 e s.m.i., nel rispetto delle percentuali previste, in tutti i Concorsi Pubblici che saranno indetti nell'arco temporale di vigenza della convenzione stessa (2025-2028) anche per profili professionali diversi da quelli esplicitati nella Convenzione.

Area territoriale su base provinciale	N. Dip. da assumere	Qualifica	Data avvio procedimento	Tipologia Inserimento	Data assunzione	Tipologia contratto
ANCONA	1	Assistente Sanitario	Concorso aggregato indetto 18/07/2024	T.I.	Entro il 30/06/2025	Tempo pieno
	2	Assistente Amministrativo	Concorso aggregato - Entro 31/03/2025	T.I.	Entro il 31/12/2025	Tempo pieno
	1	Assistente Tecnico	Concorso aggregato INRCA in fase di indizione	T.I.	Entro il 31/12/2025	Tempo pieno
	1	Collaboratore Amministrativo Professionale	Concorso aggregato - Entro 31/03/2025	T.I.	Entro il 31/12/2025	Tempo pieno
	1	Tecnico della Prevenzione degli ambienti e dei luoghi di lavoro	Concorso aggregato AOU in fase di indizione	T.I.	Entro il 31/12/2025	Tempo pieno
	2	Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico	Concorso aggregato AST Fermo in fase di indizione	T.I.	Entro il 31/12/2025	Tempo pieno
	2	Ostetrica	Concorso aggregato - Entro 31/03/2025	T.I.	Entro il 31/12/2025	Tempo pieno
	2	Assistente Amministrativo	Utilizzo graduatoria Concorso aggregato	T.I.	Entro il 30/06/2026	Tempo pieno
	1	Collaboratore Amministrativo Professionale	Utilizzo graduatoria Concorso aggregato	T.I.	Entro il 30/06/2026	Tempo pieno
	1	Fisioterapista	Concorso aggregato - Entro 31/03/2026	T.I.	Entro il 31/12/2026	Tempo pieno
	1	Dietista	Concorso aggregato - Entro 31/03/2026	T.I.	Entro il 31/12/2026	Tempo pieno
	2	Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico	Utilizzo graduatoria Concorso aggregato	T.I.	Entro il 31/12/2026	Tempo pieno
	3	Tecnico Sanitario di Radiologia Medica	Concorso aggregato AST Macerata - Entro 31/03/2026	T.I.	Entro il 31/12/2026	Tempo pieno
	1	Ostetrica	Utilizzo graduatoria Concorso aggregato	T.I.	Entro il 31/12/2026	Tempo pieno
	26	Infermiere	Concorso aggregato - Entro 31/03/2026	T.I.	Entro il 31/12/2026	Tempo pieno
	2	Assistente Amministrativo	Utilizzo graduatoria Concorso aggregato	T.I.	Entro il 30/06/2027	Tempo pieno
	1	Collaboratore Amministrativo Professionale	Utilizzo graduatoria Concorso aggregato	T.I.	Entro il 30/06/2027	Tempo pieno
	5	Operatore Socio Sanitario	Concorso aggregato - Entro 31/03/2027	T.I.	Entro il 31/12/2027	Tempo pieno

Area territoriale su base provinciale	N. Dip. da assumere	Qualifica	Data avvio procedimento	Tipologia Inserimento	Data assunzione	Tipologia contratto
	1	Fisioterapista	Utilizzo graduatoria Concorso aggregato	T.I.	Entro il 30/06/2027	Tempo pieno
	1	Tecnico Fisiopatologia Cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare	Concorso aggregato - Entro 31/03/2027	T.I.	Entro il 31/12/2027	Tempo pieno
	2	Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico	Utilizzo graduatoria Concorso aggregato	T.I.	Entro il 31/12/2027	Tempo pieno
	25	Infermiere	Utilizzo graduatoria Concorso aggregato	T.I.	Entro il 31/12/2027	Tempo pieno
	5	Operatore Socio Sanitario	Utilizzo graduatoria Concorso aggregato	T.I.	Entro il 31/12/2028	Tempo pieno
	4	Tecnico Sanitario di Radiologia Medica	Utilizzo graduatoria Concorso aggregato	T.I.	Entro il 31/10/2028	Tempo pieno
	28	Infermiere	Utilizzo graduatoria Concorso aggregato	T.I.	Entro il 31/10/2028	Tempo pieno
	TOTALE N. 121					

ART.18

Area territoriale su base provinciale	N. Dip. da assumere	Qualifica	Data avvio procedimento	Tipologia Inserimento	Data assunzione	Tipologia contratto
	1	Tecnico Sanitario di Radiologia Medica	Concorso aggregato AST Macerata in fase di indizione	T.I.	Entro il 31/12/2025	Tempo pieno
	3	Infermiere	Concorso aggregato – Entro 31/03/2025	T.I.	Entro il 31/12/2025	Tempo pieno
	3	Infermiere	Utilizzo graduatoria Concorso aggregato	T.I.	Entro il 31/12/2026	Tempo pieno
	2	Operatore Socio Sanitario	Concorso aggregato – Entro il 31/03/2026	T.I.	Entro il 31/12/2026	Tempo pieno
	2	Operatore Socio Sanitario	Utilizzo graduatoria Concorso aggregato	T.I.	Entro il 31/12/2027	Tempo pieno
	3	Infermiere	Utilizzo graduatoria Concorso aggregato	T.I.	Entro il 31/12/2027	Tempo pieno
	2	Operatore Socio Sanitario	Utilizzo graduatoria Concorso aggregato	T.I.	Entro il 31/12/2028	Tempo pieno
	TOTALE N. 16					

3.3.2 Formazione del Personale

In tema di formazione va rilevato che è in fase di definizione il Piano di Formazione Aziendale anno 2025 che, nel rispetto delle disposizioni di cui alla DGRM n. 1620 del 3 dicembre 2022 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 sarà trasmesso alla Regione Marche entro il 28 febbraio p.v..

Il Piano sarà frutto della collaborazione con i vari referenti aziendali per la Formazione, afferenti le diverse aree contrattuali. Lo stesso verrà formulato - nel rispetto delle linee di indirizzo regionali - tenendo in considerazione le previsioni di cui al Piano Formativo Regionale 2025 – 2027 adottato con Delibera di Giunta Regionale n. 2028 del 30 dicembre 2024, in merito al quale si è in attesa di ricevere il decreto di assegnazione agli enti del SSR delle attività formative da programmare.

La stesura del PFA 2025 è 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 multi professionale/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 2025:

- focalizza obiettivi coordinati con le direttive - regionali e 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, 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* nonché quelli derivanti dall'applicazione del PNRR;
- 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 2025

L'attuazione del Piano di Formazione Aziendale 2025 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 2025 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. 2025), si dovrà privilegiare il ricorso a risorse extra-budget aziendale, quali i Fondi derivanti da Contributi Liberali (donazioni), Sperimentazioni, Contributi regionali/statali.

Il P.F.A. 2025, come previsto dalle disposizioni normative vigenti, prima della adozione formale sarà:

- sottoposto a validazione del *Comitato Scientifico per la Formazione* in fase di ridefinizione;
- 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.

Alla gestione del Ciclo della Formazione partecipano - 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 strutture amministrative e dei Servizi/Uffici di Staff.

L'Area delle Professioni Sanitarie fornisce le indicazioni generali per la pianificazione dei progetti formativi dell'anno 2025 da parte dei professionisti sanitari dell'Area del Comparto.

L'individuazione dei bisogni formativi per l'Anno 2025 tiene 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 delle medesime predette criticità.

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

Un'attenzione particolare è destinata, per ogni progettazione formativa, alla 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 tengono conto 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); in particolare è prevista la prosecuzione del corso *e-learning*, approntato dal *Gruppo Accademy*, destinato a tutto il personale di tutte le aziende sanitarie regionali e finalizzato a fornire elementi base aggiornati per la prevenzione ed il controllo delle infezioni ospedaliere, nonché corsi per il corretto utilizzo degli applicativi necessari alla implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0

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 macro aree di interventi formativi prevalentemente con valenza 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: interventi PNRR relativi alle ICA (infezioni correlate all'assistenza) e al FSE 2.0 (fascicolo Sanitario Elettronico), eventi assegnati dal Piano di formazione Regionale (PFR) 2025-2027, formazione continua in materia di sicurezza sul lavoro, formazione nell'ambito dell'emergenza (BLSD; ALS; ecc), formazione in ambito di anticorruzione, trasparenza e privacy.

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, generalmente, 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, viene 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.

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.

Il Servizio Formazione, sta coordinando la stesura del PFA e provvederà alla sua adozione con formale atto entro i termini stabiliti esplicitati in premessa.

La valutazione degli esiti della formazione verrà effettuata, nella maggior parte dei casi, mediante monitoraggio dei processi a cui la stessa formazione è riferita; detti esiti potranno essere tenuti a riferimento per valutazioni nel medio-lungo termine.

Quanto alla formazione pianificata con metodologia *training individualizzato*, la valutazione dell'esito è contestuale al termine dell'affiancamento, in quanto utile a certificare l'acquisizione di competenze pratiche; tale tipologia di formazione si lega, più spesso, a protocolli interni (prevalentemente del neoassunto/neo assegnato) che vengono periodicamente aggiornati.

Il target di riferimento per la formazione 2025 fotografato al 31 dicembre 2024 si sostanzia in n. 3.666 unità di personale, a tempo indeterminato e determinato, dettagliato come segue:

Comparto - n. 2.902 unità

Dirigenza dell'Area della Sanità - n. 745 unità

Dirigenza P.T.A. - n. 19 unità

La sostenibilità economica della Formazione iscritta nel PFA 2025 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.

72

Il budget preventivo provvisorio ipotizzato per la realizzazione del PFA 2025 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
- 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 2025 è individuato in linea con il bilancio preventivo. I costi configurati/stimati per ogni settore di programmazione della Formazione 2025 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 2025, 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 2025 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

4.1. Monitoraggio Sottosezione “Valore Pubblico” e “performance”

Il monitoraggio e controllo delle sottosezioni Valore Pubblico e performance, ovvero la rilevazione del grado di raggiungimento degli obiettivi annuali (fase di misurazione), finalizzate a porre in essere eventuali azioni correttive qualora l'andamento della gestione non dovesse essere in linea con gli obiettivi predefiniti, viene effettuato periodicamente, in corso di esercizio, attraverso la misurazione e la valutazione degli specifici indicatori previsti per gli obiettivi delle due sottosezioni.

La periodicità della misurazione e rilevazione dei singoli indicatori ha carattere annuale o infrannuale (trimestrale o mensile) secondo il piano indicato nell'**allegato 1**.

73



Le modalità e gli strumenti del monitoraggio quale fase fondamentale del ciclo della performance, avviene secondo le modalità previste dal Sistema di Misurazione e Valutazione della performance aziendale.

4.2. Monitoraggio Sottosezione “Rischi corruttivi e trasparenza”

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;
- in continuità con l'attività svolta nel 2025 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.

Sintesi delle attività di monitoraggio

SCADENZA	OGGETTO DEL MONITORAGGIO	STUMENTI E MODALITA' DI MONITORAGGIO	SOGGETTI REPONSABILI
31 luglio 2025	Assolvimento obblighi di trasparenza	Relazioni I° semestre 2025 dei Responsabili assolvimento obblighi di pubblicazione (All.3 PIAO 2025 / 2027). Valutazione RPCT sul grado di assolvimento sul portale AT	Responsabili assolvimento obblighi/RPCT
31 maggio 2025 (rilevazione OIV) 15 luglio 2025 (pubblicazione in AT da parte del RPCT) (date variabili secondo indicazioni ANAC)	Assolvimento obblighi di trasparenza	Attestazione sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione e relativa scheda di rilevazione, ai sensi dell'art. 14, co. 4, lett. g), del d.lgs.150/2009, da rendersi tramite applicativo web ANAC	OIV
Entro il 30 novembre 2025 (nel caso in cui OIV abbia segnalato criticità da superare) (data e modalità variabile secondo indicazioni ANAC)	Attivazione misure di trasparenza utili a superare criticità segnalate dall'OIV nella colonna "completezza di contenuto" della scheda di rilevazione	Interlocuzioni tra RPCT e Responsabili assolvimento obblighi per modalità di risoluzione delle criticità.	Responsabili assolvimento obblighi/RPCT
30 novembre 2025 (nel caso in cui OIV segnali criticità da superare) (data e modalità variabile secondo indicazioni ANAC)	Rilevazione e annotazione degli esiti del monitoraggio nell'apposita scheda all'interno dell'applicativo web ANAC, colonna "Completezza di contenuto"	Monitoraggio obblighi tramite applicativo web ANAC.	OIV
30 novembre 2025	Attuazione misure di carattere specifico per prevenire il rischio di corruzione	Relazioni annuali dei Dirigenti referenti del RPCT sull'attuazione delle misure specifiche di prevenzione dei rischi corruttivi correlati ai singoli processi mappati nell'all. 2 del PIAO 2025-2027/ Valutazione RPCT sul grado di attuazione delle misure.	Referenti responsabili dei processi/RPCT
15 dicembre 2025 (oppure secondo indicazioni ANAC)	Relazione annuale RPCT	Predisposizione della relazione sulla base delle attività di monitoraggio/verifica/acquisizione dati e relazioni da parte del RPCT	RPCT
31 gennaio 2025	Assolvimento obblighi di trasparenza	Relazioni II° semestre 2025 dei Responsabili assolvimento obblighi di pubblicazione (All.3 PIAO 2025 / 2027). Valutazione RPCT sul grado di assolvimento sul portale AT .	Responsabili assolvimento obblighi adempimento/RPCT
Dicembre 2025- Gennaio 2026	Analisi delle relazioni dei Dirigenti referenti del RPCT sull'attuazione delle misure specifiche di prevenzione di cui all'all. 2 del PIAO 2025-2027, al fine dell'aggiornamento del PIAO 2026-2028	Analisi delle relazioni e interlocuzioni RPCT/Dirigenti Referenti responsabili dei processi	Referenti responsabili dei processi/RPCT

SCADENZA	OGGETTO DEL MONITORAGGIO	STUMENTI E MODALITA' DI MONITORAGGIO	SOGGETTI RESPONSABILI
31 Marzo 2026	Analisi complessiva, annualità 2025, stato di attuazione delle misure di prevenzione dei rischi corruttivi e stato di assolvimento obblighi di trasparenza correlati agli obiettivi di performance	Risultanze Relazione annuale RPCT/Relazioni Responsabili/acquisizione informazioni pervenute da soggetti interni/esterni/interlocuzioni con OIV. Valutazioni complessive RPCT sul grado di attuazione delle misure specifiche di prevenzione dei rischi corruttivi e sull'assolvimento obblighi di trasparenza.	RPCT

4.3. Monitoraggio “Sezione Organizzazione e Capitale Umano”

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.

4.4. Rilevazione della soddisfazione dell'utenza

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.

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. Anno 2025

Allegato 4. Rispetto tetto del personale e budget

Allegato 5. Piano del Fabbisogno di Personale: Consuntivo 2024 – preventivo 2025/2027, Dotazione Organica e Prospetti riassuntivi

Allegato 6. Fondi contrattuali

Allegato 7. Piano delle Azioni Positive 2025-2027