



# **Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2022-2024**

## Sommario

<b>SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE</b> .....	<b>4</b>
1.1 Le attività.....	4
1.2 Le risorse economiche e strumentali disponibili.....	6
1.3 Contesto di riferimento.....	7
<b>SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO. PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE</b> .....	<b>12</b>
Sottosezione 2.1 Valore pubblico.....	12
2.1.1 Il processo di creazione del valore.....	12
2.1.2 I sei capitali fondamentali nel processo di creazione del valore.....	12
2.1.3 Missione e vision aziendale.....	14
2.1.4 Gli stakeholder.....	17
2.1.5 La pianificazione triennale: Gli obiettivi dell'amministrazione ("specifici").....	18
Sottosezione 2.2 Performance.....	21
2.2.1 La programmazione annuale.....	21
2.2.2 Dalla performance organizzativa alla performance individuale.....	21
2.2.3 Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione della Sezione performance.....	22
Sottosezione 2.3 Rischi corruttivi e trasparenza.....	23
2.3.1 Analisi del contesto di riferimento esterno e interno in relazione all'emergenza epidemiologica da COVID-19.....	25
2.3.2 Analisi del contesto esterno.....	27
2.3.3 Analisi del contesto interno.....	28
2.3.4 Rischio sanitario e strategie di prevenzione.....	29
2.3.5 Soggetti e ruoli della strategia di prevenzione.....	30
2.3.6 Mappatura dei rischi: aree, processi e metodologia utilizzata.....	34
2.3.7 Misure di carattere generale per prevenire il rischio di corruzione.....	36
2.3.8 Misure di carattere specifico per prevenire il rischio di corruzione – Mappatura dei processi.....	44
2.3.9 Trasparenza e pubblicazione dei dati.....	56
2.3.10 Implementazione del portale "Amministrazione Trasparente".....	70
2.3.11 Certificazione bilancio PAC.....	73
2.3.12 Sistemi informatizzati di gestione dei flussi documentali e di redazione degli atti.....	74
2.3.13 Iniziative in materia di Trasparenza.....	74
2.3.14 Definizione da parte degli Organi di indirizzo degli obiettivi strategici.....	75
2.3.15 Nomina Responsabile Anagrafe unica stazioni appaltanti.....	75
<b>SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO</b> .....	<b>76</b>
Sottosezione 3.1 Struttura organizzativa.....	76
3.1.1 L'organizzazione.....	76
Sottosezione 3.2 Organizzazione del lavoro agile.....	80
Sottosezione 3.3 Piano triennale dei fabbisogni del personale.....	84
3.3.1 Piano triennale dei fabbisogni del personale 2020/2022.....	84
3.3.2 Formazione del Personale.....	95
<b>SEZIONE 4. MONITORAGGIO</b> .....	<b>101</b>
Allegato 1 —Sezione Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione - Sotto sezione Performance - Piano degli obiettivi.....	104
Allegato 2 –Sezione Organizzazione e capitale umano - Sotto sezione Piano triennale dei fabbisogni di personale 2020-2022.....	108

## Premessa al Piano

Premesso che 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*. Esso 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.

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.

## SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

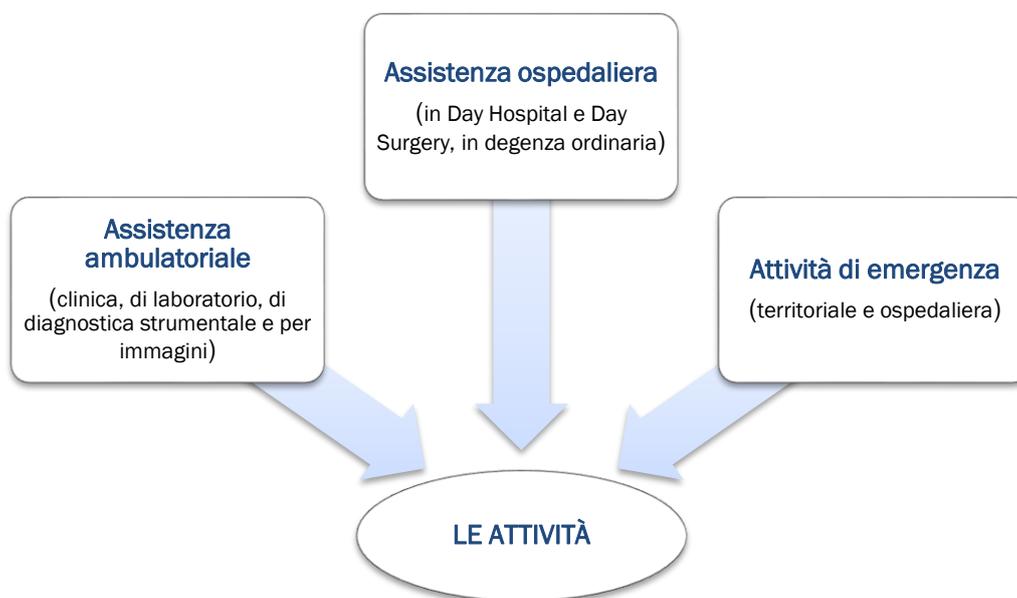
### 1.1 Le attività

L'AOUR, in quanto espressione originale dell'integrazione di due distinti ordinamenti (Servizio Sanitario Regionale e Università), assume un modello organizzativo dinamico ed equilibrato tra le due componenti, nel quale la specificità di ciascun operatore è definita dall'insieme degli obiettivi dell'Azienda, a prescindere dal sistema giuridico di provenienza.

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

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

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



Nel presente paragrafo sono presentati i principali "numeri" aziendali di attività quali utili informazioni per descrivere la specifica realtà di cui si tratta ed il punto di partenza dell'organizzazione.

In questa annualità specifica, ovvero 2022, definire la programmazione volumetrica dell'attività sia di quella di ricovero che di quella ambulatoriale, è ancora più complesso e soggetto a potenziali variazioni per effetto dell'emergenza sanitaria da COVID-19 ancora in corso. Già la stessa ha avuto un impatto sui volumi complessivi di attività nel 2020 e 2021 come mostrano le tabelle che seguono rispetto all'anno 2019, ante COVID-19.

L'AOUOORR si attende di erogare circa 41.500 ricoveri complessivi di cui 73% in regime ordinario e 27% diurno.

DATI DI RICOVERO				
		2021*	2020	2019
Dimessi	Ordinari	28.783	28.340	33.761
	Day Hospital	9.110	9.511	13.776
	<b>Totali</b>	<b>37.893</b>	<b>37.851</b>	<b>47.537</b>
Giornate di degenza	Ordinari	242.065	240.952	265.432
	Day Hospital	28.423	29.675	38.569
	<b>Totali</b>	<b>270.488</b>	<b>270.627</b>	<b>304.001</b>

\* Dati provvisori

Il peso medio aziendale sia per ricoveri in regime ordinario che per quelli in regime diurno si consolida su un valore particolarmente alto di 1,5 complessivo. Su tale valore hanno inciso in modo rilevante i ricoveri di pazienti COVID-19 che hanno registrato un peso medio decisamente più alto della media ordinaria.

	Ricoveri Ordinari			Ricoveri Diurni			Totale		
	2021*	2020	2019	2021*	2020	2019	2021*	2020	2019
Peso medio del ricovero	1,62	1,57	1,49	0,98	0,95	0,91	1,50	1,41	1,30

\* Dati provvisori

Si conferma la vocazione chirurgica dell'azienda con una percentuale dell'attività chirurgica sul totale dei ricoveri ordinari pari a circa il 49% ed in *day surgery* al 39%.

	Ricoveri Ordinari			Ricoveri Diurni			Totale		
	2021*	2020	2019	2021*	2020	2019	2021*	2020	2019
% di DRG chirurgici	49,24%	49,35%	48,42%	38,70%	34,78%	34,73%	46,71%	45,69%	44,45%

\* Dati provvisori

Nei tre blocchi operatori si prevede di poter garantire circa 17.000 interventi, cui si aggiungono i circa 15.000 nelle sale interventistiche (emodinamica, endoscopia urologica, pneumologia interventistica, radiologia interventistica body e neuro, elettrofisiologia e aritmologia). L'obiettivo 2022, compatibilmente con evoluzioni non prevedibili della pandemia, è quello di tornare a garantire l'attività chirurgica per tutte le patologie no COVID-19.

Quanto all'attività ambulatoriale, l'AOUOORR eroga annualmente circa 3,8 ML di prestazioni ambulatoriali per pazienti c.d. interni (ricoverati) e oltre 1,8 ML di prestazioni per pazienti c.d. esterni (regime ambulatoriale). La pandemia del 2020 ha compromesso in modo significativo la capacità di offerta dell'Azienda, come anche nel 2021, con la speranza, tuttavia che l'Azienda possa ripristinare i propri volumi produttivi nel 2022.

L'89% dell'attività per interni è attività di laboratorio, il 4% attività diagnostica e l'7% attività clinica, mentre il reparto per branca delle prestazioni per esterni evidenzia il 60% per attività di laboratorio, 4% attività diagnostica per immagini e strumentali, 36% di attività clinica.

PRESTAZIONI AMBULATORIALI			
	2021*	2020	2019
Per esterni	1.825.799	1.654.057	2.085.470
Per interni	3.860.003	3.517.450	3.756.592

\* Dati provvisori

Essendo una struttura ospedaliera sede di Dipartimento di Emergenza di secondo livello, l'AOUOORR qualifica una parte rilevante della propria attività come emergenza/urgenza. Presso le tre strutture di pronto soccorso (adulto, pediatrico e ostetrico-ginecologico) si registravano nel 2019, oltre 90.000 accessi annui di

cui 12% codice bianco, 64% per codice verde, 22% codice giallo e 2% codice rosso. Ora, in considerazione dell'impatto che la pandemia da COVID-19 ha avuto nel biennio 2020-2021, gli accessi sono scesi a circa 67.000.

L'attività di ricovero dell'AOUOORR, medica e chirurgica, risulta erogata per un 53% in regime di urgenza.

### 1.2 Le risorse economiche e strumentali disponibili

Per quanto riguarda le risorse economiche a disposizione dell'AOUOORR, in coerenza con le assegnazioni regionali di cui alle DD.GG.RR n. 1568 del 13/12/2021 e 1361 del 30/12/2021 rispettivamente per le risorse assegnate a bilancio preventivo 2021 e autorizzazione provvisoria alla gestione 2022, sono state individuate le risorse per il triennio 2020-2022. Non vi sono al momento informazioni circa le risorse 2023 che, di conseguenza, sono previste pari al 2022.

		BILANCIO CONSUNTIVO 2020 OO.RR.	Bilancio di previsione 2021 AOU Ospedali Riuniti di Ancona e DIRMT - DGR 1568/2021	Bilancio di previsione 2022 provvisorio AOU Ospedali Riuniti di Ancona e DIRMT - DGR 1628/2021
f=(a4+b+c+e2)	TOTALE TRASFERIMENTI DA REGIONE AGLI ENTI DEL SSR	388.337.630 €	400.921.427	397.927.668
g	ENTRATE PROPRIE DEGLI ENTI DEL SSR DI CUI:	31.862.627 €	27.802.572	23.271.920
h=f+g	TOTALE RISORSE DISPONIBILI PER GLI ENTI DEL SSR	420.200.257	428.723.999	421.199.588
i	TOTALE COSTI	420.200.257 €	428.723.999	421.199.588
i1	Gestionali (al netto degli scambi SSR)	414.643.885 €	422.723.999	415.574.588
	Mobilità passiva interregionale e internazionale			
i3	Rinnovi contrattuali	1.556.371 €		
i4	Costi da destinare agli investimenti ai sensi del D.Lgvo 118/2011	4.000.000 €	6.000.000	5.625.000
j = (h-i)	Avanzo/disavanzo programmato	-	-	

In merito alle risorse strumentali all'attività sanitaria, si evidenzia in questa parte del PIAO il parco biomedicale ed i posti letto.

Il parco tecnologico dell'Azienda Ospedali Riuniti, nell'anno 2021, è misurato in 15.528 apparecchiature censite, per un valore di sostituzione complessivo pari a € 118.098.803.

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

In tabella che segue viene riportata la suddivisione delle apparecchiature in funzione della formula di acquisizione per l'anno 2021.

Tipologia di acquisizione delle apparecchiature elettromedicali	Proprietà	Service e Comodato	Noleggio e Prova	Università
A.O.U.OO.RR	9.999	4.202	609	718

La complessità della tecnologia in uso può essere descritta sinteticamente nella distinzione in grado tecnologico alto, medio e basso:

Grado tecnologico e rispettiva valorizzazione economica	Alto		Medio		Basso	
	Numero app.	Valore	Numero app.	Valore	Numero app.	Valore
A.O.U.OO.RR.	867	€ 49.601.884	9.898	€ 62.148.309	4.763	€ 6.348.610

Dall'analisi della vetustà del parco macchine emergono i risultati riportati sotto:

Rappresentazione percentuale della obsolescenza del parco biomedicale	Inferiore a 5 anni	Fra 5 e 10 anni	Superiore ai 10 anni
A.O.U.OO.RR	45,78%	17,69%	36,53%

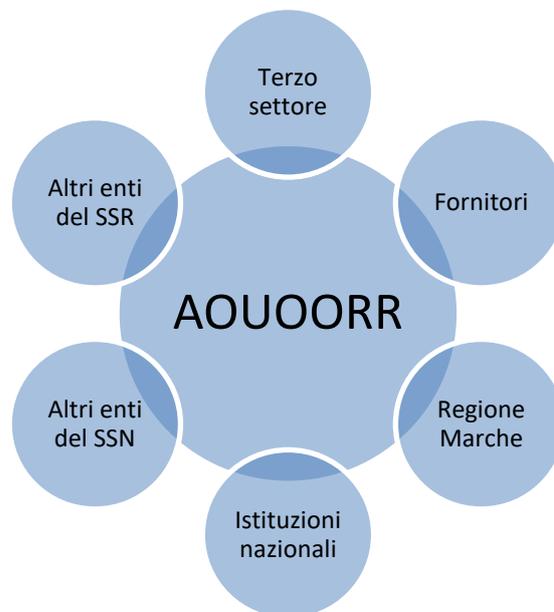
Il 45,78% di tutte le apparecchiature ha meno di cinque anni a fronte di un 36,53% che ne ha più di dieci. Si conferma un sostanziale miglioramento in merito all'obsolescenza delle apparecchiature superiore a 10 anni a seguito del rinnovo del parco tecnologico avviato a partire dal 2016.

Attualmente i posti letto direttamente gestiti dall'AOUOORR sono pari a 936 unità. Dei 936 posti letto 851 sono in degenza ordinaria (di cui 12 per riabilitazione e 839 per acuti comprensivo di 20 culle), 80 in *day hospital* (di cui 3 per riabilitazione e 77 per acuti) e 5 posti letto in *day surgery* (per acuti).

A seguito del potenziamento delle terapie intensive e semi-intensive conseguente al manifestarsi dell'emergenza sanitaria da COVID-19 ed in adempimento del DL 34/2020 nonché della delibera regionale DGR n.751 del 16/06/2020 "Linee di indirizzo organizzative per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID-19 in attuazione del DL 19 maggio 2020 n.34" la dotazione di posti letto aziendale dovrà essere aumentata di 38 PL di Terapia intensiva, oltre alla trasformazione di 40 posti letto non intensivi in semi-intensivi.

### 1.3 Contesto di riferimento

L'analisi del contesto esterno prende in considerazione le variabili significative dell'ambiente in cui opera l'AOUOORR. In particolare, in questa sezione del piano saranno evidenziati i principali interlocutori dell'Azienda in grado di incidere sulla capacità aziendale di determinare e raggiungere gli obiettivi strategici prefissati. Gli atti di seguito evidenziati costituiscono la cornice di riferimento delle azioni dell'AOUOORR che possono essere interpretati in taluni casi come vincoli, in tali altri come opportunità.



## Il livello nazionale

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

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

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

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

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

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

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

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

Di particolare importanza per gli Enti del SSN è il nuovo Sistema di Garanzie (NSG). Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) è lo strumento che consente, con le numerose informazioni ad oggi disponibili sul Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), di misurare secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e della appropriatezza che tutti i cittadini italiani ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei Livelli essenziali di assistenza. Esso rappresenta una svolta significativa nelle metodologie di monitoraggio dei LEA e aggiorna il Sistema di Garanzia introdotto nel 2000. Il DM 12 marzo 2019 "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" è stato pubblicato in G.U. il 14 giugno 2019 e sarà operativo a partire dal 1 gennaio 2020.

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

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

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

Incidono, inoltre, in modo determinante ancora su tale piano triennale gli interventi normativi emanati per affrontare l'emergenza sanitaria da COVID-19. In particolare,

- Delibera Consiglio dei Ministri 31/01/2020 “*Dichiarazione dello stato di emergenza in conseguenza del rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili*”;
- Decreto Legge n. 18 del 17/03/2020 “*Misure di potenziamento del servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, laboratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19 convertito con modificazioni dalla legge 24 aprile 2020, n.27*”;
- Decreto Legge n. 34 del 19/05/2020 “*Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19, convertito con modificazioni dalla legge 17 luglio n.77*”;
- Decreto Legge n. 104 del 14/08/2020 “*Misure urgenti per il sostegno ed il rilancio dell'economia, convertito con modificazioni nella legge 13 ottobre 2020 n.126*”;
- Decreto Legge n. 41 del 22/03/2021 “*Misure urgenti in materia di sostegno alle imprese e agli operatori economici, di lavoro, salute e servizi territoriali, connesse all'emergenza da COVID-19*”;
- Decreto Legge n. 73 del 25/05/2021 “*Misure urgenti connesse all'emergenza da COVID-19 per le imprese, il lavoro, salute e servizi territoriali*”;
- Decreto Legge n. 146 del 21/10/2021 “*Misure urgenti in materia economica e fiscale, a tutela del lavoro e per esigenze indifferibili*”;
- Decreto Legge n. 221 del 24/12/2021 “*Proroga dello stato di emergenza nazionale e ulteriori misure per il contenimento della diffusione dell'epidemia da COVID-19*”.

### Il livello regionale

In applicazione del PSSR 2012-2014, ma in coerenza con i nuovi standard definiti al livello nazionale sull'offerta sanitaria, di cui al DL.95/2012, la Regione Marche ha adottato la DGR n.1696/2012, che, al capitolo “Assistenza ospedaliera”, oltre alla riduzione di ulteriori 310 posti letto, rispetto al Piano Sanitario, necessaria per raggiungere il tasso di 3,7‰ abitanti, stabilisce gli interventi sulla rete ospedaliera per raggiungere l'obiettivo di “Riduzione della frammentazione ospedaliera” grazie anche alla “Riconversione di almeno una struttura per Area Vasta, escluso l'AV5, in attività di supporto territoriale/residenziale extraospedaliero”. Successivamente, con la delibera della Giunta Regione Marche n. 735 del 20/5/2013 avente ad oggetto “Riduzione della frammentazione della Rete Ospedaliera, Riconversione delle piccole strutture ospedaliere e riorganizzazione della Rete Territoriale della Emergenza-Urgenza della Regione Marche in attuazione della DGR 1696/2012” e poi ancora n.908/2015, n.2/2018 e n.639/2018 è stata definita la dotazione di posti letto per area vasta e azienda.

La Delibera della Giunta Regione Marche n. 1345 del 30 settembre 2013 “Riordino delle reti cliniche della Regione Marche” prevede la riorganizzazione dell'offerta sanitaria regionale attraverso la definizione delle reti cliniche. Essa rappresenta l'asse portante della riorganizzazione prevista dal PSSR 2012-2014, avente carattere più organizzativo che strutturale (come quello della riduzione dei PL). È evidente che all'AOUOORR in quanto unica struttura assistenziali di secondo livello della Regione Marche spetta assumere il ruolo di Hub

in tutte le discipline di alta complessità, garantendo poi uno stretto raccordo con le strutture HUB sia in fase di ricezione del paziente, ma soprattutto in fase di dimissione ad altro istituto una volta superata la fase acuta della patologia.

Di rilevante ripercussione interna è la DGR Marche n. 551/2013 avente ad oggetto “Articolo 12, lettera b) Patto per la salute 2010-2012. Definizione parametri per la riduzione delle strutture complesse e semplici degli enti del servizio sanitario regionale in esecuzione della deliberazione della giunta regionale n.1696/2012”.

Con delibera di Giunta regionale n.1219 del 27/10/2014 sono state apportate alcune modifiche sia alla DGR n.1345/2013 sia alla DGR n.551/2013 sopra richiamate al fine di rimodellare i valori sulla base della prima applicazione nel corso del 2014.

Con DGR Marche n. 462/2019 è stato recepito il Piano Regionale per il Governo delle liste di attesa (PRLGA) 2019-2021 per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e diagnostica sottoposte a monitoraggio dal Piano Nazionale Governo Liste di Attesa per gli erogatori pubblici e privati accreditati della Regione Marche. La delibera stabilisce gli strumenti per dare attuazione agli impegni nazionali in tema di tempi di attesa per classe di priorità. Inoltre, sempre sul tema e in conseguenza della pandemia da COVID-19 scoppiata nel 2020, secondo quanto previsto dall’art.29 del DL 14 agosto 2020, n.104 rubricato “disposizioni urgenti in materia di liste di attesa, con DD.GG.RR. n.827/2020 e 1363/2020 ha definito e finanziato il piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa sia di ricovero che ambulatoriali.

In adempimento e coerenza con il DM 70/2015 sopra richiamato, la Regione Marche ha emanato atti di riordino dell’attività sanitaria e ricognitivi del rispetto degli standard tra cui la DGR n.159/2016 e la DGR Marche 1554/2018.

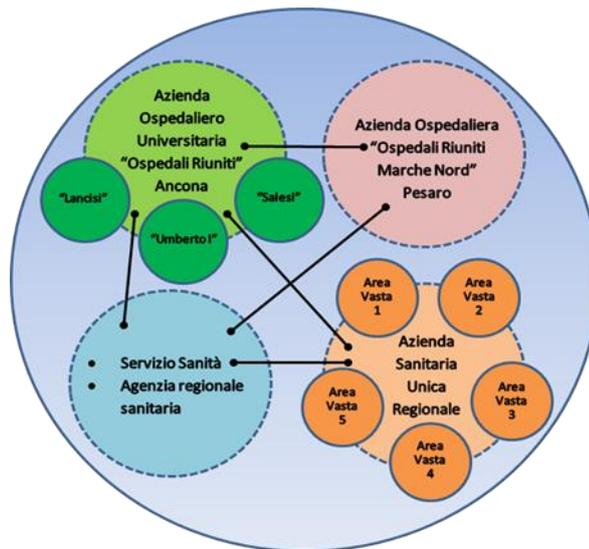
Sul tema del personale, della sua gestione e soprattutto dei suoi vincoli economici, la Regione è intervenuta con DGR n.1261 del 05/08/2020 per aggiornare il c.d. tetto del personale definito per questa Azienda con DGR n.82/2019, successivamente modificata con DG n.115/2019 in adempimento dell’art. 11 del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35 convertito dalla legge 25 giugno 2019, n. 60, come modificato dal decreto-legge 26 ottobre 2019 n. 124 convertito nella legge 19 dicembre 2019 n. 157. Infine, la DGRM n. 1670/2021 ha definito per l’AOU di Ancona il limite di € 158,3 ML.

Con DGR n.751 del 06/06/2020 “Linee di indirizzo organizzative per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID-19 in attuazione del DL 19 maggio 2020 n.34” la Regione Marche ha definito l’assetto a regime della rete ospedaliera conseguente all’emergenza sanitaria COVID-19. Infatti, l’esperienza in corso e maturata in tale occasione ha fatto emergere situazioni di potenziali criticità a regime nella dotazione dei PL regionali di tipo semintensivo ed intensivo. Su questo è intervenuto il DL 34 a livello nazionale, all’articolo 2, definendo la ristrutturazione della rete ospedaliera e finanziando la messa a disposizione di tali tipologie di posti letto, allestiti di tutto il necessario, facendo adeguare le regioni che non lo fossero al parametro dello 0,14 PL/1000 abitanti di Terapia Intensiva. Per questa Azienda, la Regione Marche, nella deliberazione richiamata ha stabilito che dei 105 PL aggiuntivi regionali da allestire, spettano 36 PL presso il presidio di torrette e 2 presso il presidio Salesi (totale, dunque 38 PL di TI).

Infine, sul tema del rispetto dei vincoli economici previsti dalla programmazione di bilancio regionale, con DGR Marche n.1628/2021 sono state definite le risorse assegnate agli Enti in via provvisoria per la gestione e per gli investimenti 2022.

### Le altre Aziende del SSR

Il Sistema Sanitario Marchigiano è organizzato in 4 enti ospedalieri pubblici di cui 1 Azienda Sanitaria Locale, 1 Azienda Ospedaliero Universitaria, 1 Azienda Ospedaliera, 1 IRCCS.



Nel sistema sanitario regionale, continue e profonde sono le interrelazioni tra l'AOUOORR e le altre Aziende del SSR, ASUR, INRCA e AO Ospedali Riuniti Marche Nord. Basti pensare che il riordino delle reti cliniche coinvolge trasversalmente per ciascuna disciplina tutte le 4 aziende, individuando punti "Hub" e punti "spoke" in funzione delle specifiche *mission* degli enti.

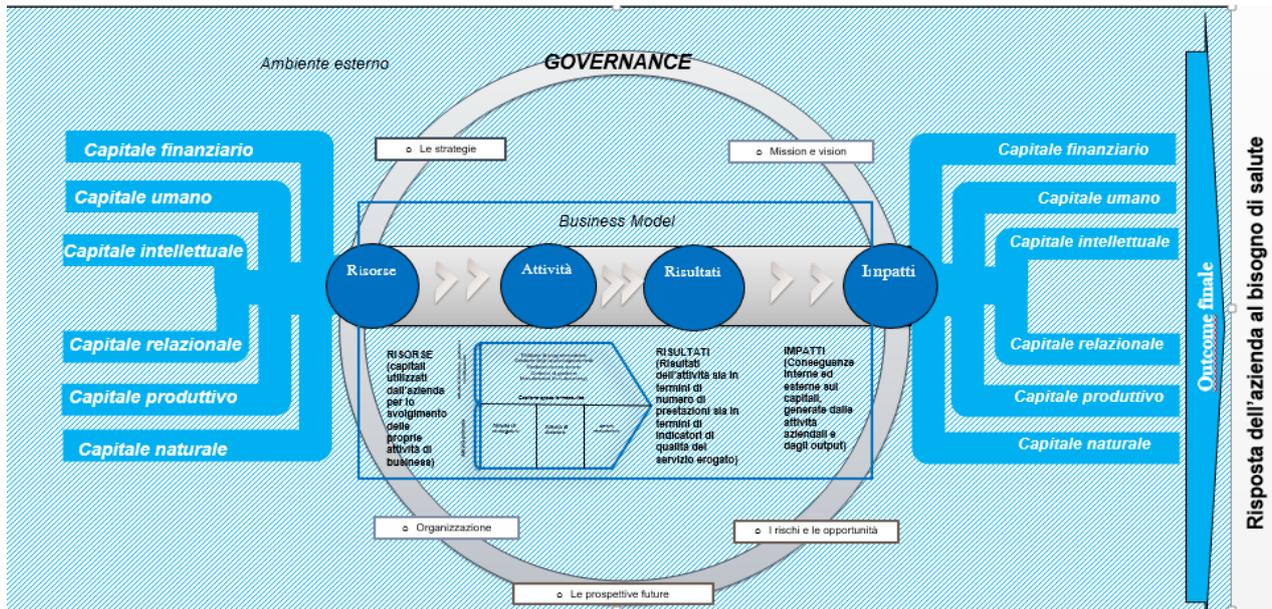
È evidente che la capacità di raggiungere gli obiettivi strategici dell'AOU dipenderà dalla capacità di raggiungere gli obiettivi strategici propri anche delle altre aziende e, soprattutto, di integrarsi e correlarsi per il raggiungimento dell'equilibrio complessivo regionale costi/qualità.

L'analisi del contesto interno evidenzia le risorse organizzative, strumentali, umane ed economiche a disposizione dell'AOUOORR per il raggiungimento degli obiettivi strategici perseguiti nel triennio di riferimento. Esse costituiscono i presupposti/vincoli per le strategie ed i programmi del periodo di riferimento.

## SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO. PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

### Sottosezione 2.1 Valore pubblico

#### 2.1.1 Il processo di creazione del valore



Lo schema riportato sopra rappresenta il processo di creazione di valore dell'AOUOORR.

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

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

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

La creazione di valore si sostanzia nel garantire una risposta complessa ai bisogni di salute della popolazione: questo rappresenta il vero *outcome* per l'azienda, primariamente considerato nel processo di creazione di valore.

#### 2.1.2 I sei capitali fondamentali nel processo di creazione del valore

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

##### Capitale finanziario

Insieme dei fondi (cioè le risorse finanziarie e monetarie) che l'AOUOORR 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'AOUOORR. Il capitale umano è espressione della forte integrazione tra il sistema ospedaliero e il sistema universitario. Grazie a una costante attività di formazione, il personale accresce in modo continuativo le proprie competenze tecnico-professionali necessarie a svolgere le attività specifiche di ogni tipologia di figura professionale presente in azienda. Allo stesso tempo, ciascuna persona opera in continua integrazione con i vari operatori della salute a livello aziendale ma anche regionale allo scopo di contribuire al perseguimento delle linee strategiche aziendali.

### *Capitale intellettuale*

Insieme delle risorse immateriali che in azienda contribuiscono alla creazione di valore. Comprende: i risultati dell'attività di ricerca e di sperimentazione svolta dal personale dell'azienda, anche grazie alla costante interazione con i ricercatori e i professori della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Politecnica delle Marche e la continua collaborazione a progetti nazionali e internazionali; le progettualità previste nell'ambito dell'innovazione che consentono il miglioramento tecnologico e dei processi a beneficio della qualità dei servizi. Inoltre, specifica risorsa è l'insieme di conoscenze implicite strutturate in protocolli, procedure e sistemi informatici.

### *Capitale relazionale*

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

### *Capitale produttivo*

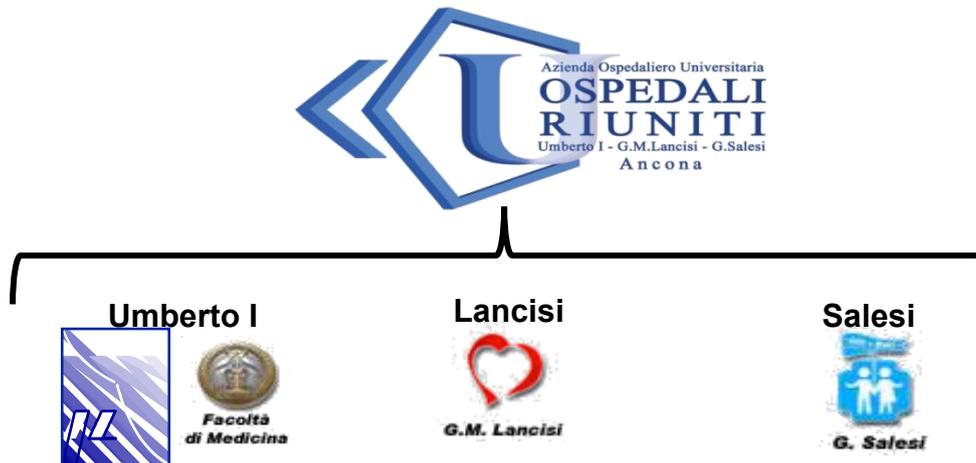
Tutti i beni mobili ed immobili apportati dall'Azienda Ospedaliera "Umberto I", "G.M. Lancisi" e "G. Salesi", nonché da tutti i beni successivamente acquisiti nell'esercizio della propria attività o a seguito di atti di liberalità, anche in conformità a quanto previsto dalla normativa. Sono incluse le immobilizzazioni materiali tra le quali rientrano gli edifici o i macchinari, gli impianti e le attrezzature (di proprietà dell'AOUOORR 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'AOUOORR. 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.

### 2.1.3 Missione e vision aziendale

L'Azienda "Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti Umberto I – G.M. Lancisi – G. Salesi", nasce il 1 gennaio 2004 dalla fusione per incorporazione delle tre ex Aziende Ospedaliere Umberto I, azienda mista su cui insisteva il triennio della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Ancona, G.M. Lancisi ad orientamento cardiologico e G. Salesi ad orientamento pediatrico. Oggi le tre ex Aziende sono perfettamente integrate in una unica Azienda con personalità giuridica, istituita ai sensi del D.Lgs. n. 517/99. Nel prosieguo del documento, per semplicità espositiva, l'Azienda viene denominata A.O.U.OO.RR.



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

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

All'interno della sede di Torrette di Ancona, è collocata la Direzione del Dipartimento Regionale Interaziendale di Medicina Trasfusionale (DIRMT), istituito con Legge Regionale n.13/2003 (art. 25). La Deliberazione n. 1731 del 29/11/2010 (e la precedente DGR Marche n. 873/2008) regola il Dipartimento e lo caratterizza come strumento organizzativo e gestionale sotto il profilo tecnico, scientifico, logistico e amministrativo di tutte le attività trasfusionali; demandando le funzioni propriamente amministrative all'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti Umberto I – GM Lancisi – G Salesi".

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

L'obiettivo fondamentale dell'A.O.U.OO.RR. è il raggiungimento del più elevato livello di risposta alla domanda di salute (intesa come mantenimento della salute fisica, psichica e sociale) in un processo che includa in modo inscindibile la didattica (intesa come strumento di costruzione e miglioramento delle competenze degli operatori) e la ricerca (intesa come continuo progresso delle conoscenze e risorse cliniche e biomediche). Al raggiungimento di tale obiettivo concorrono tutte le competenze scientifiche e cliniche della Facoltà di Medicina e Chirurgia e quelle del Servizio Sanitario.

Presidio ospedaliero di secondo livello e dotato, quindi, di un Dipartimento di Emergenza di secondo livello, eroga assistenza in fase acuta nelle discipline di particolare complessità assistenziale e che necessitano di una multidisciplinarietà.

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

L'A.O.U.OO.RR. individua, alla luce dei susposti principi, quali elementi costitutivi della propria missione istituzionale:

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

**L'ospedale è una missione.**

Al suo interno operano e cooperano professionisti competenti: persone che si occupano del benessere di altre persone in modo **Gentile, Generoso, Geniale**

**L'ospedale è uno spazio pubblico.**

Si integra nel tessuto del territorio, nella città e nella vita dei suoi abitanti, dialogando in trasparenza con tutti gli attori della vita pubblica.

**L'ospedale è un presidio organizzato di benessere.**

Contribuisce alla salute fisica, psichica e sociale della comunità garantendo cure appropriate, sicure ed efficienti.

**L'ospedale è un centro di conoscenza e di ricerca.**

Collabora con l'Università per generare idee e pratiche innovative e formare le prossime generazioni di specialisti.

**L'ospedale è un laboratorio di innovazione.**

Al suo interno, le tecnologie e i metodi più avanzati garantiscono il più alto livello di assistenza.

**L'ospedale è il centro di un network clinico.**

Fa da riferimento per la rete assistenziale regionale, polo di attrazione delle regioni limitrofe e di altri Paesi.



## **Missione**

*Rispondere alla domanda di salute (fisica, psichica e sociale), garantendo appropriatezza, sicurezza, qualità ed efficienza delle prestazioni e delle cure anche mediante un progressivo sviluppo della ricerca (in ambito clinico e biomedico) e un miglioramento delle competenze degli operatori, grazie ad attività didattiche di supporto.*

## **Visione**

*Raggiungimento di tale obiettivo – indicato nella mission - concorrono tutte le competenze scientifiche e cliniche del Servizio Sanitario e della Facoltà di Medicina e Chirurgia. Le strategie e le azioni vanno orientate alla piena integrazione nel Servizio Sanitario della Regione Marche, consolidandosi nel ruolo "Azienda di riferimento regionale", perno della rete assistenziale regionale per il livello di complessità adeguato, polo di attrazione anche delle Regioni limitrofe.*

## 2.1.4 Gli stakeholder

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



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

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

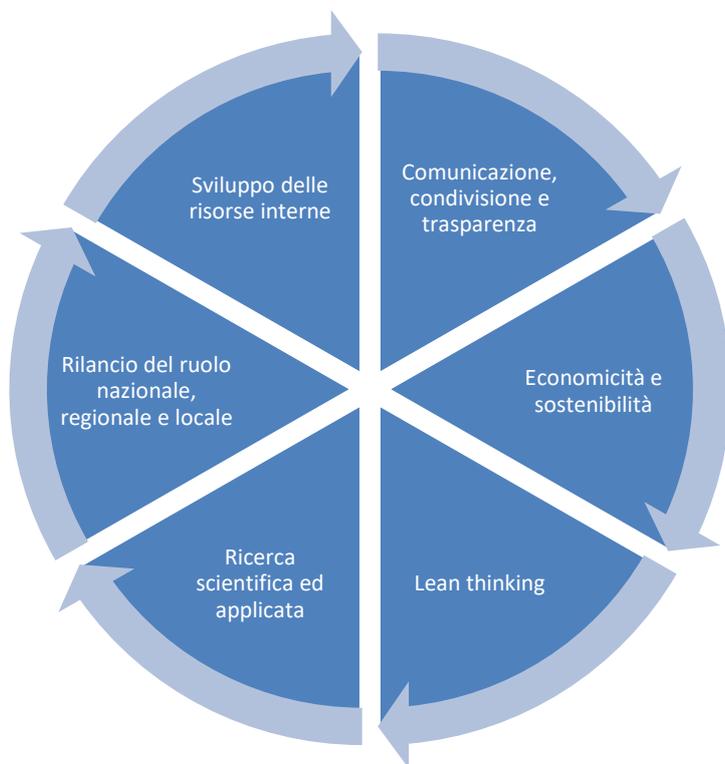
Gli indirizzi comunitari e nazionali e le politiche regionali nonché gli ambiti di intervento delle altre aziende del sistema sanitario disegnano il quadro entro il quale si delineano le strategie dell'AOUOORR per perseguire la mission. In particolare, i documenti di programmazione sanitaria ed economica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

In coerenza con la proposta di linee guida per la compilazione del PIAO, la sottosezione è finalizzata, in particolare, tra gli obiettivi strategici dell'Ente devono essere indicati, almeno:

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

Alla luce delle considerazioni fatte sin qui, gli obiettivi strategici per il triennio 2022-2024 dell'AOUOORR possono essere così sintetizzati:

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



#### Accrescere comunicazione, condivisione e trasparenza

L'AOUOORR ha interesse a favorire forme di dialogo e comunicazione con tutti gli stakeholder. L'Azienda si impegna a garantire la piena soddisfazione di quanto richiesto dalla normativa e dai regolamenti in materia

socio-sanitaria, attraverso la produzione, l'aggiornamento e la pubblicazione di documenti atti a garantire trasparenza nelle procedure e accesso civico agli stessi. L'impegno si estende all'implementazione di misure di prevenzione della corruzione e di processi finalizzati a sviluppare informatizzazione e tracciabilità dei flussi operativi e gestionali. Le strategie in tale ambito non si fermano a soddisfare gli adempimenti normativi, ma si focalizzano su obiettivi e azioni mirate a rafforzare la comunicazione dell'Azienda verso tutti gli stakeholder e a migliorare le percezioni di fiducia, sicurezza e qualità da parte degli utenti. Comunicazione che non vuole essere uni-direzionale, ma vuole accrescere la condivisione tra i diversi attori del servizio sanitario. Rientrano in questo disegno strategico i progetti promossi dalla Direzione e rivolti al personale interno visto come interprete delle istanze strategiche e autore di proposte.

#### Promuovere economicità e sostenibilità

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

#### Lean Thinking

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

#### Integrare e sviluppare ricerca scientifica ed applicata

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

#### Essere ospedale di riferimento locale, nazionale e sovranazionale

L'AOUOORR mira a garantire un costante miglioramento della qualità dell'attività assistenziale mediante un disegno strategico focalizzato sulla valorizzazione del proprio ruolo di ospedale di riferimento regionale ed extraregionale per alcune specialità distintive. Quale struttura di alta complessità, l'Azienda persegue strategie volte a divenire polo di attrazione in ambito nazionale e sovranazionale, mediante il perseguimento di obiettivi volti a innalzare le professionalità cliniche e scientifiche, sviluppare la qualità delle prestazioni di elevato livello, garantire un costante miglioramento dei tempi di erogazione delle prestazioni e potenziare l'attività

“operatoria”. Orientarsi in questa direzione vuol dire per l’Azienda operare in sinergia con l’Università, così da divenire attrattivi non solo per i pazienti ma anche per le professionalità mediche che vedono nell’Azienda un luogo di crescita e formazione continua. Come ospedale di riferimento per la comunità locale e il territorio circostante, l’Azienda persegue strategie finalizzate a favorire la continuità dell’iter assistenziale e, quindi, a evitare duplicazioni di attività e allungamenti nelle liste di attesa. La collaborazione e la coordinazione con gli altri enti del SSR e le istituzioni locali diviene, in questo percorso, essenziale. Operare in ottica di integrazione tra ospedale e territorio vuol dire per l’Azienda aprirsi a obiettivi focalizzati sul miglioramento dell’efficacia del processo integrato di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione.

#### Sviluppo delle risorse interne

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

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

Ciascun obiettivo strategico trova traduzione in obiettivi di performance organizzativa. Questi ultimi sono stati ricondotti agli ambiti della performance organizzativa di cui all’art.8 del D.Lgs n.150/2009 e s.m.i.:

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

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

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

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

## *Sottosezione 2.2 Performance*

### *2.2.1 La programmazione annuale*

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

L'A.O.U.OO.RR., 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 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'AOUOORR, 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 del Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza.

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

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

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

Posta la necessaria correlazione tra gli obiettivi prefissati nel Piano della Performance e la programmazione economico-finanziaria e di bilancio, merita evidenziare come il presente documento relativo all'anno 2022 è

stato reso compatibile con le risorse assegnate in via provvisoria a questa azienda dalla Regione Marche, con DGR n.1628 del 30/12/2021. Permane, indubbiamente una criticità di origine esterna per il ciclo di gestione delle performance nel disallineamento tra i tempi di definizione del piano della performance ed il bilancio preventivo economico annuale e pluriennale che viene predisposto, dietro autorizzazione regionale, al momento dell'assegnazione definitiva delle risorse da parte della Regione Marche. Pertanto, la coerenza del Piano della performance viene garantita con la programmazione economica provvisoria. L'Azienda ha provveduto 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 2022.

### *Sottosezione 2.3 Rischi corruttivi e trasparenza*

L'art. 1, comma 12 del D.L. 30 dicembre 2021, n. 228 (*"Decreto Milleproroghe 2022"*), dispone la proroga al 30 aprile 2022 per l'adozione di uno o più Decreti del Presidente della Repubblica al fine di individuare e abrogare gli adempimenti relativi ai piani assorbiti dal Piano Integrato di Attività e Organizzazione, introdotto dall'art. 6 del D.L. n. 80 del 09.06.2021 (convertito con modificazioni dalla L. 6 agosto 2021, n. 113), stante quindi la permanente vigenza, a tutt'oggi, delle disposizioni in materia di adozione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, la presente Sottosezione dedicata alle misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza rappresenta comunque aggiornamento del precedente Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, adottato ai sensi dell'art. 1, comma 8 della Legge 190/2012 approvato con determina del Direttore Generale n. 359 del 31.03.2021.

La suddetta Sottosezione è stata elaborata a cura del Responsabile aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (RPCT), 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 2021.

Soprattutto, però, tale Sottosezione non può non tenere conto degli effetti sul quadro normativo e regolamentare nazionale e sull'attività aziendale prodotti dallo sforzo per la lotta alla pandemia da COVID-19, evento che ha condizionato le annualità 2020 e 2021 e che, presumibilmente, condiziona in gran parte anche il 2022. Il tema sarà ripreso di seguito.

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 *stakeholders* interni ed esterni, nel rispetto delle indicazioni riportate nel Piano Nazionale Anticorruzione (PNA), approvato dall'Autorità Nazionale Anticorruzione, aggiornato con Determinazione n. 1064 del 13 novembre 2019.

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.

È necessario tenere conto inoltre che, in questo momento storico, la lotta alla pandemia da COVID-19 può dare luogo a imprevedibili sviluppi nella normativa nazionale e regionale e può imporre all'Azienda subitanei rivolgimenti nella propria organizzazione, rendendo necessari anche aggiornamenti delle azioni e delle misure anticorruzione.

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.

In regime di previgenza rispetto al P.N.A. 2016 e dell'aggiornamento della normativa in materia di trasparenza, mancava una disciplina del processo di formazione della politica di prevenzione della corruzione e della trasparenza che prevedesse una consapevole partecipazione degli Organi di indirizzo, i quali, diversamente dal passato, definiscono ora 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.

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 all'O.I.V. 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.

Chiude il cerchio l'anello di collegamento con l'Autorità Nazionale Anticorruzione che è l'O.I.V., il quale riferisce alla stessa A.N.A.C. l'attuazione di dette misure.

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'Amministrazione e i cittadini/utenti.

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.

La presente Sottosezione, in linea con la programmazione triennale degli anni precedenti e in coerenza con la programmazione nazionale in materia di anticorruzione, 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/pagina43_piano-triennale-per-la-prevenzione-della-corruzione-e-della-trasparenza.html) -

[https://ospedaliriuniti.etrasparenza2.it/pagina769\\_prevenzione-della-corruzione.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.

Per la validità e l'aggiornamento del Piano di cui la presente Sottosezione è parte integrante si rinvia a quanto stabilito all'interno della "Premessa al Piano".

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 in relazione all'emergenza epidemiologica da COVID-19

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.

L'inattesa esplosione nel 2020 della pandemia globale causata dal coronavirus SARS-CoV-2 e dalla malattia da esso causata, denominata COVID-19 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, ha messo a dura prova non solo il Servizio Sanitario Nazionale, ma anche l'intero sistema - paese e ha caratterizzato in maniera importante, se non addirittura prevalente, anche l'attività dell'AOU. Nelle fasi più acute dell'emergenza, caratterizzate anche dall'applicazione ripetuta di limitazioni della mobilità personale e di confinamento della popolazione sia a livello nazionale che regionale, l'AOU ha dovuto fornire le risposte assistenziali di livello avanzato che si richiedono ad un ospedale di alta specialità, con il proprio ruolo specifico nella rete ospedaliera regionale; ha dovuto far fronte a ripetute impennate nella domanda di ricoveri intensivi, o comunque di natura complessa; ha fornito attraverso i professionisti ospedalieri e universitari il proprio contributo alla ricerca e la partecipazione a studi scientifici da parte di singoli, di strutture operative o di staff multidisciplinari.

Sono state utilizzate le procedure semplificate per i lavori e le forniture, introdotte dalla normativa nazionale proprio per far fronte all'emergenza sanitaria (il c.d. 'Decreto Semplificazioni', Decreto-Legge 16 luglio 2020, n. 76, convertito poi in Legge 11.9.2020 n. 120).

Nell'ultimo scorcio del 2020 e per tutto l'anno 2021, nonché, data la proroga dello stato emergenziale sino al 31 marzo 2022, l'AOU, in qualità di ospedale di alta specialità e per la disponibilità delle tecnologie necessarie, con DGR Marche 31 dicembre 2020, n. 1699, è stata inoltre immediatamente coinvolta nell'attuazione del piano vaccinale nazionale, quale Punto Vaccinale Ospedaliero (PVO), dedicando risorse professionali, organizzative e materiali.

La Regione Marche è intervenuta quindi modificando, in via temporanea e straordinaria, l'organizzazione dei servizi sanitari già stabilita con la L.R. n. 13/2003 s.m.i., al fine di fronteggiare l'attuale emergenza epidemiologica, con conseguente necessità di rimodulare l'offerta dei posti letto.

Con determina n. 974/DG del 20.11.2020, in adempimento agli interventi regionali, l'Azienda ha adottato il *"Piano aziendale per la garanzia della continuità assistenziale (business continuity) durante la seconda fase di emergenza sanitaria COVID-19"*, predisposto congiuntamente con la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Politecnica delle Marche, in particolare prevedendo l'istituzione delle Aree COV (Setting Intensivo/Subintensivo/Ordinario) con dettaglio dei posti letto da attivare in base all'evoluzione del quadro pandemico.

Il continuo crescere dei contagi ha determinato rapidi e progressivi interventi, realizzati con successivi provvedimenti secondo l'evolversi della pandemia ed in proporzione ai dati epidemiologici, volti a realizzare un correlato aumento dei posti letto disponibili presso il presidio, con un supporto qualificato alla gestione dell'emergenza in corso.

Complessivamente, le azioni intraprese hanno comportato un crescente impegno da parte dell'Azienda in termini di intensità assistenziale, pur continuando la stessa ad operare nel costante rispetto delle precipue funzioni attribuite come ente del SSR, e, in particolare, dei principi, sanciti peraltro nella medesima Carta dei Servizi, di corretta gestione delle modalità di accesso alle prestazioni ambulatoriali ed ospedaliere da parte dei cittadini/utenti.

Nelle condizioni di continuo mutamento dell'epidemia, l'Azienda ha fatto ogni possibile sforzo per assicurare le attività assistenziali ordinarie, interrotte o limitate a causa dell'emergenza COVID-19, e per adeguare ogni settore alle prescrizioni nazionali e regionali per il lavoro e l'erogazione dell'assistenza in piena sicurezza.

Le attività di controllo a livello di struttura e a livello trasversale sono proseguite, in modo riorganizzato per far fronte alle limitazioni nei contatti diretti tra operatori e all'introduzione del 'lavoro agile'.

Nel campo specifico dell'assistenza sanitaria legata all'emergenza COVID-19 è stata copiosa la formulazione di protocolli e procedure di controllo; di essi proseguono il continuo aggiornamento e la revisione, rafforzando l'impianto dei controlli in maniera non episodica, ma strutturale.

La lotta alla pandemia, con un impegno senza precedenti e attraverso l'utilizzo di modalità organizzative poco sperimentate o inedite, ha comportato nelle due precedenti annualità, e sta già causando simili ripercussioni anche per l'anno 2022:

- ✓ la costituzione di specifiche aree e reparti per la cura del COVID-19;
- ✓ la redistribuzione di personale in tali aree, diverse da quelle di assegnazione e di ordinario impiego;
- ✓ la ridefinizione di moltissime procedure e protocolli;
- ✓ l'erogazione della formazione da remoto, con anche una accelerazione inedita sul tema del COVID-19 per gli operatori impegnati sul campo;
- ✓ l'avvio di procedimenti urgentissimi per l'aggiudicazione di lavori e forniture collegati all'emergenza;
- ✓ l'attivazione del lavoro agile o "smart working" per molti operatori non sanitari.

A ciò si aggiunga l'assunzione, in tempi sovente ristretti, di decine di figure tra professionali, dipendenti (a tempo indeterminato e determinato) e collaboratori a contratto libero-professionale e specializzandi.

Alcune di queste 'novità' sistemiche necessitano di essere approfondite anche sul piano degli aspetti di prevenzione dell'illegalità e degli episodi di 'cattiva amministrazione'. Si tratta delle seguenti:

- ✓ semplificazione delle procedure di affidamento di appalti e contratti;
- ✓ ricevimento di donazioni liberali da privati;
- ✓ gestione dei vaccini per il COVID-19: prevenzione di episodi di favoritismo, sottrazione o dispersione;
- ✓ Smart Working: transizione dall'emergenza ad una modalità organizzativa stabilmente regolata.

È opportuno altresì menzionare le attività effettuate dall'Azienda in materia di adempimenti inerenti l'obbligo vaccinale ed il possesso del Green Pass.

In particolare, con Determina n. 1054/DG del 14.10.2021 è stata approvata la Procedura aziendale per l'organizzazione delle verifiche delle certificazioni verdi in applicazione dell'art. 9 quinquies, comma 5, D.L. n. 52 del 22 aprile 2021.

Altresì, con successiva Determina n. 1289/DG del 14.12.2021 si è provveduto all'adozione della Procedura aziendale per l'accertamento dell'inosservanza dell'obbligo vaccinale e per la relativa sospensione a svolgere l'attività lavorativa ai sensi del D.M. 44/2021 e s.m.i.

### 2.3.2 Analisi del contesto esterno

Sulla base delle indicazioni del Piano Nazionale Anticorruzione 2019 dell'ANAC, 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.

In ordine al settore specifico di intervento e le sue caratteristiche, anche rapportate al particolare momento di emergenza sanitaria attualmente in divenire, è opportuno utilizzare i dati raccolti tramite Transparency International e Transparency Italia.

Transparency International, con la pubblicazione dell'Indice della Percezione della Corruzione (CPI) 2021, ha provveduto ad elaborare una classifica di 180 Paesi e territori sulla scorta del livello di corruzione percepita nel settore pubblico. Tale valutazione è fatta sulla base di 13 strumenti di analisi e di sondaggi a esperti provenienti dal mondo del business e il punteggio finale è determinato in base ad una scala da 0 (alto livello di corruzione percepita) a 100 (basso livello di corruzione percepita).

I risultati del CPI 2021 indicano infatti che i livelli di corruzione percepita sono rimasti sostanzialmente invariati rispetto al 2020. 131 Paesi non hanno registrato progressi significativi nel corso dell'ultimo decennio e quest'anno 27 Paesi si sono registrati i punteggi più bassi di sempre. La media dei punteggi ottenuti dai Paesi analizzati è infatti molto bassa e corrisponde a 43/100.

Tale pubblicazione individua però l'Italia al 42esimo posto nella classifica, con un punteggio di 56; l'Italia è quindi salita di 10 posizioni rispetto al 2020 guadagnando ulteriori 4 punti.

L'indice di percezione della corruzione 2021 sembra attestare quindi un trend positivo in crescita rispetto al rallentamento registrato nel 2020, e che vede l'Italia guadagnare 14 punti dal 2012 al 2021, inserendola al 17esimo posto tra i 27 Paesi membri dell'Unione Europea.

Transparency International Italia, emanazione di Transparency International, ha rilevato inoltre che la credibilità internazionale del Paese, che si è rafforzata in quest'ultimo anno, ha influito sul clima generale di fiducia, sostenuto anche dagli sforzi espressi da numerosi stakeholder del settore privato e della società civile nel promuovere i valori della trasparenza, dell'anticorruzione e dell'integrità. Restano tuttavia, sul piano del sistema ordinamentale nazionale, alcune questioni fondamentali in attesa di definizione:

1. Il recepimento della Direttiva europea 2019/1937 in materia di *whistleblowing* (il cui termine è scaduto lo scorso dicembre), che consentirebbe di integrare, completandola, la disciplina ora contenuta nella legge 179/2017;
2. la pubblicazione del registro dei titolari effettivi, introdotto con il recepimento della V Direttiva europea antiriciclaggio, che non ha ancora visto la luce in assenza dei decreti attuativi necessari;
3. L'emanazione della disciplina sul lobbying, il cui testo è stato di recente approvato, in prima seduta, dalla Camera dei Deputati e che ora attende il vaglio del Senato della Repubblica.

Lo sviluppo di nuovi strumenti, l'impegno delle Istituzioni e degli Enti per la lotta alla corruzione e la promozione della trasparenza costituiranno il mezzo per il conseguimento di risultati ancora più lodevoli per il nostro Paese. La sfida che riguarderà l'Italia nei prossimi anni è quella della piena realizzazione dei progetti

previsti nelle missioni del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), portando la massima attenzione alla prevenzione dei rischi di corruzione.

Relativamente al contesto di riferimento regionale/locale, la Relazione del Procuratore regionale della Sezione Giurisdizionale per la Regione Marche della Corte dei Conti, pubblicata in occasione della “*Inaugurazione dell’Anno Giudiziario 2022*” segnala che al termine del 2021, risultano pervenute alla Procura regionale 1.286 nuove istruttorie (di cui n. 1163 di responsabilità amministrativa e n. 123 per attivazione di giudizi di resa di conti giudiziari). Il dato, raffrontato a quello registrato al termine del 2020 (1.228 istruttorie), denota un ancorché minimo aumento del relativo flusso (+58).

Riguardato dal punto di vista dei soggetti da cui provengono le segnalazioni, il medesimo dato restituisce un quadro della distribuzione delle segnalazioni che vede una netta riduzione rispetto a quello riscontrato al termine del 2020 con riferimento alle segnalazioni provenienti da privati cittadini, pari al 6,5% (75 segnalazioni nel 2021, contro le 143 nel 2020); hanno subito un calo anche le segnalazioni provenienti dalle amministrazioni pubbliche pari al 21% (244 nel 2021, mentre 275 quelle registrate nel 2020).

In relazione alle amministrazioni coinvolte solo 29 procedimenti interessano Aziende Ospedaliere e Sanitarie.

Nel vasto ambito della sanità sono state perseguite fattispecie di danno connesse a condotte illecite penalmente rilevanti di dipendenti, nonché a ipotesi di danno svincolate da ogni profilo di rilevanza penalistica. Con riferimento alla prima categoria, si menziona il giudizio avente ad oggetto la condotta fraudolenta di alterazione di numerose ricette mediche da parte di due farmacisti convenzionati con il SSN con conseguente danno per l’ASUR Marche di euro 91.722,32. L’attività della Procura contabile ha permesso di ottenere il sequestro cautelare *ante causam*, autorizzato nel 2020 e confermato a seguito di reclamo, nonché la condanna, per l’intero importo contestato dalla Procura.

È in corso il procedimento di appello con il quale la Procura intenderebbe ottenere il riconoscimento della responsabilità concorrente di entrambi i farmacisti coinvolti, così ampliando anche le effettive possibilità di soddisfacimento del credito erariale.

Con riferimento alle condotte illecite perpetrate dal personale medico, è stata oggetto di archiviazione post invito, per intervenuto integrale risarcimento del danno patrimoniale, la vicenda di un veterinario autore di falsa attestazione, certificazione e verbalizzazione di interventi in pronta disponibilità in realtà mai effettuati, determinanti un ingiusto vantaggio patrimoniale costituito dalla relativa indennità di straordinario illecitamente percepita.

Nell’ambito della materia sanitaria è stato infine depositato atto di citazione nei confronti dei vertici della sanità regionale per l’indebita percezione dell’indennità di informatizzazione sin dall’anno 2008 (importo contestato pari a euro 646.289,85) da parte di medici di Continuità Assistenziale di una delle Aree Vaste regionali; è stato altresì definito un altro giudizio introitato per il recupero dell’indebita percezione di parte del compenso stipendiale da parte di personale sanitario.

### 2.3.3 *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.

L’Azienda garantisce lo svolgimento dei compiti istituzionali attraverso la propria struttura organizzativa.

Per quanto concerne l’analisi dei dati economici-patrimoniali e sociali aziendali, che connotano l’Azienda quale ente di alta complessità per essere contestualmente erogatrice di prestazioni sanitarie uniche su scala regionale e “*ospedale di insegnamento*”, utile ad inquadrare il contesto interno, si fa espressamente rinvio alla “*Sottosezione 2.2 – Performance*”.

Sin dal 1° febbraio 2020, giorno successivo alla dichiarazione dello stato di emergenza, e senza soluzione di continuità sino al 31 marzo 2022 (termine fissato per la cessazione dello stato di emergenza), l’AOU ha proceduto, sulla base delle disposizioni di legge e regolamentari di riferimento, ad una riorganizzazione dei percorsi assistenziali, da una parte con il potenziamento dei reparti di malattie infettive e con la creazione di “*Reparti COVID – 19*”, dall’altra con la progressiva riduzione delle attività cliniche-assistenziali di reparti o servizi – sia ambulatoriali che di ricovero o *day hospital* – aventi carattere di differibilità e di non urgenza, quali le attività programmabili o in elezione.

Per consentire lo svolgimento di quanto sopra detto è stato necessario porre in essere un sistema complesso di

misure e di attività che hanno interessato trasversalmente tutta l'azienda e che è articolato in 5 aree di attività:

- a. La Sorveglianza Sanitaria;
- b. I dispositivi di protezione individuale;
- c. Le attività di carattere tecnico;
- d. Il sistema di relazioni sindacali e con gli RLS;
- e. L'approvvigionamento dei beni e servizi;
- f. I percorsi dei pazienti COVID-19.

La situazione di costante evoluzione ha comportato un profondo impegno aziendale per la gestione dell'emergenza da COVID-19 e, stante l'appartenenza dell'azienda al settore sanitario, delle conseguenze tuttora in essere e del progressivo ripristino dell'organizzazione ordinaria aziendale preesistente.

Per quanto riguarda la 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 AOU 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 2021 non si sono rilevate particolari criticità.

Le criticità interne rilevate sono così schematicamente riassumibili:

- ✓ una generalizzata difficoltà, in un momento di evidente crisi economico-finanziaria, a reperire risorse specifiche da destinare a processi di miglioramento; tale fenomeno obbliga l'Azienda a rivolgere i propri sforzi verso continue azioni di riorganizzazione, razionalizzazione ed efficientamento dei percorsi assistenziali e di cura, che devono comunque tenere conto delle indicazioni nazionali di *spending review* ed invarianza finanziaria;
- ✓ la lenta affermazione di una cultura della trasparenza, eticità e correttezza dell'agire professionale, all'interno della P.A. in genere;
- ✓ la difficoltà di allineamento tra l'ordinamento giuridico universitario e quello aziendale: il personale è infatti diversamente regolamentato e ciò comporta di dover concordare, come è stato fatto, regole comuni a carattere trasversale tali da poter trovare applicazione in entrambi gli ordinamenti integrati;
- ✓ la difficoltà di parte del personale ad adattarsi tempestivamente ai processi di innovazione e cambiamento organizzativo richiesti dalla normativa in esame anche in rapporto ai modelli di funzionamento esistenti in azienda e nella regione;
- ✓ la resistenza a processi di affermazione di sistemi di responsabilizzazione/valorizzazione/valutazione dei singoli dipendenti, con conseguente ridefinizione di ruoli e responsabilità.

L'analisi dei processi e procedimenti interni e le misure di prevenzione della corruzione e trasparenza adottate tengono conto delle criticità sopra rilevate in un'ottica di miglioramento continuo.

### 2.3.4 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.

Non è escluso, tuttavia, che possa sussistere una correlazione tra rischio in ambito sanitario e rischio di corruzione ove il primo sia un effetto del secondo, ovvero ogni qualvolta il rischio in ambito sanitario sia la risultante di comportamenti di "maladministration" in senso ampio (solo a titolo di esempio, quando l'alterazione delle liste di attesa provoca un differimento "volontario" dei tempi di erogazione di prestazioni a più elevato indice di priorità con conseguenti ripercussioni sullo stato di salute del paziente destinatario di tali prestazioni oppure, altro esempio, quando le alterazioni allo stato di salute siano una conseguenza dell'effetto

della contraffazione di farmaci o, ancora, la mancata efficacia di una terapia sia conseguente alla somministrazione di farmaci scaduti privi di efficacia terapeutica).

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 particolar, l'Unità per il *Clinical Risk Management*:

- individua e fornisce le afferenze utili per l'identificazione degli eventi avversi, anche favorendo l'introduzione di sistemi innovativi (*near miss* e/o *incident reporting*);
- concorre alla individuazione delle criticità prioritariamente meritevoli di analisi attraverso la definizione di matrici di priorità di rischio, fornendo collaborazione ai Dipartimenti clinici e alla Direzione Medica Ospedaliera nella scelta della migliore procedura metodologica (FMECA, RCA, audit, ...) e nella realizzazione dell'attività;
- propone e promuove le azioni correttive per le criticità rilevate concorrendo alla operatività di tali azioni, compreso la definizione del sistema degli indicatori, il monitoraggio, la valutazione di efficacia e la eventuale riprogettazione;
- propone e promuove le azioni favorevoli la migliore organizzazione clinica (*best practices*, percorsi assistenziali, ...);
- concorre alle attività di comunicazione e diffusione richieste dalle precedenti fasi operative;
- propone e promuove attività di formazione del personale per il conseguimento di comune background culturale, individuando gli obiettivi strategici, il target, i contenuti ed i metodi;
- propone e promuove attività di comunicazione interna e esterna;
- recepisce la normativa e le conoscenze del settore aggiornando il patrimonio culturale aziendale e favorendo il conseguimento di una certificazione della sicurezza.

La Commissione Valutazione Sinistri – C.V.S., istituita sin dal 2007 con la funzione di esaminare qualsiasi istanza risarcitoria di competenza sanitaria avanzata ai sensi della polizza assicurativa vigente, in ossequio e nei limiti delle esigenze contrattuali da essa richiamate, è composta da: fiduciario dell'assicurazione, coordinatore dell'unità rischio clinico, medico legale e un medico in staff alla Direzione Sanitaria.

Ai fini dell'esame delle istanze la C.V.S. provvede a svolgere attività peritale a favore dell'Istante esprimendo opinione in merito alla eventuale sussistenza di responsabilità professionale: in caso affermativo, e laddove richiesta e/o consentita la diretta gestione del contenzioso, definisce le varie componenti del danno e la relativa quantificazione economica.

### **2.3.5 Soggetti e ruoli della strategia di prevenzione**

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

La prevenzione del rischio della corruzione e della 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 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.

Ai sensi dell'art. 1 comma 7 della legge 190/2012 e s.m.i., il Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti "Umberto I, G.M. Lancisi, G. Salesi" di Ancona ha confermato la nomina della

Dott.ssa Cinzia Cocco, Dirigente Amministrativo in possesso della professionalità e dei requisiti previsti dalla norma, quale Responsabile della Prevenzione della Corruzione.

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

In conformità con le indicazioni della normativa e del PNA (cfr. in particolare il PNA 2019, All. 3, *Riferimenti normativi sul ruolo e sulle funzioni del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza*) il RPCT dovrebbe disporre di una struttura organizzativa di supporto: essa è a tutt'oggi in via di costituzione. Inoltre l'atto di nomina del RPCT e i successivi PTPCT prevedono espressamente i poteri del 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, indicato a più riprese dai PNA, è ricompreso nel Codice Etico e di Comportamento aziendale, prevedendo in caso di violazioni l'instaurarsi di responsabilità disciplinare.

### *Il Direttore Generale*

Il Direttore Generale approva la strategia di prevenzione della corruzione e della trasparenza, definendo gli obiettivi strategici e adottando tutti gli atti di indirizzo generale.

### *Il Nucleo di Valutazione con funzioni di OIV*

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

In particolare, come previsto dal D. Lgs. n. 25.5.2017 n. 74 e come confermato dall'ANAC con il PNA 2019, svolge le seguenti funzioni:

- verificare la coerenza tra gli obiettivi complessivamente pervisti all'interno delle varie sezioni del PIAO e quelli indicati nel Piano della performance, valutando anche l'adeguatezza dei relativi indicatori;
- promuovere ed attestare l'assolvimento degli obblighi di trasparenza e integrità;
- esprimere parere obbligatorio nell'ambito del procedimento di adozione/modifica del Codice di Comportamento;
- verificare, anche ai fini della validazione della relazione sulla performance, che il PIAO sia coerente con gli obiettivi della programmazione strategico-gestionale e che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza;
- verificare i contenuti della relazione del RPCT in rapporto agli obiettivi inerenti alla prevenzione della corruzione e della trasparenza. A tal fine, può chiedere al RPCT le informazioni e i documenti necessari per lo svolgimento del controllo, potendo altresì effettuare audizioni di dipendenti;
- riferire all'ANAC sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza.
- ricevere dal RPCT le segnalazioni riguardanti eventuali disfunzioni inerenti l'attuazione del PTPCT.

L'OIV è tenuto a verificare:

- a) che le politiche sulla performance contribuiscano alla costruzione di un clima organizzativo che favorisce la prevenzione della corruzione;
- b) che le misure di prevenzione della corruzione siano tradotte, sempre, in obiettivi organizzativi ed individuali assegnati agli uffici e ai loro dirigenti.

### *Gli Organi e Organismi di controllo interno*

Collegio Sindacale, Nucleo di Valutazione Aziendale, etc. concorrono alla realizzazione della politica di prevenzione:

- partecipano al processo di gestione del rischio;
- considerano i rischi e le azioni inerenti la prevenzione della corruzione nello svolgimento dei compiti ad essi attribuiti;
- svolgono compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza amministrativa (artt. 43 e 44 D. Lgs. n.33/2013);
- esprimono parere obbligatorio sul Codice di Comportamento adottato da ciascuna amministrazione (art. 54, comma 5, D. Lgs. 165/2001).
- propongono qualunque iniziativa ritengano utile.

Gli OIV o Organismi con funzioni analoghe, svolgono un ruolo di rilievo anche per la verifica della coerenza tra gli obiettivi di performance organizzativa e individuale e l'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione. Svolgono, altresì, i compiti previsti dall'art.14 del D. Lgs. 27/10/2009, n.150 e dal D.P.R. 9 maggio 2016, n.105, art. 6. La riforma in materia di valutazione della performance, intervenuta con il D.Lgs. 25 maggio 2017, n. 74, ha ulteriormente precisato i compiti degli OIV. Questi esprimono parere obbligatorio sul Codice di Comportamento che ogni amministrazione adotta ai sensi dell'art.54, comma 5, del D. Lgs. 165/2001. Le modifiche che il D.Lgs. n. 97/2016 ha apportato alla L. 190/2012 rafforzano le funzioni già affidate agli OIV (per l'Azienda Ospedaliera Nucleo Valutazione Aziendale) in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza.

La normativa sugli OIV ha mantenuto inalterato il compito degli OIV di promuovere e attestare l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza (art.14, co.4, lett. g) del D. Lgs. 150/2009), evidenziando pertanto che l'attività di attestazione degli OIV dei dati pubblicati continua a rivestire particolare importanza per l'ANAC.

### *L'Ufficio Procedimenti disciplinari (U.C.P.D.)*

L'Ufficio Procedimenti disciplinari (U.C.P.D.) è istituito 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'aggiornamento del Codice di Comportamento aziendale, l'esame delle segnalazioni di violazione dei Codici di Comportamento, la raccolta delle condotte illecite accertate e sanzionate, assicurando le garanzie di cui all'articolo 54-bis del decreto legislativo n. 165 del 2001;
- ai fini dell'attivazione del procedimento disciplinare per violazioni dei Codici di comportamento, l'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari può chiedere parere facoltativo all'Autorità Nazionale Anticorruzione secondo quanto stabilito dall'art. 1, comma 2, lett. d), della legge 190/2012.

### *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 stato costituito dall'Azienda, secondo quanto previsto dall'art. 21 del D. Lgs. 183/2010. È un organismo che sostituisce i precedenti "Comitato per le pari opportunità" e il "Comitato sul fenomeno del mobbing", costituiti in applicazione della contrattazione collettiva, ne unifica le competenze e ne assume le funzioni previste dalla legge, dai contratti collettivi relativi al personale delle amministrazioni pubbliche o da altre disposizioni. È composto da un pari numero di componenti di nomina sindacale e di rappresentanti dell'Amministrazione. I componenti del Comitato rimangono in carica quattro anni e comunque fino al rinnovo del Comitato, e possono essere rinnovati una volta sola.

### *Il Servizio Ispettivo Aziendale*

Istituito, ai sensi dell'art. 1 della Legge 662/1996, l'Ufficio Ispettivo Aziendale espleta accertamenti e verifiche del 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, in particolare, in materia di attività libero professionale intra muraria ed extramuraria, 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.

### *L'Organismo paritetico di verifica*

L'Organismo paritetico di verifica è stato istituito, ai sensi della Legge 120/2007 e s.m.i. e assicura il corretto andamento dell'attività libero professionale intramuraria, anche tramite verifica e comparazione dei volumi di attività resi in regime istituzionale e libero professionale dai professionisti dipendenti in regime di rapporto di lavoro esclusivo.

### *Dirigenti Referenti: individuazione e compiti*

La complessità dell'organizzazione aziendale fa ritenere opportuno l'affiancamento al Responsabile della prevenzione della corruzione di Dirigenti Referenti, la cui azione è 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.

I Referenti già individuati in precedenza nei Dirigenti Responsabili vengono aggiornati in linea con le modifiche apportate a seguito della nuova organizzazione dell'Area Amministrativa, Tecnica e Professionale.

Per quanto sopra esposto, i Referenti già individuati in precedenza sono aggiornati nei Dirigenti Responsabili delle seguenti strutture aziendali, come di seguito riportato:

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 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. Coordinamento Donazione Organi  
 S.O.S.D. Qualità, Rischio Clinico, Innovazione Gestionale e Tecnologica  
 S.O.S.D. Servizio di Prevenzione e Protezione  
 S.O. Direzione Medica Ospedaliera (D.M.O.)  
 S.O.D. Farmacia

I Dirigenti Referenti sono tenuti a trasmettere, entro il 30 novembre di ogni anno, una relazione al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione concernente le attività poste in essere per l'attuazione effettiva 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 disponendo la rotazione del proprio personale, è specificato altresì nel Codice di Comportamento aziendale vigente.

**Rapporti tra RPCT (Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza) e RPD (Responsabile della Protezione dei Dati)**

L’applicazione del 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 che abroga la direttiva 95/46/CE (Regolamento generale sulla protezione dei dati) e l’entrata in vigore, a decorrere dal 19/09/2018, del decreto legislativo 10/08/2018, n.101 che adegua il Codice in materia di Protezione dei dati personali (decreto legislativo n.196/2003) al nuovo Regolamento Europeo, ha reso necessario che l’ANAC fornisca alcuni chiarimenti volti a precisare la compatibilità di detta nuova normativa con gli obblighi di pubblicazione imposti dal d.lgs. n.33/2013. L’ANAC osserva 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 sui siti web istituzionali atti o documenti (integrali o in estratto) contenenti dati personali, dovrà verificare che la disciplina in materia di trasparenza o in altre norme, preveda 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.

L’ANAC nella delibera n.1074 del 21/11/2018 ritiene che RPCT (Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza) e RPD (Responsabile della Protezione dei Dati) non debbano coincidere in considerazione dei numerosi compiti e responsabilità che la normativa gli attribuisce. Così come peraltro affermato anche dal Garante per la Protezione dei Dati nella FAQ n.7 relativa alla figura dell’RPD.

L’RPD per le questioni inerenti la protezione dei dati personali rappresenta comunque una figura di riferimento per l’RPCT.

**2.3.6 Mappatura dei rischi: aree, processi e metodologia utilizzata**

Il PNA 2019, adottato dall’ANAC con Delibera n. 1064 del 13 novembre 2019, prevede un nuovo sistema di mappatura dei processi a maggior rischio corruttivo, in continuità con l’indirizzo intrapreso da alcuni anni dal punto di vista dei contenuti e costituisce un sensibile cambio di approccio metodologico che è stato utilizzato a partire dall’anno 2021 per effettuare gradualmente la nuova mappatura dei processi aziendali.

L’ANAC nel PNA 2019, ed altresì nel relativo “Allegato 1”, recante “Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi”, si è lungamente soffermata sulla questione della “mappatura dei processi”, all’interno del più vasto capitolo dell’analisi del contesto interno.

Le nuove indicazioni del Piano Nazionale Anticorruzione (PNA 2019) sono state già applicate dall’AOU nella redazione del PTPCT 2021-2023 e prevedono che la mappatura dei processi consista nella individuazione e nell’analisi dei processi organizzativi. L’obiettivo finale di tale processo è che l’intera attività amministrativa svolta dall’ente venga gradualmente esaminata.

Oggetto di mappature è il processo, inteso come una sequenza di attività interrelate ed interagenti che trasformano delle risorse in un output destinato a un soggetto interno o esterno, e non anche i 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.

Sulla base dell’Allegato 1, del PNA 2019, le fasi della mappatura dei processi sono tre:

1. l’identificazione;
2. la descrizione;
3. la rappresentazione.

La mappatura dei processi, pertanto, deve essere realizzata applicando il principio di gradualità, partendo dalle tre fasi, sopra elencate per giungere al seguente risultato:

- ✓ identificazione > Elenco dei processi > Elenco completo dei processi che riassumono tutta l'attività dell'ente;
- ✓ descrizione > Scheda di descrizione > Valuto solo alcuni processi > Valuto tutti i processi;
- ✓ rappresentazione > Tabella o diagramma dei processi > Valuto solo alcuni elementi descrittivi > Valuto tutti gli elementi descrittivi.

L'ANAC suggerisce di finalizzare l'analisi del livello di esposizione al rischio dei vari processi, prevedendo di:

- scegliere un approccio di tipo valutativo;
- individuare i criteri di valutazione;
- rilevare i dati e le informazioni;
- formulare un giudizio sintetico, adeguatamente motivato.

Nell'approccio qualitativo l'esposizione al rischio è stimata in base a motivate valutazioni, espresse dai soggetti coinvolti nell'analisi, su specifici criteri.

Tali valutazioni, anche se supportate da dati, non prevedono (o non dovrebbero prevedere) la loro rappresentazione finale in termini numerici.

Le nuove indicazioni dell'ANAC rendono di fatto superati i precedenti riferimenti metodologici e comportano una complessa ed impegnativa attività di analisi approfondita e mirata che presuppone:

- ✓ una iniziale individuazione dei criteri di valutazione;
- ✓ una rilevazione dei dati;
- ✓ la formulazione di un giudizio per ogni processo "mappato".

Quest'ultimo aspetto deve essere attentamente valutato.

Il PNA 2019 pertanto, ha introdotto un nuovo sistema di mappatura dei processi a maggior rischio corruttivo che costituisce un sensibile cambio di approccio metodologico e che privilegia un sistema di misurazione qualitativo, piuttosto che quantitativo, a garanzia di una più efficace comprensione dello strumento e dei relativi esiti.

Il PNA 2019 tratta la "mappatura dei processi" come aspetto centrale all'interno del più vasto capitolo dell'analisi del contesto interno, con l'obiettivo finale dell'esame graduale dell'intera attività amministrativa svolta dall'ente, mediante identificazione e rappresentazione dei processi organizzativi e delle loro precipue attività, nonché della loro interazione con gli altrettanti processi che compongono l'attività dell'Azienda ospedaliera.

Secondo le indicazioni dell'ANAC contenute nel PNA 2019, il risultato atteso nella prima fase della mappatura dei processi è l'identificazione dell'Elenco completo dei processi, attraverso la rilevazione e classificazione di tutte le attività interne all'amministrazione, oltre alla definizione dell'insieme delle tecniche utilizzate per identificare e rappresentare i processi organizzativi, allo scopo di redigere gradualmente una lista sempre più esaustiva a partire da quei processi che afferiscono alle cosiddette "Aree di rischio" ritenute maggiormente sensibili.

Tale elenco potrà essere quindi aggregato nelle Aree di rischio, intese come raggruppamenti omogenei di processi, e la cui identificazione concreta è rimessa all'autonomia ed alla responsabilità di ogni amministrazione in base alla valutazione del potenziale rischio corruttivo a cui sono sottoposte.

Le Aree a rischio corruzione, secondo la modifica apportata al PNA dalla determinazione ANAC n. 12 del 28.10.2015 e confermate nel PNA 2019, possono essere distinte in generali e specifiche. Quelle generali sono comuni a tutte le amministrazioni (es. contratti pubblici, acquisizione e gestione del personale), mentre quelle specifiche riguardano la singola amministrazione e dipendono dalle caratteristiche peculiari delle attività da essa svolte.

Rientrano tra queste ultime, individuate in sede di aggiornamento 2015 del PNA - Sezione sanità e riepilogate nel PNA 2019, per le Azienda ed 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.

La seconda fase della mappatura dei processi è la descrizione analitica 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 indicato nel PNA 2019, Allegato 1, l'Azienda, dopo aver effettuato un primo esame dei principali processi soggetti a maggior rischio corruttivo, procederà nelle annualità successive ad integrare la mappatura dei rischi con l'aggiunta di ulteriori elementi di descrizione, fino a garantire completezza della Scheda di descrizione.

La terza ed ultima fase è quella della rappresentazione degli elementi descrittivi del processo illustrati nella fase precedente, sia mediante l'utilizzo di diagrammi e grafici, sia sotto forma tabellare. Questo avrà il fine di delineare i punti peculiari del successivo processo di valutazione gestione e trattamento del rischio.

Le nuove indicazioni dell'ANAC, rendono, di fatto, superati i precedenti riferimenti metodologici e comportano, una complessa ed impegnativa attività di analisi approfondita e mirata che presuppone:

- una iniziale individuazione dei criteri di valutazione;
- una rilevazione dei dati;
- la formulazione di un giudizio per ogni processo "mappato".

L'ANAC suggerisce di finalizzare l'analisi del livello di esposizione al rischio dei vari processi, prevedendo di:

- scegliere un approccio di tipo valutativo
- individuare i criteri di valutazione
- rilevare i dati e le informazioni
- formulare un giudizio sintetico, adeguatamente motivato.

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

L'attività di rilevazione dei processi viene programmata adeguatamente tenendo conto delle risorse disponibili e con l'obiettivo di individuare negli aggiornamenti successivi 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).

Per la mappatura è fondamentale il coinvolgimento dei responsabili delle strutture organizzative principali, come 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. In particolare 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.

Nella tabella riepilogativa di cui al paragrafo 2.3.8, sono elencati i processi di massima già individuati, i potenziali rischi connessi e le misure specifiche da adottare per contrastare detti rischi.

### ***2.3.7 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 e 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 nella relazione annuale da redigere entro il 30 novembre di ciascun anno.

### *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.

Inoltre è finalizzata a limitare relazioni che possano alimentare dinamiche improprie nella gestione amministrativa, conseguenti alla permanenza nel tempo di determinati dipendenti nel medesimo ruolo o funzione, può contribuire a 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 intende prevedere dovranno garantire continuità e coerenza agli indirizzi intrapresi e le necessarie competenze tenuto conto della particolare tipologia della *mission* aziendale che è quella della tutela della salute.

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

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

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

## Tutela del dipendente che segnala illeciti (whistleblower)

Come ulteriore misura per prevenire il rischio di corruzione, ed in conformità a quanto previsto nel cronoprogramma contenuto nel P.T.P.C. 2015-2017 che prevedeva l'approvazione di un regolamento in materia entro il 31/07/2015, l'azienda ha adottato il "Regolamento per la tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti (whistleblowing policy)" con Determina n. 399/DG del 27/07/2015.

L'Azienda ha recepito le linee guida fornite in materia dall'ANAC e, mediante il regolamento di cui sopra, ha attivato una procedura per la raccolta di segnalazione di illeciti e ha predisposto le azioni da adottare per rafforzare la garanzia dell'anonimato e la tutela da azioni discriminatorie nei confronti del c.d. *whistleblower*. A tal fine, nelle more della realizzazione di un sistema automatizzato per la gestione delle segnalazioni di condotte illecite, è stata attivata una casella di posta elettronica dedicata ([segnalazione.illeciti@ospedaliriuniti.marche.it](mailto:segnalazione.illeciti@ospedaliriuniti.marche.it)), accessibile al solo Responsabile della Prevenzione della Corruzione che la presidia costantemente.

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

I dipendenti e i collaboratori che intendono segnalare situazioni di illecito (fatti di corruzione ed altri reati contro la pubblica amministrazione, fatti di supposto danno erariale o altri illeciti amministrativi) di cui sono venuti a conoscenza nell'amministrazione devono utilizzare l'apposito modulo predisposto dall'azienda e scaricabile dal sito istituzionale dell'azienda, che di seguito si riporta:

### MODULO PER LA SEGNALAZIONE DI CONDOTTE ILLECITE

NOME E COGNOME DEL SEGNALANTE	
CODICE FISCALE	
QUALIFICA O POSIZIONE PROFESSIONALE <sup>1</sup>	
S.O.D./S.O. DI ASSEGNAZIONE	
SEDE DI SERVIZIO	
TELEFONO/CELLULARE	
E-MAIL	
DATA/PERIODO IN CUI SI È VERIFICATO IL FATTO	gg/mm/aa
LUOGO FISICO IN CUI SI È VERIFICATO IL FATTO	=IN UFFICIO (indicare denominazione e indirizzo della struttura) =ALL'ESTERNO DELL'UFFICIO (indicare luogo ed indirizzo)
RITENGO CHE LE AZIONI OD OMISSIONI/COMMESSE O TENTATE <sup>2</sup>	=siano penalmente rilevanti; = siano poste in essere in violazione del Codice di Comportamento o di altre disposizioni sanzionabili in via disciplinare; = siano suscettibili di arrecare un pregiudizio patrimoniale all'azienda o altro ente pubblico; =siano suscettibili di arrecare un pregiudizio all'immagine dell'amministrazione; = violino le norme ambientali o di sicurezza sul lavoro; = costituiscano un caso di malgestione delle risorse pubbliche (sprechi, mancato rispetto dei termini procedurali, ecc.); = costituiscano una misura discriminatoria nei confronti del dipendente che ha segnalato l'illecito; = altro (specificare)

<sup>1</sup>Quando il segnalante rivesta la qualifica di pubblico ufficiale, l'invio della presente segnalazione non lo esonera dall'obbligo di denunciare alle competenti Autorità i fatti penalmente rilevanti e le ipotesi di danno erariale.

<sup>2</sup>La segnalazione non riguarda rimostranze di carattere personale del segnalante o richieste che attingono alla disciplina del rapporto di lavoro o ai rapporti col superiore gerarchico o colleghi, per le quali occorre fare riferimento al servizio competente per il personale e al Comitato Unico di Garanzia.

DESCRIZIONE DEL FATTO (CONDOTTA ED EVENTO)	
AUTORE/I DEL FATTO <sup>3</sup>	1..... 2..... 3.....
ALTRI EVENTUALI SOGGETTI A CONOSCENZA DEL FATTO E/O IN GRADO DI RIFERIRE SUL MEDESIMO <sup>4</sup>	1..... 2..... 3.....
EVENTUALI SOGGETTI PRIVATI COINVOLTI	1..... 2..... 3.....
EVENTUALI IMPRESE COINVOLTE	1..... 2..... 3.....
HO GIÀ SEGNALATO IL FATTO A	= Corte dei Conti = Autorità giudiziaria
EVENTUALI ALLEGATI A SOSTEGNO DELLA SEGNALAZIONE	1..... 2..... 3.....

LUOGO E DATA

FIRMA

\_\_\_\_\_

<sup>3</sup>Indicare i dati anagrafici se conosciuti e, in caso contrario, ogni altro elemento idoneo all'identificazione

<sup>4</sup>Indicare i dati anagrafici se conosciuti e, in caso contrario, ogni altro elemento idoneo all'identificazione

### *Conflitto di interessi e obbligo di astensione*

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

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

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

I conflitti di interesse devono essere resi noti con immediatezza con dichiarazione scritta da inviarsi al proprio responsabile.

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

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

### *Svolgimento di incarichi extra-istituzionali*

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

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

Sono stati quindi predisposti due modelli da utilizzare:

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

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

L'Azienda, inoltre in attuazione al Piano Nazionale Anticorruzione anno 2016, ha previsto, in modo particolareggiato, tramite l'adozione di un'apposita procedura amministrativa di gestione nel processo di formazione e consulenza a carattere scientifico, effettuata con il finanziamento proveniente da soggetti privati e la predisposizione della relativa modulistica contenente le dichiarazioni di assenza di conflitti di interesse, le misure per la gestione dei conflitti nei processi di *Procurement* in sanità.

Quanto sopra detto risponde all'esigenza di poter gestire le situazioni che possono generare conflitti anche potenziali di interessi tra i professionisti interni e gli operatori economici, in un quadro regolamentare chiaro e trasparente.

Nel corso del 2018 l'utilizzo del "Protocollo per l'autorizzazione alla partecipazione individuale ad eventi esterni finanziati da soggetti privati e alla stipula di contratti e convenzioni di consulenza" e dei moduli allegati (ID n. 270815 del 21/6/2017) è entrato a regime.

### *Conferimento di incarichi dirigenziali in caso di particolari attività o incarichi precedenti (pantouflage – revolving doors)*

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

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

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

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

In continuità con gli anni precedenti l'Azienda ha utilizzato costantemente l'apposito modello finalizzato ad acquisire le dichiarazioni di assenza di cause di incompatibilità e di inconfiribilità, ai sensi del D.Lgs. n. 39/2013 - nell'ambito di una politica volta a garantire l'imparzialità soggettiva del dipendente pubblico - da sottoporre, all'atto della nomina, ai Direttori di Struttura Complessa e ai Direttori di Struttura Semplice Dipartimentale sia per quanto concerne il personale dipendente ospedaliero che dipendente dell'Università Politecnica delle Marche in attività assistenziale presso questa Azienda.

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

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

- ✓ Inserimento, nei processi volti al conferimento degli incarichi dirigenziali, delle condizioni ostative al conferimento degli stessi e verifica dell'effettuazione della dichiarazione di insussistenza delle cause ostative all'atto di conferimento dell'incarico;
- ✓ Inserimento espresso delle cause di incompatibilità, nelle procedure per l'attribuzione degli incarichi dirigenziali e vigilanza affinché i soggetti interessati rendano la dichiarazione di insussistenza delle cause di incompatibilità all'atto di conferimento dell'incarico e nel corso del rapporto;
- ✓ Mantenimento della misura di Inserimento della clausola sullo svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (*pantouflage-revolving doors*) come previsto dall'art. 9.7 del presente piano (in relazione a bandi di gara e atti di affidamento la stessa competenza è attribuita alla specifica Struttura competente)

### *Incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali*

Le pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2, del d.lgs. n. 165 del 2001, gli enti pubblici economici e gli enti di diritto privato in controllo pubblico sono tenuti a verificare la sussistenza di eventuali situazioni di

incompatibilità nei confronti dei titolari di incarichi previsti nei Capi V e VI del d.lgs. n. 39 del 2013 per le situazioni contemplate nei medesimi Capi.

Il controllo deve essere effettuato:

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

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

L'Azienda dall'anno 2016 ha inserito espressamente le cause di incompatibilità nelle procedure per l'attribuzione degli incarichi e ha vigilato affinché i soggetti interessati rendessero la dichiarazione di insussistenza delle cause di incompatibilità all'atto del conferimento dell'incarico e nel corso del rapporto, impegno che proseguirà anche per il triennio 2022-2024.

Sul punto, in particolare, con pronuncia del Consiglio di Stato n. 5583/2014 è stato chiarito che il legislatore delegato ha dettato una disciplina speciale per il personale delle Aziende sanitarie locali; ed ha fatto ciò in pedissequa applicazione del criterio imposto dalla legge delega, e precisamente dall'art. 1, comma 50, lettera (d). Questo prevede esplicitamente una disciplina apposita per il personale delle A.S.L. e delle Aziende ospedaliere al fine di «comprendere» nel regime dell'incompatibilità i tre incarichi di vertice (direttore generale, direttore sanitario, direttore amministrativo), *“l'Autorità Nazionale Anticorruzione ha adottato la Delibera n. 149 del 22 dicembre 2014 interamente sostitutiva della precedente ed ha espressamente precisato che: “le ipotesi di incompatibilità e inconfiribilità presso le ASL devono intendersi applicabili solo con riferimento agli incarichi di Direttore generale, amministrativo e sanitario.....”.*

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

#### *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.

È stata adottata la clausola di *pantouflage* o *revolving doors* come prevista dalla predetta disposizione legislativa, quale strumento di adesione volontaria ai principi etici di legalità, volto a rafforzare il vincolo di collaborazione alla legalità tra l'amministrazione aggiudicatrice e i partecipanti privati nell'ambito dell'affidamento di incarichi e di appalti pubblici; la suddetta misura di prevenzione viene mantenuta anche per il triennio 2022-2024.

La suddetta clausola viene inserita:

- ✓ nei contratti di assunzione 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 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.

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

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

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

L'accertamento sui precedenti penali avviene mediante acquisizione d'ufficio ovvero mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione resa (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 interpellati per l'attribuzione degli incarichi siano inserite espressamente le condizioni ostative al conferimento;
- adottare gli atti necessari per adeguare i propri regolamenti sulla formazione delle commissioni per l'affidamento di commesse o di concorso.

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

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

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

### *Patti di integrità*

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

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

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

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

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

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

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

Incarichi e collaborazioni ai soggetti, pubblici e privati, collocati in quiescenza sono consentiti esclusivamente a titolo gratuito e per una durata non superiore a un anno, non prorogabile né rinnovabile, presso ciascuna amministrazione. Eventuali rimborsi di spese devono essere rendicontati e corrisposti nei limiti fissati dal competente organo dell’amministrazione. La disciplina è applicabile anche agli incarichi a soggetti in quiescenza già conferiti a titolo gratuito, per i quali valgono le nuove disposizioni relative alla durata massima e al rimborso delle spese.

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

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

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

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

### *Monitoraggio del rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti*

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

### *Codice di comportamento e Regolamento disciplinare.*

Il Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici dell'AOU Ospedali Riuniti è stato approvato con Determina del Direttore Generale n. 45/DG del 09/02/2015, a norma dell'art. 54 del D. Lgs. n. 165/2001, e in attuazione delle Linee guida in materia di Codici di comportamento delle pubbliche amministrazioni formulate dall'A.N.A.C. con Delibera n. 75/2013.

Il suddetto Codice di Comportamento Aziendale, individua le regole di condotta integrative e/o aggiuntive rispetto a quelle contenute nel D.P.R. n. 62/2013 e richiama norme di comportamento specifiche, correlate ai compiti istituzionali dell'A.O.U.OO.RR., consistenti principalmente nella tutela della salute individuale e collettiva.

La recente legislazione anticorruzione, (Legge 6 novembre 2012, n. 190), ha riscritto, al comma 44, art. 1, l'art. 54 del d.lgs. 30.3.2001, n. 165 prevedendo, come misura generale di prevenzione, l'adozione di nuovi codici di comportamento per i dipendenti delle amministrazioni pubbliche, un codice nazionale e codici di ogni amministrazione pubblica.

La nuova disciplina prevede una parziale rilegificazione della materia della responsabilità disciplinare, che resta in gran parte affidata, per i dipendenti "contrattualizzati", ai contratti collettivi. Stante il contenuto dei suddetti obblighi previsti nella Legge 6 novembre 2012, n. 190 ("Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione"), l'Azienda ha provveduto con Determina n.81/DG del 23/02/2015, all'adeguamento dei codici di disciplina vigenti per il personale dipendente dell'Azienda appartenente sia all'Area della Dirigenza Medico -Veterinaria e della Dirigenza Sanitaria, Tecnica, Professionale e Amministrativa che all'Area del Comparto, già approvati con Determina n. 290/DG del 23/07/2010 e sono già state predisposte le bozze per l'adeguamento alle recenti modifiche apportate al d.lgs. 30.3.2001, n. 165.

Con l'entrata in vigore del nuovo CCNL per il Comparto Sanità periodo 2016/2018 si è reso necessario provvedere all'aggiornamento del regolamento disciplinare aziendale vigente codice limitatamente al regolamento in essere per il personale dipendente dell'Azienda appartenente all'area del comparto. Il nuovo regolamento è stato approvato con Determina n. 620 del 16/7/2018.

All'allegato regolamento disciplinare, è stata data la massima pubblicità mediante pubblicazione sul sito istituzionale dell'Azienda secondo le previsioni dell'art. 55, comma 2, ultimo periodo, del D. Lgs n. 165 del 2001.

In sede di prima applicazione del CCNL 2016/2018, il codice disciplinare deve essere obbligatoriamente reso pubblico nelle forme di cui al comma 11 dell'art 66, entro 15 giorni dalla data di stipulazione del CCNL e si applica dal quindicesimo giorno successivo a quello della sua pubblicazione. È in via di definizione e approvazione il nuovo codice disciplinare in linea con le nuove Direttive ANAC di riferimento.

Resta inoltre di competenza della Struttura di riferimento la consegna del Codice di Comportamento Aziendale o in alternativa sottoscrizione di impegno alla visione tramite comunicazione del link di pubblicazione.

### *2.3.8 Misure di carattere specifico per prevenire il rischio di corruzione – Mappatura dei processi*

Di seguito 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.

MISURE DI CARATTERE SPECIFICO PER PREVENIRE IL RISCHIO DI CORRUZIONE - MAPPATURA DEI PROCESSI

AREA DI RISCHIO: TUTTE LE STRUTTURE

Responsabilità	Processo	Attività	Soggetti coinvolti	Rischio	Misure di Prevenzione
Dirigenti responsabili delle strutture complesse abilitate al Protocollo	Gestione del Protocollo della corrispondenza in entrata/in uscita.	1.Utilizzo del sistema di Protocollo e archiviazione informatizzato	Personale addetto alla funzione.	Mancata assegnazione delle pratiche con data certa e conseguente non tempestività dello svolgimento delle stesse.	Predisposizione del Manuale di Gestione , Conservazione e Scarto dei documenti - Diffusione a livello interaziendale
		2.Registrazione del Protocollo della posta in entrata ed in uscita nelle modalità previste dal regolamento interno			

AREA DI RISCHIO: GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA

Responsabilità	Processo	Attività	Soggetti coinvolti	Rischio	Misure di Prevenzione
Direttore S.O. Gestione Economico - Finanziaria.	Gestione economico - finanziaria	1.Tenuta e redazione delle scritture contabili. Gestione delle anagrafiche di contabilità.	Personale della struttura complessa	1. Inserimento in procedura di modalità di pagamento non riconducibili al reale beneficiario o alterazione delle anagrafiche in genere.	Separazione dei compiti tra chi inserisce le anagrafiche, rispetto a chi gestisce il fornitore e chi emette gli ordinativi di pagamento, tramite l'abilitazione solo di alcuni utenti per inserimento/variazione anagrafiche, nel sistema informativo contabile.
		2. Incassi: attività di recupero crediti. Pagamenti: programmazione e rispetto delle scadenze.		2. Omessa segnalazione di crediti da sottoporre a procedura di recupero al fine di favorire taluni soggetti. Discrezionalità nell'attuazione della tempistica dei pagamenti al fine di favorire od osteggiare taluni creditori; ritardo nella liquidazione della fattura entro i termini previsti.	Monitoraggio semestrale dei crediti scaduti effettuato sulla base delle disposizioni contenute nel Percorso Attuativo Certificabilità - area "Crediti Ricavi". Per la programmazione dei pagamenti nel rispetto delle scadenze si deve utilizzare lo scadenziario fornito per le fatture liquidate dai servizi ordinanti, messo a disposizione dalla procedura contabile in uso; monitoraggio mensile delle fatture scadute e non liquidate per sollecito/motivazione alle strutture ordinanti.
		3.Bilanci. Redazione dei documenti di bilancio preventivi e consuntivi.		3. Violazione delle norme in materia contabile o effettuazione di registrazioni non corrette/non veritiere.	Controllo dei mastri contabili in fase di chiusura di bilancio come definito dal "Percorso attuativo di certificabilità (PAC)".

**AREA DI RISCHIO: GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA**

Responsabilità	Processo	Attività	Soggetti coinvolti	Rischio	Misure di Prevenzione
Direttore S.O. Aree a Pagamento	Gestione Aree di pagamento	1. Riscossione delle prestazioni tramite cassa.	Personale della struttura complessa	1. Utilizzo del fondo cassa per copertura eventuali ammanchi; rimborsi non dovuti.	Verifiche di cassa periodiche.
		2. Gestione giuridica e economica dell'attività libero professionale intra-moenia individuale e d'équipe del personale dipendente.		2. Errori in fase istruttoria autorizzazioni ALPI e possibili errori nella retrocessione degli onorari.	Controlli periodici a campione sulla corretta adozione dei provvedimenti autorizzativi e sulla retrocessione degli onorari.
		3. Gestione giuridica e economica dell'attività libero professionale intra-moenia di ricovero del personale dipendente.		3. Errori in fase istruttoria autorizzazioni ALPI di ricovero e possibili errori nella retrocessione degli onorari.	Controlli periodici a campione sulla corretta adozione dei provvedimenti autorizzativi e sulla retrocessione degli onorari.
Direttore S.O. Aree a Pagamento; Direzione Medica Ospedaliera; S.O. Gestione Economico - Finanziaria.	Gestione Aree di pagamento	4. Fatturazione attiva	Personale della strutture complesse coinvolte	4. Mancato inserimento nel sistema informatico delle prestazioni da parte delle S.O.D. eroganti.	Verifica tempestiva dell'effettuazione del pagamento /ritiro dei referti
Direttore S.O. Aree a Pagamento	Gestione Aree di pagamento	5. Gestione giuridica ed economica dell'attività libero professionale resa in regime di Convenzione/Consulenza con enti pubblici/privati.	Personale della struttura complessa	5. Mancata osservanza delle regole specifiche per l'esercizio dell'attività libero professionale aziendale inerente gli orari di attività, la copertura assicurativa, la riscossione degli introiti, l'esistenza di costi aziendali aggiuntivi, la retrocessione degli onorari.	Miglioramento dei controlli sugli orari di attività con sistema di tracciamento basato su timbrature di entrata ed uscita con codici dedicati, e controlli a campione sulla corrispondenza tra clausole contrattuali economiche e attività effettivamente resa.
Direttore S.O. Aree a Pagamento; Direzione Medica Ospedaliera; S.O. Gestione Economico - Finanziaria.	Gestione Aree di pagamento	6. Ricoveri cittadini non iscritti al S.S.N.	Personale della strutture complesse coinvolte	6. Ricovero a pagamento catalogato come ricovero erogato dal S.S.N.	Definizione di una procedura per l'accettazione amministrativa e riscossione importo del ricovero a pagamento, anche mediante la redazione di report periodici.

**AREA DI RISCHIO: REALIZZAZIONE LAVORI E ACQUISIZIONI BENI E SERVIZI, ATTIVITA' TECNICHE**

Responsabilità	Processo	Attività	Soggetti coinvolti	Rischio	Misure di Prevenzione
Direttori S.O. Gestione Beni, Servizi e Logistica, S.O. Fisica Sanitaria, Direzione Medica Ospedaliera, S.O. Farmacia, Servizio Prevenzione e Protezione, S.O.S.D. Qualità, rischio clinico, innovazione gestionale e tecnologica ; S.O. SIA	Gestione Beni, Servizi e Logistica	1. Programmazione e rilevazione dei fabbisogni.	Personale della struttura complessa	1. Elevata discrezionalità; non corretta individuazione delle esigenze o sviamento di potere; errata o abusiva valutazione delle priorità degli acquisti da effettuare.	Potenziamento dell'attività di programmazione e approvazione del programma biennale art.21 del Codice degli appalti per il biennio 2022-2023.
		2. Progettazione tecnica ed amministrativa.		2. Definizione di specifiche, requisiti, criteri, errati, non chiari, o finalizzati a favorire uno o più operatori economici; definizione di valori economici sotto stimati a causa dei vincoli di bilancio; errori nella redazione dei documenti tali da produrre effetti distorsivi rispetto al regolare svolgimento della procedura.	<p>Rilevato che la proposta avanzata in precedenza di creazione di struttura aziendale esterna alla SO a supporto della progettazione non si è ancora concretizzata, si sta realizzando una modifica dell'assetto organizzativo interno alla SO con individuazione di una area specifica con relativa PO a supporto della progettazione, compatibilmente con le risorse/dotazione organica aziendale.</p> <p>Continuare a richiedere ai referenti tecnici della gara la dichiarazione approvata unitamente al "Patto di Integrità".</p> <p>Esperire consultazioni preliminari di mercato in fase di progettazione con gli Operatori Economici di settore, tramite avviso pubblico, laddove ritenuto necessario in relazione alla complessità della gara o del lotto.</p> <p>Rotazione periodica negli incarichi di RUP e/o dei dipendenti che svolgono funzioni di supporto rispetto ai diversi contratti o settori merceologici di competenza, nei limiti in cui ciò sia consentito dall'organizzazione aziendale e della SO nonché dalla dotazione organica.</p>
Direttore S.O. Gestione Beni, Servizi e Logistica	Gestione Beni, Servizi e Logistica	3. Procedura di scelta del contraente: acquisti di importo inferiore alle soglie comunitarie e nell'ambito del MEPA Consip.	Personale della struttura complessa	3. Procedure negoziate con confronto concorrenziale: violazione del principio di segretezza; scelta discriminatoria o arbitraria dei fornitori da invitare o in favore dei quali emettere ordine; decisioni immotivate, illegittime, o contrastanti con la lex specialis di gara; affidamento diretto: scelta arbitraria degli operatori economici affidatari; prezzi non congrui; scarsa trasparenza; criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa: nomina di commissari non adeguati; valutazione superficiale, non sufficientemente motivata, o finalizzata esclusivamente ed arbitrariamente a favorire un concorrente.	<p>Incremento delle forme di pubblicità preventiva delle RDO MePa aperte a tutti i fornitori abilitati, compatibilmente con l'oggetto della fornitura/servizio; incremento pubblicità preventiva anche in caso di affidamenti diretti fuori MePa, laddove possibile in relazione all'oggetto del contratto; criterio offerta economicamente più vantaggiosa: sottoscrizione da parte dei commissari della dichiarazione approvata unitamente al "Patto di Integrità"; rotazione periodica negli incarichi di RUP e/o dei dipendenti che svolgono funzioni di supporto rispetto ai diversi contratti o settori merceologici di competenza, nei limiti in cui ciò sia consentito dall'organizzazione aziendale e della SO nonché dalla dotazione organica.</p>

**AREA DI RISCHIO: REALIZZAZIONE LAVORI E ACQUISIZIONI BENI E SERVIZI, ATTIVITA' TECNICHE**

Responsabilità	Processo	Attività	Soggetti coinvolti	Rischio	Misure di Prevenzione
Direttori S.O. Gestione Beni, Servizi e Logistica, S.O. Fisica Sanitaria, Direzione Medica Ospedaliera, S.O. Farmacia, Servizio Prevenzione e Protezione, S.O.S.D. Qualità, rischio clinico, innovazione gestionale e tecnologica ; S.O. SIA	Gestione Beni, Servizi e Logistica	4. Fase esecutiva.	Personale della struttura complessa	4. Controlli assenti o insufficienti sul corretto adempimento delle prestazioni da parte degli appaltatori, a causa di insufficienze o per collusione con gli appaltatori; conseguente mancata o insufficiente applicazione penali o mancata risoluzione contrattuale; introduzione di varianti al di fuori dei casi previsti dalla normativa; superamento dei volumi massimi di acquisto previsti dal contratto; proroghe di durata al di fuori di previsioni contrattuali o normative.	Potenziamento dei controlli sulla corretta esecuzione delle prestazioni contrattuali; miglioramento del monitoraggio e controllo degli stati di avanzamento.
Direzione Generale, Direttore SO Gestione Attività Edili e Impianti	Gestione Attività Edili e Impianti	1. Sistemi di realizzazione dei lavori (Programmazione).	Personale della struttura complessa	1. Elevata discrezionalità; non corretta individuazione delle esigenze o sviamento di potere; errata o abusiva valutazione delle priorità dei lavori da eseguire.	Potenziare le fasi analitiche della programmazione con una tempistica adeguata e con personale qualificato dedicato all'interno della SO.
Direttore SO Gestione Attività Edili e Impianti, RUP	Gestione Attività Edili e Impianti	2. Sistemi di realizzazione dei lavori - Progettazione tecnica ed amministrativa.	Personale della struttura complessa	2. Affidamento degli incarichi a uno o più soggetti ricorrenti; definizione di specifiche, requisiti, criteri finalizzati a favorire uno o più operatori economici o comunque tali da produrre effetti distortivi rispetto al regolare svolgimento della procedura; definizione di valori economici sotto stimati a causa dei vincoli di bilancio.	Formazione delle figure tecnico-amministrative con competenze professionali adeguate; attestazione dei referenti della gara circa l'assenza di interessi personali in relazione allo specifico oggetto della gara; rotazione periodica, o qualora sia ritenuto opportuno, negli incarichi di RUP e/o dei dipendenti che svolgono funzioni di supporto rispetto ai diversi contratti, nei limiti in cui lo consenta la dotazione organica e non pregiudichi la correttezza, speditezza e celerità del procedimento.
Direttore SO Gestione Attività Edili e Impianti, RUP	Gestione Attività Edili e Impianti	3. Sistemi di realizzazione dei lavori - Procedura di gara.	Personale della struttura complessa	3. Violazione termini procedurali; violazione/errata applicazione normativa; ricorso al frazionamento o all'urgenza al fine di ricorrere indebitamente all'istituto della trattativa diretta/procedura negoziata; identificazione/selezione distorta degli operatori, violazione/errata applicazione del principio di rotazione degli operatori nel caso della trattativa diretta/procedura negoziata; elaborazione "bandi sartoriali"; definizione di requisiti tecnico-economici di partecipazione atti a favorire/sfavorire determinati soggetti; errata determinazione del criterio di aggiudicazione; costituzione irregolare della commissione al fine di favorire/sfavorire determinati operatori; mancata considerazione dei profili di incompatibilità dei commissari; mancato rispetto dei principi che regolano lo svolgimento delle sedute di gara: a) principio di pubblicità; b) principio di segretezza della fase di valutazione delle offerte tecniche; c) mancato rispetto delle norme in materia di soccorso istruttorio; verifica incompleta/discrezionale dei requisiti e aggiudicazione ad operatore privo dei requisiti.	Rigorosa applicazione della normativa di riferimento e di quanto statuito dagli strumenti regolativi predisposti dall'ente; attenzione alla fase programmatica; standardizzazione delle procedure interne e della modulistica da utilizzare nelle varie fasi della procedura; ricorso al MePa e a albi di fornitori qualificati; formazione specialistica del personale su tematiche di competenza dell'ufficio; adeguata pubblicazione e verbalizzazione delle fasi della procedura; acquisizione di dichiarazioni di assenza di conflitto di interesse, cause incompatibilità e inconferibilità; rotazione degli incarichi di RUP e dei dipendenti a supporto, nei limiti in cui lo consenta la dotazione organica e non pregiudichi la correttezza, speditezza e celerità del procedimento.
Direttore SO Gestione Attività Edili e Impianti, RUP, Direttore Lavori	Gestione Attività Edili e Impianti	4. Sistemi di realizzazione dei lavori - Esecuzione lavori.	Personale della struttura complessa	4. Discrezionalità nella scelta del Direttore dei lavori e del Coordinatore della Sicurezza e del Collaudatore; mancato controllo da parte del Direttore dei lavori con conseguente non rilievo di vizi e difformità dell'opera; non corretto ricorso alle varianti e alla classificazione delle stesse al fine di permetterne l'approvazione; ottenimento da parte dell'affidatario di vantaggi ingiusti approfittando dell'errore della stazione appaltante; subappalto quale modalità di distribuzione di vantaggi per effetto di accordo collusivo intervenuto in precedenza fra i partecipanti alla gara dell'appalto principale; alterazione della tempistica nell'esecuzione del contratto e mancata applicazione delle penali; mancata, omessa o errata redazione della contabilità dei lavori; accrescimento dei rischi di infortuni che si potrebbero ripercuotere con responsabilità alla S.A. per omessi controlli del C.d.S.; per il Collaudatore, mancata verifica della incompatibilità per aver ricoperto incarichi di progettazione, vigilanza ed esecuzione dei lavori, mancata specifica qualifica per l'espletamento incarico.	Ricorso a procedura di gara nel caso di affidamenti esterni degli incarichi di D.L., C.d.S. e Collaudatore o scelta a rotazione degli stessi da un elenco di professionisti altamente qualificati; adeguata pubblicazione e verbalizzazione delle fasi della procedura; acquisizione di dichiarazioni di assenza di conflitto di interesse, cause incompatibilità e inconferibilità; nel caso di incarichi interni rotazione periodica o qualora sia ritenuto in relazione allo specifico incarico, nei limiti in cui lo consenta la dotazione organica in rapporto alle specifiche competenze; formazione specialistica su tematiche attinenti l'incarico.

**AREA DI RISCHIO: REALIZZAZIONE LAVORI E ACQUISIZIONI BENI E SERVIZI, ATTIVITA' TECNICHE**

Responsabilità	Processo	Attività	Soggetti coinvolti	Rischio	Misure di Prevenzione
Direttore SO Gestione Attività Edili e Impianti, RUP, Collaudatore	Gestione Attività Edili e Impianti	5. Sistemi di realizzazione dei lavori - Fine lavori e Collaudo.	Personale della struttura complessa	5. Negligenza/colpa da parte del D.L. nel controllo delle certificazioni di prova sui materiali e posa in opera, nonché delle relative certificazioni di qualità e delle scritture contabili finali; negligenza o colpa nello svolgimento dell'incarico di collaudo; mancato rispetto dei termini previsti dal CSA nella emissione del certificato di collaudo/fine lavori; false attestazioni nei collaudi e verifiche finali.	Formazione specialistica del personale tecnico-amministrativo su tematiche attinenti la fase di conclusione/collaudo; adeguata pubblicizzazione e verbalizzazione delle fasi della procedura; acquisizione di dichiarazioni di assenza di conflitto di interesse, cause incompatibilità e inconferibilità. Nel caso di incarichi interni, rotazione periodica o qualora sia ritenuto in relazione allo specifico incarico, nei limiti in cui lo consenta la dotazione organica in rapporto alle specifiche competenze; formazione specialistica su tematiche attinenti l'incarico.
Direzione Generale, Direttore SO Gestione Attività Edili e Impianti, RUP	Gestione Attività Edili e Impianti	6. Alienazione beni.	Personale della struttura complessa	6. Errata stima dell'immobile per favorire un soggetto terzo; valutazione non adeguata o affidata a stessi soggetti terzi; scarsa manutenzione immobile per diminuirne il valore e favorire soggetti terzi; procedura non regolare e/o scarsamente trasparente.	Rigorosa applicazione della normativa di riferimento e di quanto statuito dagli strumenti regolativi predisposti dall'ente; adeguata pubblicizzazione e verbalizzazione delle fasi della procedura.
Direzione Generale, Direttore SO Gestione Attività Edili e Impianti, RUP	Gestione Attività Edili e Impianti	7. Locazione.	Personale della struttura complessa	7. Errata stima del canone per favorire un soggetto terzo; mancato rispetto dei criteri di economicità e produttività nella scelta di concessione e/o nella stima di contratti di locazione sia nel ruolo di locatario che di locatore; valutazione di quanto sopra a stessi soggetti terzi; scarsa manutenzione del bene per diminuirne il valore e favorire soggetti terzi; procedura non regolare e/o scarsamente trasparente.	Rigorosa applicazione della normativa di riferimento e di quanto statuito dagli strumenti regolativi predisposti dall'ente; adeguata pubblicizzazione e verbalizzazione delle fasi della procedura.
Direttore S.O. Affidamento contratti pubblici	Affidamento contratti pubblici	1. Procedura di scelta del contraente: procedura di importo superiore alle soglie comunitarie; Acquisto tramite strumenti di acquisto e negoziazione CONSIP/SUAM/unioni di acquisto tra Enti; Procedure aperte e ristrette ed altre procedure disciplinate dal Titolo III della parte II del D.Lgs. n. 50/2016.	Personale della struttura complessa	1. Violazione del principio di segretezza; decisioni immotivate, illegittime, o contrastanti con la lex specialis di gara; verbalizzazioni incomplete, errate, non veritiere; valutazione superficiale, non adeguatamente motivata, o finalizzata esclusivamente ed arbitrariamente a favorire un concorrente; errata o abusiva valutazione dei presupposti per la deroga alle procedure ordinarie.	Gestione delle procedure tramite piattaforma telematica (tutte le fasi/accessi sono tracciati); incremento delle procedure operative e schemi di atti da utilizzare per le varie fasi della procedura; rotazione periodica negli incarichi di RUP/RPA e/o dei dipendenti che svolgono funzioni di supporto rispetto ai diversi contratti o settori merceologici di competenza, nei limiti in cui ciò sia consentito dall'organizzazione aziendale e della SO nonché della dotazione organica.

AREA DI RISCHIO: REALIZZAZIONE LAVORI E ACQUISIZIONI BENI E SERVIZI, ATTIVITA' TECNICHE					
Responsabilità	Processo	Attività	Soggetti coinvolti	Rischio	Misure di Prevenzione
Responsabile del Procedimento / Direttore S.O. Affidamento Contratti Pubblici	Affidamento contratti pubblici	2. Stipula del contratto divenuta efficace l'aggiudicazione.	Personale della struttura complessa	2. Ritardo nella stipula del contratto, acquisita la regolare documentazione propedeutica e divenuta efficace l'aggiudicazione, prosecuzione dell'attuale prestazione per causa imputabile alla stazione appaltante.	Ridurre i tempi per la stipula del contratto divenuta efficace l'aggiudicazione monitorando il rispetto dei termini per l'acquisizione della documentazione e predisposizione di solleciti
Responsabile del Procedimento / Direttore S.O. Affidamento Contratti Pubblici	Affidamento contratti pubblici	3. Accettazione proposte comodati e donazioni.	Personale della struttura complessa	3. Accettazione donazione di strumentazione o di strumentazione in comodato d'uso gratuito che comportano oneri economici a carico della Azienda Ospedaliera a favore del proponente (es. materiale di consumo dedicato)	Espletamento della corretta istruttoria in conformità al Regolamento Aziendale, o alle procedure in essere, finalizzata alla verifica di assenza di oneri, o oneri di modico valore, a carico dell'azienda previa acquisizione dei pareri positivi necessari, predisposizione proposta di aggiornamento del regolamento vigente
Responsabile del Procedimento / Direttore S.O. Affidamento Contratti Pubblici	Affidamento contratti pubblici	4. Nomina Commissione giudicatrice	Personale della struttura complessa	4. Criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa: nomina di commissari non adeguati	Richiedere alla direzione nominativi relativi agli esperti tecnici nell'oggetto dell'appalto e inviare agli stessi la documentazione di cui al Patto di Integrità aziendale, monitorare i tempi relativi all'acquisizione delle informazioni/documentazioni necessari e predisporre i relativi solleciti
AREA DI RISCHIO: GESTIONE DEL PERSONALE E AFFARI GENERALI E LEGALI					
Responsabilità	Processo	Attività	Soggetti coinvolti	Rischio	Misure di Prevenzione
Direttore S.O. Gestione del Personale	Gestione del personale	1. Gestione delle relazioni sindacali e applicazione dei contratti.	Personale della struttura complessa	1. Mancata calendarizzazione degli incontri anche se richiesta; irregolarità nell'apertura, svolgimento e conclusione della trattativa per la sottoscrizione del Contratto integrativo aziendale; irregolarità dovute ad inadempimenti procedurali.	Osservanza del regolamento aziendale concernente le relazioni sindacali e relativi aggiornamenti in linea con l'evoluzione normativa di riferimento. E' garantita l'osservanza del Regolamento aziendale concernente le relazioni sindacali. A volte può accadere un ritardo nella convocazione o un posticipo nella trattazione di alcuni argomenti per il subentro di altri a giudizio delle Direzione prioritari

**AREA DI RISCHIO: GESTIONE DEL PERSONALE E AFFARI GENERALI E LEGALI**

Responsabilità	Processo	Attività	Soggetti coinvolti	Rischio	Misure di Prevenzione
Direttore S.O. Gestione del personale / Posizione Organizzativa "Reclutamento personale".	Gestione del personale	2. Gestione del reclutamento delle risorse umane (personale ospedaliero della Dirigenza Medica, Sanitaria, Professionale, Tecnica e Amministrativa).	Personale della struttura complessa	2. Assenza di adeguata motivazione nell'individuazione del fabbisogno di personale al momento della predisposizione del piano occupazionale; mancata messa a bando di funzioni dirigenziali per ricoprirle tramite contratti ad interim; previsione di requisiti personalizzati per il reclutamento; irregolare composizione delle commissioni esaminatrici e mancata richiesta/verifica delle dichiarazioni di assenza di cause di incompatibilità; ammissione di candidati in assenza di requisiti; inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione; violazione del principio di parità di trattamento tra i candidati; inadempienza dovuta all'insufficiente descrizione dei requisiti e dei criteri di selezione.	Vincolare il tempo di assegnazione degli incarichi ad interim vigilando sui tempi di avvio delle procedure concorsuali; informatizzazione delle procedure amministrative per il reclutamento del personale; monitoraggio sul rispetto dei termini di conclusione dei procedimenti; vigilanza in materia di incompatibilità e inconferibilità, nonché di conferimento di incarichi; La Direzione Generale valuta, in relazione alle strategie aziendali, le tempistiche connesse all'avvio delle procedure per il reclutamento dei Direttori di Struttura Complessa. Le Commissioni vengono nominate come da disposizioni vigenti
Direttore S.O. Gestione del personale / Incarico di Organizzazione "Area Giuridica".	Gestione del personale	3. Gestione del reclutamento delle risorse umane (personale universitario della Dirigenza Medica e Sanitaria).	Personale della struttura complessa	3. Assenza di requisiti per l'assegnazione dell'incarico.	Attenta applicazione dell'art. 5 comma 5 D. Lgs. 517/92 e verifica del possesso dei requisiti del personale proposto per l'incarico dall'UNIVPM. L'attribuzione e la revoca ai professori e ai ricercatori universitari dell'incarico di direzione di una struttura, individuata come complessa ai sensi dell'art. 3, co. 2, è effettuata dal direttore generale d'intesa con il rettore, sentito il direttore di dipartimento. L'iter è confermato nel Protocollo d'Intesa tra Università e Regione Marche approvato con DGRMI n. 1092 del 6/8/2018 dove è stata prevista, altresì, l'acquisizione del parere del Rettore della Facoltà di Medicina e Chirurgia. Il possesso dei requisiti per l'affidamento dell'incarico viene puntualmente verificato con acquisizione del curriculum del professionista, trasmesso dall'UNIVPM unitamente alla formulazione della proposta.
Direttore S.O. Gestione del personale / Posizione Organizzativa "Reclutamento personale".	Gestione del personale	4. Gestione del reclutamento delle risorse umane (personale ospedaliero del Comparto).	Personale della struttura complessa	4. Assenza di adeguata motivazione nell'individuazione del fabbisogno di personale al momento della predisposizione del piano occupazionale; previsione di requisiti personalizzati per il reclutamento; irregolare composizione delle commissioni esaminatrici e mancata richiesta/verifica delle dichiarazioni di assenza di cause di incompatibilità; mancanza di trasparenza e imparzialità nella procedura di selezione.	Vincolare il tempo di assegnazione degli incarichi straordinari vigilando sui tempi di avvio delle procedure concorsuali; informatizzazione delle procedure amministrative per il reclutamento del personale; monitoraggio sul rispetto dei termini di conclusione dei procedimenti; La modalità standard di assunzione dei dipendenti è con la stipula di contratti di lavoro a tempo indeterminato. Contratti a tempodeterminato vengono stipulati nel rispetto delle disposizioni normative vigenti. L'avvio delle procedure concorsuali è concordato con la Regione tenuto conto che l'indizio dei concorsi ha valenza regionale. Le procedure concorsuali sono informatizzate.
	Gestione del personale	5. Gestione del reclutamento delle risorse umane (ex Legge n. 68/1999 e ex Legge n. 56/1998).		5. Assenza di individuazione del fabbisogno in linea con le disposizioni normative di personale al momento della predisposizione del piano occupazionale; irregolare composizione delle commissioni esaminatrici e mancata richiesta/verifica delle dichiarazioni di assenza di cause di incompatibilità; mancanza di trasparenza e imparzialità nella procedura di selezione.	Proposta di sottoscrizione di una convenzione di programma per l'inserimento lavorativo di persone disabili. La convenzione di programma per l'inserimento lavorativo di persone disabili è stata adottata con determina n. 784/DG del 26/9/2019. Le procedure di selezione seguono le normative vigenti in materia.
	Gestione del personale	6. Gestione del reclutamento delle risorse umane (procedura di mobilità di tutto il personale ospedaliero).		6. Assenza di adeguata motivazione nell'individuazione del fabbisogno di personale al momento della predisposizione del piano occupazionale; previsione di requisiti personalizzati per il reclutamento; irregolare composizione delle commissioni esaminatrici e mancata richiesta/verifica delle dichiarazioni di assenza di cause di incompatibilità; mancanza di trasparenza e imparzialità nella procedura di selezione.	Particolare attenzione all'analisi del fabbisogno e effettuazione di procedura a evidenza pubblica con commissione di selezione. Tutte le procedure di mobilità dall'esterno, sono indette nel rispetto del piano triennale del fabbisogno ed espletate, nel rispetto della normativa vigente

**AREA DI RISCHIO: GESTIONE DEL PERSONALE E AFFARI GENERALI E LEGALI**

Responsabilità	Processo	Attività	Soggetti coinvolti	Rischio	Misure di Prevenzione
Direttore S.O. Gestione del personale / Posizione Organizzativa "Area giuridica".	Gestione del personale	7. Gestione giuridica del personale ospedaliero e universitario.	Personale della struttura complessa	7. Concessione benefici oltre le previsioni normative/contrattuali; utilizzo improprio dei vari istituti contrattuali; per le attività del Collegio Tecnico formulazione del giudizio da parte di soggetto non avente titolo a valutare.	Adeguamento del Regolamento aziendale per il conferimento e la revoca degli incarichi dirigenziali. Con determina n. 626/DG del 12/7/2019 è stato approvato il nuovo Regolamento per il conferimento, graduazione, valutazione, conferma e revoca degli incarichi dirigenziali - area Professionale, Tecnica e Amministrativa. Detto Regolamento oltre a prevedere e disciplinare il principio della rotazione degli incarichi stabilisce che l'affidamento degli incarichi dirigenziali di SC e SOS avvenga mediante apposita procedura selettiva interna. Gli uffici stanno predisponendo analoga proposta di adeguamento anche per il Regolamento aziendale per il conferimento e la revoca degli incarichi dirigenziali dell'area della Dirigenza Maedica e Sanitaria. Nelle more si continuano ad applicare i principi.
Direttore S.O. Gestione del personale	Gestione del personale	8. Gestione rilevazione presente assenze del personale ospedaliero.		8. Manipolazione timbrature; inserimento di giustificativi di assenza non debitamente autorizzati dal Responsabile di riferimento.	Aggiornamento delle disposizioni sull'orario di lavoro per il personale del Comparto; predisposizione di regolamento. Utilizzo sistematico di una procedura informatizzata per la rilevazione delle presenze e assenze. E' in fase di sperimentazione il software finalizzato alla gestione dei turni di servizio nonché in fase di avvio il software per l'autorizzazione delle assenze, entrambi finalizzati ad eliminare il rischio di assenze non debitamente autorizzate o manipolazioni delle timbrature. E' in fase di predisposizione il Regolamento dell'orario di lavoro del personale del Comparto.
Direttore S.O. Gestione del personale.	Gestione del personale	9. Gestione economica del personale ospedaliero e del personale universitario che presta attività assistenziale.	Personale della struttura complessa	9. Omissione di verifiche e atti dovuti; manipolazione e/o alterazione dei dati e conseguente attribuzione di benefici non spettanti.	Utilizzo sistematico di una procedura informatizzata per la elaborazione delle retribuzioni. Divisione delle competenze tra gli operatori che gestiscono la parte giuridica e coloro che elaborano la retribuzione. Effettuazione dei controlli già in essere sinergicamente con il settore Gestione giuridica del personale. Il sistema informatico AREAS elabora le retribuzioni, prevalentemente sulla base delle informazioni che vengono inserite dal settore giuridico nell'applicativo stesso, acquisite e validate dal settore economico. La divisione delle competenze e la costante interazione tra il personale dei due distinti settori permette un continuo controllo sulla corretta attribuzione dei benefici economici spettanti
Direttore S.O. Gestione del personale.	Gestione del personale	10. Gestione del reclutamento del personale di tipo flessibile, a contratto, borsista.		10. Gestione con modalità non rispettose delle vigenti normative / regolamenti; per tirocini e borse di studio alterazione requisiti per favorire un determinato soggetto.	Monitoraggio del piano di azione già in essere: rotazione dei membri delle commissioni esaminatrici; verifica preliminare dei profili di incompatibilità/confitto di interessi; definizione dei profili dei candidati adeguati alla struttura di assegnazione per favorire il processo di valutazione da parte della commissione; applicazione dei Regolamenti già vigenti e valutazione della revisione degli stessi. Costante applicazione del piano di azioni già in essere, Proste di aggiornamento del vigente regolamento sui contratti di lavoro flessibile
Direttore S.O. Gestione del personale / Posizione Organizzativa "Previdenza".	Gestione del personale	11. Gestione aspetti previdenziali.	Personale della struttura complessa	11. Manipolazione dei dati ai fini della maturazione dei requisiti necessari alla acquisizione dei benefici di Legge; omissione di verifiche e atti dovuti; attribuzione di benefici economici non spettanti.	Utilizzo della procedura informatizzata INPS per il calcolo della maturazione del diritto a pensione.
Direttore S.O. Gestione del personale.	Gestione del personale	12. Gestione della procedura per l'autorizzazione allo svolgimento di incarichi extra istituzionali del personale ospedaliero e del personale universitario che presta attività assistenziale.		12. Mancata verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto d'interessi nell'espletamento di incarichi retribuiti, non compresi nei compiti e nei doveri d'ufficio.	Applicazione del Regolamento vigente. La gestione delle richieste di autorizzazione allo svolgimento di incarichi extra istituzionali del personale ospedaliero e universitario in attività assistenziale viene effettuata nel rispetto del Regolamento vigente (determina n. 345/DG del 30/6/2015)
	Gestione del personale	13. Tenuta archivio cartaceo / informatizzato dei fascicoli del personale dipendente.		13. Non corretto inserimento nei relativi fascicoli della documentazione che deve essere obbligatoriamente detenuta nel fascicolo personale; lentezza nell'acquisizione della documentazione necessaria all'espletamento delle pratiche da parte dei responsabili dei procedimenti.	Utilizzazione della gestione dell'archivio cartaceo e gestione del fascicolo informatizzato per i neo assunti. Il fascicolo personale è tenuto solo in modalità cartacea; in fase di analisi la tenuta del fascicolo informatizzato per i neo assunti
	Gestione del personale	14. Gestione del piano di formazione aziendale, delle attività formative e sistema regionale ECM. NON PRESENTE NELLA MAPPATURA TRASMESSA	Personale della struttura complessa	14. Discrezionalità nella scelta dei fornitori qualora il soggetto erogatore non sia selezionabile tramite MEPA.	Utilizzo di una procedura comparativa che prevede l'invito di almeno tre possibili fornitori a trasmettere, ove interessati, un preventivo. Approvazione di un apposito Regolamento aziendale.

**AREA DI RISCHIO: GESTIONE DEL PERSONALE E AFFARI GENERALI E LEGALI**

Responsabilità	Processo	Attività	Soggetti coinvolti	Rischio	Misure di Prevenzione
Direttore S.O. Affari legali e contenzioso	Affidamento incarico per contenzioso giudiziale e stragiudiziale e Liquidazione incarichi conferiti a Legali	1. Affidamento degli incarichi per la costituzione dell'Azienda in giudizio ai fini della rappresentanza, difesa ed assistenza, nonché per la tutela degli interessi aziendali al fine di consentire l'esercizio del diritto di difesa - Liquidazione dei compensi al legale incaricato sulla base del preventivo, determinato in conformità alle tariffe professionali vigenti.	Personale della struttura complessa	1. Esclusività nell'affidamento incarichi legali; determinazione compenso professionale non in linea con normativa nazionale in materia e/o con relativa regolamentazione aziendale.	Revisione periodica/integrazione/modifica rosa dei professionisti anche con riferimento alle materie oggetto di contenzioso; rispetto normativa in materia di conferimento incarichi legali e liquidazione sulla base delle tariffe forensi vigenti nel tempo. Utilizzo per il conferimento degli incarichi dell'albo aziendale già pubblicato su Amministrazione Trasparente e relativo aggiornamento. Applicazione delle Linee guida n. 12 "Affidamento dei servizi legali" Approvate dal Consiglio dell'Autorità con delibera n. 907 del 24 ottobre 2018)
	Ammissione patrocinio legale dipendenti	2. Assicurare il patrocinio legale, mediante assunzione diretta e/o indiretta, in favore dei dipendenti aziendali e dei soggetti nei confronti dei quali si applica lo specifico istituto contrattuale, qualora sia stato promosso nei confronti di tali soggetti un procedimento di responsabilità civile, penale, amministrativo - contabile per attività poste in essere nell'espletamento del servizio e nell'adempimento di compiti di ufficio.	Personale della struttura complessa	2. Ammissione alla tutela legale di dipendenti sulla base dell'applicazione della norma contrattuale e degli orientamenti giurisprudenziali	Applicazione del Regolamento di Patrocinio Legale
	Attività Commissione Valutazione Sinistri	3. Disamina medico legale, comprensiva della valutazione economica dell' eventuale profilo risarcitorio, per i sinistri in SIR, di tutte le istanze pervenute, anche per via giudiziaria (comprese le procedure di mediazione, negoziazione, ricorso per accertamento tecnico preventivo ex art. 696 bis c.p.c.), con l'esclusione dei procedimenti penali.	Attività trasversale che prevede la partecipazione di più figure relative a diverse Strutture che formano la Commissione Valutazione Sinistri	3. Valutazione non congrua del sinistro	Regolamento di gestione istanze risarcitorie - Tabelle di riferimento per quantificazione del danno e per applicazione dei compensi spettanti ai legali/consulenti

**AREA DI RISCHIO: STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE**

Responsabilità	Processo	Attività	Soggetti coinvolti	Rischio	Misure di Prevenzione
Direttore S.O. Sistema Informativo Aziendale.	Gestione del Sistema Informativo Aziendale.	1. Gestione degli acquisti per l'affidamento di beni e servizi inferiori a 75.000 € e dal 10/06/2021 inferiori a 139.000 €.	Personale della struttura complessa	1. Discrezionalità nella scelta dei fornitori.	Monitoraggio degli acquisti.
		2. Gestione del contratto di fornitura di beni e servizi - Manutenzione / assistenza inferiori a 75.000 € e dal 10/06/2021 inferiori a 139.000 €.		2. Discrezionalità nella scelta dei fornitori.	Valutazione benchmark di analoghe soluzioni adottate da altre aziende; monitoraggio delle infrastrutture e dei sistemi informatici/telematici; rilevazione degli eventi.
		3. Direzione esecuzione contratti.		3. Non conformità del servizio/bene reso.	Monitoraggio.
Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione.	Gestione Servizio Protezione e Protezione	1. Individuazione delle misure di sicurezza e salubrità nell'ambiente di lavoro, e valutazione dei relativi rischi.	Personale della struttura semplice dipartimentale	1. Adozione del Documento di Valutazione dei Rischi (DUVRI)	Diffusione interaziendale del DUVRI
Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione.	Gestione Servizio Protezione e Protezione	2. Controlli sul corretto adempimento delle prestazioni contrattuali da parte delle ditte appaltatrici in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro	Personale della struttura semplice dipartimentale	2. Adozione della Nota Informativa Aziendale (DUVRI)	Diffusione della Nota Informativa Aziendale tra i diversi soggetti contraenti
Responsabile S.O.S.D. Coordinamento Donazione Organi	Gestione delle attività di donazione e procurement di organi e tessuti	1. Identificazione, valutazione di idoneità dei donatori Organi e Tessuti, visione in chiaro dati donatore del Registro Informativo Regionale; istituzione di percorsi aziendali secondo le Linee guida di ISS - CNT.	Personale della struttura semplice dipartimentale	1. Mancata individuazione e segnalazione del donatore, mancata individuazione controindicazioni e/o anamnesi incompleta e/o sconosciuta, mancato aggiornamento registro informatico, mancato rispetto delle procedure e percorsi aziendali.	Monitoraggio giornaliero rianimazioni e verbali di decesso aziendali, controllo incrociato idoneità donatore TLC/CRT/Nitp, formazione continua operatori coinvolti nel processo, aggiornamento continuo procedure in intranet secondo le LG, ISS-CNT.
		2. Controllo e monitoraggio delle procedure di diagnosi di morte encefalica; supporto al processo donazione organi e cornee, inserimento in Donor Manager donazione di opercoli cranici derivanti da attività neurochirurgica.		2. Mancato avvio procedura di diagnosi di morte encefalica, ritardo esecuzione esami strumentali e/o istologici, mancata tracciabilità opercolo cranico, mancata segnalazione donazione cornee.	Coordinatore ospedaliero disponibile h24, controllo modulistica donazione, procedura operativa disponibile in intranet, formazione continua operatori coinvolti nel processo, controllo incrociato donazione opercoli TLC/ Banca Occhi Regione Marche.

**AREA DI RISCHIO: LISTE DI ATTESA E DECESSI IN AMBITO INTRA-OSPEDALIERO**

Responsabilità	Processo	Attività	Soggetti coinvolti	Rischio	Misure di Prevenzione
Direttore S.O. Direzione Medica Ospedaliera	Gestione attività e servizi sanitari e delle liste di attesa	1. Decesso in ambito intra-ospedaliero.	Dirigenti della Direzione Medica Ospedaliera	1. Comunicazione anticipata del decesso ad una determinata impresa di onoranze funebri in cambio di compensi; segnalazione ai parenti di una specifica impresa in cambio di compensi; accettazione di compensi per espletamento di proprie funzioni (es. vestizione salma); autorizzazione, rivolta a specifiche imprese, a negoziare affari inerenti l'attività funebre all'interno dell'area ospedaliera.	Adozione regole di comportamento per il personale addetto (compiti e disposizioni per operatori necrofori, disposizioni per operatori di reparto, procedure accettazione salme esterne, procedure trasporto salme "a cassa aperta", procedura libera scelta impresa funebre ...). In occasione di ogni decesso, controllo presso la DMO / Camera Mortuaria verifica completezza documentazione richiesta. Verifica, mediante sopralluoghi periodici a cura di personale della DMO, dell'adozione delle regole di comportamento da parte del personale addetto alla Camera Mortuaria (adozione scheda rilevazione controlli presso la Camera Mortuaria a cura personale USOCeV). Effettuazione controlli mirati a seguito di specifiche segnalazioni.
	Gestione attività e servizi sanitari e delle liste di attesa	2. Gestione liste di attesa ambulatoriali e prenotazioni.	Dirigenti della Direzione Medica Ospedaliera	2. Gestione delle liste di attesa non improntata a criteri di urgenza clinica; mancata "presa in carico" dei pazienti aventi diritto; mancata programmazione di agende dedicate alla presa in carico; prenotazione negli spazi dedicati alle priorità a soggetti non aventi diritto (comunicazione di dati presenti nell'impegnativa diversi, nella prenotazione telefonica o presentazione al front office di ricetta modificata non dal prescrittore); utilizzo opportunistico degli spazi dedicati alle priorità.	Controllo a campione di prenotazioni e prescrizioni cartacee; corsi di formazione dedicati al personale dirigente medico sulla corretta prescrizione, programmazione delle agende e prenotazione delle prestazioni di accesso successivo; programmazione delle agende differenziate per classe di priorità per le prestazioni non ricomprese nel PNGLA; prescrizioni dematerializzate da parte dei prescrittori interni all'azienda; controllo delle prescrizioni e prenotazioni dematerializzate ai fini della presa in carico; monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni non ricomprese nel PNGLA.
	Gestione attività e servizi sanitari e delle liste di attesa	3. Monitoraggio prenotazione/erogazione dei servizi sanitari (ricoveri medici).	Dirigenti della Direzione Medica Ospedaliera	3. Gestione non trasparente del registro; ordine di ricovero dei pazienti (dopo l'iscrizione sul registro) non stabilito sulla base dei criteri di priorità clinica (PC) o, in caso di parità di PC, secondo l'ordine cronologico di iscrizione in lista; compilazione parziale del registro; mancata motivazione nel registro di scostamenti rispetto alla normativa in materia.	Verbalizzazione delle verifiche effettuate Audit dei risultati delle verifiche, in attesa della informatizzazione registri di prenotazione.
Direttore S.O. Direzione Medica Ospedaliera	Gestione attività e servizi sanitari e delle liste di attesa	4. Monitoraggio lista di attesa dei reparti chirurgici.	Dirigenti della Direzione Medica Ospedaliera	4. Individuazione di una categoria di gravità diversa da quella prevista nei protocolli del Gruppo Miglioramento Chirurgici Aziendale, ispirato alle linee guida di riferimento.	Verifica periodica della corretta classificazione della casistica secondo criteri condivisi con il gruppo miglioramento chirurgici
	Gestione attività e servizi sanitari e delle liste di attesa	5. Monitoraggio utilizzo del Sistema Informatico Ormaweb per la gestione delle prenotazioni e delle liste di attesa per i ricoveri nei reparti di area chirurgica della sede Salesi.	Dirigenti della Direzione Medica Ospedaliera	5. Chiamata a ricovero di pazienti non inseriti nel sistema informatizzato per la gestione delle prenotazioni e liste di attesa per i ricoveri.	Monitoraggio sull'utilizzo della procedura informatizzata nell'attività di chiamata dei pazienti a ricovero programmato.
	Gestione attività e servizi sanitari e delle liste di attesa	6. Monitoraggio utilizzo del registro di prenotazione dei ricoveri nei reparti di area medica della sede Salesi.	Dirigenti della Direzione Medica Ospedaliera	6. Chiamata a ricovero di pazienti non inseriti nel registro di prenotazione dei ricoveri; gestione non trasparente del registro.	Monitoraggio sull'utilizzo del registro di prenotazione dei ricoveri nell'attività di chiamata dei pazienti a ricovero programmato.
	Gestione attività e servizi sanitari e delle liste di attesa	7. Ricoveri cittadini non iscritti al S.S.N.	Dirigenti della Direzione Medica Ospedaliera	7. Mancato rispetto delle procedure di accettazione dei ricoveri.	Definizione di una procedura per l'accettazione amministrativa e riscossione a regolazione diretta.
	Gestione attività e servizi sanitari e delle liste di attesa	8. Gestione della liquidazione dell'attività di trasporto sanitario programmato.	Dirigenti della Direzione Medica Ospedaliera	8. Riconoscimento di prestazioni di trasporto sanitario improprie o sovrastimate.	Definizione di una procedura per la verifica e la liquidazione.

## TRASPARENZA

### 2.3.9 Trasparenza e pubblicazione dei dati

Il PNA 2019 riconferma la trasparenza come una delle principali misure generali di prevenzione della corruzione. È ormai opinione comune e consolidata, infatti, che soltanto un'amministrazione aperta e trasparente consente alla società civile di sviluppare maggiore consapevolezza e svolgere una funzione di controllo sul perseguimento delle finalità istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche.

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

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

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

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

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

L'introduzione della nuova figura del soggetto "*Responsabile della pubblicazione*", si focalizza anche su chi deve pubblicare i dati, reperirli, individuarli ed elaborarli e non solo su chi li deve trasmettere/inserire (nella Banca dati centralizzata tra i vari uffici), specificando che l'atto organizzativo fondamentale dei flussi informativi, che dovrà essere garantito, deve riportare l'indicazione dei nominativi dei soggetti responsabili di ciascuna di queste fasi relativamente ad ogni obbligo di pubblicazione.

La presente sezione costituisce l'aggiornamento del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità.

I piani adottati negli anni precedenti sono pubblicati in maniera permanente e consultabili sul Portale della Trasparenza, le misure ivi specificate sono collegate ai rispettivi Piani Triennali della Prevenzione della Corruzione e a tal fine il Programma costituisce una sezione di detto Piano.

Tutto ciò premesso con la presente Sottosezione questa Azienda intende dare attuazione al principio generale della trasparenza di cui all'art. 1 del D.Lgs. 33/2013 e s.m.i.

Per quanto concerne la trasparenza, ai fini della piena accessibilità delle informazioni pubblicate, sulla home page del sito istituzionale 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.

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

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

Identificazione delle Strutture e dei Responsabili degli obblighi di pubblicazione							
Denominazione e sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Struttura organizzativa competente all'adempimento	Responsabile trasmissione e pubblicazione dati	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento
Disposizioni generali	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile Prevenzione della Corruzione e Trasparenza	Cinzia Cocco	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT)	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231) ( <a href="#">link alla sotto-sezione Altri contenuti/ Anticorruzione</a> )	Annuale
	Atti generali	Ogni struttura per quanto di competenza	-	Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Riferimenti normativi su organizzazione e attività	Riferimenti normativi con i relativi <i>link</i> alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normativa" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
					Atti amministrativi generali	Direttive, circolari, programmi, istruzioni e ogni atto che dispone in generale sulla organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procedimenti, ovvero nei quali si determina l'interpretazione di norme giuridiche che riguardano o dettano disposizioni per l'applicazione di esse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
					Documenti di programmazione strategico-gestionale	Direttive ministri, documento di programmazione, obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
					Statuti e leggi regionali	Estremi e testi ufficiali aggiornati degli Statuti e delle norme di legge regionali, che regolano le funzioni, l'organizzazione e lo svolgimento delle attività di competenza dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Oneri informativi per cittadini e imprese	non di pertinenza dell'AOU	-	-	Art. 12, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Art. 55, c. 2, d.lgs. n. 165/2001	Codice disciplinare, recante l'indicazione delle infrazioni del codice disciplinare e relative sanzioni (pubblicazione on line in alternativa all'affissione in luogo accessibile a tutti - art. 7, l. n. 300/1970)
Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013					Codice di condotta	Codice di condotta inteso quale codice di comportamento	Tempestivo
Organizzazione	Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	non di pertinenza dell'AOU	-	Art. 13, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Organi di indirizzo politico e di amministrazione e gestione, con l'indicazione delle rispettive competenze	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Titolari di incarichi politici di cui all'art. 14, co. 1, del dlgs n. 33/2013 (da pubblicare in tabelle)	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).
				Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico
				Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Art. 3, l. n. 441/1982	4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale					

Identificazione delle Strutture e dei Responsabili degli obblighi di pubblicazione

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Struttura organizzativa competente all'adempimento	Responsabile trasmissione e pubblicazione dei dati	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento
Organizzazione	Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	S.O. Affari Generali Convenzioni e Ricerca	Cinzia Cocco	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo di cui all'art. 14, co. 1-bis, del dlgs n. 33/2013	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla
Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013	2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico					
Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982	3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)					
Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982	4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale					
Organizzazione	Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	S.O. Gestione del Personale	Emanuela Ranucci	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Cessati dall'incarico (documentazione da pubblicare sul sito web)	Atto di nomina, con l'indicazione della durata dell'incarico	Nessuno
				Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Nessuno
				Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno
				Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno
				Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Nessuno
				Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Nessuno
	Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982	1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Nessuno				
	Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982	3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte con riferimento al periodo dell'incarico (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Nessuno				
	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013	4) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'				
	Art. 4, l. n. 441/1982	4) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Nessuno				
Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Responsabile Prevenzione della Corruzione e Trasparenza	Cinzia Cocco	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	non di pertinenza dell'AOU		Art. 28, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Rendiconti di esercizio annuale dei gruppi consiliari regionali e provinciali, con evidenza delle risorse trasferite o assegnate a ciascun gruppo, con indicazione del titolo di trasferimento e dell'impiego delle risorse utilizzate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
				Atti degli organi di controllo	Atti e relazioni degli organi di controllo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
	Ogni struttura per quanto di competenza		Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Articolazione degli uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
	S.O. Gestione del Personale - S.O. Affari Generali Convenzioni e Ricerca - S.O. Programmazione e controllo di gestione	Emanuela Ranucci - Cinzia Cocco - Vania Carignani	Art. 13, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Organigramma (da pubblicare sotto forma di organigramma, in modo tale che a ciascun ufficio sia assegnato un link ad una pagina contenente tutte le informazioni previste dalla norma)	Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
			Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
Telefono e posta elettronica	S.O.S.D. Relazioni interne e Esterne	Alberto Lanari	Art. 13, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e 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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	

Identificazione delle Strutture e dei Responsabili degli obblighi di pubblicazione

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Struttura organizzativa competente all'adempimento	Responsabile trasmissione e pubblicazione dati	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento
Consulenti e collaboratori	Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	S.O. Gestione del Personale - S.O. Affari Generali Convenzioni e Ricerca	Emanuela Ranucci Cinzia Cocco	Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Consulenti e collaboratori  (da pubblicare in tabelle)	Estremi degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa) con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
						Per ciascun titolare di incarico:	
				Art. 15, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Art. 15, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		2) dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Art. 15, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		3) compensi comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Tabelle relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla Funzione pubblica)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse	Tempestivo					
Personale	Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice	S.O. Affari Generali Convenzioni e Ricerca	Cinzia Cocco	Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Incarichi amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle)	Per ciascun titolare di incarico:	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).
				Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico
				Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale
				Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfirmità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)
				Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)
Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)					

Identificazione delle Strutture e dei Responsabili degli obblighi di pubblicazione

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Struttura organizzativa competente all'adempimento	Responsabile trasmissione e pubblicazione dati	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento
Personale	Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	S.O. Gestione del Personale	Emanuela Ranucci	Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali (da pubblicare in tabelle che distinguono le seguenti situazioni: dirigenti, dirigenti individuati discrezionalmente, titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali)	Per ciascun titolare di incarico:	
				Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Art. 14, c. 1, lett. g) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).
				Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico
				Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale
				Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfirmità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)
				Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)
				Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)
Art. 19, c. 1-bis, d.lgs. n. 165/2001	Posti di funzione disponibili	Numero e tipologia dei posti di funzione che si rendono disponibili nella dotazione organica e relativi criteri di scelta	Tempestivo				
Art. 1, c. 7, d.p.r. n. 108/2004	Ruolo dirigenti	Ruolo dei dirigenti	Annuale				

Identificazione delle Strutture e dei Responsabili degli obblighi di pubblicazione

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Struttura organizzativa competente all'adempimento	Responsabile trasmissione e pubblicazione dati	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento			
Personale	Dirigenti cessati	S.O. Gestione del Personale	Emanuela Ranucci	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Dirigenti cessati dal rapporto di lavoro (documentazione da pubblicare sul sito web)	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Nessuno			
				Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Nessuno			
				Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno			
				Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno			
				Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Nessuno			
				Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Nessuno			
	Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982	1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferite al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili); 3) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione)							
Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Responsabile Prevenzione della Corruzione e Trasparenza	Cinzia Cocco	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi dirigenziali	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)				
Personale	Posizioni organizzative	S.O. Gestione del Personale S.O. Affari Generali Convenzioni e Ricerca	Emanuela Ranucci Cinzia Cocco	Art. 14, c. 1-quinquies, d.lgs. n. 33/2013	Posizioni organizzative	Curricula dei titolari di posizioni organizzative redatti in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)			
	Dotazione organica			Art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Conto annuale del personale	Conto annuale del personale e relative spese sostenute, nell'ambito del quale sono rappresentati i dati relativi alla dotazione organica e al personale effettivamente in servizio e al relativo costo, con l'indicazione della distribuzione tra le diverse qualifiche e aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)			
	Personale non a tempo indeterminato			Art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo personale tempo indeterminato	Costo complessivo del personale a tempo indeterminato in servizio, articolato per aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)			
				Art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, ivi compreso il personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)			
				Art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo del personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Costo complessivo del personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Trimestrale (art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)			
	Tassi di assenza			Art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Tassi di assenza trimestrali (da pubblicare in tabelle)	Tassi di assenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale	Trimestrale (art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)			
	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)			Art. 18, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti) (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascun dipendente (dirigente e non dirigente), con l'indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso spettante per ogni incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)			
	Contrattazione collettiva			Art. 21, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 47, c. 8, d.lgs. n. 165/2001	Contrattazione collettiva	Riferimenti necessari per la consultazione dei contratti e accordi collettivi nazionali ed eventuali interpretazioni autentiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)			
	Contrattazione integrativa			Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Contratti integrativi	Contratti integrativi stipulati, con la relazione tecnico-finanziaria e quella illustrativa, certificate dagli organi di controllo (collegio dei revisori dei conti, collegio sindacale, uffici centrali di bilancio o analoghi organi previsti dai rispettivi ordinamenti)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)			
				Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009	Costi contratti integrativi	Specifiche informazioni sui costi della contrattazione integrativa, certificate dagli organi di controllo interno, trasmesse al Ministero dell'Economia e delle finanze, che predispongono, allo scopo, uno specifico modello di rilevazione, d'intesa con la Corte dei conti e con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica	Annuale (art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009)			
	OIV						Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	OIV (da pubblicare in tabelle)	Nominativi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
							Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Curricula	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Par. 14.2, delib. CiVIT n. 12/2013		Compensi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)							

Identificazione delle Strutture e dei Responsabili degli obblighi di pubblicazione								
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Struttura organizzativa competente all'adempimento	Responsabile trasmissione e pubblicazione dati	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	
Bandi di concorso		S.O. Gestione del Personale	Emanuela Ranucci	Art. 19, d.lgs. n. 33/2013	Bandi di concorso (da pubblicare in tabelle)	Bandi di concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione nonche' i criteri di valutazione della Commissione e le tracce delle prove scritte	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	S.O. Programmazione e Controllo di Gestione	Vanja Carignani	Par. 1, delib. CIVT n. 104/2010	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance (art. 7, d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	
	Piano della Performance			Art. 10, c. 8, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Piano della Performance/Piano esecutivo di gestione	Piano della Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009) Piano esecutivo di gestione (per gli enti locali) (art. 169, c. 3-bis, d.lgs. n. 267/2000)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
	Relazione sulla Performance				Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
	Ammontare complessivo dei premi		S.O. Gestione del Personale	Emanuela Ranucci	Art. 20, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo dei premi	Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
						(da pubblicare in tabelle)	Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Dati relativi ai premi		S.O. Gestione del Personale	Emanuela Ranucci	Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi ai premi (da pubblicare in tabelle)	Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
							Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
							Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Enti controllati	Enti pubblici vigilati	non di pertinenza dell'AOU		Art. 22, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Enti pubblici vigilati (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli enti pubblici, comunque denominati, istituiti, vigilati e finanziati dall'amministrazione ovvero per i quali l'amministrazione abbia il potere di nomina degli amministratori dell'ente, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
							Per ciascuno degli enti:	
Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013					1) ragione sociale		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
					2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
					3) durata dell'impegno		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
					4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
					5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
					6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
					7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013					Dichiarazione sulla sussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )		Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	
Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazione sulla sussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)						
Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Collegamento con i siti istituzionali degli enti pubblici vigilati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)						

Identificazione delle Strutture e dei Responsabili degli obblighi di pubblicazione

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Struttura organizzativa competente all'adempimento	Responsabile trasmissione e pubblicazione dati	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento		
Enti controllati	Società partecipate	non di pertinenza dell'AOU	-	Art. 22, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Dati società partecipate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle società di cui l'amministrazione detiene direttamente quote di partecipazione anche minoritaria, con l'indicazione dell'entità, delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate, ad esclusione delle società, partecipate da amministrazioni pubbliche, con azioni quotate in mercati regolamentati italiani o di altri paesi dell'Unione europea, e loro controllate. (art. 22, c. 6, d.lgs. n. 33/2013)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
						Per ciascuna delle società:	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
						1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
						2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
						3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
						4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
						5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
						6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
						7) incarichi di amministratore della società e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
						Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	
						Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2014	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	
						Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Collegamento con i siti istituzionali delle società partecipate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
						Art. 22, c. 1, lett. d-bis, d.lgs. n. 33/2013	Provvedimenti	Provvedimenti in materia di costituzione di società a partecipazione pubblica, acquisto di partecipazioni in società già costituite, gestione delle partecipazioni pubbliche, alienazione di partecipazioni sociali, quotazione di società a controllo pubblico in mercati regolamentati e razionalizzazione periodica delle partecipazioni pubbliche, previsti dal decreto legislativo adottato ai sensi dell'articolo 18 della legge 7 agosto 2015, n. 124 (art. 20 d.lgs 175/2016)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
						Art. 19, c. 7, d.lgs. n. 175/2016		Provvedimenti con cui le amministrazioni pubbliche socie fissano obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento, ivi comprese quelle per il personale, delle società controllate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Provvedimenti con cui le società a controllo pubblico garantiscono il concreto perseguimento degli obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)						

Identificazione delle Strutture e dei Responsabili degli obblighi di pubblicazione

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Struttura organizzativa competente all'adempimento	Responsabile trasmissione e pubblicazione dati	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento
Enti controllati	Enti di diritto privato controllati	non di pertinenza dell'AOU		Art. 22, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Enti di diritto privato controllati (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli enti di diritto privato, comunque denominati, in controllo dell'amministrazione, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Per ciascuno degli enti:	
						1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
						2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
						3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
						4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
						5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
		6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)				
		7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)				
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfirmità dell'incarico ( <i>link al sito dell'ente</i> )	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)			
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico ( <i>link al sito dell'ente</i> )	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)			
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Collegamento con i siti istituzionali degli enti di diritto privato controllati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)			
		Rappresentazione grafica	Art. 22, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Rappresentazione grafica	Una o più rappresentazioni grafiche che evidenziano i rapporti tra l'amministrazione e gli enti pubblici vigilati, le società partecipate, gli enti di diritto privato controllati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
		Tipologie di procedimento	Ogni struttura per quanto di competenza		Art. 35, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Tipologie di procedimento (da pubblicare in tabelle)	<b>Per ciascuna tipologia di procedimento:</b>
Art. 35, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili				Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria				Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	3) l'ufficio del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale				Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
Art. 35, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013	4) ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con l'indicazione del nome del responsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale				Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
Art. 35, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013	5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardano				Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
Art. 35, c. 1, lett. g), d.lgs. n. 33/2013	6) termine fissato in sede di disciplina normativa del procedimento per la conclusione con l'adozione di un provvedimento espresso e ogni altro termine procedimentale rilevante				Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
Art. 35, c. 1, lett. h), d.lgs. n. 33/2013	7) procedimenti per i quali il provvedimento dell'amministrazione può essere sostituito da una dichiarazione dell'interessato ovvero il procedimento può concludersi con il silenzio-assenso dell'amministrazione				Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
Art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013	8) strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale, riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato, nel corso del procedimento nei confronti del provvedimento finale ovvero nei casi di adozione del provvedimento oltre il termine predeterminato per la sua conclusione e i modi per attivarli				Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
Art. 35, c. 1, lett. l), d.lgs. n. 33/2013	9) <i>link</i> di accesso al servizio on line, ove sia già disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attivazione				Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
Art. 35, c. 1, lett. m), d.lgs. n. 33/2013	10) modalità per l'effettuazione dei pagamenti eventualmente necessari, con i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)					
Art. 35, c. 1, lett. n), d.lgs. n. 33/2013	11) nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonché modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)					
Art. 35, c. 1, lett. o), d.lgs. n. 33/2013	<b>Per i procedimenti ad istanza di parte:</b>						
Art. 35, c. 1, lett. p), d.lgs. n. 33/2013	1) atti e documenti da allegare all'istanza e modulistica necessaria, compresi i fac-simile per le autocertificazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)					
Art. 35, c. 1, lett. q), d.lgs. n. 33/2013 e Art. 1, c. 29, l. 190/2012	2) uffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e modalità di accesso con indicazione degli indirizzi, recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale a cui presentare le istanze	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)					
Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	S.O. Affari Generali Convenzioni e Ricerca	Cinzia Cocco	Art. 35, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Recapiti dell'ufficio responsabile	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostituite	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
Provvedimenti	Provvedimenti organi indirizzo politico	S.O. Gestione Beni Servizi e Logistica-S.O. Affidamento Contratti Pubblici - S.O. Gestione attività Edili e Impianti - S.O.D. Farmacia - S.O. Gestione del Personale - S.O. Sistema	Emanuele Giammarini - Simona Coppari - Sergio Cordiali - Adriana Pompilio - Emanuela Ranucci - Stefano Occhiodori	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ( <i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
	Provvedimenti dirigenti amministrativi			Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ( <i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)

Identificazione delle Strutture e dei Responsabili degli obblighi di pubblicazione							
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Struttura organizzativa competente all'adempimento	Responsabile trasmissione e pubblicazione dati	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento
Bandi di gara e contratti	Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare	S.O. Gestione Beni Servizi e Logistica - S.O. Affidamento Contratti Pubblici - S.O. Gestione attività Edili e Impianti - S.O.D. Farmacia - S.O. Gestione del Personale - S.O. Sistema Informativo Aziendale -	Emanuele Giammarini - Simona Coppari - Sergio Cordiali - Adriana Pompilio - Emanuela Ranucci - Stefano Occhiodori -	Art. 4 delib. Anac n. 39/2016		Codice Identificativo Gara (CIG)	Tempestivo
				Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013 Art. 4 delib. Anac n. 39/2016	Dati previsti dall'articolo 1, comma 32, della legge 6 novembre 2012, n. 190 Informazioni sulle singole procedure (da pubblicare secondo le "Specifiche tecniche per la pubblicazione dei dati ai sensi dell'art. 1, comma 32, della Legge n. 190/2012", adottate secondo quanto indicato nella delib. Anac 39/2016)	Struttura proponente, Oggetto del bando, Procedura di scelta del contraente, Elenco degli operatori invitati a presentare offerte/Numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, Aggiudicatario, Importo di aggiudicazione, Tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, Importo delle somme liquidate	Tempestivo
				Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013 Art. 4 delib. Anac n. 39/2016		Tabella riassuntive rese liberamente scaricabili in un formato digitale standard aperto con informazioni sui contratti relative all'anno precedente (nello specifico: Codice Identificativo Gara (CIG), struttura proponente, oggetto del bando, procedura di scelta del contraente, elenco degli operatori invitati a presentare offerte/numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, aggiudicatario, importo di aggiudicazione, tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, importo delle somme liquidate)	Annuale (art. 1, c. 32, l. n. 190/2012)
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 Art. 21, c. 7, e 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016			Atti relativi alla programmazione di lavori, opere, servizi e forniture	Programma biennale degli acquisti di beni e servizi, programma triennale dei lavori pubblici e relativi aggiornamenti annuali	Tempestivo	
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016				Per ciascuna procedura:		
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016				<b>Avvisi di preinformazione</b> - Avvisi di preinformazione (art. 70, c. 1, 2 e 3, d.lgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi di preinformazioni (art. 141, d.lgs n. 50/2016)	Tempestivo	
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016				<b>Delibera a contrarre o atto equivalente</b> (per tutte le procedure)	Tempestivo	
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016				<b>Avvisi e bandi</b> - Avviso (art. 19, c. 1, d.lgs n. 50/2016); Avviso di indagini di mercato (art. 36, c. 7, d.lgs n. 50/2016 e Linee guida ANAC); Avviso di formazione elenco operatori economici e pubblicazione elenco (art. 36, c. 7, d.lgs n. 50/2016 e Linee guida ANAC); Bandi ed avvisi (art. 36, c. 9, d.lgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi (art. 73, c. 1, e 4, d.lgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi (art. 127, c. 1, d.lgs n. 50/2016); Avviso periodico indicativo (art. 127, c. 2, d.lgs n. 50/2016); Avviso relativo all'esito della procedura; Pubblicazione a livello nazionale di bandi e avvisi; Bando di concorso (art. 153, c. 1, d.lgs n. 50/2016); Avviso di aggiudicazione (art. 153, c. 2, d.lgs n. 50/2016); Bando di concessione, invito a presentare offerta, documenti di gara (art. 171, c. 1 e 5, d.lgs n. 50/2016); Avviso in merito alla modifica dell'ordine di importanza dei criteri, Bando di concessione (art. 173, c. 3, d.lgs n. 50/2016); Bando di gara (art. 183, c. 2, d.lgs n. 50/2016); Avviso costituzione del privilegio (art. 186, c. 3, d.lgs n. 50/2016); Bando di gara (art. 188, c. 3, d.lgs n. 50/2016)	Tempestivo	
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016			Atti relativi alle procedure per l'affidamento di appalti pubblici di servizi, forniture, lavori e opere, di concorsi pubblici di progettazione, di concorsi di idee e di concessioni. Compresi quelli tra enti nell'ambito del settore pubblico di cui all'art. 5 del d.lgs n. 50/2016	<b>Avviso sui risultati della procedura di affidamento</b> - Avviso sui risultati della procedura di affidamento con indicazione dei soggetti invitati (art. 36, c. 2, d.lgs n. 50/2016); Bando di concorso e avviso sui risultati del concorso (art. 141, d.lgs n. 50/2016); Avvisi relativi l'esito della procedura, possono essere raggruppati su base trimestrale (art. 142, c. 3, d.lgs n. 50/2016); Elenchi dei verbali delle commissioni di gara	Tempestivo	
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016				<b>Avvisi sistema di qualificazione</b> - Avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione, di cui all'Allegato XIV, parte II, lettera H; Bandi, avviso periodico indicativo; avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione; Avviso di aggiudicazione (art. 140, c. 1, 3 e 4, d.lgs n. 50/2016)	Tempestivo	
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016				<b>Affidamenti</b> Gli atti relativi agli affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile, con specifica dell'affidatario, delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie (art. 163, c. 10, d.lgs n. 50/2016); tutti gli atti connessi agli affidamenti in house in formato open data di appalti pubblici e contratti di concessione tra enti (art. 192 c. 3, d.lgs n. 50/2016)	Tempestivo	
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016				<b>Informazioni ulteriori</b> - Contributi e resoconti degli incontri con portatori di interessi unitamente ai progetti di fattibilità di grandi opere e ai documenti predisposti dalla stazione appaltante (art. 22, c. 1, d.lgs n. 50/2016); Informazioni ulteriori, complementari o aggiuntive rispetto a quelle previste dal Codice; Elenco ufficiali operatori economici (art. 90, c. 10, d.lgs n. 50/2016)	Tempestivo	
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016			Provvedimento che determina le esclusioni dalla procedura di affidamento e le ammissioni all'esito delle valutazioni dei requisiti	Provvedimenti di esclusione e di ammissione (entro 2 giorni dalla loro adozione)	Tempestivo	
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016			Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti.	Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti.	Tempestivo	
Art. 1, co. 505, l. 208/2015 disposizione speciale rispetto all'art. 21 del d.lgs. 50/2016	Contratti	Testo integrale di tutti i contratti di acquisto di beni e di servizi di importo unitario stimato superiore a 1 milione di euro in esecuzione del programma biennale e suoi aggiornamenti	Tempestivo				
Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	Tempestivo				

Identificazione delle Strutture e dei Responsabili degli obblighi di pubblicazione

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Struttura organizzativa competente all'adempimento	Responsabile trasmissione e pubblicazione dati	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Criteri e modalità	Ogni struttura per quanto di competenza		Art. 26, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Criteri e modalità	Atti con i quali sono determinati i criteri e le modalità cui le amministrazioni devono attenersi per la concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari e l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
				Art. 26, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e comunque di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	
	Art. 27, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013			(da pubblicare in tabelle creando un collegamento con la pagina nella quale sono riportati i dati dei relativi provvedimenti finali)	Art. 27, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	(NB: è fatto divieto di diffusione di dati da cui sia possibile ricavare informazioni relative allo stato di salute e alla situazione di disagio economico-sociale degli interessati, come previsto dall'art. 26, c. 4, del d.lgs. n. 33/2013)	1) nome dell'impresa o dell'ente e i rispettivi dati fiscali o il nome di altro soggetto beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
	Art. 27, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013				2) importo del vantaggio economico corrisposto		Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	
	Art. 27, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013				3) norma o titolo a base dell'attribuzione		Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	
	Art. 27, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013				4) ufficio e funzionario o dirigente responsabile del relativo procedimento amministrativo		Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	
	Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013				5) modalità seguita per l'individuazione del beneficiario		Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	
	Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013				6) link al progetto selezionato		Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	
Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013	7) link al curriculum vitae del soggetto incaricato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)						
Art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Elenco (in formato tabellare aperto) dei soggetti beneficiari degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e di attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Annuale (art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)					
Bilanci	Bilancio preventivo e consuntivo	S.O. Gestione Economico Finanziaria	Cristina Vitali	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio preventivo	Documenti e allegati del bilancio preventivo, nonché dati relativi al bilancio di previsione di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
				Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011			Bilancio consuntivo	Documenti e allegati del bilancio consuntivo, nonché dati relativi al bilancio consuntivo di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
	Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016				Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci consuntivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	non di pertinenza dell'AOU		Art. 29, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 - Art. 19 e 22 del d.lgs. n. 91/2011 - Art. 18-bis del d.lgs. n. 118/2011	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, con l'integrazione delle risultanze osservate in termini di raggiungimento dei risultati attesi e le motivazioni degli eventuali scostamenti e gli aggiornamenti in corrispondenza di ogni nuovo esercizio di bilancio, sia tramite la specificazione di nuovi obiettivi e indicatori, sia attraverso l'aggiornamento dei valori obiettivo e la soppressione di obiettivi già raggiunti oppure oggetto di ripianificazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
Beni immobili e gestione patrimonio	Patrimonio immobiliare	S.O. Gestione Attività Edili e Impianti	Sergio Cordiali	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Patrimonio immobiliare	Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
	Canoni di locazione o affitto			Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Canoni di locazione o affitto	Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
Controlli e rilievi sull'amministrazione	Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	S.O. Affari Generali Convenzioni e Ricerca	Cinzia Cocco	Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	Atti degli Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Attestazione dell'OIV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	Annuale e in relazione a delibere ANAC	
						Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	
	Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, c. 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009)					Tempestivo		
	Altri atti degli organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe, procedendo all'indicazione in forma anonima dei dati personali eventualmente presenti					Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
Organi di revisione amministrativa e contabile				Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di previsione o budget, alle relative variazioni e al conto consuntivo o bilancio di esercizio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
Corte dei conti				Rilievi Corte dei conti	Tutti i rilievi della Corte dei conti ancorchè non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		

**Identificazione delle Strutture e dei Responsabili degli obblighi di pubblicazione**

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Struttura organizzativa competente all'adempimento	Responsabile trasmissione e pubblicazione dati	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento
Servizi erogati	Carta dei servizi e standard di qualità	S.O.S.D. Relazioni interne e Esterne	Dirigente Responsabile ff.	Art. 32, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Carta dei servizi e standard di qualità	Carta dei servizi o documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Class action	Responsabile Prevenzione della Corruzione e Trasparenza	Cinzia Cocco	Art. 1, c. 2, d.lgs. n. 198/2009	Class action	Notizia del ricorso in giudizio proposto dai titolari di interessi giuridicamente rilevanti ed omogenei nei confronti delle amministrazioni e dei concessionari di servizio pubblico al fine di ripristinare il corretto svolgimento della funzione o la corretta erogazione di un servizio	Tempestivo
				Art. 4, c. 2, d.lgs. n. 198/2009		Sentenza di definizione del giudizio	Tempestivo
				Art. 4, c. 6, d.lgs. n. 198/2009		Misure adottate in ottemperanza alla sentenza	Tempestivo
	Costi contabilizzati	S.O. Controllo di Gestione	Vania Carignani	Art. 32, c. 2, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Costi contabilizzati (da pubblicare in tabelle)	Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi e il relativo andamento nel tempo	Annuale (art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013)
Liste di attesa	S.O.S.D. Relazioni interne e Esterne	Alberto Lanari	Art. 41, c. 6, d.lgs. n. 33/2013	Liste di attesa (obbligo di pubblicazione a carico di enti, aziende e strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario) (da pubblicare in tabelle)	Criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
Servizi in rete	S.O. Sistema Informativo Aziendale	Stefano Occhiodori	Art. 7 co. 3 d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 8 co. 1 del d.lgs. 179/16	Risultati delle indagini sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete e statistiche di utilizzo dei servizi in rete	Risultati delle rilevazioni sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete resi all'utente, anche in termini di fruibilità, accessibilità e tempestività, statistiche di utilizzo dei servizi in rete.	Tempestivo	
Pagamenti dell'amministrazione	Dati sui pagamenti	S.O. Gestione Economico Finanziaria	Cristina Vitali	Art. 4-bis, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati sui pagamenti (da pubblicare in tabelle)	Dati sui propri pagamenti in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione consuntiva)
	Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale			Art. 41, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Dati sui pagamenti in forma sintetica e aggregata (da pubblicare in tabelle)	Dati relativi a tutte le spese e a tutti i pagamenti effettuati, distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)
	Indicatore di tempestività dei pagamenti			Art. 33, d.lgs. n. 33/2013	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi, prestazioni professionali e forniture (indicatore annuale di tempestività dei pagamenti)	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
					Ammontare complessivo dei debiti	Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	Trimestrale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
	IBAN e pagamenti informatici			Art. 36, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005	IBAN e pagamenti informatici	Nelle richieste di pagamento: i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
Opere pubbliche	Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici	S.O. Attività Edili e Impianti	Sergio Cordiali	Art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici (art. 1, l. n. 144/1999)	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici, incluse le funzioni e i compiti specifici ad essi attribuiti, le procedure e i criteri di individuazione dei componenti e i loro nominativi (obbligo previsto per le amministrazioni centrali e regionali)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Atti di programmazione delle opere pubbliche			Art. 38, c. 2 e 2 bis d.lgs. n. 33/2013 Art. 21 co.7 d.lgs. n. 50/2016 Art. 29 d.lgs. n. 50/2016	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Atti di programmazione delle opere pubbliche (link alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti") A titolo esemplificativo: - Programma triennale dei lavori pubblici, nonché i relativi aggiornamenti annuali, ai sensi art. 21 d.lgs. n. 50/2016 - Documento pluriennale di pianificazione ai sensi dell'art. 2 del d.lgs. n. 228/2011, (per i Ministeri)	Tempestivo (art. 8, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
	Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche			Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Tempi, costi unitari e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate.	Informazioni relative ai tempi e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	(da pubblicare in tabelle, sulla base dello schema tipo redatto dal Ministero dell'economia e della finanza <a href="http://www.finanza.gov.it">www.finanza.gov.it</a> )	Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
Pianificazione e governo del territorio		non di pertinenza dell'AOU		Art. 39, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Pianificazione e governo del territorio (da pubblicare in tabelle)	Atti di governo del territorio quali, tra gli altri, piani territoriali, piani di coordinamento, piani paesistici, strumenti urbanistici, generali e di attuazione, nonché le loro varianti	Tempestivo (art. 39, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				Art. 39, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Documentazione relativa a ciascun procedimento di presentazione e approvazione delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in variante allo strumento urbanistico generale comunque denominato vigente nonché delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in attuazione dello strumento urbanistico generale vigente che comportino premialità edificatorie a fronte dell'impegno dei privati alla realizzazione di opere di urbanizzazione extra oneri o della cessione di aree o volumetrie per finalità di pubblico interesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

Identificazione delle Strutture e dei Responsabili degli obblighi di pubblicazione							
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Struttura organizzativa competente all'adempimento	Responsabile trasmissione e pubblicazioni dati	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento
Informazioni ambientali		non di pertinenza dell'AOU		Art. 40, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni ambientali	Informazioni ambientali che le amministrazioni detengono ai fini delle proprie attività istituzionali:	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
					Stato dell'ambiente	1) Stato degli elementi dell'ambiente, quali l'aria, l'atmosfera, l'acqua, il suolo, il territorio, i siti naturali, compresi gli igrotopi, le zone costiere e marine, la diversità biologica ed i suoi elementi costitutivi, compresi gli organismi geneticamente modificati, e, inoltre, le interazioni tra questi elementi	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
					Fattori inquinanti	2) Fattori quali le sostanze, l'energia, il rumore, le radiazioni od i rifiuti, anche quelli radioattivi, le emissioni, gli scarichi ed altri rilasci nell'ambiente, che incidono o possono incidere sugli elementi dell'ambiente	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
					Misure incidenti sull'ambiente e relative analisi di impatto	3) Misure, anche amministrative, quali le politiche, le disposizioni legislative, i piani, i programmi, gli accordi ambientali e ogni altro atto, anche di natura amministrativa, nonché le attività che incidono o possono incidere sugli elementi e sui fattori dell'ambiente ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
					Misure a protezione dell'ambiente e relative analisi di impatto	4) Misure o attività finalizzate a proteggere i suddetti elementi ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
					Relazioni sull'attuazione della legislazione	5) Relazioni sull'attuazione della legislazione ambientale	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
					Stato della salute e della sicurezza umana	6) Stato della salute e della sicurezza umana, compresa la contaminazione della catena alimentare, le condizioni della vita umana, il paesaggio, i siti e gli edifici d'interesse culturale, per quanto influenzabili dallo stato degli elementi dell'ambiente, attraverso tali elementi, da qualsiasi fattore	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
					Relazione sullo stato dell'ambiente del Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Relazione sullo stato dell'ambiente redatta dal Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Strutture sanitarie private accreditate		non di pertinenza dell'AOU		Art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013	Strutture sanitarie private accreditate	Elenco delle strutture sanitarie private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)
					(da pubblicare in tabelle)	Accordi intercorsi con le strutture private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)
Interventi straordinari e di emergenza		non di pertinenza dell'AOU		Art. 42, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Interventi straordinari e di emergenza (da pubblicare in tabelle)	Provvedimenti adottati concernenti gli interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente, con l'indicazione espressa delle norme di legge eventualmente derogate e dei motivi della deroga, nonché con l'indicazione di eventuali atti amministrativi o giurisdizionali intervenuti	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Art. 42, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Art. 42, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Costo previsto degli interventi e costo effettivo sostenuto dall'amministrazione	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Altri contenuti	Prevenzione della Corruzione	Responsabile Prevenzione della Corruzione e Trasparenza	Cinzia Cocco	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231)	Annuale
				Art. 1, c. 8, 1. n. 190/2012, Art. 43, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Temporaneo
					Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità	Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità (laddove adottati)	Temporaneo
				Art. 1, c. 14, 1. n. 190/2012	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione recante i risultati dell'attività svolta (entro il 15 dicembre di ogni anno)	Annuale (ex art. 1, c. 14, L. n. 190/2012)
				Art. 1, c. 3, 1. n. 190/2012	Provvedimenti adottati dall'AN.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti	Provvedimenti adottati dall'AN.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione	Temporaneo
				Art. 18, c. 5, d.lgs. n. 39/2013	Atti di accertamento delle violazioni	Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013	Temporaneo
Altri contenuti	Accesso civico	Responsabile Prevenzione della Corruzione e Trasparenza - Identificazione delle Strutture e dei Responsabili degli obblighi di pubblicazione	Cinzia Cocco	Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 2, c. 9-bis, 1. 241/90	Accesso civico "semplificato" concernente dati, documenti e informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria	Nome del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale e nome del titolare del potere sostitutivo, attivabile nei casi di ritardo o mancata risposta, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Temporaneo
				Art. 5, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Accesso civico "generalizzato" concernente dati e documenti ulteriori	Nomi Uffici competenti cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Temporaneo
				Linee guida Anac FOIA (del. 1309/2016)	Registro degli accessi	Elenco delle richieste di accesso (atti, civico e generalizzato) con indicazione dell'oggetto e della data della richiesta nonché del relativo esito con la data della decisione	Semestrale

Identificazione delle Strutture e dei Responsabili degli obblighi di pubblicazione							
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Struttura organizzativa competente all'adempimento	Responsabile trasmissione e pubblicazione dati	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento
Altri contenuti	Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati	S.O. Sistema Informativo Aziendale	Stefano Occhiodori	Art. 53, c. 1 bis, d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 43 del d.lgs. 179/16	Catalogo dei dati, metadati e delle banche dati	Catalogo dei dati, dei metadati definitivi e delle relative banche dati in possesso delle amministrazioni, da pubblicare anche tramite link al Repertorio nazionale dei dati territoriali (www.rndt.gov.it), al catalogo dei dati della PA e delle banche dati www.dat.gov.it e http://basidati.agid.gov.it/catalogo gestiti da AGID	Tempestivo
				Art. 53, c. 1, bis, d.lgs. 82/2005	Regolamenti	Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati, fatti salvi i dati presenti in Anagrafe tributaria	Annuale
				Art. 9, c. 7, d.l. n. 179/2012 convertito con modificazioni dalla L. 17 dicembre 2012, n. 221	Obiettivi di accessibilità (da pubblicare secondo le indicazioni contenute nella circolare dell'Agenzia per l'Italia digitale n. 1/2016 e s.m.i.)	Obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici per l'anno corrente (entro il 31 marzo di ogni anno) e lo stato di attuazione del "piano per l'utilizzo del telelavoro" nella propria organizzazione	Annuale (ex art. 9, c. 7, D.L. n. 179/2012)
Altri contenuti	Dati ulteriori	Ogni struttura per quanto di competenza		Art. 7-bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012	Dati ulteriori (NB: nel caso di pubblicazione di dati non previsti da norme di legge si deve procedere alla anonimizzazione dei dati personali eventualmente presenti, in virtù di quanto disposto dall'art. 4, c. 3, del d.lgs. n. 33/2013)	Dati, informazioni e documenti ulteriori che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi della normativa vigente e che non sono riconducibili alle sottosezioni indicate	....
NOTA ALL'ALLEGATO: OGNI DIRIGENTE NELL'AMBITO DELLA STRUTTURA OPERATIVA IDENTIFICA CON LETTERA FORMALE I NOMINATIVI DEI COLLABORATORI CHE COADIUVANO IL DIRIGENTE OPERATIVAMENTE NELLA PUBBLICAZIONE SU LLA SEZIONE AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE DANDONE OBBLIGATORIA COMUNICAZIONE AL RPCT							

Inoltre in riferimento al combinato disposto normativo in materia di protezione dei dati personali e del riordino della trasparenza amministrativa, si ritiene opportuno evidenziare che 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.

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 out-come e ai risultati conseguiti.

Nelle more di una definizione di standard di pubblicazione sulle diverse tipologie di obblighi, da attuare secondo la procedura prevista dall'art. 48 del d.lgs. 33/2013 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: necessità di esporre, in corrispondenza di ciascun contenuto della sezione “Amministrazione trasparente”, la data di aggiornamento, distinguendo quella di “iniziale” pubblicazione da quella del successivo aggiornamento;
3. i dati vengono pubblicati con completezza e con un formato e dati 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.

Il Decreto Legge 17 marzo 2020, n. 18, cd. decreto “*Cura Italia*”, impone a ciascuna pubblica amministrazione, beneficiaria di erogazioni liberali ricevute nell’ambito delle raccolte fondi per l’emergenza COVID-19, di attuare un’apposita rendicontazione separata e l’apertura di un conto corrente dedicato, assicurando la completa tracciabilità.

L’ANAC, congiuntamente con il Ministero dell’Economia e delle Finanze, ha predisposto un modello di rendicontazione per le erogazioni liberali ricevute ai sensi dell’art. 99 del decreto legge 17 marzo 2020, n.18, recante “*Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all’emergenza epidemiologica da COVID-19*”, convertito con legge 24 aprile 2020, n. 27.

Il modello predisposto, con l’obiettivo di facilitare il lavoro delle amministrazioni e assicurare la conoscibilità delle erogazioni, prevede una serie contenuti minimi essenziali che consentono di garantire il rispetto della normativa. Tali contenuti possono naturalmente essere integrati con ulteriori dati (interventi finanziati, cronoprogramma, stato di avanzamento di eventuali lavori sovvenzionati, fondi residui) nell’intento di favorire la massima trasparenza.

Il rendiconto è pubblicato nella sezione “Amministrazione Trasparente”, sottosezione di primo livello, “*Interventi straordinari e di emergenza*”, contenente i dati previsti dall’art. 42 del d.lgs. 33/2013, e periodicamente aggiornato anche per dare conto di eventuali fondi pervenuti dopo la cessazione dello stato di emergenza.

Resta fermo che le erogazioni liberali in denaro ricevute devono comunque essere contabilizzate dalle amministrazioni pubbliche sulla base delle regole contabili che presidono al loro funzionamento.

### **2.3.10 Implementazione del portale “Amministrazione Trasparente”**

Dall’analisi del precedente sito web istituzionale era emersa la necessità di una revisione dei contenuti e dell’architettura informativa.

Il nuovo sito istituzionale è stato implementato sulla base dei contenuti previsti dal D. Lgs. n. 33 del 14 marzo 2013, e la sezione “Amministrazione Trasparente” occupa una posizione di particolare visibilità all’interno dell’Home Page del sito istituzionale.

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:



The screenshot shows the website header for Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona. Below the header, there is a search bar and a navigation menu. The main section is titled 'Amministrazione Trasparente' and contains a grid of 21 links, each with a right-pointing arrow. The links are organized into three columns:

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

Le sezioni elencate vengono costantemente modificate o ampliate in linea con le modifiche normative ogni qual volta si rende necessario pubblicare ulteriori dati.

L'Albo Pretorio telematico, già istituito nel precedente sito aziendale, garantisce la trasparenza per quanto riguarda la pubblicazione degli Atti Deliberativi e delle Determinazioni Dirigenziali, favorendo anche il processo di dematerializzazione dei documenti.

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

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

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.

Il processo di individuazione dei suddetti Referenti interni da parte delle Strutture Organizzative coinvolte è stato definito così come risultante di seguito e sarà eventualmente aggiornato qualora intervenissero modifiche nell'organizzazione nel corso del triennio.

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

Trasparente, ferme restando le attribuzioni di responsabilità in capo ai singoli dirigenti e le relative deleghe di responsabilità ai propri collaboratori.

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

I Dirigenti delle S.O. competenti ad effettuare i controlli predispongono una dettagliata relazione sui controlli effettuati da trasmettere, entro il 30 novembre di ogni anno, al Responsabile aziendale della Trasparenza, avendo cura di evidenziare:

- ✓ Tipologie e criteri di controllo delle dichiarazioni sostitutive utilizzati;
- ✓ Modalità di acquisizione dei dati e delle informazioni (controllo diretto o indiretto);
- ✓ Numero di controlli puntuali/a campione/a tappeto effettuati;
- ✓ Esito dei controlli con particolare riferimento alla percentuale di false dichiarazioni e/o irregolarità rilevate;
- ✓ Provvedimenti adottati in relazione alle eventuali irregolarità o false dichiarazioni emerse.

L'Autorità Nazionale Anticorruzione, ha pubblicato la delibera n. 39 del 20 gennaio 2016 con cui si forniscono indicazioni alle Amministrazioni pubbliche sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione e trasmissione dei dati in formato aperto, ai sensi dell'art. 1 comma 32 Legge 190/2012. Si tratta degli obblighi di trasparenza e comunicazione in merito ai procedimenti di scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi.

Le Amministrazioni e gli Enti pubblicano e aggiornano tempestivamente sul proprio sito web istituzionale, nella sezione "Amministrazione trasparente", sotto-sezione di primo livello "Bandi di gara e contratti", le informazioni indicate all'art. 1, comma 32, della l. 190/2012 relative ai procedimenti di scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi di cui al comma 16, lett. b) del medesimo articolo.

Entro il 31 gennaio di ogni anno, le Amministrazioni e gli Enti pubblicano in tabelle riassuntive rese liberamente scaricabili in formato digitale standard aperto le informazioni di cui al comma 1 riferite alle procedure di affidamento avviate nel corso dell'anno precedente, anche se in pendenza di aggiudicazione (fermo restando il rispetto del principio di segretezza delle offerte) e alle procedure i cui contratti di affidamento sono in corso di esecuzione nel periodo considerato o i cui dati hanno subito modifiche e/o aggiornamenti.

Gli obblighi di pubblicazione riguardano tutti i procedimenti di scelta del contraente, a prescindere dall'acquisizione del CIG o dello SmartCIG, dal fatto che la scelta del contraente sia avvenuta all'esito di un confronto concorrenziale o con affidamenti in economia o diretti e dalla preventiva pubblicazione di un bando o di una lettera di invito. Ai sensi dell'art. 1, comma 26, della l. 190/2012, detti obblighi di pubblicazione si applicano anche ai procedimenti posti in essere in deroga alle procedure ordinarie.

In Azienda è stata implementata una procedura operativa che coinvolge il Servizio Informatico Aziendale per l'estrazione dei dati necessari all'adempimento.

In aggiunta ai contenuti minimi previsti dalla normativa vigente, l'azienda ha pubblicato, nella sezione "Altri contenuti – Dati ulteriori" anche i dati relativi alle autovetture di servizio, al Bilancio Sociale, alle Fondazioni e al Servizio Ispettivo Aziendale e tale sezione può essere ulteriormente alimentata.

Nella sezione "Amministrazione Trasparente – Altri contenuti – Accesso civico" sono pubblicate le modalità tramite le quali inoltrare le richieste di accesso civico semplice e generalizzato e di attivazione dell'eventuale potere sostitutivo, nonché i moduli da utilizzare per l'esercizio del diritto come segue:

1. L'Accesso civico semplice consente a chiunque di richiedere documenti, dati o informazioni che le amministrazioni hanno l'obbligo di pubblicare (art. 5, c. 1) nel caso in cui abbiano omesso di renderli disponibili nella sezione "Amministrazione trasparente" del sito istituzionale.

2. L' Accesso civico generalizzato (o accesso FOIA) consente a chiunque di richiedere documenti, dati o informazioni ulteriori rispetto a quelli che le amministrazioni sono obbligate a pubblicare (art. 5, c. 2).

L'accesso civico è previsto per richiedere documenti/dati/informazioni disponibili e identificati. Nella compilazione della richiesta, si devono fornire tutti gli elementi utili alla loro identificazione.

Il Responsabile della Trasparenza deve pronunciarsi in ordine alla richiesta di accesso civico, controllare e assicurare la regolare attuazione; poiché nell'Azienda coincidono le funzioni di Responsabile della Trasparenza e di Prevenzione della Corruzione in un unico soggetto, ai fini della migliore tutela dell'esercizio del diritto le funzioni relative all'accesso civico sono delegate al Direttore della S.O. Affari Generali, Convenzioni e Ricerca, restando in capo al Responsabile della Trasparenza il potere sostitutivo.

L'amministrazione, entro trenta giorni, procede alla pubblicazione nel sito del documento, dell'informazione o del dato richiesto e lo trasmette contestualmente al richiedente, ovvero comunica al medesimo l'avvenuta pubblicazione, indicando il collegamento ipertestuale a quanto richiesto. Se il documento, l'informazione o il dato richiesti risultano già pubblicati nel rispetto della normativa vigente, l'amministrazione indica al richiedente il relativo collegamento ipertestuale.

In materia di accesso nell'anno 2018 è stata predisposto il protocollo operativo aziendale in materia di accesso a documenti, informazioni e dati, in armonia con le linee guida approvate dall' ANAC. Il protocollo è pubblicato nella sezione accesso civico del Portale Amministrazione Trasparente. Inoltre nella stessa pagina sono dettagliate le procedure di presentazione delle istanze per ogni tipologia di accesso.

Relativamente ai rapporti tra la trasparenza e la nuova disciplina della tutela dei dati personali (Regolamento UE 2016/679) l'Azienda, in linea con quanto disposto dalla delibera ANAC n. 1074 del 21/11/2018, prima di mettere a disposizione sui propri siti web istituzionali dati e documenti (in forma integrale o per estratto, ivi compresi gli allegati) contenenti dati personali, verifica che la disciplina in materia di trasparenza contenuta nel d.lgs.33/2013 o altre normative, anche di settore, preveda l'obbligo di pubblicazione.

L'attività di pubblicazione dei dati sul sito web aziendale per finalità di trasparenza, anche se effettuata in presenza di idoneo presupposto normativo, avviene nel rispetto di tutti i principi applicabili al trattamento dei dati personali contenuti all'art. 5 del regolamento UE 2016/679, quali liceità, correttezza e trasparenza; minimizzazione dei dati; esattezza; limitazione della conservazione; integrità e riservatezza tenendo anche conto del principio di "responsabilizzazione" del titolare del trattamento. In particolare assumono rilievo i principi di adeguatezza, pertinenza e limitazione a quanto necessario rispetto alle finalità per le quali i dati personali sono trattati.

### **2.3.11 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, è stato quindi avviato un progetto complessivo interaziendale a livello regionale che, con ricadute sul piano organizzativo ed amministrativo, terrà impegnata l'AOU Ospedali Riuniti come tutte le altre aziende sanitarie regionali anche nel prossimo biennio.

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.

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 e sarà mantenuto e monitorato nel prossimo triennio. Le succitate delibere regionali indicano le scadenze per ogni azione/obiettivo/area per la realizzazione del percorso di certificabilità alle quali devono attenersi tutte le Aziende del Servizio Sanitario Regionale con il coordinamento della Regione Marche.

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

Nel corso dell'anno 2021, l'Azienda ha proseguito le azioni volte alla digitalizzazione dei procedimenti e delle attività di gestione dei flussi documentali – già iniziate a partire dal 2013 mediante l'attivazione del sistema, di protocollo informatico e gestione documentale, *PaLeO (Paper Less Office System)* – mediante la sottoscrizione, tra l'altro, di ulteriori atti convenzionali con la Regione Marche, per l'utilizzo di software aggiornati che garantiscano la progressiva scomparsa della documentazione cartacea, in linea con la vigente normativa di cui al D.P.R. 445/2000 e s.m.i.

Le implementazioni a livello di strumenti informativi assicura quindi 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.

Tra le novità introdotte nel 2021, si annoverano:

- 1) l'adozione del *Manuale di Gestione del Protocollo Informatico, dei Flussi Documentali e degli Archivi dell'Azienda Ospedaliero – Universitaria Ospedali Riuniti "Umberto I° - G.M. Lancisi - G. Salesi" di Ancona*, di cui alla Determina n. 620/DG del 1 giugno 2021;
- 2) l'adozione, di cui alla Determina n. 793/DG del 22 luglio 2021, introducendo in tal modo la firma digitale nel processo di redazione dei provvedimenti.

Nel corso dell'anno 2022 è prevista la messa a regime degli applicativi regionali integrati *PaLeO* ed *OpenAct*.

### 2.3.13 Iniziative in materia di Trasparenza

- ✓ Perfezionamento del nuovo sito istituzionale già operativo dal 31/01/2014 e conseguente implementazione e completamento della pubblicazione all'interno dello stesso, nelle specifiche sezioni, di tutti i dati già in possesso dell'azienda e degli ulteriori previsti dal D. Lgs. n. 33/2013 così come modificato e vigente;
- ✓ Aggiornamento, ove necessario, dei dati già pubblicati;
- ✓ Monitoraggio trimestrale, tramite controlli a campione, sulla pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione Trasparente";
- ✓ Attuazione del processo di individuazione, da parte dei Responsabili delle Strutture Organizzative coinvolte, dei Referenti interni per la pubblicazione dei dati;
- ✓ Iniziative di ascolto dei cittadini;
- ✓ Individuazione di eventuali ulteriori dati da pubblicare;
- ✓ Incontri periodici con i Referenti per la pubblicazione dei dati al fine di rilevare eventuali criticità e valutare opportunità di miglioramento;
- ✓ Organizzazione della Giornata della Trasparenza;
- ✓ Percorso Attuativo della Certificabilità di bilancio adottato con Determina n. 1111/DG del 24/12/2020 secondo la tempistica definita dalla Regione Marche con delibera di Giunta Regionale: applicazione a regime delle procedure previste percorso stesso;
- ✓ Controllo periodico dell'aggiornamento dei dati pubblicati;
- ✓ Informatizzazione dei processi ovvero l'introduzione dei sistemi informatici in uno o più settori di attività come misura generale di prevenzione della corruzione. Maggiore digitalizzazione in vari ambiti dell'organizzazione viene utilizzata per sostituire, con adeguata motivazione, altre misure che sono spesso di difficile applicazione come la rotazione;
- ✓ digitalizzazione per semplificare e risparmiare utilizzando la tecnologia con soluzioni diverse, tra le misure generali di prevenzione della corruzione per attribuirle una dignità autonoma, l'obiettivo del percorso della digitalizzazione è stato intrapreso anche per favorire la lotta alla corruzione amministrativa grazie ad una maggiore trasparenza della gestione.

### ***2.3.14 Definizione da parte degli Organi di indirizzo degli obiettivi strategici***

Gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza individuati dalla Direzione Aziendale riferiti al presente piano sono contenuti nell'allegato 1 del vigente Piano al quale espressamente si rinvia.

### ***2.3.15 Nomina Responsabile Anagrafe unica stazioni appaltanti***

L'Azienda ha provveduto, con Determina n. 457/DG del 08/09/2014, all'identificazione del soggetto preposto all'iscrizione e aggiornamento dell'Anagrafe Unica Stazioni Appaltanti (AUSA), il nominativo del Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante per l'Azienda è quello il Dott. Emanuele Giammarini Direttore S.O. Gestione Beni, Servizi e Logistica.

## SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

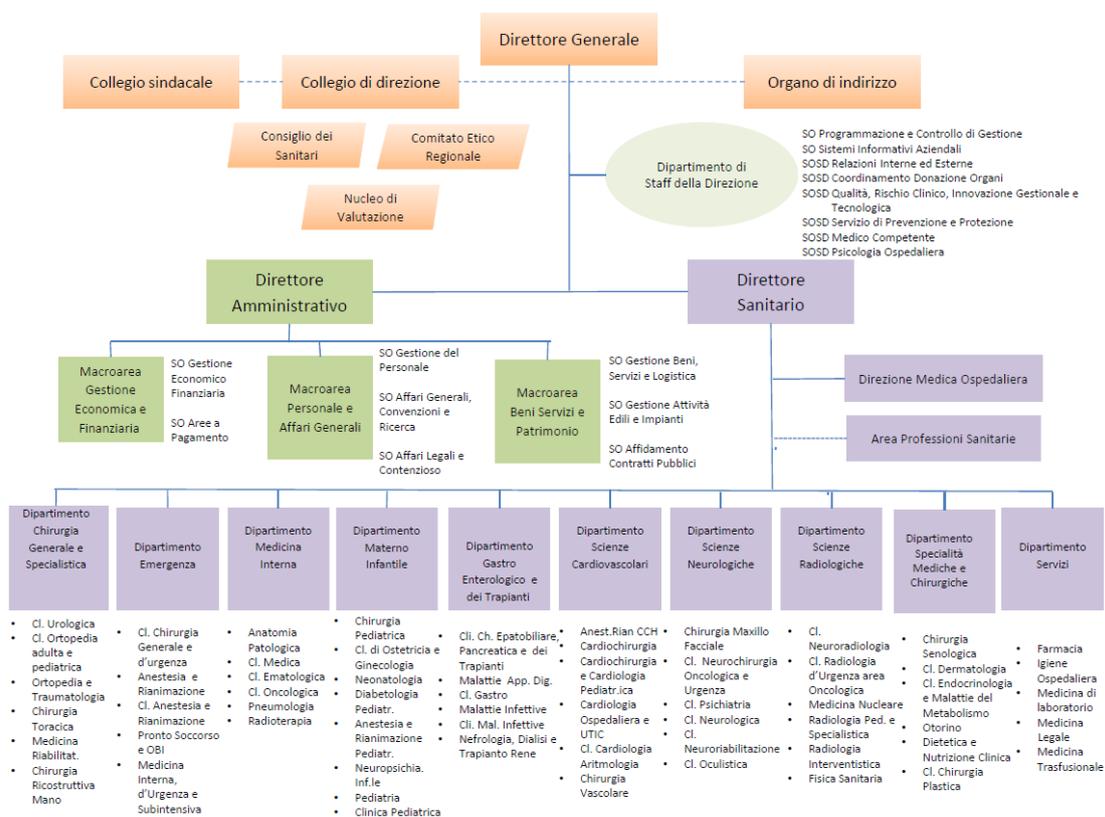
### Sottosezione 3.1 Struttura organizzativa

#### 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 alla data del 22 aprile 2022 nei 10 Dipartimenti Assistenziali Integrati, nel Dipartimento di Staff della Direzione e nelle 3 Macro Aree.



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

Il modello organizzativo, definito nell'Atto Aziendale, è basato su Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI). Il DAI consente di perseguire l'ottimale realizzazione del percorso diagnostico-terapeutico e riabilitativo ed esercitare in forma unitaria e coordinata le attività assistenziali. Il DAI, con la gestione unitaria delle risorse economiche, umane e strumentali assegnate, garantisce l'integrazione tra didattica e ricerca. I DAI possono essere organizzati all'interno di un presidio o tra i presidi dell'Azienda. Essi aggregano strutture organizzative omogenee.

L'Azienda si articola in 10 Dipartimenti Assistenziali Integrati, 64 strutture complesse di cui n. 36 a direzione ospedaliera e n. 28 a direzione universitaria. È poi in essere 1 Dipartimento di staff della direzione sanitaria e 3 macroarea per l'organizzazione dell'area PTA.

Con determina 615/DG del 30/07/2020 le funzioni amministrative, già organizzate in Macroaree di staff e funzionali, 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:

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

La tabella che segue illustra il personale dipendente previsto al 31.12.2021<sup>1</sup> suddiviso per ruolo a confronto con quanto risultante al 31.12.2020. Il personale in servizio nel 2021 si riduce di 21 unità.

<i>Personale dipendente del SSN</i>	Personale al 31/12/2021	Personale al 31/12/2020	Delta teste 2021-2020
<b>RUOLO SANITARIO</b>	2.839	2.874	-35
Dirigenza	745	755	-10
- <i>Medico – veterinaria</i>	676	690	-14
- <i>Sanitaria</i>	69	65	4
Comparto	2.094	2.119	-25
<b>RUOLO PROFESSIONALE</b>	5	5	0
Dirigenza	5	5	0
Comparto	-	-	0
<b>RUOLO TECNICO</b>	622	609	13
Dirigenza	2	2	0
Comparto	620	607	13
<b>RUOLO AMMINISTRATIVO</b>	277	270	7
Dirigenza	8	8	0
Comparto	269	262	7
<b>TOTALE</b>	3.743	3.758	-15

Di seguito il dettaglio delle “teste” in servizio nelle due annualità per affrontare l’emergenza sanitaria COVID-19.

<i>Personale dipendente del SSN a tempo determinato per emergenza sanitaria COVID-19</i>	Personale al 31/12/2021	Personale al 31/12/2020	Variazione teste personale 2021-2020
<b>RUOLO SANITARIO</b>	85	105	-20
Dirigenza	34	29	5
- <i>Medico – veterinaria</i>	34	26	8
- <i>Sanitaria</i>	-	3	-3
Comparto	51	76	-25
<b>RUOLO PROFESSIONALE</b>	0	0	0
Dirigenza	-	-	0
Comparto	-	-	0
<b>RUOLO TECNICO</b>	9	24	-15
Dirigenza	-	-	0
Comparto	9	24	-15
<b>RUOLO AMMINISTRATIVO</b>	2	2	0
Dirigenza	-	-	0
Comparto	2	2	0
<b>TOTALE</b>	96	131	-35

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

Tipologia	ANNO 2021			ANNO 2020		
	Universitario	Ospedaliero	Totale	Universitario	Ospedaliero	Totale

Fonte dati al 31/12/2021 Piano Occupazionale 2020-2022; per il personale al 31/12/2020 conto annuale 2020. Le due fonti hanno criteri diversi di misurazione del personale al 31.12. dell’anno. Pertanto, il loro confronto può essere utilizzato solo in termini di grandezze di massima.

Medici	100	676	776	93	690	783
Dirigenti sanitari non medici	7	69	76	8	65	73
Dirigenti professionali	-	5	5	-	5	5
Dirigenti tecnici	-	2	2	-	2	2
Dirigenti amministrativi		8	8		8	8
Personale sanitario (comparto)	20	2.094	2.114	20	2.119	2.139
Personale tecnico (comparto)	-	620	620	-	607	607
Personale amministrativo (comparto)	-	269	269	-	262	262
Totale personale	127	3.743	3.870	121	3.758	3.879

Le 3.743 unità previste al 31.12.2021 dipendenti del SSN corrispondono in termini di unità equivalenti (dato di flusso che rileva la presenza nei periodi dell'anno) a 3.629,63.

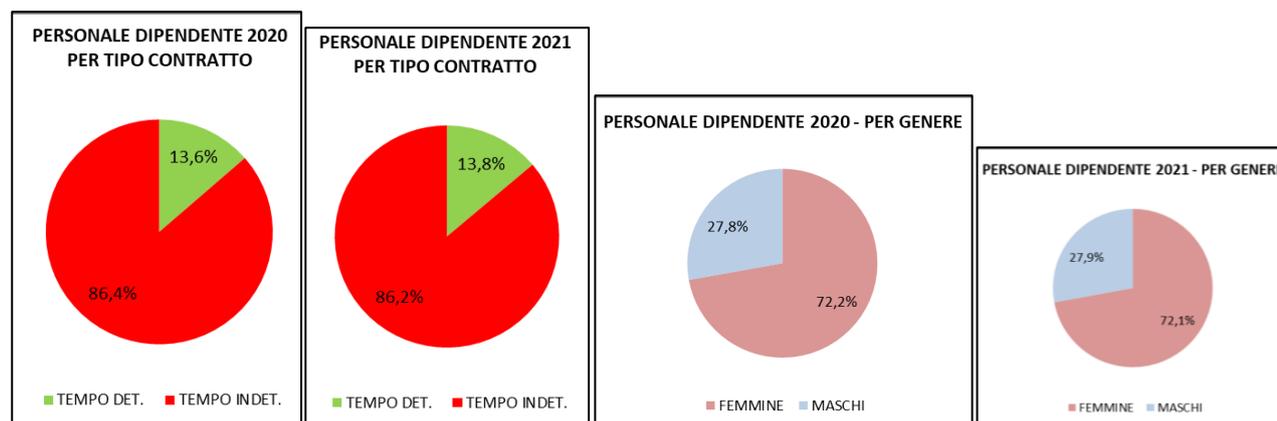
Tipologia	ANNO 2021	ANNO 2020
Dirigenti medici	665,16	660,01
Dirigenti sanitari non medici	65,28	64,01
Dirigenti tecnico-amministrativi	10,25	11,08
Personale sanitario (comparto)	2.045,39	2.114,07
Personale tecnico-amministrativo (comparto)	838,72	821,51
Altro (personale professionale)	4,83	5,00
Totale personale	3.629,63	3.675,68

In termini sempre di unità equivalenti il personale assunto per affrontare l'emergenza COVID-19 è stato di circa 195 UE.

Tipologia	ANNO 2021	ANNO 2020
Dirigenti medici	46,06	3,72
Dirigenti sanitari non medici	2,35	2,13
Dirigenti tecnico-amministrativi		
Personale sanitario (comparto)	107,72	58,34
Personale tecnico-amministrativo (comparto)	39,10	11,04
Altro (personale professionale)		
Totale personale	195,23	75,23

Il piano occupazionale 2020-2022 è stato adottato con Determina n. 1363/DG del 30/12/2021; lo stesso prevede oltre alle assunzioni per affrontare l'emergenza sanitaria da COVID-19 e per il potenziamento della rete ospedaliera delle terapie intensive e semintensive (D.L. 34/2020) un significativo incremento della dotazione organica al fine di tenere conto delle assunzioni medio tempore effettuate per garantire la *mission* aziendale di struttura hub della rete ospedaliera regionale e che ora necessitano di stabilizzazione delle funzioni attraverso la ridefinizione della dotazione organica.

Le figure che seguono illustrano l'articolazione del personale dipendente del SSN per tipo di contratto e genere del biennio 2021-2020.



### Sottosezione 3.2 Organizzazione del lavoro agile

La Legge n. 81 del 2017 contenente le “*Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l’articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato*” ha fissato alcune regole sulle modalità e sugli ambiti di applicazione di tale tipologia di lavoro, caratterizzata da flessibilità organizzativa, dalla volontarietà delle parti che sottoscrivono un accordo individuale, nonché dall’utilizzo degli strumenti tecnologici (laptop, tablet, personal computer etc..) che consentono al lavoratore di operare da remoto.

Il diffondersi dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 ha sicuramente incentivato l'utilizzo della modalità del “lavoro agile” per l'intera durata dello stato di emergenza al fine di evitare gli spostamenti e contenere i contagi anche in ottemperanza ai disposti di legge adottati dal Governo per la gestione dell'emergenza in particolare in applicazione dell'art. 2, comma 1, lett.r) del D.P.C.M. 8/3/2020

Pertanto, dalle prime settimane di marzo 2020, la Direzione dell’Azienda Ospedaliera Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona, con nota ID n.680086 dell’8/3/2020, ha disciplinato gli obiettivi che la stessa intendeva perseguire con la modalità del lavoro agile, definendo in modo puntuale i destinatari di tale modalità lavorativa nonché le esclusioni dalla stessa stante l’indifferibilità e l’urgenza del tipo di attività svolta (ovvero i dipendenti dei servizi direttamente coinvolti nella gestione dell’emergenza sanitaria che svolgano attività sanitaria e socio assistenziale richiedente contatto diretto con il paziente, nonché dei servizi direttamente a supporto di dette attività; i dipendenti impiegati in attività che prevedono l’utilizzo costante di strumentazione non utilizzabile da remoto); circoscrivendo le tipologie di attività effettuabili in modalità agile quindi: a) eseguibili attraverso l’utilizzo di tecnologie informatiche; b) remotizzabili e tali da non richiedere la costante presenza fisica del lavoratore in sede; c) che prevedono l’utilizzo di documenti digitalizzabili; d) pianificabili e verificabili nell’esecuzione e nella misurazione dei risultati. Infine la nota ha previsto altresì il c.d. “diritto alla disconnessione” del dipendente, disciplinando il suo trattamento giuridico ed economico nonché le modalità di recesso dal lavoro agile e le condotte sanzionabili. Ulteriori ambiti normati sono stati rappresentati dalle previsioni a tutela della protezione dei dati personali e della sicurezza sul lavoro.

Nella prima fase di emergenza sanitaria (marzo 2020-dicembre 2020) questa Azienda ha autorizzato circa 152 dipendenti allo svolgimento della prestazione di lavoro in modalità agile, accogliendo le istanze in possesso di requisiti di legge. Mentre i dipendenti che hanno usufruito della modalità lavorativa in modalità agile nel 2021 sono stati 104.

A seguito del D.P.C.M. del 23/09/2021 con il quale è stato stabilito che dal 15/10/2021 la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa nella P.A. torna ad essere quella in presenza, l’Azienda sulla scorta della normativa vigente, nello specifico l’art. 2, comma 1 del D.L. n.30 del 13 marzo 2021, come convertito dalla L. 61/2021, - che prevede, compatibilmente con le esigenze dell’azienda, la possibilità per il dipendente genitore di figlio minore di sedici anni di svolgere la prestazione di lavoro in modalità agile per un periodo corrispondente in tutto o in parte alla durata della sospensione dell’attività didattica o educativa in presenza del figlio nonché alla durata della quarantena del figlio disposta dal Dipartimento di prevenzione della azienda sanitaria locale territorialmente competente a seguito di contatto ovunque avvenuto, con nota ID n.1047856 del 25/01/2022, ha precisato il permanere di tale possibilità di usufruire della modalità lavorativa in modalità agile.

Ad ogni buon conto, i dipendenti che hanno usufruito della modalità lavorativa agile nel 2022, ad oggi, sono 18.

L’avviamento della procedura per l’utilizzo della modalità agile da parte dell’AOUOORR, seppur ideata in fase emergenziale rispecchiava e rispecchia i canoni elencati nella Legge n.81/2017 e aderisce alle Linee Guida sul Piano Organizzativo del Lavoro Agile emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica, nelle more di una formale adozione dello stesso, ai sensi dell’art. 263 del D.L. n.34/2020.

Infatti, l’accesso al lavoro agile prevede l’attivazione o adesione volontaria del dipendente e avviene mediante la richiesta del dipendente al proprio responsabile/dirigente per la valutazione e il nulla osta in ordine alla lavorabilità a distanza dell’attività assegnata, il quale se favorevole, procederà a compilare con il dipendente l’accordo individuale o scheda progetto di telelavoro predisposta dall’Azienda ai sensi dell’art. 18, comma 1 della L. 81/2017. Nell’accordo devono essere indicate:

- ✓ le motivazioni che richiedono l’attivazione della modalità agile;
- ✓ le attività da svolgere;

- ✓ gli obiettivi generali da perseguire;
- ✓ le giornate in cui il dipendente lavorerà in lavoro agile;
- ✓ le fasce di reperibilità e disconnessione concordate con il responsabile;
- ✓ la durata del periodo di attivazione della modalità agile;
- ✓ le modalità di verifica del raggiungimento degli obiettivi da raggiungere e gli indicatori utilizzati per valutare gli obiettivi raggiunti che il dirigente verificherà tramite resoconti (settimanali o mensili).

La sottoscrizione da parte del responsabile di riferimento del suddetto accordo equivale all'autorizzazione allo svolgimento dell'attività in lavoro agile. Dall'altro canto, il prestatore si impegna a: a) svolgere l'attività mediante l'utilizzo di apparecchiature informatiche e telefoniche di proprietà dello stesso; b) rispettare le misure di prevenzione e protezione previste dalla normativa vigente in materia di tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro; c) rispettare la normativa vigente in materia di tutela della privacy e di sicurezza dei dati. L'orario giornaliero è impostato a 7 ore e 12 minuti, senza riconoscimento di eventuali eccedenze orarie ed è articolato in modo flessibile. Il lavoratore, nelle giornate in cui svolge la propria attività lavorativa in modalità agile non ha diritto alla mensa né a modalità sostitutive della stessa. L'accordo viene protocollato in uscita e trasmesso alla S.O. Gestione del Personale; successivamente il dipendente si mette in contatto con il S.I.A. Sistemi Informativi Aziendali per la dovuta abilitazione all'accesso dall'esterno alla rete aziendale.

In parallelo, è stata conferita, a ciascun Direttore/Dirigente di struttura, un'ampia responsabilità che va dall'individuazione delle attività e del personale coinvolto nel lavoro agile, garantendo equità e non discriminazione nella distribuzione delle attività, all'obbligo di controllo su attività e/o carichi di lavoro soprattutto attraverso la rendicontazione delle attività svolte dai singoli e stabilendo orari di reperibilità e presenze possibili in sede garantendo, come priorità, il distanziamento richiesto per legge. La valutazione delle condizioni per l'attivazione del lavoro agile si è svolta secondo le seguenti fasi:

- valutazione da parte del Direttore/Dirigente di riferimento il quale verifica che l'attività del dipendente possa essere svolta senza causare una diminuzione della produttività, sia in termini di qualità che di quantità del lavoro svolto, evitando disservizi per gli utenti o eccessivo allungamento dei tempi procedurali, nel rispetto delle scadenze previste e verifica se vi sono le condizioni tecniche quali presenza di pc, connessione, stampanti (strumentazione personale del dipendente);
- valutazione da parte del Direttore Amministrativo sull'opportunità della concessione.

Nell'affidamento di attività da svolgere con modalità di lavoro agile, sono stati tenuti in particolare considerazione alcuni requisiti di carattere personale, quali ad esempio, a titolo esemplificativo e non esaustivo: a) l'affidabilità della persona; b) la capacità di lavorare in autonomia per conseguire gli obiettivi assegnati e di far fronte in autonomia ad eventuali imprevisti; c) la capacità di valutare criticamente il proprio operato e i risultati raggiunti; d) la capacità di gestione del tempo; e) le competenze informatiche; e sono stati adottati di massima i seguenti criteri di preferenza: a) personale fragile, affetto da patologie che lo rendano maggiormente esposto a rischi da contatto con altre persone; b) lavoratrici nei tre anni successivi alla conclusione del periodo di congedo di maternità previsto dall'articolo 16 del testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, di cui al decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151, c) lavoratori con figli in condizioni di disabilità ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104; d) situazioni di disabilità psicofisica tali da rendere disagevole il raggiungimento del luogo di lavoro; e) esigenze di cura adeguatamente documentate nei confronti di familiari o conviventi stabilmente ovvero di figli minori di 12 anni.

Alla dirigenza viene richiesto un importante cambiamento di stile manageriale e di leadership caratterizzato dalla capacità di lavorare e far lavorare per obiettivi, di improntare le relazioni sull'accrescimento della fiducia reciproca, spostando l'attenzione dal controllo alla responsabilità per risultati. Conseguentemente la loro attività consiste nella gestione del lavoro agile e nell'organizzazione del proprio ufficio in termini quali/quantitativi di efficienza, appurando, nei fatti, che le ordinarie e straordinarie attività sono state svolte con perizia e professionalità da tutti i collaboratori.

Oltre i singoli Direttori/Dirigenti, a livello di unità organizzativa di coordinamento, la S.O. Gestione del Personale funge da cabina di regia dell'intero processo, secondo le indicazioni della Direzione strategica aziendale, in quanto gestisce l'attivazione dei dipendenti alla modalità agile raccogliendo le istanze di adesione e provvedendo al monitoraggio dell'istituto del lavoro agile in Azienda mediante la rilevazione delle presenze. Inoltre, anche il Responsabile della Transizione al Digitale (RTD) riveste un importante compito di definire un *maturity model* per il lavoro agile nelle pubbliche amministrazioni. Tale modello individua i cambiamenti

organizzativi e gli adeguamenti tecnologici necessari. Il RTD insieme al sistema Informativo Aziendale svolgono l'importante funzione di garantire lo sviluppo e la sicurezza della modalità agile.

L'emergenza sanitaria, ha sicuramente messo a dura prova l'Azienda che si è trovata a dover fronteggiare una situazione nuova, complessa e di vasta portata.

In tale scenario l'azienda si è dimostrata pronta a rispondere alle sfide poste cogliendo l'opportunità per il rafforzamento delle competenze digitali dei dipendenti, l'avvio di nuovi processi, la rapida implementazione di soluzioni e di infrastrutture tecnologiche, l'adeguamento al digitale e all'innovazione. Nella prima fase dell'emergenza si è cercato di individuare soluzioni tecnico-operative di organizzazione del lavoro da remoto immediatamente fruibili da tutta la platea del personale dell'ente, privilegiando l'impiego di applicativi hardware e software già esistenti e rimettendo ai singoli lavoratori l'onere di impiegare i propri devices nell'espletamento della prestazione lavorativa "domiciliata". Tuttavia il S.I.A. ha creato un apposito link per procedere all'accesso dall'esterno alla rete aziendale, utilizzando le proprie credenziali in quotidiano uso nonché utilizzando un sistema di autenticazione a due fattori c.d. 2FA necessario per l'accesso alla VPN aziendale "GDesktop" in modo sicuro e protetto. Inoltre, il dipendente è invitato a procedere alla certificazione della propria presenza in smart working tramite un modulo raggiungibile via link tenendo in considerazione che lo stesso deve essere compilato esclusivamente nel giorno di interesse, al fine di regolarizzare la singola giornata di lavoro nel cartellino presenze personale. Inoltre il S.I.A. ha provveduto a curare:

- *survey google* e relativo piano di formazione per un utilizzo avanzato della piattaforma con particolare riferimento alla *communication* ed alla *collaboration*
- diffusione del sistema per riunioni virtuali *videoconferencing*, FAD, teleconsulti etc. - implementazione della infrastruttura - formazione - acquisto in urgenza di pc portatili, webcam casse
- definizione delle *Linee Guida SmartWorking OR*, diffuse al personale e pubblicate sul portale intranet

I risultati si sono in gran parte ottenuti grazie al coinvolgimento ed alla collaborazione delle risorse della S.O. Sistema Informativo Aziendale già pesantemente impegnate nelle attività di gestione, manutenzione ed implementazione dei sistemi componenti un patrimonio aziendale tanto strategico quanto complesso.

In conclusione, si può affermare di aver superato con successo le sfide poste mettendo in campo in breve tempo le azioni e soluzioni esposte, nonostante la carenza di risorse specialiste necessarie alla crescita digitale a cui l'Azienda non può e non vuole rinunciare.

Per qual che riguarda le ulteriori attività aziendali non prettamente lavorative, si rileva che dall'inizio dell'emergenza e per tutto il corso del 2020 e 2021 sono stati sospesi o annullati tutti gli eventi interni e ogni attività di formazione in aula, anche obbligatoria in quanto la formazione è stata effettuata in modalità a distanza. Le principali attività in questo ambito sono state:

- incontri informativi e corsi in teleconferenza in tema di sicurezza SARS-CoV-2 con il personale sanitario;
- incontri formativi per la gestione di specifiche attività;
- implementazione del corso sulla sicurezza sul luogo di lavoro, con specifico focus sull'utilizzo dei DPI all'interno dell'Azienda (tramite piattaforma esterna all'Azienda).

Per quel che concerne infine gli incontri sindacali tra la delegazione trattante aziendale ed i tavoli del Comparto, dell'Area della Sanità, della Dirigenza P.T.A. e della RSU aziendale, è stato utilizzato il software Google Meet, contenuto nel pacchetto in dotazione ad ogni dipendente dell'azienda mediante consegna di email personale.

Sulla base dell'esperienza fin qui maturata, l'Azienda sta valutando la possibilità di ampliare le attività da svolgere in modalità agile, muovendo dall'analisi dello stato di salute organizzativa, professionale, digitale ed economico-finanziario della stessa. Verrà, quindi, rivalutata la percentuale di attività e di dipendenti che possono essere impiegati nel lavoro agile, rivedendo i singoli processi, incentivando la diffusione dell'utilizzo degli strumenti informatici e favorendo l'ampliamento della dotazione aziendale di strumentazioni tecnologiche che consentano di lavorare da remoto. Tali valutazioni saranno altresì, oggetto di condivisione con le parti sociali, secondo le modalità di relazione previste dai vigenti CC.CC.NN.LL..

Dalla fase di avvio, che è nella sostanza già iniziata, si passerà ad una fase di sviluppo intermedio con redazione nell'arco temporale di 6/9 mesi di un regolamento dedicato che preveda azioni dedicate per la fattispecie sanitaria non contemplate nelle linee guida ministeriali, implementazione delle attività "smartabili" a seconda delle effettive dotazioni tecnologiche, ecc.; ad una fase di sviluppo avanzato con implementazione della modalità lavorativa in modalità agile estesa in tutti i settori possibili, anche in ottemperanza del cosiddetto

miglioramento dell'impatto ambientale ed economico generale andando ad evolvere verso un modello di adozione organico e funzionale a tutta l'Azienda indotto da una macroprogrammazione triennale che porti al coinvolgimento di tutti i settori aziendali.

L'approccio al lavoro agile in fasi successive risente delle peculiarità degli ambiti organizzativi propri dell'Azienda "Ospedali Riuniti" di Ancona. Tuttavia, vi è da sottolineare come già durante le fasi acute della pandemia l'Azienda ha preso in considerazione alcune istanze di responsabili e dipendenti dirette ad avviare progetti di lavoro agile in forma stabile. Ad oggi infatti sono in fase di trattazione due proposte di attivazione di lavoro agile ibrido, quale strumento per attivare una pronta disponibilità da remota, avanzate per i sistemisti del Sistema Informatico Aziendale e per gli infermieri in servizio presso il Centro Regionale Trapianti. Vi è infatti da constatare come la configurazione delle strutture/articolazioni trasversali/di supporto denoti, in generale, una flessibilità organizzativa tale da consentire, in linea di principio, un adeguato avvicendamento - nell'ambito delle stesse - tra colleghi; questa specificità organizzativa agevola, in via teorica, l'accesso al lavoro agile da parte di un numero maggiore di dipendenti. Conseguentemente se ne ricava come negli ambiti presi in considerazione sia possibile adottare misure organizzative alternative, dirette a garantire maggiore tutela a situazioni personali rispetto alle quali il lavoro agile può costituire una condizione "agevolante".

## *Sottosezione 3.3 Piano triennale dei fabbisogni del personale*

### **3.3.1 Piano triennale dei fabbisogni del personale 2020/2022**

Con determina n. 1363/DG del 30.12.2021 è stato approvato il “Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale 2020/2022” (PTFP). Con il medesimo atto è stato altresì approvato il “Piano Triennale COVID-19” relativo ai medesimi anni.

Tali piani sono stati redatti per le motivazioni di seguito descritte.

Ai sensi dell’art. 39 comma 1 della Legge n. 449/1997 - recante misure per la stabilizzazione della finanza pubblica - le Amministrazioni Pubbliche sono tenute a procedere con la programmazione triennale del fabbisogno di personale al fine di assicurare le esigenze di funzionalità e di ottimizzare le risorse per il miglior funzionamento dei servizi compatibilmente con le disponibilità finanziarie e di bilancio.

Il PTFP è un atto di programmazione a valenza triennale da aggiornare annualmente. Tenuto conto della sua natura programmatica, i Piani Occupazionali di dettaglio di detta programmazione sono soggetti a revisione annuale al fine di essere adeguati alle esigenze sopravvenute sia di carattere organizzativo che funzionale che di eventuale adeguamento ai vincoli finanziari, ovvero essere adeguati ad eventuali nuovi bisogni finalizzati a garantire i livelli essenziali di assistenza, l’attività di emergenza e urgenza, il rispetto di disposizioni normative nazionali e regionali, l’applicazione di accordi con le Organizzazioni Sindacali e nuovi indirizzi che dovessero emergere dalla programmazione sanitaria della Regione.

La nuova formulazione dell’art. 6 del D.Lgs. 165/2001 correla al PTFP la dotazione organica, divenendo quest’ultima funzionale alle esigenze di reclutamento e di gestione delle risorse umane necessarie per raggiungere gli obiettivi aziendali.

Il PTFP indica, per ciascun anno, le risorse finanziarie destinate alla sua attuazione specificando la spesa programmata per le assunzioni di personale con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, la spesa per il personale con rapporto flessibile, i risparmi maturati dalle cessazioni dal rapporto di lavoro

Con determina n. 939/DG del 25 novembre 2019 si è provveduto ad approvare il Piano Occupazionale anno 2019 ed il Piano Triennale di fabbisogno di personale 2019/2021, come riportato negli allegati A1), A2), e A3) che costituivano parte integrante e sostanziale del medesimo atto

Con DGRM 30 del 20 gennaio 2020 la Regione Marche ha approvato la determina n. 939/2020 sopra descritta con la prescrizione che l’Azienda provveda all’interno della programmazione del fabbisogno di personale a garantire, presso il Presidio Salesi, la guardia attiva H24 del cardiologo e del neurologo.

Con successiva deliberazione 1261 del 5 agosto 2020 ad oggetto “Art. 11, comma 1, del decreto legge n. 35/2019 convertito dalla legge n. 60/2019; DGR n. 115/2020 recante “Modifica DGR n. 82 del 28 gennaio 2019 L.R. n. 13, art. 3, comma 2 lett. c) punto 3 “Direttiva vincolante per gli Enti del SSR in materia di spesa del personale” - Rideterminazione del tetto di spesa del personale“, la Giunta Regionale ha provveduto a rideterminare il nuovo tetto di personale ai fini della verifica del vincolo di cui all’art. 2, commi 71 e 72, della Legge 191/2009, prevedendo un incremento di 1.000.000 (un milione di euro) e fornendo alcune prescrizioni specifiche per il suo utilizzo.

Il Piano Occupazionale 2022 prevede assunzioni con rapporto di lavoro a tempo indeterminato realizzate non solo attingendo da graduatorie di concorsi o da procedure di mobilità, ma anche attraverso l’istituto delle stabilizzazioni nonché attraverso le procedure previste dall’art. 22, comma 15, del D.Lgs. 75/2017 e s.m.i., (Selezioni Interne per le progressioni di carriere aziendale) di cui alla determina 1109/DG del 27 ottobre 2021.

L’art. 22 comma 15 del D.Lgs. 75/2017 dispone, infatti, che le pubbliche amministrazioni, al fine di valorizzare le professionalità interne possono attivare, nei limiti delle vigenti facoltà assunzionali, procedure selettive per la progressione tra le aree riservate al personale di ruolo. L’Azienda ha inteso avvalersi di tale facoltà e con la citata determina 1109/2021 ha disposto l’indizione, per titoli ed esami, delle procedure sopra descritte, in conformità al Regolamento per la disciplina delle progressioni di carriera approvato con Determina n. 47/DG del 20/01/2021, riservata al personale interno a tempo indeterminato, area comparto, per la copertura di:

- ✓ n.1 posto di Coadiutore Amministrativo (Cat. B)
- ✓ n.3 posti di Operatore Tecnico (Cat. B)
- ✓ n.1 posto di Operatore Tecnico Specializzato (Cat. Bs)
- ✓ n.4 posti di Assistente Amministrativo (Cat. C)
- ✓ n.1 posto di Assistente Tecnico (Cat. C)
- ✓ n.3 posti di Collaboratore Amministrativo Professionale (Cat. D)

Tale attivazione è stata realizzata nel rispetto del limite del 30% dei posti riservati di cui al citato art. 22 – comma 15, in coerenza con il PTFP 2019-2021, approvato con atto n. 939/2019.

Con riferimento all'obbligo normativo previsto dalla Legge 68/99 in termini di assunzione di disabili e categorie protette si rappresenta che in data 27 settembre 2019 si è provveduto alla sottoscrizione della convenzione unica regionale per il programma di inserimento lavorativo presso i datori di lavoro pubblici - ai sensi dell'art. 11 della citata legge; tale convenzione è stata approvata con determina 784/DG del 26.09.2019 ed ha una durata temporale di 60 mesi.

Al riguardo va evidenziato che nel corso dell'anno 2020 si è realizzata l'assunzione di unità di personale appartenente a detta categoria, con qualifica di coadiutore amministrativo; per le unità connesse alle altre figure professionali, in particolar modo a quelle che necessitano di procedure concorsuali di reclutamento riservate o con previsione di riserva di posti, si rappresenta che nel programma di inserimento sopra citato sono state programmate assunzioni distribuite negli anni a partire dal 2020. Di fatto, i concorsi espletati a livello regionale per i profili sanitari, nel corso dell'anno 2020, hanno registrato una quasi totale assenza di personale afferente alle categorie sopra descritte. Nel corso dell'anno 2022 si provvederà, dunque, ad una revisione, ove necessario, del programma di inserimento lavorativo al fine di ottemperare agli obblighi di legge.

### *Superamento del precariato nelle pubbliche amministrazioni*

L'art. 20 commi 1 e 2 del D.Lgs. 75/2017 detta disposizioni finalizzate ad offrire tutela alle forme di precariato protrattesi nel tempo, valorizzando, nel rispetto delle regole di cui all'articolo 97 della Costituzione, le professionalità da tempo maturate e poste al servizio delle pubbliche amministrazioni, in coerenza con i fabbisogni e le esigenze organizzative e funzionali delle stesse.

La Giunta regionale, con delibera 770 del 12 giugno 2018, ai sensi dell'art. 3 comma 2 lett a) della L.R. n. 13/2203, ha approvato le Linee di indirizzo alle Aziende ed entri del SSR per l'applicazione dell'art. 20 sopra citato, che recepiscono le indicazioni della Conferenza delle Regioni delle Province autonome anche alla luce degli indirizzi operativi in materia emanati dal Ministero per la semplificazione e la pubblica amministrazione con circolari n. 3/2017, n.1/2018 e n. 2/2018.

Con determina 675/DG del 25 agosto 2020, per le motivazioni indicate nel documento istruttorio del medesimo atto, si è provveduto ad approvare il di seguito descritto piano di stabilizzazione del personale ex art. 20 comma 1 del D.lgs. 75/2017 e s.m.i. quale prima azione necessaria ed urgente, rinviando il completamento del processo di stabilizzazione ad ulteriori eventuali atti, nell'ambito dell'aggiornamento del PTFP 2020/2022.

### **Piano di stabilizzazione**

<b>DESCRIZIONE PROFILO</b>	<b>N° POSTI</b>
CPS - Infermiere	22
CPS - Fisioterapista	6
CPS - Terapista occupazionale	2
CPS - Tecnico sanitario di laboratorio biomedica	2
CPS - Tecnico sanitario di radiologia medica	1
CPS - Tecnico di neurofisiopatologia	1
Operatore Socio Sanitario	8
Dirigente Fisico	1
Dirigente Biologo	5
Dirigente Medico	11

Nel medesimo atto si è data evidenza della coerenza del piano di stabilizzazione con il PTFP 2019/2021 tenuto conto che le assunzioni mediante procedura di stabilizzazione sarebbero andate a ricoprire posti vacanti di dotazione organica previste nel piano ovvero resisi vacanti per cessazioni sopravvenute (turn over) e comunque posti i cui costo era già previsto nel PTFP di che trattasi.

Con il medesimo atto sono state avviate le procedure di stabilizzazione approvando avviso di manifestazione di interesse.

In merito al processo attuativo di cui alla DGRM 626/2020 ad oggetto *“Linee d’indirizzo alle aziende ed enti del SSR per l’applicazione dell’art. 20 del d.lgs. 25 maggio 2017 n. 75 come modificato dalla legge n. 160/2019 e dalla legge 8/2020 per il superamento del precariato nelle pubbliche amministrazioni*, avviato con la determina 675/DG del 25 agosto 2020 sopra descritta, è stata opportunamente notiziata la Regione Marche con nota Prot. 63800 del 26/08/2020

Con successivo atto 840/DG del 20 ottobre 2020 si è provveduto ad ammettere alla procedura di stabilizzazione i candidati afferenti alle qualifiche di Dirigente Medico, Dirigente Fisico, Dirigente Biologo, in possesso dei requisiti previsti dal bando per un totale di 22 unità, a fronte dei 17 posti disponibili.

Con il medesimo atto si è provveduto a stabilizzare mediante sottoscrizione di contratti individuali di lavoro a tempo indeterminato, provvedendo alla copertura dei posti vacanti di dotazione organica previsti nel bando di stabilizzazione:

- n. 1 Dirigente Fisico,
- n. 5 Dirigenti Biologi
- n. 11 Dirigenti Medici

riservandosi di procedere con successivo atto all’analisi delle residue manifestazioni di interesse prodotte dai professionisti dell’ Area della Sanità in possesso dei requisiti richiesti dalla normativa.

Con determina 947/DG del 12 novembre 2020, a completamento di quanto già disposto per l’ Area della Sanità ovvero per il personale della dirigenza con l’atto sopra descritto, si è provveduto ad ammettere alla procedura di stabilizzazione i candidati dell’area del comparto in possesso dei requisiti previsti dal bando, approvate le graduatorie e provveduto alla stabilizzazione, mediante stipula di contratto individuale di lavoro a tempo indeterminato, provvedendo alla copertura dei posti vacanti di dotazione organica previsti nel bando di stabilizzazione:

- n. 22 CPS infermieri
- n. 4 CPS fisioterapisti
- n. 2 CPS terapisti occupazionali
- n. 2 CPS tecnici sanitari di laboratorio biomedico
- n. 1 CPS tecnico sanitario di radiologia medica
- n. 1 CPS tecnico di neurofisiopatologia
- n. 8 Operatori Socio Sanitari (OSS)

riservandosi l’analisi delle residue manifestazioni di interesse prodotte da professionisti dell’area del comparto in possesso dei requisiti richiesti dalla normativa

Si fa presente che la procedura di stabilizzazione di che trattasi non ha generato nuovi costi dal momento che le unità assunte a tempo indeterminato sono andate a copertura di posti vacanti di dotazione organica e in sostituzione di personale già in servizio con rapporto di lavoro a tempo determinato

Con determina 105/DG del 5 febbraio 2020, nel rispetto di quanto già previsto nel piano triennale del fabbisogno di personale 2019/2021, adottato con determina 939/DG del 25 novembre 2019, si è provveduto ad indire concorso pubblico - per titoli ed esami – riservato, ai sensi dell’art. 20 comma 2 del D.Lgs. n. 75/2017, per complessivi n. 2 posti di Dirigente Biologo e n. 1 posto di Dirigente Psicologo.

Gli esiti delle predette procedure sono stati approvati con determina 629 del 23 luglio 2020 per quanto riguarda il profilo di dirigente Psicologo e con determina 312 del 16 aprile 2021 per quanto riguarda il profilo di dirigente Biologo, provvedendo, contestualmente alla stipula, con i vincitori, di contratti di lavoro a tempo

indeterminato, a copertura dei posti vacanti di dotazione organica riservati a tali procedura. I costi derivanti dall'adozione dei predetti atti erano già stati previsti nel piano del fabbisogno adottato con atto 939 dg 2019 sopra citato.

Va inoltre evidenziato che per effetto dell'entrata in vigore dell'art. 1, comma 3-bis, del D.L. 80/2021, convertito con modificazioni dalla L. 113 del 6.8.2021, *“le amministrazioni, al fine di superare il precariato, ridurre il ricorso ai contratti a termine e valorizzare la professionalità acquisita dal personale con rapporto di lavoro a tempo determinato, possono, fino al 31 dicembre 2022...”* attivare il processo di stabilizzazione ex art. 20 del D.Lgs. 75/2017.

Al fine di procedere ad una puntuale ricognizione del personale potenzialmente in possesso dei requisiti ivi previsti, si è ritenuto opportuno dare avvio ad un nuovo percorso di stabilizzazione mediante predisposizione di avviso atto ad acquisire le manifestazioni di interesse dei soggetti che, in regola con i requisiti, fossero interessati alla procedura di stabilizzazione. Si è provveduto quindi ad adottare la determina n. 972/DG del 28 settembre 2021 ad oggetto *“Procedura di stabilizzazione del personale precario del comparto e della dirigenza del S.S.N., ai sensi dell’art. 20 comma 1 del D.LGS. 75/2017”*.

Allo scadere dei termini dell'avviso, risultano pervenute agli atti dell'Azienda le candidature di seguito riepilogate, in regola con i requisiti previsti dal bando, di cui 15 appartenenti all'area della dirigenza e 39 all'area del comparto

<i>Descrizione profilo</i>	<i>N° candidature pervenute</i>
Dirigente Medico	8
Dirigente Odontoiatra	2
Dirigente Biologo	2
Dirigente Farmacista	2
Dirigente Psicologo	1
<b>TOTALE DIRIGENZA</b>	<b>15</b>
CPS Fisioterapista	10
CPS Infermiere	4
CPS Ostetrica	3
CPS Tecnico di Radiologia	1
CPS Perfusionista	3
OSS	4
Collaboratore Tecnico Prof.le	2
Operatore Tecnico	9
Coadiutore Amm.vo	3
<b>TOTALE COMPARTO</b>	<b>39</b>

Con riferimento all'area della Dirigenza delle 15 candidature in possesso dei requisiti, l'Azienda intende al momento procedere alla copertura per 14 posti di cui 6 già vacanti, 2 oggetto di trasformazione (da dirigente medico a dirigente odontoiatra), 6 da richiedere in termini di incremento di dotazione organica, come descritto nel successivo paragrafo.

Per quanto riguarda l'area del comparto l'Azienda intende al momento procedere con la stabilizzazione dei profili professionali afferenti al ruolo sanitario, nonché del profilo di Operatore Socio Sanitario (OSS) per la cui realizzazione si necessita, comunque, di un incremento di dotazione organica come rilevabile dalle relazioni formulate nel merito e nel proseguo descritte.

Si propone, pertanto di realizzare tempestivamente, per i posti di dotazione organica già esistente e per quelli oggetto di trasformazione, il piano di stabilizzazione nei termini che seguono:

<i>Descrizione profilo</i>	<i>N° stabilizzazioni</i>
Dirigente Medico	2
Dirigente Odontoiatra	2
Dirigente Biologo	2
Dirigente Farmacista	1
Dirigente Psicologo	1
<b>TOTALE DIRIGENZA</b>	<b>8</b>

Si propone, inoltre, di realizzare la stabilizzazione delle unità sotto rappresentate ad avvenuta autorizzazione degli incrementi di dotazione organica richiesti ovvero alla presenza di disponibilità di posti vacanti in dotazione organica per quei profili professionali in merito ai quali non si dispone di graduatorie di concorso allo scopo utilizzabili:

<i>Descrizione profilo</i>	<i>N° stabilizzazioni</i>
Dirigente Medico	5
Dirigente Farmacista	1
<b>TOTALE DIRIGENZA</b>	<b>5</b>
CPS Fisioterapista	10
CPS Infermiere	4
CPS Ostetrica	3
CPS Tecnico di Radiologia	1
CPS Perfusionista	3
OSS	4
<b>TOTALE COMPARTO</b>	<b>25</b>

Tenuto conto della previsione normativa che permette l'attivazione del processo di stabilizzazione ex art. 20 del D.Lgs. 75/2017 fino al 31 dicembre 2022, ci si riserva, fin d'ora, la possibilità di porre in essere stabilizzazioni per gli ulteriori profili professionali ovvero attivare una nuova procedura di manifestazione di interesse nei termini sopra descritti.

### *Dotazione Organica*

Con la determina 939/DG del 25 novembre 2019 oltre ad approvare il Piano Occupazionale anno 2019 e il Piano Triennale di fabbisogno di personale 2019/2021 si è provveduto ad approvare la consistenza della Dotazione organica del personale ospedaliero dell'Azienda sia per quanto riguarda l'area della dirigenza che per quella del comparto.

Tale dotazione organica, nella sua consistenza complessiva, non è più in alcun modo corrispondente alle esigenze aziendali.

L'analisi della programmazione dell'attività aziendale ha fatto emergere esigenze di adeguamento quali quantitativo della dotazione organica da cui ne consegue sia una necessità di trasformazione di posti che una necessità di incremento per rispondere ad obblighi di legge e/o a provvedimenti regionali.

Con riferimento ai posti per i quali si necessita di una trasformazione, a saldo zero, si riporta - di seguito - la sintesi dei bisogni di che trattasi. Si rappresenta che la decurtazione è relativa a posti attualmente vacanti:

<b>Descrizione Profilo</b>	<b>Categoria</b>	<b>N° posti</b>
Dirigente Medico		-3
Dirigente Odontoiatra		+3
Dirigente Sociologo		-1
Dirigente Amministrativo		+1

CPS Esperto - Infermiere	Ds	-11
CPS Infermiere Pediatrico	D	-3
Infermiere Psichiatrico	C	-2
Infermiere Generico	C	-4
CPS Infermiere	D	+20
Puericultrice	C	-1
CPS Ostetrica	D	+1
CPS Esperto - Dietista	Ds	-1
CPS Dietista	D	+1
CPS Esperto – Assistente Sanitario	Ds	-1
CPS - Assistente Sanitario	D	+1
Collab. Amm.vo esperto	Ds	-2
Collab. Amm.vo	D	+2
Collab. Tec. Prof. Esperto	Ds	-1
Collab. Tec. Prof	D	+1
Assistente Tecnico	C	-1
Programmatore	C	+1
Op. Tec. addetto all'Assistenza	B	-1
Operatore Socio Sanitario	Bs	+1
Ausiliario Spec. Tecnico Economale	A	-3
Ausiliario Spec. Socio Assistenziale	A	+3
<b>VARIAZIONE COMPLESSIVA</b>		<b>0</b>

Come previsto dall'art. 6 del D.Lgs. 165/2001, è infatti anche in sede di definizione del piano che si procede alla verifica della consistenza della dotazione organica, sia in termini qualitativi che quantitativi, in coerenza con il fabbisogno del personale. Si rappresenta fin da ora che per le qualifiche ad esaurimento con posti ancora oggi esistenti (2 operatore tecnico addetto all'assistenza Cat B e 1 infermiere generico Cat C), si procederà d'ufficio alla loro trasformazione (rispettivamente in ausiliario socio assistenziale Cat A e CPS Infermiere Cat. D) una volta resi vacanti.

Diversa dalla rideterminazione qualitativa sopra descritta, è la ricaduta nella dotazione organica richiesta dall'avvio in Azienda di due progetti entrambi consistenti nell'inserimento di personale OSS nelle degenze. A fronte di un incremento complessivo di 4 unità, variazione che ha un impatto limitato in termini di costo del personale, la variazione di dotazione organica viene ad assumere la consistenza che segue:

<b>Progetto inserimento OSS in Clinica Psichiatrica</b>	<b>Dotazione organica attuale</b>	<b>Nuova dotazione organica</b>	<b>Delta Variazione dotazione organica</b>
CPS Infermieri	25	17	-8
Operatori Socio Sanitari	0	12	+12
<b>TOTALE</b>	25	29	<b>+4</b>

<b>Progetto inserimento OSS in Area Neurochirurgica</b>	<b>Dotazione organica attuale</b>	<b>Nuova dotazione organica</b>	<b>Delta Variazione dotazione organica</b>
CPS Infermieri	44	35	-9
Operatori Socio Sanitari	0	9	+9
<b>TOTALE</b>	44	44	<b>0</b>

Le variazioni sopra descritte non soddisfano il fabbisogno di incremento di dotazione organica rilevato in Azienda.

Nel merito va evidenziato che il Piano del Fabbisogno degli anni 2019/2021, adottato con la determina 939/DG è stato impostato nel rispetto del vincolo della dotazione organica esistente e del connesso costo del personale; per il 2022 si è inteso invece dare una completa rappresentazione dell'effettivo fabbisogno nell'ambito della

dotazione organica per effetto dei provvedimenti di legge, normativi, amministrativi od organizzativi sopraggiunti medio tempore nel corso di questi anni.

Si osserva infatti che, al netto del precedente incremento di dotazione organica autorizzato nel 2017 (DGRM 330/2017) il reale fabbisogno della AOU “Ospedali Riuniti” di Ancona risente di una serie di fattori concorrenti e concomitanti mai pienamente recepiti in precedenza in funzione dell’esigenza di non evidenziare splafonamenti del rigido tetto di spesa del 2004 che hanno determinato, nel tempo, una *costante erosione dei fondi contrattuali* e una *sostanziale instabilità derivante dalla impossibilità di assumere a tempo indeterminato* per assenza di posti disponibili in dotazione organica:

## **NUOVI SERVIZI ATTIVATI**

- 1) autorizzazione e/o disposizione all’apertura di nuovi servizi o funzioni di livello regionale avvenuta a partire dalla costituzione dell’azienda (1° gennaio 2004) ad oggi con l’acquisizione di alte specialità prima assenti e caratterizzate da elevata intensità assistenziale

In termini analitici i nuovi servizi attivati nel periodo sono i seguenti:

- Trapianti (avviati nel 2005 e consolidati nel 2009 con l’istituzione della struttura complessa dedicata chirurgia epatobiliare e dei trapianti (determina n.232/2009 – progettualità di interesse regionale ex DGRM n. 781/2008 e attività di interesse regionale DGRM n. 1306/2009 - DGRM n.1227/2010 – DGRM n.1161/2011);
- Cardiochirurgia pediatrica (avviata nel 2008 – determina n.326/2008 e 336/2008 - progettualità di interesse regionale ex DGRM n. 781/2008 e attività di interesse regionale DGRM n. 1306/2009- DGRM n.1227/2010– DGRM n.1161/2011);
- Clinica di cardiologia (istituita con determina n.229/2008 e 234/2008);
- Diabetologia pediatrica (istituita con determina n.411/2009);
- Microchirurgia ricostruttiva (avviata nel 2008 – nota prot. n 51361/2008 e istituita con determina n.720/2014);
- Malattie neuromuscolari (avviata nel 2008 - progettualità di interesse regionale ex DGRM n. 781/2008 e attività di interesse regionale DGRM n. 1306/2009 - DGRM n.1227/2010);
- Potenziamento dell’elisoccorso con il secondo elicottero (avviato nel 2009 - progettualità di interesse regionale ex DGRM n. 781/2008 e attività di interesse regionale DGRM n. 1306/2009 - DGRM n.1227/2010 – DGRM n.1161/2011 - mandato per due elicotteri ex DGRM n.610/2007);
- Chirurgia senologica (avviata nel 2010 – determina n.408/2010 e 409/2010);
- Unità spinale (avviata nel 2009 obiettivi da PSN DGRM n.1284/08);
- Malattie rare (implementate nel 2009 obiettivi da PSN DGRM n.1284/08)
- Trasporti neonatali (avviata nel 2009 obiettivi da PSN DGRM n.1284/08);
- Accessi vascolari implementati e potenziati dal 2002 al 2009 con specifico finanziamento regionale;
- Fibrosi cistica (implementata nel 2009 ex DGRM n.645/2009)
- Radiologia interventistica (istituita nel 2010 – determina n.69/2010);
- Chirurgia del pancreas (avviata nel 2012 – determina n.539/2012);
- Istituzione S.O.S.D. per i Disturbi del comportamento alimentare (L.R. 40 del 3 agosto 2020 – Det 1318/DG del 24/12/2021)
- Istituzione S.O.S.D. per le Cure Palliative Pediatriche (DGRM 1238 del 18 ottobre 2021)

Nel corso di questi anni, inoltre, è stato implementato il potenziamento di strutture ad alta intensità assistenziale, già esistenti nel 2004 tra le quali chirurgia toracica (+ 2 PL), chirurgia vascolare (+ 3 PL), urologia (+ 4 PL), anestesia e rianimazione (+ 6 PL), oncematologia pediatrica (+ 3 PL); neonatologia (+ 5 PL), ematologia (+ 2 PL), unità spinale (2 PL ord e 2 PL day hospital) nonché incrementata l’attività di alcuni servizi (Es: risonanza magnetica, radiologia di Pronto Soccorso. Laboratorio analisi, anatomia patologica)

- 2) necessità di adeguamento degli organici ai parametri stabiliti dalla L.161/2014

In occasione dell'entrata in vigore della L. 161/2014 (art. 14 comma 1), l'azienda rappresentò a Regione, con nota prot. 18441 del 18.03.2016, il quadro esigenziale derivante dall'applicazione della normativa; lo stesso sviluppava un fabbisogno di 86 dipendenti (39 dirigenti medici, 38 cps infermieri e e 9 CPS tecnici); dette figure sono state in quegli anni assunte a tempo determinato consentendo il rispetto del vincolo legislativo, senza ricevere un finanziamento aggiuntivo adeguato, solo in parte autorizzate in incremento ed oggi comprese nella variazione di Dotazione Organica di cui al presente atto.

3) necessità di adeguamento degli organici alla nuova disciplina in materia di autorizzazione ed accreditamento, DGRM 1669/2019;

L'incremento di dotazione organica comprende anche fabbisogni determinati dall'applicazione della Delibera di Giunta n. 1669 del 30 dicembre 2019 ad oggetto "LR n. 21/2016 art..3 comma 1 lett. b) – Manuale Autorizzazione Strutture Ospedaliere (Parte A)", con la quale la Regione Marche ha provveduto a definire i requisiti per il rilascio delle autorizzazioni delle strutture sanitarie ospedaliere.

Il documento prevede infatti che le unità di personale di assistenza infermieristica, ostetrica, riabilitazione ed OSS diretta ai pazienti, addette alle articolazioni organizzative di degenza, sono determinate in funzione dei minuti di assistenza pro-die per posto letto calcolato sul tasso di occupazione del 90%.

I minuti di assistenza nel medesimo atto riportati vanno considerati quali tempi minimi sotto i quali le strutture non sono autorizzabili. Sulla base di ciò sono stati rideterminati i contingenti minimi di personale necessari a garantire l'assistenza

Va rilevato che in questi anni, l'assenza di una dotazione organica adeguata al reale sviluppo dell'azienda ha provocato il ricorso a continui rapporti a tempo determinato per garantire l'assistenza sanitaria prevista dai LEA con un turn-over di personale che ha impedito la stabilizzazione di funzioni essenziali, lo sviluppo di forme di precariato e un aggravio delle procedure concorsuali con esiti spesso inadeguati. Va rilevato inoltre che per soddisfare le esigenze connesse alla necessità di erogare prestazioni sanitarie a bilancio preventivo anno 2021 sono stimate prestazioni aggiuntive in favore del personale dipendente per € 4.600.000,00

Si riportano, nella tabella che segue, in sintesi le necessità di incremento per qualifica/profilo professionale per complessive 252 unità di cui 64 per l'area della Dirigenza e 188 per l'area del Comparto

<b>Descrizione Qualifica/Profilo professionale</b>	<b>Categoria</b>	<b>N° posti</b>
Dirigente Medico		+ 55
Dirigente Odontoiatra		+1
Dirigente Biologo		+1
Dirigente Farmacista		+2
Dirigente Fisico		+2
Dirigente Psicologo		+1
Dirigente delle professioni Sanitarie		+2
<b>TOTALE DIRIGENZA</b>		<b>64</b>
CPS Infermiere	D	+76
CPS Ostetrica	D	+15
CPS Fisioterapista	D	+16
CPS Terapista Occupazionale	D	+1
CPS Logopedista	D	+2
CPS Tecnico di laboratorio biomedico	D	+10
CPS Tecnico di neurofisiopatologia	D	+2
CPS Tecnico di neuropsicomotricità	D	+2
CPS Tecnico della perfusione cardiovascolare	D	+3
CPS Tecnico della prev. amb. luogo lavoro	D	+2
CPS Tecnico sanitario di radiologia medica	D	+18

Operatore Socio Sanitario	Bs	+29
Ausiliario specializzato Socio Assistenziale	A	+12
<b>TOTALE COMPARTO</b>		<b>188</b>
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>		<b>252</b>

Con riferimento all'area della dirigenza, le strutture che evidenziano la necessità di incremento sopra descritto sono le seguenti

### DIRIGENZA MEDICA E ODONTOIATRICA

DIPARTIMENTO	S.O.D./S.O.S.D.	N° POSTI
Chirurgia generale e specialistica	Clinica Urologica	+1
	Ortopedia e traumatologia	+1
	Medicina Riabilitativa	+1
	Chirurgia ricostruttiva e chirurgia della mano	+3
	S.O.S.D. Odontostomatologia chirurgica e speciale	+1
Emergenza	Clinica chirurgica generale e d'urgenza	+1
Materno Infantile	Clinica di ostetricia e ginecologia	+2
	Neuropsichiatria infantile	+3
	Pediatria indirizzo pneumo-endocrino-immunologico	+2
	S.O.S.D. malattie rare	+1
Medicina Interna	Anatomia patologica	+2
	Clinica medica	+1
	Clinica ematologica	+1
	Radioterapia	+1
	Clinica Oncologica	+1
Gastroenterologico e trapianti	Clinica di gastroenterologia	+1
	Malattie apparato digerente endoscopia digestiva	+1
	S.O.S.D. danno epatico e trapianti	+1
Scienze Cardiovascolari	Cardiologia	+5
	Clinica di cardiologia	+2
Scienze neurologiche	Clinica di neurologia	+5
	S.O.S.D. Unità spinale	+1
Scienze radiologiche	Clinica di neuroradiologia	+3
	Clinica di radiologia	+3
	Medicina nucleare	+2
	Radiologia materno infantile senologica cardiolog	+3
Specialità mediche e chirurgiche	Dietetica e nutrizione clinica	+1
	Clinica di chirurgia plastica e ricostruttiva	+1
Servizi	Medicina legale	+1
	Medicina trasfusionale	+3
Direzione Aziendale	Direzione Aziendale	+1
<b>TOTALE</b>		<b>56</b>

### DIRIGENZA SANITARIA

Scienze radiologiche	Fisica sanitaria	+2 dirigenti Fisici
Servizi	Farmacia	+2 dirigenti farmacisti
	Medicina trasfusionale	+ 1 biologo
Direzione Aziendale	Area Professioni Sanitarie	+2 Dir. Professioni Sanitarie
	Psicologia ospedaliera	+1 Psicologo
<b>TOTALE</b>		<b>8</b>

Con riferimento all'area del comparto, le esigenze di incremento sopra - in sintesi - rappresentate, sono descritte nelle note in allegato al presente atto quale parte integrante e sostanziale e precisamente:

- Id 992078 del 13.10.2021 ad oggetto: Relazione d'accompagnamento al piano assunzioni – Area delle Professioni sanitarie Infermieristica e Ostetrica
- Id 994810 del 19.10.2021 ad oggetto: Richiesta incremento dotazione organica personale area comparto area tecnica diagnostica
- Id 998506 del 25.10.2021 ad oggetto: Incremento dotazione organica personale APS/Riabilitazione

Già nella citata determina 939/2019 di approvazione del Piano del fabbisogno 2019/2021 era stata rilevata, per l'anno 2020 la necessità di integrare la dotazione organica dell'Azienda di 3 unità di collaboratore professionale sanitario tecnico di laboratorio. Ciò previa contestuale riduzione della dotazione organica dell'ASUR, in coerenza con la DGR 1121 del 6/8/2018, per le attività del Polo unico per la centralizzazione delle funzioni produttive in Medicina Trasfusionale in ambito regionale.

Tenuto conto che ad oggi nessuna modifica di dotazione organica nei termini sopra indicati è stata comunicata dall'ASUR e che la centralizzazione delle funzioni produttive è già stata avviata, nella relazione predisposta dal responsabile di area riabilitativa sopra indicata è contenuto anche tale incremento di 3 unità di CPS tecnico di laboratorio ormai imprescindibile.

Con riferimento all'Area della Dirigenza le motivazioni ai suddetti incrementi sono rilevabili nelle richieste acquisite agli atti e trasmesse dai rispettivi direttori/responsabili di struttura, richieste debitamente valutate dalla Direzione generale che ne ha confermato o rideterminato il fabbisogno di incremento nei termini sopra descritti.

Tre le altre sopra riepilogate in modo sintetico si evidenziano le seguenti esigenze strutturali:

- dirigenti delle discipline di Cardiologia e di Neurologia al fine di garantire presso il punto nascita dell'ospedale Salesi della Guardia attiva H24;
- personale a tempo indeterminato per l'implementazione di 4 posti letto aggiuntivi, di cui 2 di day hospital e 2 di degenza ordinaria, presso la S.O.S.D. di Unità spinale, per raggiungere un totale di 10 posti letto (1 Dirigente Medico, 6 CPS Infermieri, 6 Operatori Socio Sanitari, 2 CPS fisioterapisti, 1 CPS terapeuta occupazionale)

4) necessita di adeguamento degli organici al DL 34/2020 dal quale è derivato un incremento stabile e permanente dei Posti Letto Aziendali.

L'art. 2 "Riordino della rete ospedaliera in relazione all'emergenza da COVID-19" del D.L. 34/2020 come convertito dalla L. 77/2020, ha previsto che le Regioni, al fine di rafforzare strutturalmente il Servizio sanitario nazionale in ambito ospedaliero, tramite apposito piano di riorganizzazione volto a fronteggiare adeguatamente le emergenze pandemiche, come quella da COVID-19 in corso, garantiscono l'incremento di attività in regime di ricovero in Terapia Intensiva e in aree di assistenza ad alta intensità di cure, rendendo strutturale la risposta all'aumento significativo della domanda di assistenza in relazione alle successive fasi di gestione della situazione epidemiologica correlata al virus Sars-CoV-2, ai suoi esiti e a eventuali accrescimenti improvvisi della curva pandemica.

Al fine di garantire tale incremento di posti letto, il comma 7 del medesimo articolo prevede per le regioni autorizzazione ad incrementare la spesa di personale anche in deroga ai vincoli previsti dalla legislazione vigente in materia di spesa di personale.

Il medesimo articolo prevede, inoltre, che le regioni e le province autonome programmino una riqualificazione di 4.225 posti letto di area semi-intensiva, con relativa dotazione impiantistica idonea a supportare le apparecchiature di ausilio alla ventilazione, mediante adeguamento e ristrutturazione di unità di area medica,

prevedendo che tali postazioni siano fruibili sia in regime ordinario, sia in regime di trattamento infettivologico ad alta intensità di cure.

La Regione Marche ha, con la deliberazione della Giunta n. 751 del 16 giugno 2020, approvato le “Linee di indirizzo organizzative per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID-19 in attuazione del D.L. 19 maggio 2020 n.34 (Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all’economia, nonché di politiche sociali connesse all’emergenza epidemiologica da COVID-19)”.

Nelle citate linee di indirizzo la Regione Marche, in relazione all’incremento di posti letto di Terapia intensiva, ha concordato con gli Enti del SSR, sulla base di valutazioni organizzative e strutturali, tenuto conto dei criteri previsti nel D.L. 34, in coerenza con la DGR 523 del 5 maggio 2020 “*Epidemia COVID-19: Piano di riorganizzazione delle Attività di Ricovero ed Ambulatoriali presso le Strutture Ospedaliere Pubbliche e Private accreditate del Sistema Sanitario Regionale*”, la distribuzione dei 105 posti letto di Terapia intensiva incrementabili dalla Regione stessa in base al parametro di 0,14 p.l./1000 abitanti.

All’Azienda Ospedaliero Universitaria “Ospedali Riuniti” di Ancona vengono attribuiti 38 Posti Letto.

Con riferimento alla Riqualficazione di posti letto di area semi-intensiva, il D.L. 34 prevede, per la Regione Marche, la possibilità di adeguare strutturalmente e tecnologicamente un totale di 107 posti letto di area medica in posti letto di terapia sub-intensiva, di cui il 50% immediatamente convertibili in terapia intensiva, in caso di necessità.

Il Servizio Sanità in sede di Coordinamento degli Enti, ha concordato con gli stessi, sulla base di valutazioni organizzative e strutturali, tenuto conto dei criteri previsti nel D.L. 34, in coerenza con la DGR 523/2020, la distribuzione dei suddetti posti letto di Terapia semi-intensiva prevedendo per l’Azienda Ospedaliero Universitaria “Ospedali Riuniti” di Ancona 40 posti letto.

Si descrivono, di seguito, gli incrementi di dotazione organica, necessari a garantire il funzionamento dei nuovi posti letto di terapia intensiva e dei posti letto di area medica convertiti in terapia sub intensiva.

<b>DISCIPLINA/QUALIFICA</b>	<b>N. UNITA’</b>
Dirigente Medico – specializzazione Anestesia e rianimazione	36
Dirigente Medico – specializzazione pneumologia	4
Dirigente Medico – specializzazione medicina interna	3
Dirigente Medico – malattie infettive	3
<b>TOTALE DIRIGENZA</b>	<b>46</b>
CPS - Infermieri	154
Operatori Socio Sanitari	4
Ausiliari Socio Assistenziali	16
<b>TOTALE COMPARTO</b>	<b>174</b>

L’allegato D) riassume la dotazione organica complessiva aggiornata per effetto delle previsioni di fabbisogno soprascritte.

La nuova consistenza della dotazione organica di cui trattasi è stata anch’essa approvata con il citato atto 1363/DG/2021.

**Rispetto dei vincoli economici**

Il costo per la realizzazione del Piano del Fabbisogno del personale, di cui al p.to 1) del dispositivo, rientra per gli anni 2020 e 2021 nel tetto del personale come determinato dalla Regione Marche rispettivamente in € 157.700,00 (DGRM 1261 del 5 agosto 2020) e in € 158.336,00 (DGRM 1670 del 28 dicembre 2021).

Per l’anno 2020, infatti, il costo del personale (Tavolo Gavasci) – al netto del costo COVID-19 - ammonta ad € 155.420.297, oneri per rinnovi contrattuali esclusi, a fronte di un tetto autorizzato pari ad € 157.700,00.

Per l’anno 2021 la previsione di costo del personale (Tavolo Gavasci) – al netto del costo COVID-19 - ammonta ad € 156.541.868 (ovvero €155.420.297 consuntivo 2020 + € 1.121.571 pari al saldo del fabbisogno 2021, a fronte di un tetto autorizzato pari ad € 158.336,00.

Il rispetto del tetto sarebbe stato garantito anche in presenza di eventuale autorizzazione ad incremento dei fondi contrattuali, ai sensi dell’art. 11 del DL 35/2019 come convertito in Legge n. 60/2019, per effetto delle maggiori unità equivalenti in servizio nell’anno 2021 rispetto al 2018.

Per l’anno 2022 il tetto ad oggi autorizzato pari ad € 158.336,00 non soddisferebbe la copertura completa della nuova dotazione organica per complessive 3781 unità, sia in termini di costi standard per competenze fisse sia in termini di voci retributive afferenti ai fondi contrattuali.

Il totale sopra rappresentato di 3781 unità è peraltro al netto degli incrementi di dotazione organica da DL 34 derivanti all’implementazione dei posti letto di terapia intensiva e semintensiva, per i quali come da disposizioni normativa (art. 2 comma 7 del DL 34) andrebbe prevista una specifica autorizzazione di spesa in incremento anche in deroga ai vincoli previsti dalla legislazione vigente in materia di spesa del personale.

Va rilevato che da una variazione in incremento di dotazione organica, deriva - nel momento in cui la realizzazione delle assunzioni viene a generare un saldo in termini di unità equivalenti superiore a quello dell’anno precedente – un dovuto incremento, nel rispetto della normativa di riferimento vigente, dei fondi contrattuali. Tale incremento va quantificato moltiplicando la quota unitaria media di ciascun fondo contrattuale per il delta dei dipendenti in servizio.

Ipotizzando un delta positivo pari alle unità richieste in incremento di dotazione organica, i fondi contrattuali dovrebbero essere integrarsi degli importi che seguono:

Area Contrattuale Dirigenza Sanitaria	Posti in incremento	Quota media fondi contrattuali anno 2020	Incremento fondi contrattuali
Implementazione di attività	64	€ 19.960,07	€ 1.277.444,48
<b>TOTALE</b>			<b>€ 1.277.444,48</b>

Area Contrattuale Comparto	Posti in incremento	Quota media fondi contrattuali anno 2020	Incremento fondi contrattuali
Implementazione di attività	188	€ 6.056,31	€ 1.138.586,28
Progetto inserimento OSS	4	€ 6.056,31	€ 24.225,24
<b>TOTALE</b>			<b>€ 1.162.811,52</b>

Implementazione per applicazione DL 34/2020	Posti in incremento	Quota media fondi contrattuali anno 2020	Incremento fondi contrattuali
Area Contrattuale Dir. Sanitaria	46	€ 19.960,07	€ 918.163,22
Area Contrattuale Comparto	174	€ 6.056,31	€ 1.053.797,94
<b>TOTALE</b>			<b>€ 1.971.961,16</b>

Ai valori come sopra quantificati, per giungere alla definizione del costo complessivo, vanno aggiunti gli oneri a carico azienda.

Tali importi dovrebbero trovare specifico finanziamento a livello regionale.

### 3.3.2 Formazione del Personale

Con Determina n. 1347/DG del 28.12.2021 è stato approvato il “Piano di Formazione Aziendale 2022”  
 Come Provider ECM pubblico accreditato, questa Azienda è tenuta a procedere all’applicazione della disciplina prevista dalla DGR Marche n. 1501 / 2017, attenendosi, tra l’altro, a quanto previsto all’Allegato A (“La Governance del Sistema ECM Regionale”), laddove, al punto 2.1, si dispone che “I provider regionali, nel rispetto della normativa nazionale e contrattuale vigente, dovranno .....omissis ..... elaborare il Piano della Formazione Aziendale Annuale (PFA)”;

Il Piano della Formazione Aziendale Annuale, formalizzato con atto del legale rappresentante dell'ente, permane uno dei requisiti indispensabili per poter erogare attività formativa in qualità di provider pubblico accreditato (così come già previsto in precedente DGR Marche n. 520 / 2013), e va trasmesso annualmente al 'Servizio Salute' della Regione Marche, in base alle modalità stabilite in citata DGRM n. 1501 / 2017, alla Sez. 3 "Requisiti dell'Offerta Formativa – Pianificazione".

È stata quindi redatta la Proposta del Piano di Formazione Aziendale (P.F.A.) 2022, in collaborazione con i vari Referenti Dipartimentali per la Formazione del Personale afferente alle aree contrattuali sia del "Comparto" che della "Dirigenza".

La stesura del P.F.A. 2022 è stata ispirata dall'intento di favorire la più ampia partecipazione del personale aziendale alle iniziative formative (con attenzione anche alle qualifiche professionali rappresentate da un numero ridotto di dipendenti), investendo in progetti che accrescano competenze di tipo relazionale, che siano funzionali ad obiettivi di carattere multiprofessionale/multidisciplinare e che permettano di raggiungere un generale ed effettivo accrescimento, in termini di capacità lavorativa, degli attori coinvolti nell'azione formativa aziendale .

L'offerta formativa aziendale per l'Anno 2022:

- focalizza obiettivi coordinati con le indicazioni sia regionali che nazionali di politica sanitaria, con le strategie della Direzione Aziendale nonché con le specifiche esigenze Dipartimentali e/o di S.O.D.;
- prevede un'offerta formativa complessiva ECM descritta negli obiettivi specifici, nel processo organizzativo e nel risultato del prodotto, nella durata e nel numero delle edizioni, nel numero e nella tipologia dei partecipanti, nel numero di crediti ECM correlati;
- include i corsi aziendali previsti, ai sensi dell'art. 37 D. Lgs. 81/2008 e dei relativi Accordi Stato-Regioni, in tema di sicurezza/prevenzione/protezione negli ambienti di lavoro.
- presuppone che, nel perdurare dell'attuale situazione pandemica COVID-19, le attività formative ivi ricomprese dovranno:
  - essere svolte attuando un approccio prudenziale, vale a dire privilegiando e valorizzando, pur in vigore del D.L. n. 139 del 8/10/2021 (c.d. "Decreto Riapertura"), le modalità online / F.A.D., ovvero lo sviluppo di percorsi *e-learning / blended* e/o in *RES-Videoconferenza*;
  - prestare attenzione ad obiettivi formativi strettamente connessi alla gestione dell'emergenza COVID-19, in linea con i contenuti e le indicazioni espressi dal "PANFLU 2021-2023" ("*Piano Strategico-Operativo Nazionale di Preparazione e Risposta a una Pandemia Influenzale*", adottato in sede di Conferenza Stato-Regioni del 25/1/2021), programmando eventi formativi correlati alla c.d. "Fase Interpandemica";
- tiene in debita considerazione la recente messa in atto della "*Piattaforma unica regionale per l'erogazione della formazione e-learning*" da parte del "Servizio Sanità" della Regione Marche, ciò comportando, ove possibile, un conseguente relativo adattamento delle attività formative ivi contemplate.

Il documento redatto non contiene specifica 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 2022, e fermo restando che, nel perdurare dell'attuale situazione pandemica COVID-19, le attività formative riconducibili a "formazione individuale fuori sede" dovranno essere prevalentemente quelle svolte in modalità di videoconferenza.

La formazione dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona, nell'anno 2022, ricerca un equilibrio tra le esigenze strategiche dell'organizzazione e quelle di sviluppo professionale individuale dei propri professionisti della salute.

L'iter per la definizione del PFA 2022 ha preso il via con comunicazione ID 86759 del 17/09/2021 ai Direttori e Coordinatori dei DAI, ai Direttori delle Macroaree tecnico-amministrative-contabili, ai Direttori degli Uffici di Staff, ai Responsabili delle Aree delle Professioni Sanitarie Infermieristica-Ostetrica, Tecnica, Riabilitativa, all'I.O. Formazione, sviluppo professionale e inserimento neo assunti, con la quale sono stati tracciati i criteri-guida per l'organizzazione e la costruzione del piano formativo annuale nel rispetto della vigente normativa correlata al sussistente stato di emergenza pandemica.

Gli interventi/i provvedimenti normativi susseguitisi allo scopo di impiantare ed aggiornare le misure di contenimento del contagio da CORONA VIRUS Sars-CoV-2 sull'intero territorio nazionale condizionano la strutturazione dell'azione formativa aziendale per l'anno 2022, da attuare, con un approccio prudentiale, nei termini di seguito esplicitati:

- valorizzando lo sviluppo di percorsi *e-learning-blended*;
- utilizzando la modalità di formazione RES-videoconferenza per tutti i corsi di breve durata con obiettivi per lo più conosciuti;
- realizzando la formazione consentita dal DPCM 3 dicembre 2020, art.1, c.10, lett.s), alla luce di quanto espresso dal Ministero della Salute con Circolare integrativa 7.1.2021 “*Indicazioni emergenziali per il contenimento del contagio da SARS-CoV-2 nelle operazioni di primo soccorso e per la formazione in sicurezza dei soccorritori-Integrazione*”;
- prestando attenzione ad obiettivi formativi correlati alla gestione dell'emergenza COVID-19, in linea con i contenuti e le indicazioni espressi dal PANFLU 2021-2023 relativamente alla programmazione di iniziative formative correlate alla c.d. fase interpandemica.

Per quanto riguarda la formazione in presenza, essa è stata declinata in:

attività formative di formazione sul campo con un numero limitato di partecipanti (da valorizzare il training con rapporto 1 affiancato:1 tutor);

- eventi che non permetterebbero il raggiungimento dell'obiettivo formativo qualora fruiti da remoto o in modalità sincrona;
- eventi in materia di salute e sicurezza sul lavoro laddove non vi siano condizioni/indicazioni per attivare la modalità a distanza ovvero quando sia necessario svolgere sessioni obbligatorie pratiche. Le attività in presenza presuppongono il rispetto delle misure di prevenzione del contagio di cui alla normativa attuale per i percorsi di formazione degli adulti e la formazione permanente, tenuto conto che le suddette indicazioni potranno essere oggetto di repentine variazioni in caso di significativi mutamenti della situazione epidemiologica.

Alla gestione del Ciclo della Formazione esitato nel PFA 2022 hanno partecipato, nell'esercizio delle rispettive competenze di ruolo:

- i Referenti della Formazione Dipartimentale del Comparto e della Dirigenza
- i Responsabili delle Aree delle Professioni Sanitarie Infermieristica-Ostetrica, Tecnica, Riabilitativa
- i Direttori delle Macroaree e dei servizi/uffici di Staff.

Ai professionisti sanitari dell'Area Comparto, in particolare, è stata dedicata l'attività dell'I.O. Formazione, sviluppo professionale e inserimento neo assunti, che ha fornito alle I.O. di Area Sanitaria le indicazioni generali per la pianificazione dei progetti formativi dell'anno 2022 nel rispetto delle raccomandazioni legate allo stato di emergenza COVID-19. L'individuazione dei bisogni formativi, sebbene connessa ad una precedente analisi di validità pluriennale, nel 2022 tiene conto di bisogni prevalentemente organizzativi, legati all'acquisizione delle competenze necessarie e a particolari criticità emerse. Di conseguenza, sono state pianificate attività formative con metodologia coerente agli obiettivi ed alle modalità formative declinabili nello scenario pandemico corrente.

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 sostengano/integrino “reti e profili di assistenza”, è prevista la fruizione della formazione offerta anche da parte di professionisti del SSR.

In tale sezione vengono descritte iniziative:

- sulla sicurezza e sull'emergenza;
- sulla qualità assistenziale ed il risk management;
- sull'umanizzazione delle cure e sulla comunicazione;
- sulla tutela della donna e del bambino;
- sull'integrazione ospedale-territorio;
- sull'integrazione professionale ed interservizi, sia sanitari che amministrativi;
- sulla trasparenza e anticorruzione e sulla responsabilità sanitaria;
- sul perfezionamento operativo-gestionale della rete dei Referenti per la Formazione.

Seguono le attività di formazione dipartimentali, di norma rispondenti, per loro natura, a fabbisogni legati a specifici contesti operativo-gestionali di Dipartimento, di S.O.D., di team. I contenuti di tale categoria si basano

sull'identificazione di priorità di intervento collegate principalmente a criticità della pratica clinica, con una particolare attenzione agli aspetti relazionali e comunicativi.

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

Nessuna attività residenziale inclusa nel Piano verrà direttamente accreditata con contributi derivanti da sponsorizzazioni.

L'I.O. Formazione, sviluppo professionale e inserimento neo assunti, per l'elaborazione del PFA in riferimento ai profili sanitari del Comparto, fornisce indicazioni generali e specifiche per la pianificazione dei progetti formativi, supporta metodologicamente gli Incarichi di Organizzazione aziendali relativamente alla ideazione, progettazione, implementazione, valutazione delle attività formative, con un orientamento allo sviluppo di competenze, alla *best practice* e l'agire professionale verso la centralità della persona assistita.

La S.O. Gestione del Personale, in cui è collocata la S.O.S. Formazione, ha coordinato la realizzazione del PFA 2022 nella sua interezza: FORMAZIONE AZIENDALE (per tutti i profili professionali), FORMAZIONE DIPARTIMENTALE (per la Dirigenza medica, per la Dirigenza non medica, per i profili professionali del Comparto), FORMAZIONE DI MACROAREA (tecnica, amministrativa, contabile), altro.

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

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

AREA INDAGINE: Realizzazione effettiva del progetto

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

AREA INDAGINE: Cambiamenti nelle persone

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

AREA INDAGINE: Cambiamenti nei risultati organizzativi

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

AREA INDAGINE: Cambiamenti nel funzionamento organizzativo

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

La valutazione degli esiti della formazione nella maggior parte dei casi viene effettuata mediante monitoraggio dei processi a cui era riferita, e sono visibili a medio-lungo termine. Tuttavia, in riferimento alla formazione pianificata con metodologia "*training individualizzato*", la valutazione dell'esito è contestuale al termine dell'affiancamento, poiché certifica l'acquisizione di competenze pratiche. Spesso si lega a protocolli interni (prevalentemente del neoassunto/neoassegnato), che vengono aggiornati periodicamente. Tra i percorsi formativi con valutazione dell'OUTCOME è possibile notare un'attività di ricerca pianificata dall'Area Professioni Sanitarie, che, misurando dell'appropriatezza del fenomeno osservato, in riferimento ad un indicatore atteso, si pone l'obiettivo di verificare un cambiamento apportato da processi formativi appositamente proposti (anno 2019: osservazione del fenomeno a livello aziendale, attraverso attività di ricerca - anno 2020: restituzione risultati e proposte di miglioramento - anno 2021: attività formative specifiche sul campo e residenziali nei setting con maggiori criticità - anno 2022: osservazione del fenomeno nei setting oggetto di intervento formativo, attraverso attività di ricerca).

Il target di riferimento per la formazione 2022 è stato fotografato al 30.09.2021 in n.4.020 unità di personale ospedaliero ed universitario convenzionato, a tempo indeterminato e determinato, dettagliato come segue:

<b>INQUADRAMENTO</b>	<b>UNITA'</b>
Comparto	3.112
Dirigenza Medica	815
Dirigenza non medica	93

La sostenibilità economica della Formazione iscritta nel PFA 2022 si basa sulla previsione provvisoria, al momento corrispondente a quella del PFA 2021, di un quadro di costi per la formazione complessivi pari ad € 469.941,00, come di seguito dettagliato:

1. fondi aziendali, la cui previsione provvisoria è pari ad € 203.424,00 (costi della formazione a carico del bilancio);
2. contributi per la formazione di natura pubblica e/o privata dedicati a specifici settori, la cui previsione provvisoria è pari ad € 266.517,00 (di cui € 114.342,00 contributi privati e € 152.175,00 contributi pubblici).

Il budget preventivo provvisorio a disposizione per l'implementazione del PFA 2022, di cui al punto 1), al netto dell'importo attinente alle scuole di specializzazione (insite nella natura ospedaliero-universitaria dell'Azienda), pari a circa € 34.438,00, viene destinato per circa € 168.986,00, a:

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

### *Formazione sponsorizzata*

Lo sviluppo del personale viene realizzato anche favorendo la partecipazione individuale ad eventi esterni finanziati da soggetti privati (Formazione Sponsorizzata).

L'azienda infatti annualmente riceve un considerevole numero di inviti rivolti ai propri dipendenti da parte di aziende produttrici o che commercializzano presidi sanitari, attrezzature, tecnologie varie e prodotti farmaceutici.

L'eventuale partecipazione viene autorizzata, nel pieno rispetto delle misure per la gestione dei conflitti di interesse nei processi di *Procurement in sanità* di cui al PNA 2016, secondo le modalità di cui al "*Protocollo per l'autorizzazione alla partecipazione individuale ad eventi esterni finanziati da soggetti privati e alla stipula di contratti e convenzioni di consulenza*".

### *Diritto allo studio (150 ore)*

L'art. 48 del CCNL Personale Comparto Sanità del 21 maggio 2018, che disciplina il diritto allo studio, stabilisce al comma 1 che "*ai dipendenti sono concessi – anche in aggiunta alle attività formative programmate dall'Azienda o Ente – permessi retribuiti, nella misura massima individuale di 150 ore per ciascun anno solare e nel limite massimo, arrotondato all'unità superiore, del 3% del personale in servizio a tempo indeterminato presso ciascuna Azienda o Ente all'inizio di ogni anno*".

Ai sensi del comma 2 "*i permessi di cui al comma 1 spettano anche ai lavoratori con contratto di lavoro a tempo determinato di durata non inferiore a sei mesi continuativi, comprensivi anche di eventuali proroghe. Nell'ambito del medesimo limite percentuale, già stabilito dal comma 1, essi sono concessi nella misura massima individuale, riproporzionata alla durata temporale nell'anno solare di riferimento, del contratto a tempo determinato stipulato*".

Ne consegue che, oltre ai dipendenti a tempo indeterminato, anche i titolari di contratto di lavoro a tempo determinato non inferiore a sei mesi verranno ammessi alla procedura e che agli stessi verrà concesso un numero di ore mensili pari a n. 12,30 fino a tutta la durata del contratto in essere per un massimo di 150 ore nell'arco dell'anno solare di riferimento.

Il comma 4 del medesimo articolo prevede che i permessi sono concessi, "*... per la partecipazione a corsi destinati al conseguimento di titoli di studio universitari, post universitari, di scuole di istruzione primaria, secondaria e di qualificazione professionale, statali, pareggiate o legalmente riconosciute, o comunque*

*abilitate al rilascio di titoli di studio legali o attestati professionali riconosciuti dall'ordinamento pubblico, nonché per sostenere i relativi esami”.*

Al fine di garantire e incentivare l'accesso a percorsi di istruzione e qualificazione del personale laureato e non laureato, si è provveduto con apposita Determina n. 1133/DG del 05.10.2021 a pubblicare sul sito aziendale a far data dal 08.11.2021 con scadenza al 7.12.2021 “*Avviso Diritto allo studio (150 ore) - Personale Area Comparto*”.

## SEZIONE 4. MONITORAGGIO

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

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

101

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



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

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

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

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

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

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

#### Posta elettronica

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

#### Sistema "Il mio ospedale"

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

#### Carta dei Servizi

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

#### Sito Web Aziendale

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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.

Allegato 1 — Sezione Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione - Sotto sezione Performance - Piano degli obiettivi

N.	Obiettivo strategico "specifici"	Ambiti applicativi della performance organizzativa	Obiettivo di performance organizzativa	Obiettivi minimi PIAO	Tipologie di indicatore	Indicatore	Target 2022	Target 2023	Target 2024	Performance individuale
1	Comunicazione, condivisione e trasparenza	b) Attuazione di piani e programmi	Implementazione delle misure di prevenzione della corruzione		impatto	aggiornamento della mappatura dei processi ad alto rischio di corruzione secondo quanto previsto PNA 2019	mappatura dei principali processi ad alto rischio corruzione	mappatura dei principali processi ad alto rischio corruzione	mappatura completa di tutti i processi ad alto rischio corruzione	dirigenza PTA e sanitaria
2	Comunicazione, condivisione e trasparenza	d) Modernizzazione e miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali	Informatizzazione della PA e trasparenza	b) di digitalizzazione	impatto	Implementazione del protocollo informatizzato presso le strutture sanitarie	almeno tre strutture sanitarie di supporto	almeno tre strutture sanitarie di supporto	almeno tre strutture sanitarie di supporto	dirigenza PTA e sanitaria
3	Comunicazione, condivisione e trasparenza	d) Modernizzazione e miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali	Informatizzazione della PA e trasparenza	b) di digitalizzazione	impatto	implementazione del registro informatizzato degli accessi	avvio del registro informatizzato entro il 31/12/2020	implementazione del registro informatizzato entro il 31/12/2020	completamento del registro informatizzato entro il 31/12/2020	dirigenza PTA
4	Comunicazione, condivisione e trasparenza	b) Attuazione di piani e programmi	Percorso di certificabilità dei bilanci		impatto	Area rimanenze: Applicazione a regime	rilevazioni indicatori di processo previsti nelle procedure aziendali	rilevazioni indicatori di processo previsti nelle procedure aziendali	rilevazioni indicatori di processo previsti nelle procedure aziendali	dirigenza PTA
5	Comunicazione, condivisione e trasparenza	b) Attuazione di piani e programmi	Percorso di certificabilità dei bilanci		impatto	Area Patrimonio Netto: applicazione a regime	rilevazioni indicatori di processo previsti nelle procedure aziendali	rilevazioni indicatori di processo previsti nelle procedure aziendali	rilevazioni indicatori di processo previsti nelle procedure aziendali	dirigenza PTA
6	Comunicazione, condivisione e trasparenza	b) attuazione di piani e programmi	Implementazione delle misure di prevenzione della corruzione	a) di semplificazione	impatto	Aggiornamento del regolamento aziendale in materia di donazione e lasciti	Predisposizione dell'aggiornamento del nuovo regolamento	Applicazione del nuovo regolamento	Applicazione del nuovo regolamento	dirigenza PTA
7	Comunicazione, condivisione e trasparenza	b) attuazione di piani e programmi	Implementazione delle misure di prevenzione della corruzione		impatto	Aggiornamento del Codice di Comportamento aziendale	Predisposizione dell'aggiornamento del nuovo Codice di Comportamento Aziendale	Applicazione del nuovo Codice di Comportamento Aziendale	Applicazione del nuovo Codice di Comportamento Aziendale	dirigenza PTA
8	Comunicazione, condivisione e trasparenza	b) attuazione di piani e programmi	Implementazione delle misure di prevenzione della corruzione		stato delle risorse (salute relazionale)	Aggiornamento del regolamento aziendale per l'istituzione ed il funzionamento dell'UPCD	Predisposizione dell'aggiornamento del nuovo regolamento	Applicazione del nuovo regolamento	Applicazione del nuovo regolamento	dirigenza PTA
9	Comunicazione, condivisione e trasparenza	e) Sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti, i destinatari dei servizi	Definizione delle strategie comunicative aziendali		stato delle risorse (salute relazionale)	calcolo dell'indice di "reputazione"	entro il 31/03/n+1	entro il 31/03/n+1	entro il 31/03/n+1	dirigenza PTA
10	Comunicazione, condivisione e trasparenza	c) Rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi	Customer satisfaction		stato delle risorse (salute relazionale)	Raccolta ed elaborazione delle segnalazioni pervenute all'URP da comunicare in regione	entro il 31/03/n+1	entro il 31/03/n+1	entro il 31/03/n+1	dirigenza PTA
11	Comunicazione, condivisione e trasparenza	c) Rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi	Customer satisfaction		stato delle risorse (salute relazionale)	Raccolta ed elaborazione della soddisfazione dell'utenza	entro il 31/03/n+1	entro il 31/03/n+1	entro il 31/03/n+1	dirigenza PTA
12	Comunicazione, condivisione e trasparenza	c) Rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi	Bessere organizzativo		stato delle risorse (salute relazionale)	Raccolta ed elaborazione del questionario sul benessere organizzativo	entro il 31/03/n+1	entro il 31/03/n+1	entro il 31/03/n+1	dirigenza PTA
13	Comunicazione, condivisione e trasparenza	e) Sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti, i destinatari dei servizi	Implementazione e aggiornamento carta dei servizi		stato delle risorse (salute relazionale)	Definizione standard di qualità per servizio	Individuazione degli indicatori da pubblicare	pubblicazione indicatore	pubblicazione indicatore	dirigenza sanitaria e PTA
14	Comunicazione, condivisione e trasparenza	f) Efficienza nell'impiego delle risorse	Implementazione e aggiornamento carta dei servizi		stato delle risorse (salute relazionale)	pubblicazione nuova carta dei servizi sul sito web aziendale	pubblicazione entro il 31/12/2022	aggiornamento	aggiornamento	dirigenza sanitaria e PTA
15	comunicazione, condivisione e trasparenza	e) Sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti, i destinatari dei servizi	informatizzazione della PA e trasparenza		efficacia	consultazione del portale istituzionale	Rilevazione e monitoraggio dell'indicatore	Rilevazione e monitoraggio dell'indicatore	Rilevazione e monitoraggio dell'indicatore	dirigenza PTA
16	comunicazione, condivisione e trasparenza	e) Sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti, i destinatari dei servizi	Aggiornamento continuo degli obblighi di pubblicazione in materia di trasparenza		efficacia	Grado di trasparenza dell'amministrazione	100%	100%	100%	dirigenza PTA

N.	Obiettivo strategico "specifici"	Ambiti applicativi della performance organizzativa	Obiettivo di performance organizzativa	Obiettivi minimi PIAO	Tipologie di indicatore	Indicatore	Target 2022	Target 2023	Target 2024	Performance individuale
17	comunicazione, condivisione e trasparenza	e) Sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti, i destinatari dei servizi	Aggiornamento continuo degli obblighi di pubblicazione in materia di trasparenza		efficacia	Obblighi di pubblicazione di cui all'allegato 2 PTPCT	rispetto degli obblighi di pubblicazione	rispetto degli obblighi di pubblicazione	rispetto degli obblighi di pubblicazione	dirigenza sanitaria e PTA
18	comunicazione, condivisione e trasparenza	e) Sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti, i destinatari dei servizi	Migliorare la comunicazione con gli utenti stranieri	d) per le pari opportunità e l'equilibrio di genere	impatto	Numero di ore di mediazione linguistica offerta	> 150	> 150	> 150	dirigenza sanitaria e PTA
19	comunicazione, condivisione e trasparenza	h) Raggiungimento degli obiettivi di promozione delle pari opportunità	Lotta alla violenza di genere	d) per le pari opportunità e l'equilibrio di genere	impatto	Progetti di comunicazioni, aggiornamento e sensibilizzazione sulla tematica della violenza di genere	organizzazione di eventi comunicativi almeno 1 all'anno	organizzazione di eventi comunicativi almeno 1 all'anno	organizzazione di eventi comunicativi almeno 1 all'anno	dirigenza sanitaria e PTA
20	Economicità e sostenibilità	f) Efficienza nell'impiego delle risorse	Garantire il rispetto dei tempi di pagamento		efficienza	Indicatore di tempestività dei pagamenti	<=0	<=0	<=0	dirigenza PTA
21	Economicità e sostenibilità	f) Efficienza nell'impiego delle risorse	Efficientamento spesa farmaceutica ospedaliera e acquisti diretti		efficienza	Riduzione spesa farmaceutica per acquisti diretti rispetto al valore rendicontato nel precedente esercizio	(Spesa farmaceutica per acquisti diretti rendicontata nel modello CE consuntivo n) - (Spesa farmaceutica per acquisti diretti rendicontata nel modello CE consuntivo n-1 ≤ 0	(Spesa farmaceutica per acquisti diretti rendicontata nel modello CE consuntivo n) - (Spesa farmaceutica per acquisti diretti rendicontata nel modello CE consuntivo n-1 ≤ 0	(Spesa farmaceutica per acquisti diretti rendicontata nel modello CE consuntivo n) - (Spesa farmaceutica per acquisti diretti rendicontata nel modello CE consuntivo n-1 ≤ 0	dirigenza sanitaria
22	Economicità e sostenibilità	f) Efficienza nell'impiego delle risorse	Rispetto del budget assegnato		efficienza	Totale aggregati economici al netto degli scambi SSR assegnato dalla Regione per l'anno	Costi gestionali totali <= budget regionale	Costi gestionali totali <= budget regionale	Costi gestionali totali <= budget regionale	dirigenza sanitaria e dirigenza PTA
23	Economicità e sostenibilità	a) Attuazione di politiche e il conseguimento di obiettivi collegati ai bisogni e alle aspettative della collettività	Sostenibilità ambientale		impatto	gestione e ottimizzazione dello smaltimento dei rifiuti pericolosi	verifiche a campione sul corretto smaltimento dei rifiuti pericolosi con esito positivo >95%	verifiche a campione sul corretto smaltimento dei rifiuti pericolosi con esito positivo >95%	verifiche a campione sul corretto smaltimento dei rifiuti pericolosi con esito positivo >95%	dirigenza sanitaria
24	Economicità e sostenibilità	f) Efficienza nell'impiego delle risorse	Efficientamento spesa dispositivi medici		efficienza	Riduzione della spesa relativa ai dispositivi medici rispetto al valore rendicontato nel precedente esercizio	(Spesa dispositivi medici rendicontata nel modello CE consuntivo n) - (Spesa dispositivi medici rendicontata nel modello CE consuntivo n-1 ≤ 0	(Spesa dispositivi medici rendicontata nel modello CE consuntivo n) - (Spesa dispositivi medici rendicontata nel modello CE consuntivo n-1 ≤ 0	(Spesa dispositivi medici rendicontata nel modello CE consuntivo n) - (Spesa dispositivi medici rendicontata nel modello CE consuntivo n-1 ≤ 0	dirigenza sanitaria
25	Economicità e sostenibilità	f) Efficienza nell'impiego delle risorse	sviluppo delle funzioni amministrative di supporto	a) di semplificazione	efficienza	incidenza del ricorso a convenzioni consip e al mercato elettronico degli acquisti	Rilevazione e monitoraggio dell'indicatore	Rilevazione e monitoraggio dell'indicatore	Rilevazione e monitoraggio dell'indicatore	dirigenza PTA
26	Economicità e sostenibilità	f) Efficienza nell'impiego delle risorse	sviluppo delle funzioni amministrative di supporto		efficienza	Spesa per energia elettrica al metro quadro	<=0,0621	<=0,0621	<=0,0621	dirigenza sanitaria e dirigenza PTA
27	Lean thinking	d) Modernizzazione e miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali	Implementazione dei PDTA	c) di accessibilità	impatto	ICTUS in fase acuta	monitoraggio risultati tramite specifici indicatori di processo	monitoraggio risultati tramite specifici indicatori di processo	monitoraggio risultati tramite specifici indicatori di processo	dirigenza sanitaria
28	Lean thinking	d) Modernizzazione e miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali	Implementazione dei PDTA	c) di accessibilità	impatto	Gestione del paziente affetto da melanoma	monitoraggio risultati tramite specifici indicatori di processo	monitoraggio risultati tramite specifici indicatori di processo	monitoraggio risultati tramite specifici indicatori di processo	dirigenza sanitaria
29	Lean thinking	d) Modernizzazione e miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali	Implementazione dei PDTA	c) di accessibilità	impatto	Paziente affetto da tumore colon retto	monitoraggio risultati tramite specifici indicatori di processo	monitoraggio risultati tramite specifici indicatori di processo	monitoraggio risultati tramite specifici indicatori di processo	dirigenza sanitaria
30	lean thinking	d) Modernizzazione e miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali	informatizzazione della PA e trasparenza	b) di digitalizzazione	efficienza	Grado di utilizzo di SPID nei servizi digitali	Rilevazione e monitoraggio dell'indicatore	Rilevazione e monitoraggio dell'indicatore	Rilevazione e monitoraggio dell'indicatore	dirigenza PTA
31	lean thinking	d) Modernizzazione e miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali	informatizzazione della PA e trasparenza	b) di digitalizzazione	efficienza	Percentuale di servizi full digital	Rilevazione e monitoraggio dell'indicatore	Rilevazione e monitoraggio dell'indicatore	Rilevazione e monitoraggio dell'indicatore	dirigenza PTA
32	lean thinking	d) Modernizzazione e miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali	informatizzazione della PA e trasparenza	a) di semplificazione	efficienza	Percentuale di servizi a pagamento tramite Pago PA	Rilevazione e monitoraggio dell'indicatore	Rilevazione e monitoraggio dell'indicatore	Rilevazione e monitoraggio dell'indicatore	dirigenza PTA

N.	Obiettivo strategico "specifici"	Ambiti applicativi della performance organizzativa	Obiettivo di performance organizzativa	Obiettivi minimi PIAO	Tipologie di indicatore	Indicatore	Target 2022	Target 2023	Target 2024	Performance individuale
33	lean thinking	d) Modernizzazione e miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali	informatizzazione della PA e trasparenza	a) di semplificazione	efficienza	Percentuali di comunicazioni tramite domicilia digitali	Rilevazione e monitoraggio dell'indicatore	Rilevazione e monitoraggio dell'indicatore	Rilevazione e monitoraggio dell'indicatore	dirigenza PTA
34	lean thinking	d) Modernizzazione e miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali	informatizzazione della PA e trasparenza	c) di accessibilità	efficienza	Percentuali di banche dati pubbliche disponibili in formato aperto	Rilevazione e monitoraggio dell'indicatore	Rilevazione e monitoraggio dell'indicatore	Rilevazione e monitoraggio dell'indicatore	dirigenza PTA
35	Ricerca	d) Modernizzazione e miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali	potenziamento del capitale intellettuale		impatto	Coordinamento studi multicentrici	> 135	> 135	> 135	dirigenza sanitaria
36	Ricerca	a) Attuazione di politiche e il conseguimento di obiettivi collegati ai bisogni e alle aspettative della collettività	Contributo alla sviluppo scientifico		impatto	numero delle pubblicazioni scientifiche indicizzate	>= alla media degli ultimi tre anni (555)	>= alla media degli ultimi tre anni	>= alla media degli ultimi tre anni	dirigenza sanitaria
37	Rilancio del ruolo nazionale regionale e locale	g) Qualità e quantità delle prestazioni dei servizi erogati	Appropriatezza organizzativa		efficacia	Degenza media pre-operatoria	<= 1,8	<= 1,8	<= 1,8	dirigenza sanitaria
38	Rilancio del ruolo nazionale regionale e locale	g) Qualità e quantità delle prestazioni dei servizi erogati	Appropriatezza clinica		efficacia	fratture di femore operate entro 48 h pazienti >65 anni	>80%	>80%	>80%	dirigenza sanitaria
39	Rilancio del ruolo nazionale regionale e locale	g) Qualità e quantità delle prestazioni dei servizi erogati	Appropriatezza clinica		efficacia	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad altro rischio di inappropriata (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriata in regime ordinario	<= 0,15	<= 0,15	<= 0,15	dirigenza sanitaria
40	Rilancio del ruolo nazionale regionale e locale	g) Qualità e quantità delle prestazioni dei servizi erogati	Appropriatezza clinica		efficacia	% parti cesarei primari in maternità di II livello o comunque con >= 1.000 parti	<=25%	<=25%	<=25%	dirigenza sanitaria
41	Rilancio del ruolo nazionale regionale e locale	a) Attuazione di politiche e il conseguimento di obiettivi collegati ai bisogni e alle aspettative della collettività	Potenziamento delle attività diagnostiche e terapeutiche	c) di accessibilità	impatto	Rispetto dei TdA per classe di priorità "breve" per le prestazioni soggette a monitoraggio dal tavolo adempimenti LEA	>90%	>90%	>90%	dirigenza sanitaria
42	Rilancio del ruolo nazionale regionale e locale	a) Attuazione di politiche e il conseguimento di obiettivi collegati ai bisogni e alle aspettative della collettività	Potenziamento delle attività diagnostiche e terapeutiche	c) di accessibilità	impatto	Rispetto dei TdA per classe di priorità "differita" per le prestazioni soggette a monitoraggio dal tavolo adempimenti LEA	>90%	>90%	>90%	dirigenza sanitaria
43	Rilancio del ruolo nazionale regionale e locale	a) Attuazione di politiche e il conseguimento di obiettivi collegati ai bisogni e alle aspettative della collettività	ospedale senza dolore	d) per le pari opportunità e l'equilibrio di genere	impatto	% parti indolore sul totale parti vaginali	>2020	>2020	>2020	dirigenza sanitaria
44	Rilancio del ruolo nazionale regionale e locale	d) Modernizzazione e miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali	Misurazione e potenziamento degli outcome dell'assistenza		efficacia	Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui	>98%	>98%	>98%	dirigenza sanitaria
45	Rilancio del ruolo nazionale regionale e locale	d) Modernizzazione e miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali	Misurazione e potenziamento degli outcome dell'assistenza		efficacia	Proporzione di colecisti laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	>90%	>90%	>90%	dirigenza sanitaria
46	Rilancio del ruolo nazionale regionale e locale	d) Modernizzazione e miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali	Misurazione e potenziamento degli outcome dell'assistenza		efficacia	Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella				dirigenza sanitaria
47	Rilancio del ruolo nazionale regionale e locale	g) Qualità e quantità delle prestazioni dei servizi erogati	Appropriatezza clinica		efficacia	% ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari (esclusi DRG ad alto rischio di inappropriata) † (esclusi ricoveri urgenti)	≥ Valore 2020	≥ Valore 2020	≥ Valore 2020	dirigenza sanitaria

N.	Obiettivo strategico "specifici"	Ambiti applicativi della performance organizzativa	Obiettivo di performance organizzativa	Obiettivi minimi PIAO	Tipologie di indicatore	Indicatore	Target 2022	Target 2023	Target 2024	Performance individuale
48	Rilancio del ruolo nazionale regionale e locale	g) Qualità e quantità delle prestazioni dei servizi erogati	Appropriatezza clinica		efficacia	% DRG Medici da reparti chirurgici * ‡ * (esclusi dimessi da Cardiocirurgia Pediatrica (Cod. 06) e Nefrologia - Tr. Rene (Cod. 48)) ‡ (esclusi ricoveri urgenti)	≤ Valore 2019	≤ Valore 2019	≤ Valore 2019	dirigenza sanitaria
49	Rilancio del ruolo nazionale regionale e locale	g) Qualità e quantità delle prestazioni dei servizi erogati	Appropriatezza clinica		efficacia	% Ricoveri medici oltresoglia ≥ 65 anni	≤ 5,92% (tolleranza 20%)	≤ 5,92% (tolleranza 20%)	≤ 5,92% (tolleranza 20%)	dirigenza sanitaria
50	Rilancio del ruolo nazionale regionale e locale	g) Qualità e quantità delle prestazioni dei servizi erogati	Appropriatezza clinica		efficacia	Mortalità a 30 giorni dall'intervento di bypass aorto-coronarico (BPAC)				dirigenza sanitaria
51	Rilancio del ruolo nazionale regionale e locale	g) Qualità e quantità delle prestazioni dei servizi erogati	Appropriatezza clinica		efficacia	Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ICTUS ischemico				dirigenza sanitaria
52	Rilancio del ruolo nazionale regionale e locale	g) Qualità e quantità delle prestazioni dei servizi erogati	Appropriatezza clinica		efficacia	Mortalità a 30 giorni dal ricovero per broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) riacutizzata				dirigenza sanitaria
53	Sviluppo delle risorse interne	b) Attuazione di piani e programmi	Definizione del cronoprogramma dei lavori e degli acquisti di beni durevoli e monitoraggio trimestrale sullo stato di realizzazione		stato delle risorse	Monitoraggio trimestrale dello stato di realizzazione	scadenze trimestrale di co.an definite dalla Regione	scadenze trimestrale di co.an definite dalla Regione	scadenze trimestrale di co.an definite dalla Regione	dirigenza PTA
54	Sviluppo delle risorse interne	h) Raggiungimento degli obiettivi di promozione delle pari opportunità	Qualificazione dei servizi socio-assistenziali rivolti alla docce vittime di violenza		stato delle risorse (salute di genere)	Partecipazione attiva alla rete anti violenza territoriale attraverso l'impegno formativo	almeno un evento formativo anno	almeno un evento formativo anno	almeno un evento formativo anno	dirigenza sanitaria
55	Sviluppo delle risorse interne	d) Modernizzazione e miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali	Informatizzazione della PA e trasparenza		efficienza	Implementazione delle procedure di archiviazione e conservazione digitale della documentazione aziendale	avvio del processo	implementazione del processo	completamento del processo	dirigenza PTA
56	Sviluppo delle risorse interne	d) Modernizzazione e miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali	Informatizzazione della PA e trasparenza	b) di digitalizzazione	efficienza	Implementazione della procedura di approvazione degli atti deliberativi (Determine Dirigenziali e Determine del Direttore Generale)	avvio e realizzazione del processo	mantenimento del processo	mantenimento del processo	
57	Sviluppo delle risorse interne	d) Modernizzazione e miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali	Informatizzazione della PA e trasparenza	b) di digitalizzazione	efficienza	Percentuale di atti adottati con firma digitale	70% del totale	100%	100%	
58	Sviluppo delle risorse interne	f) Efficienza nell'impiego delle risorse	Sviluppo delle funzioni amministrative di supporto		efficienza	Costo unitario della funzione gestione delle risorse umane	Rilevazione e monitoraggio dell'indicatore	Rilevazione e monitoraggio dell'indicatore	Rilevazione e monitoraggio dell'indicatore	dirigenza PTA
59	Sviluppo delle risorse interne	d) Modernizzazione e miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali	Sviluppo delle funzioni amministrative di supporto		stato delle risorse (salute relazionale)	Grado di attuazione di forme di organizzazione del lavoro in telelavoro o lavoro agile	Rilevazione e monitoraggio dell'indicatore	Rilevazione e monitoraggio dell'indicatore	Rilevazione e monitoraggio dell'indicatore	dirigenza PTA
60	Sviluppo delle risorse interne	d) Modernizzazione e miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali	potenziamento del capitale intellettuale		impatto	Grado di copertura delle attività formative dedicate al personale	Rilevazione e monitoraggio dell'indicatore	Rilevazione e monitoraggio dell'indicatore	Rilevazione e monitoraggio dell'indicatore	dirigenza PTA
61	Sviluppo delle risorse interne	d) Modernizzazione e miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali	Sviluppo delle funzioni amministrative di supporto		impatto	Grado di copertura delle procedure di valutazione del personale	100%	100%	100%	dirigenza PTA
62	Sviluppo delle risorse interne	d) Modernizzazione e miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali	potenziamento del capitale intellettuale		impatto	Offerta formativa per dipendente	Rilevazione e monitoraggio dell'indicatore	Rilevazione e monitoraggio dell'indicatore	Rilevazione e monitoraggio dell'indicatore	dirigenza PTA
63	Sviluppo delle risorse interne	h) Raggiungimento degli obiettivi di promozione delle pari opportunità	Sportello di ascolto del disagio lavorativo	d) per le pari opportunità e l'equilibrio di genere	stato delle risorse (salute relazionale)	numero di dipendenti che si rivolgono allo sportello di ascolto	Rilevazione e monitoraggio dell'indicatore	Rilevazione e monitoraggio dell'indicatore	Rilevazione e monitoraggio dell'indicatore	dirigenza sanitaria non medica (psicologi)

Allegato 2 –Sezione Organizzazione e capitale umano - Sotto sezione Piano triennale dei fabbisogni di personale 2020-2022

PIANO DI FABBISOGNO 2020

Categorie e profili	PERSONALE IN SERVIZIO AL 31/12/2019 (TESTE)				ASSUNZIONI TEMPO INDETERMINATO 2020 (TESTE)			ASSUNZIONI CON RAPPORTO DILAVORO FLESSIBILE ANNO 2020 (TESTE)				RISPARMIO CESSAZIONI ANNO 2020					SITUAZIONE AL 31/12/2020			SITUAZIONE AL 31/12/2020			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	Tempo indet.	Tempo det.	TOT. (1+2+3)	TRASCINAMENTO ASSUNZIONI 2021	TRASCINAMENTO CESSAZIONI 2021	
	Tempo indet.	Tempo det.	Co.co. co.	TOT. (1+2+3)	Numero teste T.L.	Spesa pro quota 2020	Spesa annua a regime	Numero teste T.D.	N. teste Co.co. co.	Spesa pro quota 2020	Spesa annua a regime	Numero teste T.L.	Numero teste T.D.	Totale (12+13)	N. teste Co.co. co.	Risparmio pro quota 2020 da cessazioni in regime da registrarsi	Risparmio da cessazioni 2020 a regime						
Direttore Medico S.C.	25	0	0	25	6	416.381	523.412	0	0	0	0	5	0	5	0	236.877	436.177	26	0	26	107.031	-2.899.90	
Dirigente Medico	536	67	0	603	95	2.929.447	6.139.600	53	2.068.863	3.495.520	62	57	18	59	4.031.923	7.666.758	569	63	632	4.636.840	-3.634.835		
<b>Tot. Medici</b>	<b>561</b>	<b>67</b>	<b>0</b>	<b>628</b>	<b>101</b>	<b>3.345.828</b>	<b>6.663.012</b>	<b>53</b>	<b>2.068.863</b>	<b>3.495.520</b>	<b>67</b>	<b>57</b>	<b>124</b>	<b>0</b>	<b>4.248.110</b>	<b>8.102.935</b>	<b>595</b>	<b>63</b>	<b>658</b>	<b>4.743.841</b>	<b>-3.854.825</b>		
Direttore Odontoiatra S.C.	0	0	0	0	0	0	0	3	156.057	88.428	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dirigente Odontoiatra	0	0	0	0	0	0	0	3	156.057	88.428	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Tot. Odontoiatri</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>156.057</b>	<b>88.428</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Direttore Farmacista S.C.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dirigente Farmacista	13	1	0	14	0	0	0	2	67.368	130.326	0	1	1	0	35.088	65.363	13	2	15	63.158	-30.075		
Direttore Biologo S.C.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dirigente Biologo	20	9	0	29	5	26.834	322.009	3	99.585	85.489	2	7	9	0	166.335	584.944	23	5	28	39.1078	-4.8640		
Direttore Chimico S.C.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dirigente Chimico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Direttore Fisico S.C.	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dirigente Fisico	7	1	0	8	1	10.734	64.402	1	10.734	64.402	1	3	3	0	21.809	87.235	6	1	7	107.971	-159.162		
Direttore Psicologo S.C.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dirigente Psicologo	8	2	0	10	1	23.944	64.402	0	0	0	0	1	0	1	59.035	64.402	8	2	10	40.457	-5.367		
<b>Tot. Dirigenti Ruolo San.</b>	<b>49</b>	<b>13</b>	<b>0</b>	<b>62</b>	<b>7</b>	<b>615.12</b>	<b>450.82</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>177.64</b>	<b>390.978</b>	<b>6</b>	<b>9</b>	<b>15</b>	<b>0</b>	<b>317.071</b>	<b>995.71</b>	<b>50</b>	<b>10</b>	<b>60</b>	<b>602.664</b>	<b>-678.640</b>	
Cps -Pers. Inf. -Assistente Sanitario (Cat. D - Ds)	3	0	0	3	0	0	0	1	30.266	33.017	0	0	3	0	84.306	101.741	3	0	3	2.751	-17.435		
Cps -Pers. Inf. -Inf. Pediatra (Cat. D - Ds)	19	0	0	19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cps -Pers. Inf. -Infermiere (Cat. D - Ds)	1452	112	0	1.564	124	2.392.778	4.013.451	124	2.467.504	4.142.560	122	120	242	0	3.759.077	7.989.102	1454	116	1570	3.295.729	-4.230.025		
Cps -Pers. Inf. -Ostetrica (Cat. D - Ds)	45	11	0	56	10	212.779	326.506	13	89.1880	434.301	10	10	20	0	336.248	653.244	45	14	59	356.147	-316.996		
Cps -Riabil. -Podologo (Cat. D - Ds)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cps -Riabil. -Educatore ProfLe (Cat. D - Ds)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cps -Riabil. -Fisioterapista (Cat. D - Ds)	25	16	0	41	4	110.06	132.070	9	177.746	300.670	3	4	7	0	69.296	218.863	26	21	47	243.987	-149.567		
Cps -Riabil. -Logopedista (Cat. D - Ds)	3	0	0	3	1	23.282	33.017	0	0	0	1	0	1	0	23.282	33.017	3	2	5	9.736	-9.736		
Cps -Riabil. -Ortottista (Cat. D - Ds)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cps -Riabil. -Terap. Occupazionale (Cat. D - Ds)	0	2	0	2	2	5.503	66.035	0	0	0	0	2	2	0	5.568	66.815	2	0	2	60.532	-61248		
Cps -Riabil. -Tecn. Riabil. Psichiatrica (Cat. D - Ds)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cps -Riabil. -Terap. Neuro E P sic. (Cat. D - Ds)	2	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cps -Pers. Tec. -Dietista (Cat. D - Ds)	11	0	0	11	3	68.575	99.052	0	0	0	2	0	2	0	45.293	66.035	12	0	12	30.478	-20.742		
Cps -Pers. Tec. -Igienista Dentale (Cat. D - Ds)	2	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cps -Pers. Tec. -Tecn. Audiometrista (Cat. D - Ds)	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cps -Pers. Tec. -Tecn. Neurofisiopat. (Cat. D - Ds)	11	2	0	13	2	5.503	66.035	0	0	0	2	2	4	0	42.099	132.850	11	0	11	60.532	-90.752		
Cps -Pers. Tec. -Tecn. Prev. Amb. (Cat. D - Ds)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cps -Pers. Tec. -Tecn. Rad. Med. (Cat. D - Ds)	111	20	0	131	8	89.873	258.636	12	229.64	400.893	11	8	19	0	308.895	630.454	108	24	132	340.041	-322.259		
Cps -Pers. Tec. -Tecn. San. Lab. Biom. (Cat. D - Ds)	117	13	0	130	11	206.817	352.184	17	265.078	567.932	20	11	31	0	478.223	1022.330	108	19	127	448.221	-544.107		
Cps -Pers. Tec. -Tecn. Fisio. (Cat. D - Ds)	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cps -Pers. Tec. -Tecn. Fisio. Card. (Cat. D - Ds)	19	4	0	23	14	19.260	33.017	0	0	0	1	0	1	0	50.014	62.757	13	3	16	13.757	-12.743		
Akro (Cat. C - Bs)	4	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2.526	30.308	3	0	3	0	-27.782		
<b>Tot. Comparto Ruolo San.</b>	<b>1823</b>	<b>82</b>	<b>0</b>	<b>2.005</b>	<b>67</b>	<b>3.065.641</b>	<b>5.413.021</b>	<b>175</b>	<b>0</b>	<b>3.331.823</b>	<b>5.846.355</b>	<b>176</b>	<b>188</b>	<b>334</b>	<b>0</b>	<b>5.204.216</b>	<b>11.007.116</b>	<b>1814</b>	<b>899</b>	<b>2.013</b>	<b>4.861.912</b>	<b>-5.803.390</b>	
<b>Totale Ruolo Sanitario</b>	<b>2.433</b>	<b>262</b>	<b>0</b>	<b>2.695</b>	<b>275</b>	<b>6.472.981</b>	<b>12.526.845</b>	<b>237</b>	<b>0</b>	<b>5.734.356</b>	<b>9.921.281</b>	<b>249</b>	<b>224</b>	<b>473</b>	<b>0</b>	<b>9.769.317</b>	<b>20.106.162</b>	<b>2.459</b>	<b>275</b>	<b>2.734</b>	<b>10.240.789</b>	<b>-10.336.855</b>	
Direttore Avvocato S.C.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dirigente Avvocato	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dirigente Ingegnere S.C.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dirigente Ingegnere	2	2	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	4	0	0	0
Dirigente Architetto S.C.	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0
Dirigente Architetto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Totale Ruolo Professionale</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	
Direttore Analista S.C.	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0
Dirigente Analista	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0
Direttore Sociologo S.C.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dirigente Sociologo	0	0	0	0	1	24.929	59.830	0	0	0	1	0	1	0	24.929	59.830	0	0	0	0	0	0	0
<b>Tot. Dirigenza Ruolo Tecnico</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>24.929</b>	<b>59.830</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>24.929</b>	<b>59.830</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>34.901</b>	<b>-34.901</b>		
Col. Prof. - Ass. Sociale (Cat. D - Ds)	5	0	0	5	2	34.287	66.035	0	0	0	0	1	0	1	12.741	33.017	6	0	6	3.1748	-20.276		
Col. Tecnico Professionale (Cat. D - Ds)	14	1	0	15	3	83.814	99.052	13	260.795	434.301	0	2	2	0	34.179	66.815	17	12	29	88.745	-32.637		
Assistente Tecnico	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	27.782	30.308	1	0	1	0	-2.526		
Programmatore	6	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Operatore Tecnico Specializzato (Cat. Bs - C)	33	0	0	33	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	87.699	117.362	29	0	29	0	-29.663		
Operatore Socio-Sanitario	82	22	0	104	34	395.935	955.239	3	32.647	86.125	23	14	37	0	438.572	1053.704	173	11	184	612.763	-615.132		
Operatore Tecnico (Cat. B)	47	22	0	69	1	13.415	26.830	14	234.926	380.558	3	8	11	0	190.686	293.913	45	28	73	158.547	-102.507		
Ausiliario Specializzato	230	18	0	248	19	199.692	476.911	28	313.82	717.419	24	19	43	0	489.234	1057.987	225	27	252	681.455	-568.773		
<b>Tot. Comparto Ruolo Tecnico</b>	<b>499</b>	<b>63</b>	<b>0</b>	<b></b>																			

# PIANO DI FABBISOGNO 2021

Categorie e profili	PERSONALE IN SERVIZIO AL 31/12/2020 (TESTE)				ASSUNZIONI TEMPO INDETERMINATO 2021 (TESTE)			ASSUNZIONI CON RAPPORTO DI LAVORO FLESSIBILE ANNO 2021 (TESTE)				RISPARMIDA CESSAZIONI ANNO 2021					SITUAZIONE AL 31/12/2021			SITUAZIONE AL 31/12/2021		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	Tempo indet.	Tempo det.	TOT. (1+2+3)	TRASCINAMENTO ASSUNZIONI 2022	TRASCINAMENTO CESSAZIONI 2022
	Tempo indet.	Tempo det.	Co.co.c o.	TOT. (1+2+3)	Numero teste T.L.	Spesa pro quota 2021	Spesa annua a regime	Numero teste T.D.	N. teste Co.co.c o.	Spesa pro quota 2021	Spesa annua a regime	Numero teste T.L.	Numero teste T.D.	To.tale (12+13)	N. teste Co.co.c o.	Risparmio pro quota 2021 da cessazioni registrate e da traslazioni	Risparmio da cessazioni 2021 a regime					
Dirigente Medico S.C.	26	0	0	26	1	7.839	94.071	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	27	0	27	86.231	0
Dirigente Medico	569	63	0	632	61	2.268.045	3.991.354	34	0	1.08.511	2.273.191	59	40	99	0	3.672.349	6.545.594	571	57	628	2.887.989	-2.873.246
<b>Tot. Medici</b>	<b>595</b>	<b>63</b>	<b>0</b>	<b>658</b>	<b>62</b>	<b>2.275.884</b>	<b>4.085.424</b>	<b>34</b>	<b>0</b>	<b>1.08.511</b>	<b>2.273.191</b>	<b>59</b>	<b>40</b>	<b>99</b>	<b>0</b>	<b>3.672.349</b>	<b>6.545.594</b>	<b>598</b>	<b>57</b>	<b>655</b>	<b>2.974.220</b>	<b>-2.873.246</b>
Dirigente Odontoiatra S.C.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dirigente Odontoiatra	0	3	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0	0
<b>Tot. Odontoiatri</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Dirigente Farmacista S.C.	0	0	0	0	1	15.678	94.071	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	78.392	0
Dirigente Farmacista	13	2	0	15	1	43.372	65.059	4	0	90.302	263.330	2	1	3	0	19.787	195.945	12	5	17	194.694	-76.158
Dirigente Biologo S.C.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dirigente Biologo	23	5	0	28	2	78.404	130.117	1	0	51.902	65.827	0	1	1	0	18.989	65.827	25	5	30	65.638	-46.839
Dirigente Chimico S.C.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dirigente Chimico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dirigente Fisico S.C.	0	0	0	0	1	31.357	94.071	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	62.714	0
Dirigente Fisico	6	1	0	7	2	70.480	130.117	2	0	95.787	131.655	2	1	3	0	103.732	195.945	6	2	8	95.505	-92.213
Dirigente Psicologo S.C.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dirigente Psicologo	8	2	0	10	0	0	0	2	0	62.837	125.674	1	1	2	0	70.929	130.886	7	3	10	62.837	-59.957
<b>Tot. Dirigenti Ruolo San.</b>	<b>50</b>	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>60</b>	<b>7</b>	<b>239.292</b>	<b>513.434</b>	<b>9</b>	<b>0</b>	<b>300.828</b>	<b>586.465</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>9</b>	<b>0</b>	<b>313.436</b>	<b>588.603</b>	<b>52</b>	<b>15</b>	<b>67</b>	<b>559.780</b>	<b>-275.167</b>
Cps - Pers. Inf. - Assistente Sanitario (Cat. D - Ds)	1	0	0	1	2	4.078	66.064	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	24.986	0
Cps - Pers. Inf. - Inf. Pediatrico (Cat. D - Ds)	19	0	0	19	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	14.272	66.064	17	0	17	0	-51.793
Cps - Pers. Inf. - Infermiere (Cat. D - Ds)	1.454	116	0	1.570	171	3.074.040	5.648.494	90	0	780.277	3.002.447	163	85	248	0	4.028.070	8.208.501	1.462	121	1.583	4.796.624	-4.800.431
Cps - Pers. Inf. - Ostetrica (Cat. D - Ds)	45	14	0	59	4	104.602	132.129	14	0	214.778	467.914	2	13	15	0	300.457	489.543	47	15	62	280.723	-89.086
Cps - Riabil. - Podologo (Cat. D - Ds)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cps - Riabil. - Educatore Psofca (Cat. D - Ds)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cps - Riabil. - Fisioterapista (Cat. D - Ds)	26	21	0	47	0	0	0	12	0	194.081	401.069	1	6	7	0	86.381	233.567	25	27	52	296.988	-147.866
Cps - Riabil. - Logopedista (Cat. D - Ds)	3	0	0	3	1	33.032	33.032	3	0	38.779	60.267	2	0	2	0	37.521	66.064	2	3	5	61.489	-28.543
Cps - Riabil. - Ortotista (Cat. D - Ds)	6	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	13.763	33.032	5	0	5	0	-19.269
Cps - Riabil. - Terap. Occupazionale (Cat. D - Ds)	2	0	0	2	0	0	0	2	0	44.338	66.845	1	0	1	0	24.774	33.032	1	2	3	22.507	-8.258
Cps - Riabil. - Tecn. Riabil. Psichiatrica (Cat. D - Ds)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cps - Riabil. - Terap. Neuro E Psk. (Cat. D - Ds)	2	1	0	3	0	0	0	2	0	23.567	66.845	0	1	1	0	13.926	33.422	2	2	4	43.278	-19.496
Cps - Pers. Tecn. - Dietista (Cat. D - Ds)	12	0	0	12	1	31.550	33.032	0	0	0	0	3	0	3	0	64.208	101.786	10	0	10	1.482	-37.578
Cps - Pers. Tecn. - Igienista Dentale (Cat. D - Ds)	2	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	3	0	0
Cps - Pers. Tecn. - Tecn. Audiometrista (Cat. D - Ds)	1	0	0	1	0	0	0	0	0	4.071	33.422	0	0	0	0	0	0	1	1	2	29.352	0
Cps - Pers. Tecn. - Tecn. Neurofisiopat. (Cat. D - Ds)	11	0	0	11	1	30.279	33.032	2	0	52.999	66.845	0	0	0	0	0	0	1	2	3	16.679	0
Cps - Pers. Tecn. - Tecn. Prev. Amb. (Cat. D - Ds)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cps - Pers. Tecn. - Tecn. Rad. Med. (Cat. D - Ds)	108	24	0	132	25	474.306	814.790	6	0	88.912	200.535	13	20	33	0	590.751	1.097.338	120	10	130	452.107	-506.587
Cps - Pers. Tecn. - Tecn. San. Lab. Biom. (Cat. D - Ds)	108	19	0	127	28	457.707	924.900	18	0	421.551	601.604	17	23	40	0	644.933	1.329.344	119	14	133	647.246	-684.411
Cps - Pers. Tecn. - Odontotecnico (Cat. D - Ds)	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	-22.741
Cps - Pers. Tecn. - Tecn. Fisio. Card. (Cat. D - Ds)	10	3	0	13	0	0	0	6	0	101.339	200.535	2	1	3	0	33.549	99.487	8	8	16	99.896	-65.937
Altro (Cat. C - Bs)	3	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	37.902	60.643	1	0	1	0	0
<b>Tot. Comparto Ruolo San.</b>	<b>1.814</b>	<b>119</b>	<b>0</b>	<b>2.013</b>	<b>233</b>	<b>4.246.594</b>	<b>7.685.473</b>	<b>156</b>	<b>0</b>	<b>1.874.551</b>	<b>5.208.328</b>	<b>209</b>	<b>149</b>	<b>358</b>	<b>0</b>	<b>5.890.507</b>	<b>11.851.823</b>	<b>1.838</b>	<b>206</b>	<b>2.044</b>	<b>6.772.656</b>	<b>-5.963.132</b>
<b>Totale Ruolo Sanitario</b>	<b>2.459</b>	<b>275</b>	<b>0</b>	<b>2.734</b>	<b>302</b>	<b>6.764.170</b>	<b>12.284.332</b>	<b>199</b>	<b>0</b>	<b>3.283.890</b>	<b>8.067.984</b>	<b>273</b>	<b>193</b>	<b>466</b>	<b>0</b>	<b>9.876.292</b>	<b>18.986.020</b>	<b>2.488</b>	<b>281</b>	<b>2.769</b>	<b>10.306.656</b>	<b>-9.109.728</b>
Dirigente Avvocato S.C.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dirigente Avvocato	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dirigente Ingegnere S.C.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dirigente Ingegnere	3	2	0	5	0	0	0	0	0	52.364	62.837	0	1	1	0	62.837	62.837	2	2	4	10.473	0
Dirigente Architetto S.C.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0
Dirigente Architetto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Totale Ruolo Professionale</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>52.364</b>	<b>62.837</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>62.837</b>	<b>62.837</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>10.473</b>	<b>0</b>
Dirigente Analista S.C.	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0
Dirigente Analista	1	0	0	1	1	62.103	62.103	0	0	0	0	1	0	1	0	46.577	62.103	1	0	1	0	-15.526
Dirigente Sociologo S.C.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dirigente Sociologo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Tot. Dirigenza Ruolo Tecnico</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>62.103</b>	<b>62.103</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>46.577</b>	<b>62.103</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>-15.526</b>
Coll. Prof. - Ass. Sociale (Cat. D - Ds)	6	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0	6	0	0
Coll. Tecnico - Professionale (Cat. D - Ds)	17	12	0	29	2	41.290	66.064	1	0	16.711	33.422	3	3	6	0	126.843	202.053	16	10	26	414.8	-75.193
Assistente Tecnico	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0
Programmatore	6	0	0	6	1	17.688	30.321	0	0	0	0	1	0	1	0	7.580	30.321	6	0	6	12.634	-22.741
Operatore Tecnico Specializzato (Cat. Bs - C)	29	0	0	29	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	0	68.831	89.028	26	0	26	0	-20.897
Operatore Socio-Sanitario	173	11	0	184	11	715.10	312.241	39	0	307.461	1120.116	24	5	29	0	270.371	820.125	160	45	205	1053.385	-549.755
Operatore Tecnico (Cat. B)	45	28	0	73	2	46.973	53.684	11	0	137.675	380.225	2	9	11	0	147.565	293.640	45	33	78	249.261	-146.074
Ausiliario Specializzato	225	27	0	252	15	218.636	367.343	28	0	321.349	717.734	15	20	35	0	439.176	888.					

## PIANO DI FABBISOGNO 2022

Categorie e profili	PERSONALE IN SERVIZIO AL 31/12/2021 (TESTE)				ASSUNZIONI TEMPO INDETERMINATO 2022 (TESTE)			ASSUNZIONI CON RAPPORTO DI LAVORO FLESSIBILE ANNO 2022 (TESTE)				RISPARMIDA CESSAZIONI ANNO 2022							SITUAZIONE AL 31/12/2022			SITUAZIONE AL 31/12/2022	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	Tempo indet.	Tempo det.	TOT. (1+2+3)	TRASCINAMENTO ASSUNZIONI 2023	TRASCINAMENTO CESSAZIONI 2023	
	Tempo indet.	Tempo det.	Co.co.co.	TOT. (1+2+3)	Numero teste T.I.	Spesa pro quota 2022	Spesa annua a regime	Numero teste T.D.	N. teste Co.co.co.	Spesa pro quota 2022	Spesa annua a regime	Numero teste T.I.	Numero teste T.D.	Totale (12+13)	N. teste Co.co.co.	Risparmio pro quota 2022 da cessazioni registrate e da registrarci	Risparmio da cessazioni 2022 a regime						
Direttore Medico S.C.	27	0	27	5	462.513	470.353	0	0	0	0	0	0	0	1	56.928	62.403	31	0	31	7.839	-5.475		
Direttore Medico	571	57	628	41	3.929.887	3.380.585	21	0	1.390.693	1.412.203	15	28	43	0	2.378.058	2.871.155	607	50	657	481.009	-493.097		
<b>Tot. Medici</b>	<b>598</b>	<b>57</b>	<b>0</b>	<b>655</b>	<b>56</b>	<b>3.392.400</b>	<b>3.859.938</b>	<b>21</b>	<b>0</b>	<b>1.390.693</b>	<b>1.412.203</b>	<b>15</b>	<b>28</b>	<b>44</b>	<b>0</b>	<b>2.434.986</b>	<b>2.933.258</b>	<b>638</b>	<b>50</b>	<b>688</b>	<b>489.048</b>	<b>-498.273</b>	
Direttore Odontoiatra S.C.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Dirigente Odontoiatra	0	3	0	3	86.309	86.309	0	0	0	0	0	0	0	3	88.530	88.530	3	0	3	0	0		
<b>Tot. Odontoiatri</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>86.309</b>	<b>86.309</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>88.530</b>	<b>88.530</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	
Direttore Farmacista S.C.	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0		
Dirigente Farmacista	12	5	17	1	37.951	65.059	0	0	0	0	0	0	1	1	38.399	65.827	13	4	17	27.408	-27.428		
Direttore Biologo S.C.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Dirigente Biologo	25	5	30	10	493.362	650.587	3	0	87.482	87.482	2	8	10	0	498.550	656.736	33	0	33	157.225	-158.86		
Direttore Chimico S.C.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Dirigente Chimico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Direttore Fisico S.C.	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0		
Dirigente Fisico	6	2	8	1	37.951	65.059	0	0	0	0	0	0	1	1	38.399	65.827	7	1	8	27.408	-27.428		
Direttore Psicologo S.C.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Dirigente Psicologo	7	3	10	4	254.813	260.235	0	0	0	0	0	0	3	3	87.482	87.482	11	0	11	5.422	0		
<b>Tot. Dirigenti Ruolo San.</b>	<b>52</b>	<b>15</b>	<b>0</b>	<b>67</b>	<b>16</b>	<b>824.076</b>	<b>1040.939</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>87.482</b>	<b>87.482</b>	<b>2</b>	<b>13</b>	<b>15</b>	<b>0</b>	<b>772.831</b>	<b>985.873</b>	<b>66</b>	<b>5</b>	<b>71</b>	<b>28.662</b>	<b>-23.042</b>	
Cps - Pers. Inf. - Assistente Sanitario (Cat. D - Ds)	3	0	0	3	33.032	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	4	13.763	0		
Cps - Pers. Inf. - Inf. Pediatrico (Cat. D - Ds)	17	0	0	17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17	0	17	0	0		
Cps - Pers. Inf. - Infermiere (Cat. D - Ds)	1462	121	0	1.583	47	1.388.344	1.552.510	45	0	1.431.702	1.504.009	10	7	17	0	429.092	564.278	1.499	159	1.658	236.474	-135.86	
Cps - Pers. Inf. - Ostetrica (Cat. D - Ds)	47	15	0	62	3	99.096	99.096	7	0	23.190	23.957	1	3	4	0	129.014	133.299	49	19	68	2.057	-4.285	
Cps - Riabil. - Podologo (Cat. D - Ds)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Cps - Riabil. - Educatore Prof. Le (Cat. D - Ds)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Cps - Riabil. - Fisioterapista (Cat. D - Ds)	25	27	0	52	11	210.956	363.353	7	0	212.511	233.957	0	11	11	0	314.728	467.914	36	20	56	172.843	-183.86	
Cps - Riabil. - Logopedista (Cat. D - Ds)	2	3	0	5	2	71.770	99.096	1	0	33.422	33.422	0	2	2	0	70.649	99.871	4	2	6	27.527	-29.228	
Cps - Riabil. - Otticista (Cat. D - Ds)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Cps - Riabil. - Terap. Occupazionale (Cat. D - Ds)	1	2	0	3	1	89.269	33.032	0	0	0	0	0	0	0	0	89.496	33.422	2	1	3	13.763	-19.926	
Cps - Riabil. - Teen. Riabil. Psichiatrica (Cat. D - Ds)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Cps - Riabil. - Terap. Neuro E. Psk. (Cat. D - Ds)	0	2	0	2	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	4	0	0		
Cps - Pers. Tec. - Dietista (Cat. D - Ds)	10	0	0	10	3	99.096	99,096	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13	0	13	0	0		
Cps - Pers. Tec. - Igienista Dentale (Cat. D - Ds)	2	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	3	0	0		
Cps - Pers. Tec. - Tecn. Audiometrista (Cat. D - Ds)	1	1	0	2	2	52.301	66.064	0	0	0	0	1	1	2	0	52.529	66.455	2	0	2	13.763	-19.926	
Cps - Pers. Tec. - Tecn. Neurofisiopat. (Cat. D - Ds)	12	2	0	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12	2	14	0	0		
Cps - Pers. Tec. - Tecn. Prev. Amb. (Cat. D - Ds)	0	0	0	0	0	0	0	0	66.845	66.845	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	
Cps - Pers. Tec. - Tecn. Rad. Med. (Cat. D - Ds)	120	10	0	130	13	382.440	429.418	3	0	80.267	80.267	9	2	11	0	322.311	369.513	124	11	135	47.007	-47.202	
Cps - Pers. Tec. - Tecn. San. Lab. Biom. (Cat. D - Ds)	19	14	0	33	4	63.332	132.129	7	0	226.887	233.957	2	3	5	0	91.523	86.332	121	8	129	75.887	-74.810	
Cps - Pers. Tec. - Odontotecnico (Cat. D - Ds)	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0		
Cps - Pers. Tec. - Tecn. Fisio. Cant. (Cat. D - Ds)	8	8	0	16	2	38.537	66.064	1	0	33.422	33.422	0	2	2	0	38.993	66.845	10	7	17	27.527	-27.852	
Altro (Cat. C - Bs)	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0		
<b>Tot. Comparto Ruolo San.</b>	<b>1838</b>	<b>206</b>	<b>0</b>	<b>2.044</b>	<b>90</b>	<b>2.445.161</b>	<b>2.972.892</b>	<b>73</b>	<b>0</b>	<b>2.336.956</b>	<b>2.439.838</b>	<b>24</b>	<b>35</b>	<b>59</b>	<b>0</b>	<b>1.468.333</b>	<b>1.967.935</b>	<b>1.904</b>	<b>244</b>	<b>2.148</b>	<b>630.612</b>	<b>-499.602</b>	
<b>Totale Ruolo Sanitario</b>	<b>2.488</b>	<b>281</b>	<b>0</b>	<b>2.769</b>	<b>165</b>	<b>6.847.946</b>	<b>8.060.077</b>	<b>97</b>	<b>0</b>	<b>3.925.131</b>	<b>4.049.523</b>	<b>42</b>	<b>79</b>	<b>121</b>	<b>0</b>	<b>4.864.661</b>	<b>6.075.578</b>	<b>2.611</b>	<b>299</b>	<b>2.910</b>	<b>1.336.522</b>	<b>-1.210.917</b>	
Direttore Avvocato S.C.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Dirigente Avvocato	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Direttore Ingegnere S.C.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Dirigente Ingegnere	2	2	0	4	3	134.556	186.309	0	0	0	0	0	2	2	73.310	125.674	5	0	5	51752	-52.364		
Direttore Architetto S.C.	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0		
Dirigente Architetto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
<b>Totale Ruolo Professionale</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>134.556</b>	<b>186.309</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>73.310</b>	<b>125.674</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>51.752</b>	<b>-52.364</b>	
Dirigente Analista S.C.	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0		
Dirigente Analista	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0		
Direttore Sociologo S.C.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Dirigente Sociologo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
<b>Tot. Dirigenza Ruolo Tecnico</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>		
Coll. Prof. - Ass. Sociale (Cat. D - Ds)	6	0	0	6	1	33.032	33.032	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0	7	0	0		
Coll. Tecnico Professionale (Cat. D - Ds)	16	10	0	26	5	104.602	132.129	0	0	0	0	0	0	0	0	0	21	10	31	27.527	0		
Assistente Tecnico	1	0	0	1	4	70.750	121.286	3	0	61.359	61.359	1	2	3	0	53.480	91.681	4	1	5	50.536	-38.200	
Programmatore	6	0	0	6	3	90.964	90.964	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	0	9	0	0		
Operatore Tecnico Specializzato (Cat. Bs - C)	26	0	0	26	0	16.558	28.386	0	0	0	0	0	0	0	0	28.386	28.386	26	0	26	11827	0	
Operatore Socio Sanitario	160	45	0	205	11	438.348	539.639	8	0	516.093	516.977	11	21	15	0	317.233	437.124	167	59	226	83.676	-79.886	
Operatore Tecnico (Cat. B)	15	33	0	48	0	176.708	216.734	5	0	14.153	15.795	5	6	6	0	107.684	161.368	48	37	85	29.662	-53.684	
Auxiliario Specializzato	275	35	0	310	15	217.450	380.100	0	0	333.234	333.234	17	16	0	0	234.050	408.038	233	39	272	82.560	-173.989	
<b>Tot. Comparto Ruolo Tecnico</b>	<b>485</b>	<b>123</b>	<b>0</b>	<b>608</b>	<b>55</b>	<b>1.138.234</b>	<b>1.511.480</b>	<b>39</b>	<b>0</b>	<b>1.044.844</b>	<b>1.047.365</b>	<b>25</b>	<b>16</b>	<b>41</b>	<b>0</b>	<b>770.838</b>	<b>1.116.597</b>	<b>517</b>	<b>146</b> </				







Ruolo	Ospedalieri	Cat.	Dotazione organica attuale	Posti istituiti/s oppresi ad invarianza complessiva	Nuova struttura dotazione organica	Progetti inserimento Oss (a)	Implement. attività (b)	a+b	1° Totale parziale nuova dot org	Incremento dotazione organica D.L. 34 (c)	Totale nuova dot org incluso DL 34	di cui totale incrementi (a)+(b)+(c)
RS	Dir. Medico S.C.		34		34			0	34		34	0
RS	Dir. Medico		627	-3	624		55	55	679	46	725	101
RS	Dir. Odontoiatra			3	3		1	1	4		4	1
			<b>661</b>	<b>0</b>	<b>661</b>	<b>0</b>	<b>56</b>	<b>56</b>	<b>717</b>	<b>46</b>	<b>763</b>	<b>102</b>
RS	Dir. Biologo		33		33		1	1	34		34	1
RS	Dir. Farmacista S.C.		1		1			0	1		1	0
RS	Dir. Farmacista		14		14		2	2	16		16	2
RS	Dir. Fisico S.C.		1		1			0	1		1	0
RS	Dir. Fisico		8		8		2	2	10		10	2
RS	Dir. Psicologo		11		11		1	1	12		12	1
RS	Dir. Prof. Sanitarie		2		2		2	2	4		4	2
			<b>70</b>	<b>0</b>	<b>70</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>78</b>	<b>0</b>	<b>78</b>	<b>8</b>
RT	Dir. Analista		2		2			0	2		2	0
RT	Dir. Sociologo		1	-1	0			0	0		0	0
RP	Dir. Architetto		1		1			0	1		1	0
RP	Dir. Ingegnere		5		5			0	5		5	0
RA	Dir. Ammi.vo		13	1	14			0	14		14	0
			<b>22</b>	<b>0</b>	<b>22</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>22</b>	<b>0</b>	<b>22</b>	<b>0</b>
	<b>TOTALE DIRIGENZA</b>		<b>753</b>	<b>0</b>	<b>753</b>	<b>0</b>	<b>64</b>	<b>64</b>	<b>817</b>	<b>46</b>	<b>863</b>	<b>110</b>
RS	CPS Esperto /Infermiere	DS	36	-11	25			0	25		25	0
RS	CPS/Infermiere	D	1495	20	1515	-17	76	59	1574	154	1728	213
RS	CPS/Infermiere Pediatrico	D	20	-3	17			0	17		17	0
RS	CPS /Ostetrica	D	50	1	51		15	15	66		66	15
RS	CPS Esperto/Fisioterapista	DS	1		1			0	1		1	0
RS	CPS/Fisioterapista	D	35		35		16	16	51		51	16
RS	CPS/Terapista occupazionale	D	2		2		1	1	3		3	1
RS	CPS /Ortottista	D	6		6			0	6		6	0
RS	CPS/Logopedista	D	4		4		2	2	6		6	2
RS	CPS/Igienista dentale	D	2		2			0	2		2	0
RS	CPS/Tecnico di laboratorio biomedico	D	122		122		10	10	132		132	10
RS	CPS/Tecnico di Neurofisiopatologia	D	12		12		2	2	14		14	2
RS	CPS/Tecnico di Neuropsicomotricità	D	2		2		2	2	4		4	2
RS	CPS Esperto/Dietista	DS	1	-1	0			0	0		0	0
RS	CPS/Dietista	D	12	1	13			0	13		13	0
RS	CPS/Odontotecnico	D	1		1			0	1		1	0
RS	CPS/Tecnico Fisiopat. Cardio Perfus. Card.	D	10		10		3	3	13		13	3
RS	CPS/Tecnico Audiometrista	D	2		2			0	2		2	0
RS	CPS/Tecnico Prev. Amb. Luog. Lav.	D	0		0		2	2	2		2	2
RS	CPS Esperto/Tecnico Sanitario di Radiologia Medica	DS	2		2			0	2		2	0
RS	CPS/Tecnico Sanitario di Radiologia Medica	D	124		124		18	18	142		142	18
RS	CPS Esperto/Assistente Sanitario	DS	1	-1	0			0	0		0	0
RS	CPS/Assistente Sanitario	D	3	1	4			0	4		4	0
RS	Infermiere Psichiatrico ex Bs	C	2	-2	0			0	0		0	0
RS	Infermiere Generico ex Bs	C	5	-4	1			0	1		1	0
RS	Puericultrice ex Bs	C	1	-1	0			0	0		0	0
RT	Collaboratore Professionale Esperto/Assistente Sociale	DS	1		1			0	1		1	0
RT	Collaboratore Professionale/Assistente Sociale	D	7		7			0	7		7	0
RT	Collaboratore Tecnico Professionale esperto	DS	2	-1	1			0	1		1	0
RT	Collaboratore Tecnico Professionale	D	19	1	20			0	20		20	0
RT	Assistente Tecnico	C	5	-1	4			0	4		4	0
RT	Programmatore	C	8	1	9			0	9		9	0
RT	Operatore Tecnico Specializzato Esperto Coordinatore	C	3		3			0	3		3	0
RT	Operatore Tecnico Specializzato Esperto	C	22		22			0	22		22	0
RT	Operatore Tecnico Specializzato	BS	19		19			0	19		19	0
RT	Operatore Socio Sanitario	BS	177	1	178	21	29	50	228	4	232	54
RT	Operatore Tecnico	B	49		49			0	49		49	0
RT	Operatore Tecnico Assistenza	B	3	-1	2			0	2		2	0
RT	Ausiliario Specializzato Tecnico Economale	A	32	-3	29			0	29		29	0
RT	Ausiliario Specializzato Socio Assistenziale	A	205	3	208		12	12	220	16	236	28
RP	Collaboratore Professionale Settore Comunicazione	D	1		1			0	1		1	0
RP	Collaboratore Professionale Settore Informazione	D	1		1			0	1		1	0
RA	Collaboratore Amministrativo Professionale Esperto	DS	13	-2	11			0	11		11	0
RA	Collaboratore Amministrativo Professionale	D	54	2	56			0	56		56	0
RA	Assistente Amministrativo	C	109		109			0	109		109	0
RA	Coadiutore Amministrativo Esperto	BS	9		9			0	9		9	0
RA	Coadiutore Amministrativo	B	74		74			0	74		74	0
RA	Commesso	A	8		8			0	8		8	0
			<b>2772</b>	<b>0</b>	<b>2772</b>	<b>4</b>	<b>188</b>	<b>192</b>	<b>2964</b>	<b>174</b>	<b>3138</b>	<b>366</b>
	<b>Totale</b>		<b>3525</b>	<b>0</b>	<b>3525</b>	<b>4</b>	<b>252</b>	<b>256</b>	<b>3781</b>	<b>220</b>	<b>4001</b>	<b>476</b>