



Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2023-2025

Sommario

SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE	5
1.1 Le attività.....	5
1.2 Le risorse economiche e strumentali disponibili.....	7
1.3 Contesto di riferimento.....	9
SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	14
Sottosezione 2.1 Valore pubblico	14
2.1.1 Il processo di creazione del valore	14
2.1.2 I sei capitali fondamentali nel processo di creazione del valore	15
2.1.3 Missione e vision aziendale	17
2.1.4 Gli stakeholder.....	19
2.1.5 La pianificazione triennale: Gli obiettivi dell'amministrazione ("specifici").....	21
Sottosezione 2.2 Performance	25
2.2.1 La programmazione annuale	25
2.2.2 Dalla performance organizzativa alla performance individuale	25
2.2.3 Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione della Sezione performance	26
Sottosezione 2.3 Rischi corruttivi e trasparenza	28
2.3.1 Analisi del contesto di riferimento esterno e interno	31
2.3.2 Analisi del contesto esterno	31
2.3.3 Analisi del contesto interno	33
2.3.4 Rischio sanitario e strategie di prevenzione	34
2.3.5 Soggetti e ruoli della strategia di prevenzione	36
2.3.6 Mappatura dei rischi: aree, processi e metodologia utilizzata.....	40
2.3.7 Misure di carattere generale per prevenire il rischio di corruzione	42
2.3.8 Misure di carattere specifico per prevenire il rischio di corruzione – Mappatura dei processi	51
2.3.9 Trasparenza e pubblicazione dei dati	70
2.3.10 Implementazione del portale "Amministrazione Trasparente"	99
2.3.11 Certificazione bilancio PAC	100
2.3.12 Sistemi informatizzati di gestione dei flussi documentali e di redazione degli atti.....	101
2.3.13 Iniziative in materia di Trasparenza.....	101
2.3.14 Definizione da parte degli Organi di indirizzo degli obiettivi strategici	102
2.3.15 Trasparenza e pubblicazione dei dati - Deroghe e modifiche alla disciplina dei contratti pubblici	102
SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	103
Sottosezione 3.1 Struttura organizzativa	103
3.1.1 L'organizzazione.....	103
Sottosezione 3.2 Organizzazione del lavoro agile	108
Sottosezione 3.3 Piano triennale dei fabbisogni del personale	110
3.3.1 Piano triennale dei fabbisogni del personale 2023/2025	110
3.3.2 Formazione del Personale	112
SEZIONE 4. MONITORAGGIO	117
Allegato 1 — Sezione Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione - Sotto sezione Performance - Piano degli obiettivi	120
Allegato 2 – Sezione Organizzazione e capitale umano - Sotto sezione Piano triennale dei fabbisogni di personale (2022) 2023-2025	124

Premessa al Piano

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

In base a quanto disposto dai commi 5 e 6 dell'art. 6 del citato D.L. n. 80/2021, sono stati emanati il DPR del 24 giugno 2022 n. 81 “*Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione*” e il DM del 30 giugno 2022 n. 132, “*Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione*” che hanno definito la disciplina del PIAO stesso.

Sulla base di tale normativa, il PIAO è tenuto a definire la scheda anagrafica dell'amministrazione ed è suddiviso nelle sezioni: Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione, Organizzazione e Capitale Umano e Monitoraggio, a loro volta suddivise in sottosezioni di programmazione, riferite a specifici ambiti di attività amministrativa e gestionali, che descrive le relative azioni programmate.

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

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

Esso definisce:

- gli obiettivi programmatici e strategici della performance;
- la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile, e gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati
 - al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale
 - allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali
 - e all'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale correlati all'ambito d'impiego e alla progressione di carriera del personale;
- gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, prevedendo, oltre alle forme di reclutamento ordinario, le posizioni disponibili nei limiti stabiliti dalla legge destinata alle progressioni di carriera del personale;
- gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di anticorruzione;
- l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare ogni anno, anche mediante il ricorso alla tecnologia e sulla base della consultazione degli utenti, nonché la pianificazione delle attività;
- le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini;
- e le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere, anche con riguardo alla composizione delle commissioni esaminatrici dei concorsi.

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

L'effetto Matrioska generato dal Piao

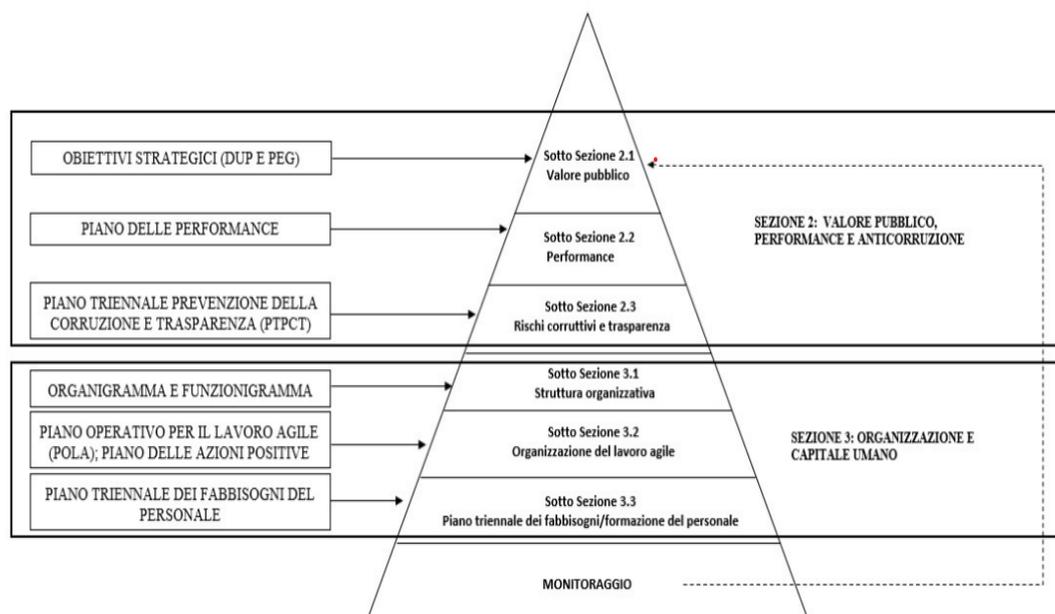


Figura: Effetto Matrioska del PIAO (tratta dal seguente link <https://nplusenilocaliedilizia.ilsole24ore.com/art/speciale-PIAOcentro-programmazione-l-obiettivo-valore-pubblico-AEiRwqbB?uuid=speciale-PIAO-centro-programmazione-l-obiettivo-valorepubblico-AEiRwqbB>)

SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

1.1 Le attività

L'Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche, 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'Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche concorre sia al raggiungimento degli obiettivi della pianificazione socio-sanitaria regionale, sia alla realizzazione dei compiti istituzionali dell'Università.

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

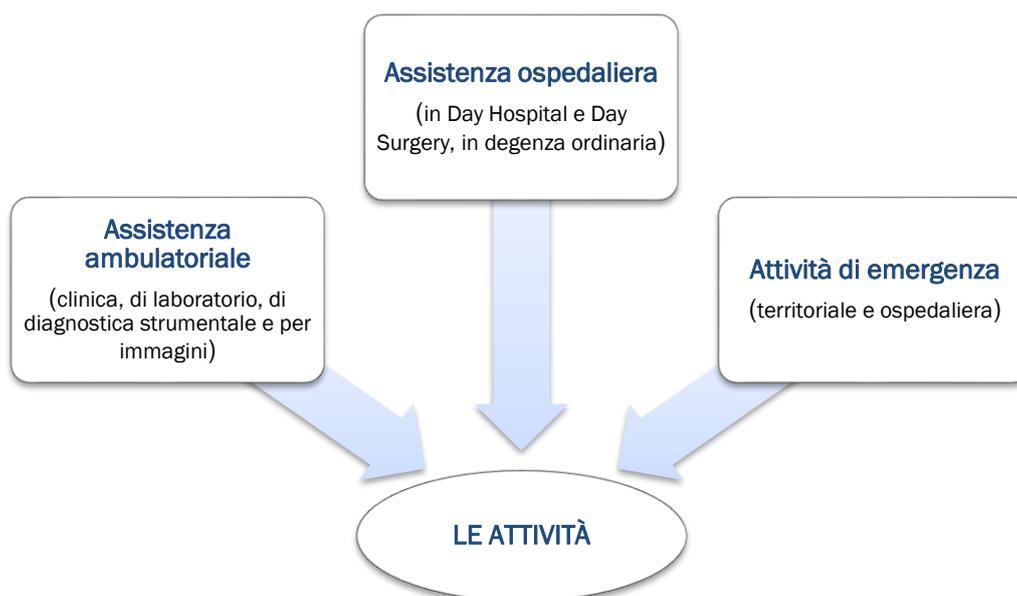
In particolare, nell'ambito della programmazione socio-sanitaria regionale, l'Azienda organizza i propri servizi e attività nel rispetto dei seguenti criteri:

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

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

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

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



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. 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.

Pur trattandosi di dati allo stato provvisorio, si rappresenta che l’Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche – nell’anno 2022 – stima l’erogazione di circa 40.000 ricoveri complessivi, di cui 75% in regime ordinario e 25% diurno.

DATI DI RICOVERO				
		2022*	2021	2020
Dimessi	Ordinari	30.152	29.765	28.340
	Day Hospital	9.844	9.529	9.511
	Totali	39.996	39.294	37.851
Giornate di degenza	Ordinari	247.846	248.887	240.952
	Day Hospital	29.542	28.597	29.675
	Totali	277.388	277.484	270.627

* Dati provvisori

Il peso medio del ricovero, in ambito aziendale, sia per quello in regime ordinario che per quello in regime diurno, si consolida su un valore particolarmente alto, di circa 1,4 complessivo.

	Ricoveri Ordinari			Ricoveri Diurni			Totale		
	2022*	2021	2020	2022*	2021	2020	2022*	2021	2020
Peso medio del ricovero	1,56	1,61	1,57	0,96	0,94	0,95	1,42	1,45	1,41

* 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* oltre il 40%.

	Ricoveri Ordinari			Ricoveri Diurni			Totale		
	2022*	2021	2020	2022*	2021	2020	2022*	2021	2020
% di DRG chirurgici	49,40%	49,50%	49,35%	40,70%	40,51%	34,78%	47,26%	47,32%	45,69%

* Dati provvisori

I dati provvisorio per l'anno 2022 mostrano che l'Azienda ha garantito, nei tre blocchi operatori, circa 16.300 interventi, oltre ulteriori circa 16.500 nelle sale interventistiche (emodinamica, endoscopia urologica, pneumologia interventistica, radiologia interventistica body e neuro, elettrofisiologia e aritmologia).

Quanto all'attività ambulatoriale, l'Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche eroga annualmente circa 4 ML di prestazioni ambulatoriali per pazienti c.d. interni (ricoverati) e oltre 2 ML di prestazioni per pazienti c.d. esterni (regime ambulatoriale). Tali dati, confermano un trend di aumento dell'attività rispetto all'anno 2021 – come già previsto nel PIAO riferito all'annualità precedente, caratterizzata da uno sforzo diretto alla specifica gestione dell'emergenza pandemica verificatasi.

L'89% dell'attività rivolta al trattamento di pazienti interni è attività di laboratorio, il 4% attività diagnostica e l'7% attività clinica, mentre il riparto per branca delle prestazioni per pazienti esterni evidenzia il 58% per attività di laboratorio, 4% attività diagnostica per immagini e strumentali, 38% di attività clinica.

PRESTAZIONI AMBULATORIALI			
	2022*	2021	2020
Per esterni	2.003.081	1.971.593	1.654.057
Per interni	3.950.451	3.887.829	3.517.450

* Dati provvisori

Data la natura dell'Azienda quale struttura ospedaliera sede di Dipartimento di Emergenza di secondo livello, la stessa eroga una parte rilevante della propria attività in regime di emergenza/urgenza. Presso le tre strutture di pronto soccorso (adulto, pediatrico e ostetrico-ginecologico) per l'anno 2022, sono stati registrati circa 80.000 accessi di cui: 10% codice bianco, 47% per codice verde, 29% codice azzurro, 11% codice arancione e 3% codice rosso.

L'attività di ricovero dell'Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche, medica e chirurgica, effettuata in regime di urgenza rappresenta circa il 51% della stessa.

1.2 Le risorse economiche e strumentali disponibili

Per quanto riguarda le risorse economiche a disposizione dell'AOU delle Marche, in coerenza con le assegnazioni regionali di cui alle DD.GG.RR nn. 1850 del 30/12/2022 e 1851 del 30/12/2022 rispettivamente per le risorse assegnate a bilancio preventivo 2022 e autorizzazione provvisoria alla gestione 2023, sono state individuate le risorse per il triennio 2022-2024. Non vi sono al momento informazioni circa le risorse 2024 che, di conseguenza, sono previste pari al 2023.

		BILANCIO CONSUTIVO 2021 OO.RR.	BILANCIO DI PREVISIONE 2022 AOU Marche DGR N. 1850/22	PREVISIONE 2023 AOU Marche DGR N.1851/22
f = (a1.3+b+c.1)	TOTALE TRASFERIMENTI DA REGIONE AGLI ENTI DEL SSR	400.080.057	419.235.700	403.817.939
g	ENTRATE PROPRIE DEGLI ENTI DEL SSR DI CUI:	43.380.921	25.500.342	25.045.455
h=f+g	TOTALE RISORSE DISPONIBILI PER GLI ENTI DEL SSR	443.460.979	444.736.042	428.863.394
i	TOTALE COSTI	443.460.979	444.736.042	428.863.394
i1	Gestionali (al netto della mobilità passiva extraregionale)	437.460.979	439.386.042	423.863.394
i2	Mobilità passiva extraregionale			
i4	Investimenti finanziati con contributi c/esercizio ai sensi del D.Lgvo 118/2011 (rif. voce a4.1)	6.000.000	5.350.000	5.000.000
j = (h-i)	Avanzo/disavanzo programmato	- 0	-	0

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 Ospedaliero Universitaria delle Marche nell'anno 2022 è costituito da n. 16.261 tecnologie biomediche censite, per un valore di sostituzione complessivo pari a € 136.817.592,44 (iva esclusa).

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

In tabella che segue viene riportata la suddivisione delle apparecchiature in funzione del titolo di proprietà.

Valore Parco Tecnologico	Titolo di Proprietà
€ 93.890.594	Beni di Proprietà
€ 42.685.535	Beni di Terzi (noleggio, service, comodato d'uso...)

L'età media del parco tecnologico prevista alla data del 31/12/2022 è pari a 8,96 anni, con una differenza importante tra i beni di proprietà e i beni tecnologici di terzi.

Vetustà Parco Tecnologico	Titolo di Proprietà
10,27 anni	Beni di Proprietà
5,86 anni	Beni di Terzi (noleggio, service, comodato d'uso...)

Attualmente i posti letto direttamente gestiti dall’AOU delle Marche sono pari a 938 unità. Dei 938 posti letto 855 sono dedicati alla degenza ordinaria (di cui 13 per riabilitazione e 842 per acuti comprensivo di 20 culle), 78 rivolti al *day hospital* (di cui 4 per riabilitazione e 74 per acuti) e 5 posti letto in *day surgery* (per acuti).

Rispetto all’anno 2021, il numero dei posti letto deliberati con DGRM n. 1261 del 5 agosto 2022, incrementano nel totale di n. 2 unità (presso SOSD Unità Spinale che passa da 7 PL in degenza ordinaria a 8 PL e da 1 PL. in *day hospital* a 2 PL. Inoltre, dal 1 gennaio 2022 presso la SOD Neuropsichiatria Infantile sono stati trasformati 3 posti letto da *day hospital* a degenza ordinaria attestando il numero degli stessi a 18 ciò in particolare al fine di potenziare l’attività dei disturbi del comportamento alimentare.

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”, si evidenzia che nelle strutture Covid attivate nel corso dell’anno 2020, i posti letto effettivamente utilizzati nel mese di settembre 2022 sono in misura pari a 41.

1.3 Contesto di riferimento

L’analisi del contesto esterno prende in considerazione le variabili significative dell’ambiente in cui opera l’AOU delle Marche. 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’AOU delle Marche 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’AOU delle Marche sono rappresentate dal Ministero della Salute, dal Ministero dell’economia e delle finanze, dalla Corte dei conti, dalla Conferenza Stato - Regioni, dalle altre Aziende del Servizio Sanitario Nazionale.

Il Ministero della Salute ha le funzioni di tutela della salute umana e di coordinamento del Sistema Sanitario Nazionale. Effettua la programmazione a livello nazionale pur rimettendo alla Regione le funzioni di

programmazione, gestione, controllo e assegnazione delle risorse. Opera in stretta collaborazione con il Ministero dell'Economia e Finanza per quanto attiene agli aspetti di programmazione economica.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Il livello regionale

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

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

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

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

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

È evidente, pertanto, che la capacità di raggiungere gli obiettivi strategici azionali dipenderà dalla capacità di raggiungere gli obiettivi strategici propri di tutte le aziende e, soprattutto, di integrarsi e correlarsi per il raggiungimento dell'equilibrio complessivo regionale costi/qualità.

Gli enti godono di autonomia organizzativa dei livelli decisionali e rispettano una strutturazione in forma dipartimentale anche a valenza interaziendale, per aree omogenee, sulla base delle disposizioni regionali, con decentramento decisionale verso i dipartimenti, i distretti, i presidi e le altre strutture del servizio sanitario regionale, al fine di favorire la più ampia partecipazione ai processi organizzativi e operativi.

L'organizzazione delle funzioni e dei processi è integrata in reti tra enti, dipartimenti o altre articolazioni operative per migliorare l'efficienza, la qualità e l'appropriatezza dei servizi erogati.

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

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

Nell'attuazione della programmazione regionale e della gestione dei servizi, le Aziende sanitarie territoriali garantiscono l'assistenza sanitaria e la prevenzione collettiva in ambiente di vita e di lavoro, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera, pianificando le attività e i servizi sulla base di percorsi assistenziali in grado di assicurare la continuità delle cure attraverso un modello integrato tra servizi territoriali e servizi

ospedalieri, garantendo il coordinamento delle prestazioni correlate alle condizioni di salute del singolo, con l'obiettivo di fornire risposte appropriate.

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

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

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

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

Il Comitato, in particolare:

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

Nel contesto regionale, si configurano quali organismi di partecipazione:

- La Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale, svolge le proprie competenze e funzioni in raccordo con il Consiglio delle autonomie locali (CAL). La Conferenza permanente, tra le altre cose, esprime parere in merito al progetto di Piano socio sanitario regionale, alle proposte di legge e di regolamento in materia sanitaria, alle proposte di atti di rilievo regionale riguardanti l'alta integrazione socio-sanitaria, agli accordi con le università.
- La Conferenza dei Sindaci composta dai Sindaci, o dagli Assessori da essi delegati, dei Comuni compresi nel territorio di ogni Azienda Sanitaria Territoriale, è espressione dei bisogni della collettività nel campo dei servizi alla persona e funge da raccordo con altri servizi rispondenti a bisogni contigui a quelli sanitari. Formula proposte per l'organizzazione dei servizi della rete di offerta territoriale.
- La legge, in coerenza con quanto stabilito dal d.lgs. 502/1992, prevede la presenza di organismi espressione delle autonomie locali e delle formazioni sociali presenti sul territorio.
- Il Comitato dei sindaci di distretto è l'organo di partecipazione alla programmazione socio-sanitaria a livello distrettuale composto da tutti i sindaci dei comuni e dai presidenti delle circoscrizioni facenti parte del Distretto. Concorre alla verifica del raggiungimento dei risultati di salute definiti dal Programma delle Attività Territoriali anche mediante il coinvolgimento delle organizzazioni dei cittadini e dei soggetti impegnati in ambito socio-sanitario.

- La Regione favorisce inoltre la partecipazione dei cittadini e delle formazioni sociali del territorio per il miglioramento dell'organizzazione dei servizi e della qualità delle prestazioni erogate, anche attraverso strumenti di controllo dell'efficacia e della rispondenza dell'attività del Servizio sanitario regionale alle finalità e agli obiettivi programmati.

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

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

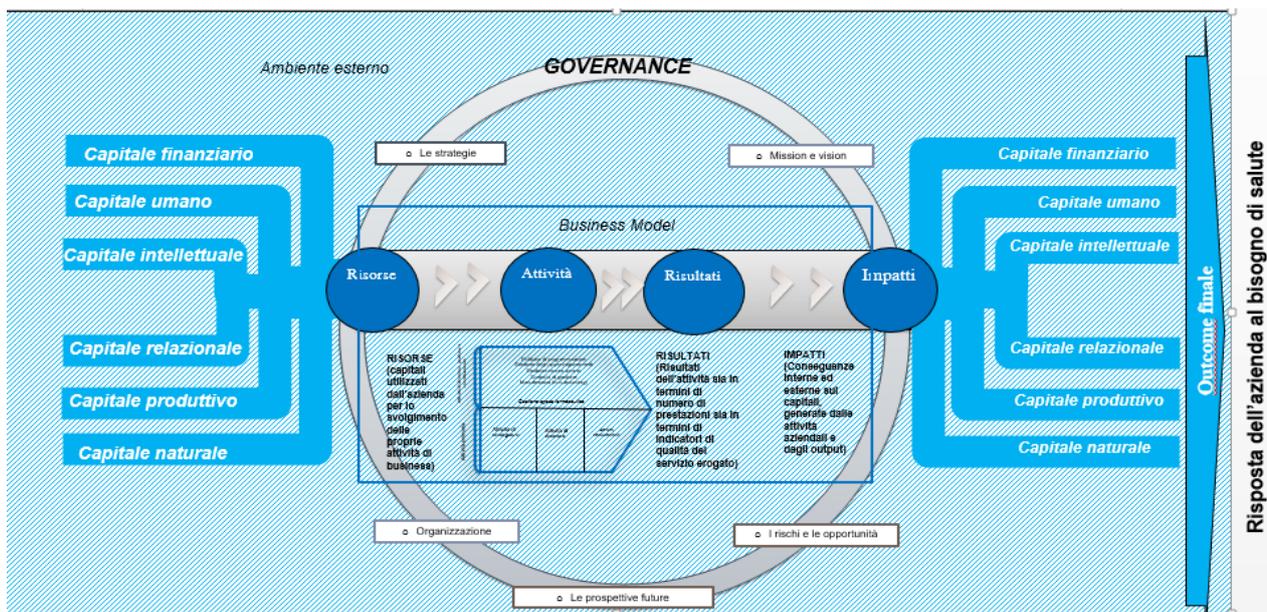
SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

Sottosezione 2.1 Valore pubblico

2.1.1 Il processo di creazione del valore

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

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



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

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

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

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

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

Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) è il documento che il governo italiano ha predisposto per illustrare alla commissione europea come il nostro paese intenda investire i fondi che arriveranno nell’ambito del programma Next generation Eu.

Il suddetto Piano si articola in 6 Missioni e, in particolare, la Missione 6 – Salute, da realizzarsi con la regia del Ministero della Salute, è suddivisa in due distinte Componenti.

La Componente 2, nello specifico, è denominata “Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale” ed è a sua volta articolata in Investimenti e Sub-investimenti, tra i quali figurano:

- “Investimento 1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero: sub-investimento 1.1.1. Digitalizzazione DEA I e II, sub-investimento 1.1.2 Grandi Apparecchiature”;
- “Investimento 1.2: Verso un ospedale sicuro e sostenibile (PNC)”;
- “Investimento 2.2 Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario: sub-investimento 2.2 (b) Corso di formazione in infezioni ospedaliere”.

Alla realizzazione operativa degli interventi previsti dal PNRR provvedono, tra gli altri soggetti, le Regioni (individuati quali “soggetti attuatori” degli interventi previsti dal PNRR ad opera del Decreto Legge n. 77/2021) attraverso le proprie strutture, ovvero avvalendosi di “soggetti attuatori esterni”. Ai fini della realizzazione delle riforme e degli investimenti previsti nella Missione 6, pertanto, si è scelto di adottare lo strumento del Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS) da stipularsi tra Regione Marche, in qualità di soggetto attuatore, e Ministero della Salute, quale amministratore centrale titolare degli interventi previsti nel PNRR e con Decreto del Ministero della Salute del 5 aprile 2022 è stato approvato il suddetto schema di Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS), con allegati il Piano Operativo e le schede di intervento.

In base a quanto disposto dall’art. 5, comma 2, del Contratto Istituzionale di Sviluppo, la Regione, in qualità di soggetto attuatore, può avvalersi degli Enti del Servizio Sanitario Regionale (soggetti attuatori esterni) per dare esecuzione agli interventi in base alla competenza territoriale dei medesimi, delegando a detti Enti, per ciascun intervento, parte delle attività attraverso specifici atti negoziali o provvedimenti amministrativi.

Con D.G.R.M n. 812 del 27.6.2022, la Giunta Regionale recepiva ed approvava il Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS), già sottoscritto in data 30.5.2022, demandando a un successivo atto l’approvazione delle deleghe di funzioni agli Enti del Sistema Sanitario Regionale, quali soggetti attuatori esterni, e con D.G.R.M. n. 970 del 27/07/2022 la Giunta Regionale approvava i testi dei provvedimenti di delega amministrativi agli enti del Servizio Sanitario Regionale tra cui lo specifico provvedimento da sottoscrivere con l’Azienda, che con Determina n. 779/DG del 3.8.2022 ha provveduto a dare il seguito di competenza.

Con successiva Determina n. 1106/DG del 30.11.2022, l’Azienda, al fine di garantire il rispetto dei tempi e delle procedure collegate alla Missione 6 del PNRR, ha costituito un Gruppo di Lavoro multidisciplinare al fine di svolgere in modo integrato e coordinato tra le varie figure professionali di riferimento aziendali tutte le attività di cui al PNRR.

Da ultimo, stante la rilevanza strategica e programmatica delle risorse europee di cui trattasi, con DGR 1284 del 10.10.2022, la Regione Marche ha previsto, nell’ambito degli obiettivi economici assegnati ai direttori generali degli enti del SSR, tra l’altro, l’attuazione del PNRR.

2.1.2 I sei capitali fondamentali nel processo di creazione del valore

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

Capitale finanziario

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

Capitale umano

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

Capitale intellettuale

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

Capitale relazionale

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

Capitale produttivo

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

Capitale naturale

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

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, che, con Legge regionale 8 agosto 2022, n. 19 viene rinominata in "Azienda ospedaliero-universitaria delle Marche".



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

L'AOU delle Marche individua, alla luce dei suesposti principi, quali elementi costitutivi della propria missione istituzionale:

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

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

2.1.4 Gli stakeholder

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

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

Comunità Europea

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

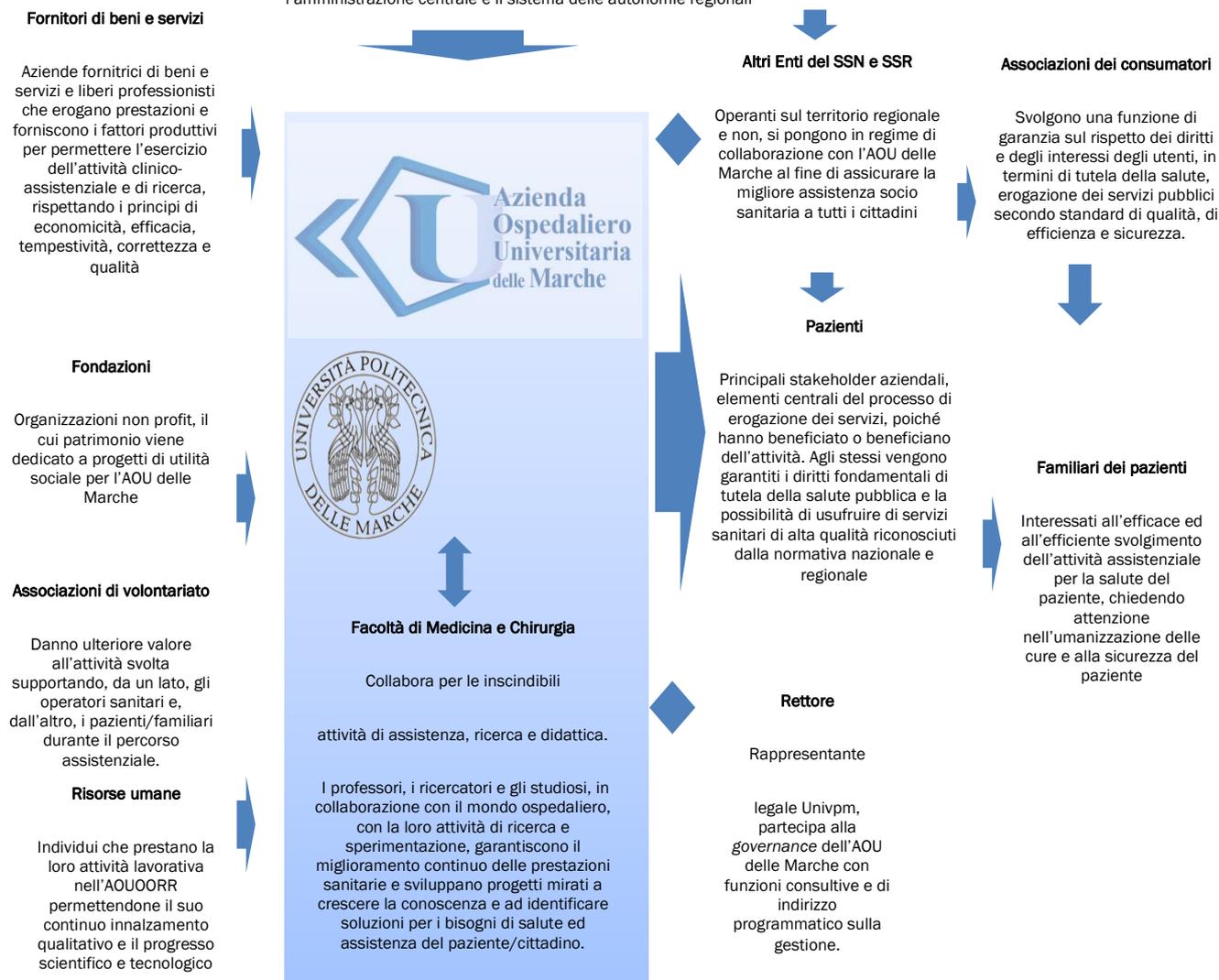
Ministero della Salute – Ministero Economia e Finanze

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

20

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



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

La Direttiva del Ministro della Funzione Pubblica del 07/02/2002 recante "Attività di Comunicazione delle pubbliche amministrazioni" individua la comunicazione pubblica quale parte integrante dell'azione

amministrativa, proponendosi di contribuire al perseguimento, da parte delle pubbliche amministrazioni, delle seguenti finalità:

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

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

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

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

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

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

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

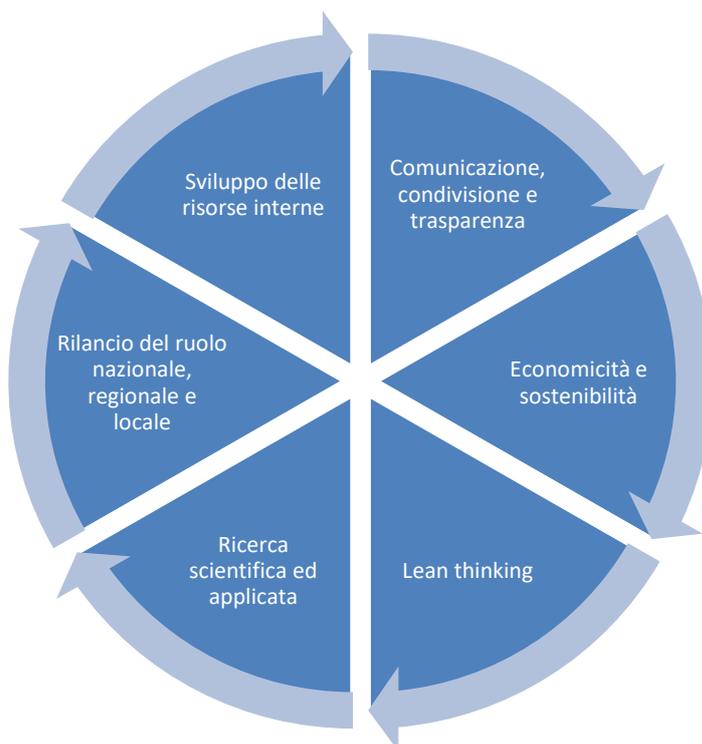
Tra gli obiettivi strategici aziendali devono essere indicati, almeno:

- 1) Obiettivi di semplificazione, coerenti con gli strumenti di pianificazione nazionali vigenti in materia;
- 2) Obiettivi di digitalizzazione;

- 3) Obiettivi e strumenti per realizzare la piena accessibilità dell'amministrazione;
- 4) Obiettivi per favorire le pari opportunità e l'equilibrio di genere.

Alla luce delle considerazioni fatte sin qui, gli obiettivi strategici per il triennio 2023-2025 dell'AOU delle Marche possono essere così sintetizzati:

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



Accrescere comunicazione, condivisione e trasparenza

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

Promuovere economicità e sostenibilità

L'AOU delle Marche si impegna ad assicurare l'equilibrio economico tra risorse impiegate e risultati ottenuti nell'erogazione dei servizi assistenziali. Agire nel perseguimento di strategie improntate all'economicità significa per l'Azienda promuovere obiettivi di efficienza che garantiscano comunque un continuo incremento della qualità dei servizi resi. Tendere alla eliminazione di flussi operativi irregolari (sia nella gestione dei materiali sia nelle attività assistenziali), delle attività non a valore e degli sprechi è un primo punto focale delle strategie tese all'economicità e alla sostenibilità. Al contempo, valorizzare e accrescere le proprie risorse

interne è il secondo pilastro di strategie volte a creare valore sociale oltre che economico per tutti gli stakeholder aziendali. L'Azienda vuole focalizzare il proprio impegno sulla crescita del proprio capitale umano, sul potenziamento tecnologico, sullo sviluppo del sistema informativo e sull'accrescimento dei servizi di emergenza mediante obiettivi e azioni improntate a efficienza, efficacia e sostenibilità sotto il profilo sia assistenziale che organizzativo.

Lean Thinking

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

Integrare e sviluppare ricerca scientifica ed applicata

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

Essere ospedale di riferimento locale, nazionale e sovranazionale

L'AOU delle Marche mira a garantire un costante miglioramento della qualità dell'attività assistenziale mediante un disegno strategico focalizzato sulla valorizzazione del proprio ruolo di ospedale di riferimento regionale ed extraregionale per alcune specialità distintive. Quale struttura di alta complessità, l'Azienda persegue strategie volte a divenire polo di attrazione in ambito nazionale e sovranazionale, mediante il perseguimento di obiettivi volti a innalzare le professionalità cliniche e scientifiche, sviluppare la qualità delle prestazioni di elevato livello, garantire un costante miglioramento dei tempi di erogazione delle prestazioni e potenziare l'attività "operatoria". Orientarsi in questa direzione vuol dire per l'Azienda operare in sinergia con l'Università, così da divenire attrattivi non solo per i pazienti ma anche per le professionalità mediche che vedono nell'Azienda un luogo di crescita e formazione continua. Come ospedale di riferimento per la comunità locale e il territorio circostante, l'Azienda persegue strategie finalizzate a favorire la continuità dell'iter assistenziale e, quindi, a evitare duplicazioni di attività e allungamenti nelle liste di attesa. La collaborazione e la coordinazione con gli altri enti del SSR e le istituzioni locali diviene, in questo percorso, essenziale. Operare in ottica di integrazione tra ospedale e territorio vuol dire per l'Azienda aprirsi a obiettivi focalizzati sul miglioramento dell'efficacia del processo integrato di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione.

Sviluppo delle risorse interne

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

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

Ciascun obiettivo strategico trova traduzione in obiettivi di performance organizzativa.

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

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

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

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

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

Sottosezione 2.2 Performance

2.2.1 La programmazione annuale

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

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

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

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

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

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

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

2.2.2 Dalla performance organizzativa alla performance individuale

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Posta la necessaria correlazione tra gli obiettivi prefissati nel Piano della Performance e la programmazione economico-finanziaria e di bilancio, merita evidenziare come il presente documento relativo all'anno 2023 sia

stato reso compatibile con le risorse assegnate in via provvisoria a questa azienda dalla Regione Marche, con DGR n.1851 del 30/12/2022. 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 2023.

Sottosezione 2.3 Rischi corruttivi e trasparenza

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

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

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

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

- ✓ il recepimento di alcuni elementi di rilievo delineatisi nell'anno precedente;
- ✓ gli aggiornamenti ai Piani Nazionali Anticorruzione (PNA) e le prescrizioni, le raccomandazioni, le linee guida e i documenti emanati dall' Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC);
- ✓ l'aggiornamento delle misure aziendali per la prevenzione della corruzione, delle misure per la trasparenza;
- ✓ le verifiche dello stato d'attuazione 'a scorrimento' delle misure pregresse;
- ✓ le risultanze delle attività svolte dal RPCT nel 2022.

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 (in particolare, si è provveduto alla relativa pubblicazione della manifestazione di interesse per raccogliere gli opportuni suggerimenti in materia di prevenzione della corruzione nell'ambito della redazione del nuovo P.I.A.O. 2023-2025, sino alla data del 16 gennaio 2023), nel rispetto delle indicazioni riportate nel Piano Nazionale Anticorruzione 2022 (PNA), approvato dall'ANAC con Delibera n. 7 del 17 gennaio 2023.

Su punto, si dà atto che risulta pervenuta una sola osservazione di cui si è opportunamente tenuto conto nella redazione del presente Piano nonché nella programmazione delle conseguenti attività.

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

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

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

Tutti i dipendenti, secondo il codice di condotta aziendale redatto in conformità al D.P.R. n. 62/2013, prestano la massima collaborazione nell'elaborazione, reperimento e trasmissione dei dati sottoposti all'obbligo di pubblicazione sul sito web istituzionale e i Dirigenti, nell'attuare gli obiettivi, devono garantire il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare.

Il RPCT ha il compito di svolgere stabilmente un'attività di controllo sull'adempimento informativo da parte dell'Azienda, segnalando allo stesso Organo di indirizzo e 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.

Infine, l'O.I.V. riferisce all'A.N.A.C. l'attuazione delle suddette misure di prevenzione.

Nell'ambito di tale Sottosezione sono individuate:

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

Con la finalità di:

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

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

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

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

Il PIAO, di cui la presente Sottosezione costituisce parte integrante, viene pubblicato nel sito Internet istituzionale, nell'apposita sezione di Amministrazione Trasparente dedicata all'anticorruzione, ed è quindi disponibile ai seguenti link: https://ospedaliriuniti.etrasparenza2.it/pagina43_piano-triennale-per-la-prevenzione-della-corruzione-e-della-trasparenza.html - https://ospedaliriuniti.etrasparenza2.it/pagina769_prevenzione-della-corruzione.html.

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

In sintesi, tale Sottosezione rappresenta lo strumento volto a:

- definire una strategia di prevenzione del fenomeno corruttivo;
- delineare un programma di attività derivante da una preliminare fase di analisi che, in sintesi, consiste nell'esaminare l'organizzazione, le sue regole e le sue prassi di funzionamento in termini di "possibile esposizione" al fenomeno corruttivo;
- programmare l'attività, con indicazione delle aree di rischio e dei rischi specifici, delle misure da implementare per la prevenzione in relazione al livello di pericolosità dei rischi specifici, dei responsabili per l'applicazione di ciascuna misura e delle tempistiche;
- individuare misure concrete, da realizzare con certezza e da vigilare quanto ad effettiva applicazione e quanto ad efficacia preventiva della corruzione.

Prevenzione della corruzione

2.3.1 Analisi del contesto di riferimento esterno e interno

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

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

2.3.2 Analisi del contesto esterno

Sulla base delle indicazioni del Piano Nazionale Anticorruzione 2022 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.

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

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

In ordine al settore specifico di intervento e le sue caratteristiche sono stati verificati ed elaborati i dati raccolti tramite Transparency International e Transparency Italia che, già con la pubblicazione dell'Indice della Percezione della Corruzione (CPI) 2022 – pubblicato il 31 gennaio 2023, hanno provveduto ad elaborare una classifica di 180 Paesi e territori sulla scorta del livello di corruzione percepita nel settore pubblico.

Tale valutazione, fatta sulla base di 13 strumenti di analisi e di sondaggi a esperti provenienti dal mondo del business, con modalità di punteggio finale compreso tra 0 (alto livello di corruzione percepita) e 100 (basso livello di corruzione percepita), ha collocato l'Italia al 41° posto, con un punteggio di 56. Dopo il balzo in avanti di 10 posizioni nel CPI 2021, l'Italia conferma pertanto il punteggio dello scorso anno e guadagna una posizione nella classifica globale dei 180 Paesi oggetto della misurazione.

Il Report CPI 2022 mette in evidenza la forte correlazione tra corruzione, conflitti e sicurezza. La corruzione erode le risorse per il benessere comune, genera tensioni sociali, riduce la fiducia nei governi, crea terreno fertile per attività criminali, in definitiva minaccia la stabilità politica, sociale ed economica di un Paese. Con un punteggio medio di 66 su 100, l'Europa occidentale e l'Unione europea (UE) è ancora una volta la regione con il punteggio più alto nell'Indice di Percezione della Corruzione (CPI) e l'Italia è tra i paesi dell'area che hanno registrato maggiori progressi dal 2012 al 2022, nonostante resti ancora sotto la media del punteggio europeo. Il CPI 2022 conferma, infatti, l'Italia al 17° posto tra i 27 Paesi membri dell'Unione Europea.

Il punteggio ed il conseguente posizionamento del nostro Paese confermano l'Italia nel gruppo dei paesi europei in ascesa sul fronte della trasparenza e del contrasto alla corruzione. Un risultato frutto dell'applicazione delle misure normative in tema di prevenzione della corruzione adottate nell'ultimo decennio e dell'attenzione che su di essa ha riversato il decisore politico.

L'Italia ha beneficiato delle misure anticorruzione adottate nell'ultimo decennio, compreso un nuovo codice degli appalti che ha portato a una maggiore trasparenza.



(Report CPI 2022 - dati raccolti tramite Transparency International e Transparency Italia)

Sul piano del sistema ordinamentale nazionale, alcune questioni fondamentali risultano in via di definizione e perfezionamento.

Il Consiglio dei Ministri, in data 9 dicembre 2022 ha approvato lo schema di decreto legislativo per il recepimento della Direttiva UE 1937/2019 in materia di *whistleblowing* (la cui disciplina è comunque attualmente contenuta nella legge 179/2017), volta al potenziamento del sistema di tutela del segnalante su scala comunitaria, la cui bozza è stata sottoposta al vaglio delle competenti commissioni parlamentari che hanno espresso il proprio parere in data 12 gennaio 2023 (*Parere parlamentare n.10* consultabile al link https://www.transparency.it/images/pdf/audizioni/Audizione_Transparency_IT_Whistleblowing_20230112.pdf).

In materia di contrasto al riciclaggio e al finanziamento del terrorismo, l'approvazione del decreto n. 55 del marzo 2022 da parte del Ministero dell'Economia e delle Finanze fornisce la base per l'adozione del registro dei titolari effettivi – all'interno di una sezione appositamente dedicata del Registro Imprese, in ottemperanza alla V Direttiva Europea antiriciclaggio.

Inoltre, su disposizione del predetto decreto ministeriale, è prevista l'adozione di ulteriori decreti ministeriali che disciplinino il funzionamento di questo strumento.

L'Assemblea della Camera ha approvato il 12 gennaio 2022 una proposta di legge di iniziativa parlamentare volta a disciplinare l'attività di lobbying che prevede l'istituzione del Registro per la trasparenza dell'attività di rappresentanza di interessi presso l'Autorità garante della concorrenza e del mercato nonché di un Comitato di sorveglianza sulla trasparenza dei processi decisionali pubblici, cui sono attribuite le funzioni di controllo e di irrogazione delle sanzioni amministrative previste dal testo. Il provvedimento è stato trasmesso al Senato che lo ha esaminato in sede redigente senza pervenire alla sua approvazione.

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 e che ne sono conseguiti solo 29 procedimenti che interessano Aziende Ospedaliere e Sanitarie.

Si specifica che, per l'anno 2023, i dati saranno illustrati nel corso dell'inaugurazione anno giudiziario 2023 della Corte dei conti per le Marche che interverrà il 24 febbraio 2023 (reperibili al link <https://www.corteconti.it/Home/StampaMedia/Notizie?Sede=b485a816-9f70-4982-ac48-c8d5710e69f0>).

Nel vasto ambito della sanità si sono concretizzate due fattispecie di danno connesse a condotte illecite penalmente rilevanti di dipendenti, a ipotesi di danno svincolate da ogni profilo di rilevanza penalistica, nonché ulteriori istruttorie volte all'accertamento di eventuali responsabilità per danno all'erario connesse a eventi che hanno interessato diverse province della Regione, relative alla somministrazione dei vaccini e al rilascio del green pass.

Vi sono state anche segnalazioni di tipo cumulativo di ipotesi di danno erariale c.d. indiretto per *malpractice* medica provenienti dalle Aziende sanitarie marchigiane, culminate anche nella notificazione di alcuni inviti a dedurre ex art. 67 c.g.c. al personale ospedaliero, individuato come presunto responsabile sulla base dei dati e degli elementi di fatto disponibili. Le fattispecie attenzionate, in particolare, risultano accomunate tutte dalla circostanza che gli eventi che hanno dato luogo alle 28 condanne risarcitorie pronunciate in sede civile contro le Aziende sanitarie interessate per fatti commessi da proprio personale ospedaliero a danno di utenti del servizio sanitario regionale, accaduti antecedentemente all'entrata in vigore della c.d. Legge Gelli-Bianco (L. n. 24/2017 che ha reso non perseguibili i danni indiretti qualora il sanitario non sia stato coinvolto nel procedimento civile o nella transazione da cui è emersa la responsabilità dell'amministrazione).

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.

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

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

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

Una buona programmazione delle misure di prevenzione della corruzione all'interno del PIAO richiede che si lavori per una mappatura dei processi integrata al fine di far confluire obiettivi di performance, misure di prevenzione della corruzione e programmazione delle risorse umane e finanziarie necessarie per la loro realizzazione.

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 2022 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 particolare, l'Unità per il *Clinical Risk Management* istituita presso l'Azienda:

- 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.

Da ultimo, si segnala che ai sensi dell'art. 2, comma 5, della L. n.24 del 08/03/2017, annualmente è predisposta e pubblicata nel sito istituzionale – sezione amministrazione trasparente - una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto.

Nella stessa, sono in particolare esplicitati i risultati relativi al monitoraggio degli eventi segnalati dagli operatori alla Struttura Organizzativa Semplice *Risk Management* aziendali nell'anno di riferimento, secondo le modalità previste dalla specifica procedura di gestione degli eventi, individuando altresì le altre attività declinate nell'ambito del rischio clinico, prevalentemente incentrate sul versante della prevenzione, come la formazione e l'implementazione delle Raccomandazioni del Ministero della Salute.

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

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

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

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

Tale Commissione agisce quale organismo tecnico di supporto alla Direzione nella valutazione medico legale e legale secondo criteri predeterminati e riconosciuti applicabili alla materia e sulla base di indicazioni normative e giurisprudenziali, peraltro nella fase eventuale liquidazione si tiene conto ai fini della quantificazione di criteri determinati sulla base delle Tabelle vigenti e di quelli più applicate conformemente agli orientamenti giurisprudenziali maggioritari.

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

Nello specifico la composizione prevede una trasversalità delle competenze e collegialità nelle decisioni da assumere con presenza della componente legale, medico legale, del rischio clinico, della direzione medica e con figure esterne al fine di garantire la presenza della componente assicurativa, se presente.

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

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

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

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

2.3.5 Soggetti e ruoli della strategia di prevenzione

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

La prevenzione del rischio della corruzione e 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 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, nel rispetto altresì dei dovuti criteri e requisiti soggettivi di indipendenza e autonomia, al fine di garantirne la stabilità necessaria per mettere a frutto le competenze acquisite.

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

Pur non sussistendo una specifica struttura organizzativa di supporto del RPCT, in conformità con le indicazioni del PNA (cfr. in particolare il PNA 2022, All. 3, *Il RPCT e la struttura di supporto*), l'organizzazione aziendale permettere al RPCT di avvalersi del sostegno tematico e funzionale del personale della SO Affari Generali, Convenzioni e Ricerca – di cui lo stesso è Direttore - nonché di quello afferente ad altri uffici.

Trattasi di una integrazione funzionale dei poteri del RPCT, garantita da una collaborazione costruttiva volta alla costante informazione sugli esiti delle attività svolte, che persegue il fine di favorire la dovuta consapevolezza, in tutte le strutture organizzative, delle criticità e dei rischi corruttivi cui è esposta l'Azienda. L'atto di nomina del RPCT, infatti, attribuisce specifici poteri al RPCT, *“di interlocuzione nei confronti di tutte le strutture, sia nella fase della predisposizione del PTPCT e delle misure sia in quella del controllo sulle stesse”*.

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

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

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

Il Direttore Generale

Il Direttore Generale 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.

Anzitutto, il Nucleo è tenuto a verificare:

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

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

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

Il RPCT, successivamente alla pubblicazione dell'attestazione del Nucleo e all'invio ad ANAC, assume delle iniziative utili a superare le criticità segnalate ovvero idonee a migliorare la rappresentazione dei dati per renderli più chiari e fruibili, tra cui per esempio l'implementazione delle misure di trasparenza già adottate.

Le misure ulteriormente assunte dal RPCT saranno poi valutate da ANAC - nell'ambito dell'attività di controllo sull'operato dei RPCT - e dal Nucleo di Valutazione relativamente alle misure adottate circa la permanenza o il superamento delle criticità esposte nei documenti di attestazione (cfr. Delibera Attestazione OIV n. 201 del 13 aprile 2022).

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

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

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

- svolge i procedimenti disciplinari rientranti nell'ambito della propria competenza (art. 55 bis d.lgs. 165/2001);
- provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria (art. 20 DPR. 3/1957; art. 1, c. 1, legge 20/1994; art. 331 c.p.p.);
- cura l'esame delle segnalazioni di violazione dei Codici di Comportamento, la raccolta delle condotte illecite accertate e sanzionate, assicurando le garanzie di cui all'articolo 54-bis del decreto legislativo n. 165 del 2001.

Il Comitato Unico di Garanzia

Il Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (CUG) è costituito e operativo nell'Azienda, secondo quanto previsto dall'art. 21 del D. Lgs.

183/2010, quale organismo composto da un pari numero di componenti di nomina sindacale e di rappresentanti dell'Amministrazione.

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

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

Oltre a compiti propositivi, consultivi e di verifica, il CUG ha il compito di preparare il Piano di azioni positive, ovvero misure che mirano a rimuovere gli ostacoli alla piena ed effettiva parità di opportunità tra donne e uomini.

Il Servizio Ispettivo Aziendale

Istituito ai sensi dell'art. 1 della Legge 662/1996, il Servizio 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.

In particolare, con Determina n. 558/DG del 15 giugno 2022 è stato approvato il *Nuovo Regolamento del Servizio Ispettivo Aziendale*, che attribuisce allo stesso una attività ispettiva di tipo ordinario, consistente nella verifica a campione, con cadenza annuale e previo sorteggio, dei due anni precedenti l'estrazione - salvo che particolari esigenze di accertamento richiedano l'estensione ad un periodo maggiore - nonché un'attività di tipo straordinario, relativa ad accertamenti specifici delle posizioni di singoli soggetti, qualora formalmente richiesto dalla Direzione Generale aziendale, dal RPCT - nei limiti delle attribuzioni di cui alla Legge n.190/2012, dal Direttore/Responsabile della struttura presso cui il dipendente è assegnato ovvero da specifiche segnalazioni esterne adeguatamente motivate e contestualizzate.

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 Generali, Convenzioni e Ricerca *(nella sola ipotesi in cui il direttore non coincida con il RPCT)*
 S.O. Affari Legali e Contenzioso
 S.O. Programmazione e Controllo di Gestione
 S.O. Sistemi Informativi Aziendali
 S.O.S.D. Relazioni Interne ed esterne
 S.O.S.D. Qualità, Rischio Clinico, Innovazione Gestionale e Tecnologica
 S.O.S.D. Servizio di Prevenzione e Protezione
 S.O. Direzione Medica Ospedaliera (D.M.O.)
 S.O.D. Farmacia

I Dirigenti Referenti sono tenuti a trasmettere, semestralmente (entro il 31 maggio e 30 novembre di ogni anno), una relazione dettagliata e sotto forma di schema 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.

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

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

- procedura per la gestione delle violazioni;
- procedura per la gestione dei diritti dell'interessato;

- procedura per il trattamento dei dati genetici e per ricerca scientifica;
- linee operative in materia di trattamento di dati personali negli studi clinici;
- informative per specifiche finalità ed istruzioni per i designati e autorizzati.

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

Posto che il Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 ha introdotto la figura del Responsabile della protezione dei dati (artt. 37-39) e previsto l’obbligo per il titolare o il responsabile del trattamento di designazione dello stesso “quando il trattamento è effettuato da un’autorità pubblica o da un organismo pubblico (...)”, potendo lo stesso essere un dipendente aziendale, individuato “in funzione delle qualità professionali, in particolare della conoscenza specialistica della normativa e delle prassi in materia di protezione dei dati e della capacità di assolvere i compiti di cui all’articolo 39” nonché con un livello di conoscenza specialistica determinato in base ai trattamenti di dati effettuati e alla protezione richiesta in concreto per i dati personali trattati, l’Azienda - con Determina n. 240/DG del 22.3.2018 - ha provveduto alla designazione di tale figura, individuando un soggetto interno e garantendo che lo stesso eserciti le proprie funzioni in autonomia e indipendenza e in particolare, non assegnando compiti che risultino in contrasto o conflitto di interesse con l’attività di riferimento.

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

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

2.3.6 Mappatura dei rischi: aree, processi e metodologia utilizzata

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

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

Per la mappatura è fondamentale 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. Infatti, i dirigenti delle S.O. individuate al succitato articolo 5, ai sensi dell’art. 16 co. 1-bis, del 165/2001, lettera l-ter), forniscono le informazioni richieste dal soggetto competente per l’individuazione delle attività nell’ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione, e formulano all’uopo specifiche proposte volte alla prevenzione del rischio medesimo; all’interno di questo sistema anche tutti i dipendenti, ai sensi dell’art. 8 del D.P.R. 62/2013, prestano collaborazione al responsabile della

prevenzione della corruzione. La mancata collaborazione può altresì essere considerata dal RPCT in fase di valutazione del rischio, in quanto eventuali resistenze a fornire il supporto richiesto potrebbe nascondere situazioni di criticità.

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

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

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

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.

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

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

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

Il Piano Nazionale Anticorruzione 2022 (PNA), approvato dall'ANAC con Delibera n. 7 del 17 gennaio 2023, confermando l'opportunità di sviluppare progressivamente la mappatura verso tutti i processi svolti dalle amministrazioni, ha raccomandato una semplificazione della mappatura dei processi, quale parte fondamentale dell'analisi di contesto interno, avvalorando la necessità di procedere gradualmente alla descrizione dei processi (partendo in via prioritaria dagli elementi di base: finalità, attività che compongono il processo e responsabilità complessiva del processo) per poi aggiungere, in sede di aggiornamento dello strumento programmatico (sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO), ulteriori elementi di descrizione.

L'attività di rilevazione dei processi aziendali, pertanto, 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).

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 nelle relazioni semestrali da redigere.

Rotazione dei dipendenti

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

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

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)

Premesso che - come anticipato in sede di valutazione del contesto normativo esterno di riferimento - il Consiglio dei Ministri, in data 9.12.2022 ha approvato lo schema di decreto legislativo per il recepimento della Direttiva UE 1937/2019 in materia di whistleblowing (la cui disciplina è comunque attualmente contenuta nella legge 179/2017), volta al potenziamento del sistema di tutela del segnalante su scala comunitaria, la cui bozza è stata sottoposta al vaglio delle competenti commissioni parlamentari che dovranno esprimere i propri pareri entro il 19 gennaio 2023, si rappresenta che, quale 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), 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 ¹	
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	<input type="checkbox"/> IN UFFICIO (indicare denominazione e indirizzo della struttura) <input type="checkbox"/> ALL'ESTERNO DELL'UFFICIO (indicare luogo ed indirizzo)
RITENGO CHE LE AZIONI OD OMISSIONI COMMESSE O TENTATE ²	<input type="checkbox"/> siano penalmente rilevanti; <input type="checkbox"/> siano poste in essere in violazione del Codice di Comportamento o di altre disposizioni sanzionabili in via disciplinare; <input type="checkbox"/> siano suscettibili di arrecare un pregiudizio patrimoniale all'azienda o altro ente pubblico; <input type="checkbox"/> siano suscettibili di arrecare un pregiudizio all'immagine dell'amministrazione; <input type="checkbox"/> violino le norme ambientali o di sicurezza sul lavoro; <input type="checkbox"/> costituiscano un caso di malagestione delle risorse pubbliche (sprechi, mancato rispetto dei termini procedurali, ecc.); <input type="checkbox"/> costituiscano una misura discriminatoria nei confronti del dipendente che ha segnalato l'illecito; <input type="checkbox"/> altro (specificare)

¹Qualora 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.

²La segnalazione non riguarda rimostranze di carattere personale del segnalante o richieste che attengono 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 ³	1..... 2..... 3.....
ALTRI EVENTUALI SOGGETTI A CONOSCENZA DEL FATTO E/O IN GRADO DI RIFERIRE SUL MEDESIMO	1..... 2..... 3.....
EVENTUALI SOGGETTI PRIVATI COINVOLTI	1..... 2..... 3.....
EVENTUALI IMPRESE COINVOLTE	1..... 2..... 3.....
HO GIÀ SEGNALATO IL FATTO A	<input type="checkbox"/> Corte dei Conti <input type="checkbox"/> Autorità giudiziaria
EVENTUALI ALLEGATI A SOSTEGNO DELLA SEGNALAZIONE	1..... 2..... 3.....

LUOGO E DATA

FIRMA

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

⁴Indicare 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 - e in tempo utile per la trattazione della pratica o lo svolgimento dell'attività - specificando le ragioni, con dichiarazione scritta da inviarsi al proprio Responsabile che decide sull'astensione, fornendo una risposta scritta tempestiva. Tale comunicazione è tutelata da riservatezza.

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

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

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

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

Svolgimento di incarichi extra-istituzionali

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

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

Sono stati quindi predisposti due modelli da utilizzare:

- a) Modulo di autorizzazione nel caso di incarichi retribuiti anche occasionali, conferiti da soggetti pubblici o privati, per i quali è previsto sotto qualsiasi forma un compenso;
- b) Modulo di comunicazione relativo alle seguenti fattispecie:
 - ✓ collaborazione a giornali, riviste, enciclopedie esimili;
 - ✓ utilizzazione economica da parte dell'autore o inventore di opere dell'ingegno e di invenzioni industriali;
 - ✓ partecipazione a convegni e seminari;
 - ✓ incarichi per i quali è corrisposto solo il rimborso delle spese documentate;
 - ✓ incarichi per lo svolgimento dei quali il dipendente è posto in posizione di aspettativa, di comando o di fuori ruolo;
 - ✓ incarichi conferiti dalle organizzazioni sindacali ai dipendenti presso le stesse distaccati o in aspettativa non retribuita;
 - ✓ attività di formazione diretta ai dipendenti della pubblica amministrazione;
 - ✓ attività di docenza;
 - ✓ attività di ricerca scientifica;

- ✓ perizie/consulenze tecniche d'ufficio rese all'autorità giudiziaria nell'ambito di un procedimento penale, o di un giudizio civile limitatamente alle cause di interdizione e inabilitazione su istanza del P.M.;
- ✓ attività a titolo gratuito nell'ambito di società e associazioni sportive dilettantistiche;
- ✓ incarichi a titolo gratuito che il dipendente è chiamato a svolgere in considerazione della professionalità che lo caratterizza all'interno dell'Azienda.

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

La procedura codificata di rilascio dell'autorizzazione allo svolgimento di incarichi extra istituzionali da parte del personale dipendente dell'Azienda che abbiano carattere di occasionalità e temporaneità e che non siano ricompreso nei doveri di ufficio - predisposta in base al vigente Regolamento - è stata ulteriormente messa a punto mediante la creazione di apposita casella di posta elettronica dedicata a cui trasmettere le richieste di autorizzazione di cui trattasi ed il conseguente aggiornamento dei moduli di richiesta già esistenti.

L'Azienda, inoltre, in attuazione al Piano Nazionale Anticorruzione anno 2016, ha previsto, tramite l'adozione di un'apposita procedura amministrativa, le misure per la gestione dei conflitti nei processi di *Procurament* in sanità, in un'ottica di risposta alle situazioni che possono generare conflitti anche potenziali di interessi tra i professionisti interni e gli operatori economici, in un quadro regolamentare chiaro e trasparente.

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

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

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

Il controllo deve essere effettuato:

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

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

L'Azienda dall'anno 2016 ha inserito espressamente le cause di incompatibilità nelle procedure per l'attribuzione degli incarichi e ha vigilato affinché i soggetti interessati rendessero la dichiarazione di insussistenza delle cause di incompatibilità all'atto del conferimento dell'incarico e nel corso del rapporto, impegno che proseguirà anche per il triennio 2023-2025.

L'Azienda prende atto, inoltre, della interpretazione fornita dall'A.N.A.C. ferme restando tutte le altre disposizioni (e relativi adempimenti e responsabilità) in materia di incompatibilità per il personale del SSN dettate da disposizioni diverse nonché le disposizioni di cui al D.P.R. n. 62/2013 e dal Codice di comportamento aziendale e provvede a verificare l'insussistenza delle cause specifiche di 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.

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

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

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

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

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

È stata pertanto adottata la clausola di *pantouflage* o *revolving doors* come prevista dalla predetta disposizione legislativa, quale strumento di adesione volontaria ai principi etici di legalità, volto a rafforzare il vincolo di collaborazione alla legalità tra l'amministrazione aggiudicatrice e i partecipanti privati nell'ambito dell'affidamento di incarichi e di appalti pubblici e tale misura concreta di prevenzione viene mantenuta anche per il triennio 2023-2025.

In particolare, la suddetta clausola viene inserita:

- ✓ nei contratti di lavoro individuale del personale, al fine di vietare al dipendente/prestatore d'opera di prestare attività lavorativa durante i tre anni successivi alla cessazione del rapporto con l'Azienda, per conto di destinatari di provvedimenti adottati o contratti stipulati con l'apporto decisionale del soggetto stesso;
- ✓ nei bandi di gara o negli atti o negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, sia inserita la condizione soggettiva di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto.

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

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

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

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

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

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

Ai fini dell’applicazione degli artt. 35 bis del d.lgs. n. 165 del 2001 e dell’art. 3 del d.lgs. n. 39 del 2013, le pubbliche amministrazioni di cui all’art. 1, comma 2, del d.lgs. n. 165 del 2001, 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'espresso impegno anti-corrruzione di non offrire, accettare o richiedere somme di denaro o qualsiasi altra ricompensa, vantaggio o beneficio, sia direttamente che indirettamente tramite intermediari, al fine dell'assegnazione del contratto e/o al fine di distorcerne la relativa corretta esecuzione. Si tratta di uno strumento volto a rafforzare l'osservanza di comportamenti già doverosi nel settore degli affidamenti pubblici che svolge una funzione moralizzatrice sia nei confronti dei concorrenti, sia nei confronti dell'amministrazione, attraverso il rafforzamento della cultura della buona amministrazione e del senso di responsabilità.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Monitoraggio del rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti

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

Codice di comportamento e Regolamento disciplinare.

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

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

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

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

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	Valutazione del rischio	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 protocollazione, fascicolazione e conservazione degli atti e dei documenti. Mancato smistamento e assegnazione delle pratiche con data certa e conseguente non tempestività dello svolgimento delle stesse	Predisposizione e aggiornamento del Manuale di Gestione, Conservazione e Scarto dei documenti - Diffusione a livello aziendale, anche tramite disposizioni e circolari interne.
		2.Registrazione del Protocollo della posta in entrata ed in uscita e relativa fascicolazione ai fini della corretta conservazione degli atti e dei documenti, nelle modalità previste dal regolamento interno.				

AREA DI RISCHIO: GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA

Responsabilità	Processo	Attività	Soggetti coinvolti	Valutazione del rischio	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	Valutazione del rischio	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	Valutazione del rischio	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	Valutazione del rischio	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 distorsivi 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.

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

Responsabilità	Processo	Attività	Soggetti coinvolti	Valutazione del rischio	Rischio	Misure di Prevenzione
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 programmatoria; 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 pubblicizzazione e verbalizzazione delle fasi della procedura; acquisizione di dichiarazioni di assenza di conflitto di interesse, cause incompatibilità e inconfiribilità; 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 profittando 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 pubblicizzazione e verbalizzazione delle fasi della procedura; acquisizione di dichiarazioni di assenza di conflitto di interesse, cause incompatibilità e inconfiribilità; 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.
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 inconfiribilità. 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	Valutazione del rischio	Rischio	Misure di Prevenzione
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	Valutazione del rischio	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.
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	Valutazione del rischio	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
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 inconfiribilità, 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 DGRMJ 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.

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

Responsabilità	Processo	Attività	Soggetti coinvolti	Valutazione del rischio	Rischio	Misure di Prevenzione
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 tempo determinato 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	Valutazione del rischio	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 presenze 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 autorizzati 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
	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, Prooste di aggiornamento del vigente regolamento sui contratti di lavoro flessibile

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

Responsabilità	Processo	Attività	Soggetti coinvolti	Valutazione del rischio	Rischio	Misure di Prevenzione
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.
	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)
Direttore S.O. Gestione del personale.	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.
	Gestione del personale	14. Gestione del piano di formazione aziendale, delle attività formative e sistema regionale ECM.	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	Valutazione del rischio	Rischio	Misure di Prevenzione
Direttore S.O. Affari Generali, Convenzioni e Ricerca.	Gestione delle attività ricollegate alle sperimentazioni cliniche (profit e no-profit)	1. Gestione giuridica ed economica dell'attività di Sperimentazione Clinica mediante negoziazione e successiva sottoscrizione di specifici accordi con i Promotori delle sperimentazioni da attivarsi presso l'Azienda.	Personale della struttura complessa		1. Mancata osservanza delle regole specifiche per l'esercizio dell'attività di sperimentazione clinica inerenti gli orari di attività, la copertura assicurativa, la riscossione degli introiti, l'esistenza di costi aziendali aggiuntivi, la retrocessione degli onorari; inizio di attività senza validazione del Comitato Etico.	Miglioramento dei controlli sugli orari di attività e controlli a campione sulla corrispondenza tra clausole contrattuali economiche e attività effettivamente resa.
		2. Implementazione nella piattaforma documentale del CERM delle funzioni relative al budget/fatturazione delle sperimentazioni cliniche.			6. Danno erariale per mancato incasso di entrate da sperimentazione clinica	Utilizzo modulo budget/fatturazione nelle fasi di gestione giuridica e amministrativa delle sperimentazioni cliniche
Direttore S.O. Affari Generali, Convenzioni e Ricerca.	Gestione giuridica ed economica dei progetti di ricerca	3. Espletamento delle attività prodromiche all'avvio di progetti di ricerca, tramite la preparazione della documentazione necessaria per la presentazione delle proposte progettuali in risposta a specifici bandi emanati a livello regionale, nazionale o comunitario	Personale della struttura complessa		3. Assunzione spesa senza idonea copertura economica Coinvolgimento personale già rendicontato in altri progetti Realizzazione spese non rendicontabili	Approvazione del regolamento di ricerca in cui saranno dettagliate le procedure descritte.
		4. Raccolta della documentazione giustificativa (es: fatture, ordinativi di pagamento, cartellini, cedolini, etc.) e predisposizione, nelle modalità indicate da ciascun bando, della documentazione utile per la rendicontazione delle attività progettuali.			4. Registrazione dei costi non correlati al finanziamento	Approvazione del regolamento di ricerca in cui saranno dettagliate le procedure descritte. Previsione di controlli periodici rapportati e parametrati alle scadenze progettuali. Miglioramento della comunicazione tra referenti amministrativi e componente scientifica al fine di evitare un'imputazione errata dei costi.
Direttore S.O. Affari Generali, Convenzioni e Ricerca.	Gestione giuridica ed economica degli accordi con altri Enti pubblici e/o privati, italiani ed Esteri	5. Attività di negoziazione e successiva sottoscrizione di accordi con altri Enti pubblici e/o privati, italiani ed esteri	Personale della struttura complessa		5. Assunzione spesa senza idonea copertura economica	Approvazione del regolamento di ricerca in cui saranno dettagliate le procedure descritte.
		6. Fatturazione passiva delle prestazioni rese dalle singole Strutture aziendali nell'ambito delle attività di sperimentazione clinica.			2. Errata liquidazione degli importi fatturati. Riconoscimento di prestazioni improprie o sovrastimate.	Verifica della corrispondenza della prestazione resa con l'incarico conferito, nonché della documentazione prodotta ai fini della rendicontazione delle prestazioni.

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

Responsabilità	Processo	Attività	Soggetti coinvolti	Valutazione del rischio	Rischio	Misure di Prevenzione
Direttore S.O. Affari Generali, Convenzioni e Ricerca.	Gestione del Protocollo aziendale	7.Supervisione e coordinamento del sistema di protocollazione aziendale nei modi previsti dal Manuale di gestione, conservazione e scarto aziendale.	Personale della struttura complessa		7.Mancata protocollazione, fascicolazione e conservazione degli atti e dei documenti. Mancato smistamento delle pratiche con data certa e conseguente non tempestività dello svolgimento delle stesse	Predisposizione e aggiornamento del Manuale di Gestione, Conservazione e Scarto dei documenti - Diffusione a livello aziendale, anche tramite disposizioni e circolari interne.
	Gestione Albo Pretorio aziendale	8.Gestione e tenuta dell'Albo pretorio e delle attività di pubblicazione degli atti e dei provvedimenti aziendali.	Personale della struttura complessa		8. Mancata o non corretta pubblicazione degli atti e dei provvedimenti aziendali.	Monitoraggio quotidiano dell'Albo pretorio aziendale
	Gestione proposte donazioni in denaro	9.Gestione della fase di istruttoria e di accettazione in merito alle proposte di donazione in denaro avanzate da soggetti privati in favore dell'Azienda	Personale della struttura complessa		Mancata osservanza del regolamento aziendale vigente	Espletamento della corretta istruttoria in conformità al Regolamento Aziendale, o alle procedure in essere, finalizzata alla verifica della sussistenza delle condizioni previste dalla procedura P.A.C., previa acquisizione dei pareri positivi necessari.

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

Responsabilità	Processo	Attività	Soggetti coinvolti	Valutazione del rischio	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	Valutazione del rischio	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 Prevenzione 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 Prevenzione 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, mancata aggiornamento registro informatico, mancata 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: STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE						
Responsabilità	Processo	Attività	Soggetti coinvolti	Valutazione del rischio	Rischio	Misure di Prevenzione
S.O.S.D. Relazioni Interne ed Esterne	Gestione dei Reclami	Gestione delle pratiche relative ad esposti, segnalazioni e reclami in riferimento ad atti o comportamenti che, a giudizio degli utenti, hanno posto ostacoli alla fruibilità delle prestazioni erogate dall'Azienda, in osservanza del vigente Regolamento aziendale di pubblica tutela	Personale della struttura semplice dipartimentale		Mancata rispondenza alle disposizioni previste dal regolamento ed eventuale attività non attinente alla struttura. Mancata assegnazione della pratica e conseguente mancato rispetto dei termini previsti dal regolamento. Mancata chiusura della pratica nei tempi previsti in assenza di motivi che consentano il differimento.	Controllo mensile dello stato delle pratiche. Monitoraggio sull'assegnazione delle pratiche. Verifica quindicinale delle pratiche inserite nel database
	Realizzazione della Carta dei Servizi	Redazione e aggiornamento della Carta dei Servizi con contestuale raccolta delle informazioni presso le varie Strutture aziendali. Predisposizione della Carta dei Servizi in PDF formato aperto.	Personale della struttura semplice dipartimentale		Mancata pubblicazione degli aggiornamenti od ostensione del documento in modalità modificabile.	Monitoraggio a campione degli aggiornamenti e della documentazione pubblicata.
AREA DI RISCHIO: LISTE DI ATTESA E DECESSI IN AMBITO INTRA-OSPEDALIERO						
Responsabilità	Processo	Attività	Soggetti coinvolti	Valutazione del rischio	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.

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

Responsabilità	Processo	Attività	Soggetti coinvolti	Valutazione del rischio	Rischio	Misure di Prevenzione
Direttore S.O. Direzione Medica Ospedaliera	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.
	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 Chirurgi Aziendale, ispirato alle linee guida di riferimento.	Verifica periodica della corretta classificazione della casistica secondo criteri condivisi con il gruppo miglioramento chirurgi

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

Responsabilità	Processo	Attività	Soggetti coinvolti	Valutazione del rischio	Rischio	Misure di Prevenzione
Direttore S.O. Direzione Medica Ospedaliera	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 2022 riconferma la trasparenza come una delle principali misure generali di prevenzione della corruzione.

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

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

In particolare, digitalizzazione e trasparenza di una pubblica amministrazione sono direttamente proporzionali in quanto un'amministrazione digitale è indiscutibilmente 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'atto organizzativo fondamentale dei flussi informativi deve riportare i nominativi dei soggetti responsabili di ciascuna delle fasi di reperimento, individuazione, elaborazione e pubblicazione dei dati.

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

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

Inoltre vengono 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 - sotto forma di schema - sui controlli effettuati da trasmettere, con termine semestrale (entro il 31 maggio e 30 novembre di ogni anno), al Responsabile aziendale della Trasparenza, avendo cura di evidenziare:

- ✓ Tipologie e criteri di controllo delle dichiarazioni sostitutive utilizzati;
- ✓ Modalità di acquisizione dei dati e delle informazioni (controllo diretto o indiretto);
- ✓ Numero di controlli puntuali/a campione/a tappeto effettuati;

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

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

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

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

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

1. esposizione in tabelle dei dati oggetto di pubblicazione: l'utilizzo, ove possibile, delle tabelle per l'esposizione sintetica dei dati, documenti ed informazioni aumenta, infatti, il livello di comprensibilità e di semplicità di consultazione dei dati, assicurando agli utenti della sezione "Amministrazione trasparente" la possibilità di reperire informazioni chiare e immediatamente fruibili;
2. indicazione della data di aggiornamento del dato, documento ed informazione: 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.

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 elaborazione, trasmissione e pubblicazione dati	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termine di scadenza per la pubblicazione	Monitoraggio- Tempistiche e individuazione del soggetto responsabile
Disposizioni generali	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile Prevenzione della Corruzione e Trasparenza	RPCT	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013, Art. 6, co. 4, d.l. n. 80/2021	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) (link alla sotto-sezione Altri contenuti/ Anticorruzione)	Annuale	entro i termini previsti dalla normativa vigente e comunque non oltre i 15 giorni dall'adozione	Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori
	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)	entro eventuali termini previsti dalla normativa vigente e comunque non oltre i 20 giorni dall'adozione/approvazione/predisposizione	Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori
					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)		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori
					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)		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori
					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)		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori
			Responsabile Prevenzione della Corruzione e Trasparenza	RPCT	Art. 55, c. 2, d.lgs. n. 165/2001 Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Codice disciplinare e codice di condotta	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) Codice di condotta inteso quale codice di comportamento	Tempestivo	Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori
	Oneri informativi per cittadini e imprese	non di pertinenza dell'AOU	-		Art. 12, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Scadenario obblighi amministrativi	Scadenario con l'indicazione delle date di efficacia dei nuovi obblighi amministrativi a carico di cittadini e imprese introdotti dalle amministrazioni secondo le modalità definite con DPCM 8 novembre 2013	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 elaborazione, trasmissione e pubblicazione dati	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termine di scadenza per la pubblicazione	Monitoraggio- Tempistiche e individuazione del soggetto responsabile
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	Titolari di incarichi politici di cui all'art. 14, co. 1, del dlgs n. 33/2013 (da pubblicare in tabelle)	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		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. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		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. 2, c. 1, punto 1, 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 dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico		
				Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		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. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013	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 elaborazione, trasmissione e pubblicazione dati	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termine di scadenza per la pubblicazione	Monitoraggio- Tempistiche e individuazione del soggetto responsabile
Organizzazione	Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	S.O. Affari Generali Convenzioni e Ricerca	Direttore SO Affari Generali, Convenzioni e Ricerca	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)	entro eventuali termini previsti dalla normativa vigente e comunque non oltre i 20 giorni dall'adozione/approvazione/predisposizione	Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori
				Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori
				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)		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori
				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)		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori
				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)		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori
				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)		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori
				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 scadenza)		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori
				Art. 14, c. 1, lett. f), 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 dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori
				Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 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 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)		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori
Art. 14, c. 1, lett. f), 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	Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori						

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 elaborazione, trasmissione e pubblicazione dati	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termine di scadenza per la pubblicazione	Monitoraggio- Tempistiche e individuazione del soggetto responsabile
Organizzazione	Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	S.O. Gestione del Personale	Direttore S.O. Gestione del Personale	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	entro eventuali termini previsti dalla normativa vigente e comunque non oltre i 20 giorni dall'adozione/approvazione/predisposizione	Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori
				Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Nessuno		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori
				Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori
				Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori
				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		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori
				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		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori
				Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 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		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori
				Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 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		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori
Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982	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'incarico).	Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori						

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 elaborazione, trasmissione e pubblicazione dati	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termine di scadenza per la pubblicazione	Monitoraggio- Tempistiche e individuazione del soggetto responsabile	
Organizzazione	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Responsabile Prevenzione della Corruzione e Trasparenza	RPCT	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 nonchè tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	entro eventuali termini previsti dalla normativa vigente e comunque non oltre i 20 giorni dall'adozione/approvazione/predisposizione	Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori	
	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)			
	Articolazione degli uffici	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)		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori
		S.O. Gestione del Personale - S.O. Affari Generali Convenzioni e Ricerca - S.O. Programmazione e controllo di gestione	Direttori S.O. Gestione del Personale - S.O. Affari Generali Convenzioni e Ricerca - S.O. Programmazione e controllo di gestione		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)	entro eventuali termini previsti dalla normativa vigente e comunque non oltre i 20 giorni dall'adozione/approvazione/predisposizione	Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori
							Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori
	Telefono e posta elettronica	S.O.S.D. Relazioni interne e Esterne	Responsabile S.O.S.D. Relazioni interne e Esterne		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)	entro eventuali termini previsti dalla normativa vigente e comunque non oltre i 20 giorni dall'adozione/approvazione/predisposizione	Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori

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 elaborazione, trasmissione e pubblicazione dati	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termine di scadenza per la pubblicazione	Monitoraggio- Tempistiche e individuazione del soggetto responsabile
Consulenti e collaboratori	Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	S.O. Gestione del Personale - S.O. Affari Generali Convenzioni e Ricerca	Direttori S.O. Gestione del Personale - S.O. Affari Generali Convenzioni e Ricerca	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)	entro eventuali termini previsti dalla normativa vigente e comunque non oltre i 20 giorni dall'adozione/approvazione/predisposizione	Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori
						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)		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori
				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)		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori
				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)		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori
				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)		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori
				Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Attestazione dell'avenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse	Tempestivo		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori

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 elaborazione, trasmissione e pubblicazione dati	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termine di scadenza per la pubblicazione	Monitoraggio- Tempistiche e individuazione del soggetto responsabile
Personale	Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice	S.O. Affari Generali Convenzioni e Ricerca	Direttore SO Affari Generali, Convenzioni e Ricerca	Incarichi amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle)		Per ciascun titolare di incarico:			
					Art. 14, c. 1, lett. a) 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)	entro eventuali termini previsti dalla normativa vigente e comunque non oltre i 20 giorni dall'adozione/approvazione/predisposizione	Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori
					Art. 14, c. 1, lett. b) 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)		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori
					Art. 14, c. 1, lett. c) 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)		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori
					Art. 14, c. 1, lett. d) 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)		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori
					Art. 14, c. 1, lett. e) 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)		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori
					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)		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori
					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).		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori
					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: 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		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori
					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		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori
Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori					
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)		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori					
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)		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori					

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 elaborazione, trasmissione e pubblicazione dati	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termine di scadenza per la pubblicazione	Monitoraggio- Tempistiche e individuazione del soggetto responsabile	
Personale	Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	S.O. Gestione del Personale	Direttore S.O. Gestione del Personale			Per ciascun titolare di incarico:				Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori
				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	Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori	
				Art. 14, c. 1, lett. b) 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)		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori	
				Art. 14, c. 1, lett. c) 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)		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori	
				Art. 14, c. 1, lett. d) 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)		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori	
				Art. 14, c. 1, lett. e) 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)		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori	
				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)		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori	
				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	(da pubblicare in tabelle che distinguono le seguenti situazioni: dirigenti, dirigenti individuati discrezionalmente, titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali)	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).	entro eventuali termini previsti dalla normativa vigente e comunque non oltre i 20 giorni dall'adozione/approvazione/predisposizione	Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori	
				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		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori	
				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		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori	
				Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori	
				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)		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori	
				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)		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori	
				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		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori	
Art. 1, c. 7, d.p.r. n. 108/2004	Ruolo dirigenti	Ruolo dei dirigenti	Annuale		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori					

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 elaborazione, trasmissione e pubblicazione dati	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termine di scadenza per la pubblicazione	Monitoraggio- Tempistiche e individuazione del soggetto responsabile	
Personale	Dirigenti cessati	S.O. Gestione del Personale	Direttore S.O. Gestione del Personale	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	entro eventuali termini previsti dalla normativa vigente e comunque non oltre i 20 giorni dall'adozione/approvazione/predisposizione	Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori	
				Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Nessuno		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori	
				Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori	
				Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori	
				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		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori	
				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		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori	
				Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 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		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori	
				Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982		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 dell'incarico).		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori	
Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Responsabile Prevenzione della Corruzione e Trasparenza	RPCT	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)	entro eventuali termini previsti dalla normativa vigente e comunque non oltre i 20 giorni dall'adozione/approvazione/predisposizione	Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori		

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 elaborazione, trasmissione e pubblicazione dati	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termine di scadenza per la pubblicazione	Monitoraggio- Tempistiche e individuazione del soggetto responsabile
Personale	Posizioni organizzative	S.O. Gestione del Personale	Direttore S.O. Gestione del Personale	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)	entro eventuali termini previsti dalla normativa vigente e comunque non oltre i 20 giorni dall'adozione/approvazione/predisposizione	Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri
	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)		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori
				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)		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori
				Personale non a tempo indeterminato	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)		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori
	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)		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori
	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)		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori
	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)		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori
	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)		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori
				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)		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori
	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)		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori
				Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Curricula	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori
				Par. 14.2, delib. CIVIT n. 12/2013		Compensi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori

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 elaborazione, trasmissione e pubblicazione dati	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termine di scadenza per la pubblicazione	Monitoraggio- Tempistiche e individuazione del soggetto responsabile			
Bandi di concorso		S.O. Gestione del Personale	Direttore S.O. Gestione del Personale	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 nonché i criteri di valutazione della Commissione e le tracce delle prove scritte	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	entro eventuali termini previsti dalla normativa vigente e comunque non oltre i 20 giorni dall'adozione/approvazione/predisposizione	Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori			
Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	S.O. Programmazione e Controllo di Gestione	Direttore S.O. Programmazione e Controllo di Gestione	Par. 1, delib. CiVIT 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	entro eventuali termini previsti dalla normativa vigente e comunque non oltre i 20 giorni dall'adozione/approvazione/predisposizione	Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori			
	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)		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori			
	Relazione sulla Performance			Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori					
	Ammontare complessivo dei premi		S.O. Gestione del Personale	Direttore S.O. Gestione del Personale	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)	entro eventuali termini previsti dalla normativa vigente e comunque non oltre i 20 giorni dall'adozione/approvazione/predisposizione	Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori		
						(da pubblicare in tabelle)	Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori		
	Dati relativi ai premi						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)	entro eventuali termini previsti dalla normativa vigente e comunque non oltre i 20 giorni dall'adozione/approvazione/predisposizione	Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori
									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)		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori
									Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori

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 elaborazione, trasmissione e pubblicazione dati	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termine di scadenza per la pubblicazione	Monitoraggio- Tempistiche e individuazione del soggetto responsabile
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:			
						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 insussistenza di una delle cause di inconfirmità dell'incarico (link al sito dell'ente)
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)	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 elaborazione, trasmissione e pubblicazione dati	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termine di scadenza per la pubblicazione	Monitoraggio- Tempistiche e individuazione del soggetto responsabile	
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)			
				Art. 22, c. 2, 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 inconfiribilità dell'incarico (link al sito dell'ente)	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 (link al sito dell'ente)	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 elaborazione, trasmissione e pubblicazione dati	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termine di scadenza per la pubblicazione	Monitoraggio- Tempistiche e individuazione del soggetto responsabile
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)		
						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 inconferibilità dell'incarico (link al sito dell'ente)	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 (link al sito dell'ente)	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)		

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 elaborazione, trasmissione e pubblicazione dati	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termine di scadenza per la pubblicazione	Monitoraggio- Tempistiche e individuazione del soggetto responsabile
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 Informativo Aziendale -	Direttori 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 -	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)	entro eventuali termini previsti dalla normativa vigente e comunque non oltre i 20 giorni dall'adozione/approvazione/predisposizione	Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori
	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)		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori

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 elaborazione, trasmissione e pubblicazione dati	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termine di scadenza per la pubblicazione	Monitoraggio- Tempistiche e individuazione del soggetto responsabile
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)	entro eventuali termini previsti dalla normativa vigente e comunque non oltre i 20 giorni dall'adozione/approvazione/predisposizione	Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori
				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)		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori
					Per ciascun atto:		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori		
	Art. 27, c. 1, lett. a), 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)	Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori		
	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)	Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori		
	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)	Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori		
	Art. 27, c. 1, lett. d), 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)	Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori		
	Art. 27, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013				5) modalità seguita per l'individuazione del beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori		
	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)	Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori		
	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)	Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori		
			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)	Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori		

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 elaborazione, trasmissione e pubblicazione dati	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termine di scadenza per la pubblicazione	Monitoraggio- Tempistiche e individuazione del soggetto responsabile	
Bilanci	Bilancio preventivo e consuntivo	S.O. Gestione Economico Finanziaria	Direttore S.O. Gestione Economico Finanziaria	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)	entro eventuali termini previsti dalla normativa vigente e comunque non oltre i 20 giorni dall'adozione/approvazione/predisposizione	Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori	
				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)		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori	
				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)		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori	
				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)		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori	
	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 dlgs n. 91/2011 - Art. 18-bis del dlgs 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)		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori	
Beni immobili e gestione patrimonio	Patrimonio immobiliare	S.O. Gestione Attività Edili e Impianti - S.O.S. Nuove Opere	Direttori S.O. Gestione Attività Edili e Impianti e Responsabile S.O.S. Nuove Opere	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)	entro eventuali termini previsti dalla normativa vigente e comunque non oltre i 20 giorni dall'adozione/approvazione/predisposizione	Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori	
	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)		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori	

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 elaborazione, trasmissione e pubblicazione dati	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termine di scadenza per la pubblicazione	Monitoraggio- Tempistiche e individuazione del soggetto responsabile	
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	Direttore SO Affari Generali, Convenzioni e Ricerca	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 A.N.AC.	entro eventuali termini previsti dalla normativa vigente e comunque non oltre i 20 giorni dall'adozione/approvazione/predisposizione	Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori	
						Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori	
						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		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori	
						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)		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori	
	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)		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori	
	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)	Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori
Servizi erogati	Carta dei servizi e standard di qualità	S.O.S.D. Relazioni interne e Esterne	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)	entro eventuali termini previsti dalla normativa vigente e comunque non oltre i 20 giorni dall'adozione/approvazione/predisposizione	Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori	
	Class action	Responsabile Prevenzione della Corruzione e Trasparenza	RPCT	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	entro eventuali termini previsti dalla normativa vigente e comunque non oltre i 20 giorni dall'adozione/approvazione/predisposizione	Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori	
						Sentenza di definizione del giudizio	Tempestivo		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori	
						Misure adottate in ottemperanza alla sentenza	Tempestivo		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori	
	Costi contabilizzati	S.O. Programmazione e Controllo di Gestione	Direttore S.O. Programmazione e Controllo di Gestione	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)	entro eventuali termini previsti dalla normativa vigente e comunque non oltre i 20 giorni dall'adozione/approvazione/predisposizione	Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori	
	Liste di attesa	SOSD Relazioni Interne ed Esterne	Responsabile SOSD Relazioni Interne ed Esterne	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)	entro eventuali termini previsti dalla normativa vigente e comunque non oltre i 20 giorni dall'adozione/approvazione/predisposizione	Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori	
	Servizi in rete				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, fruibilità, accessibilità e tempestività, statistiche di utilizzo dei servizi in rete.	Tempestivo	entro eventuali termini previsti dalla normativa vigente e comunque non oltre i 20 giorni dall'adozione/approvazione/predisposizione	Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori

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 elaborazione, trasmissione e pubblicazione dati	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termine di scadenza per la pubblicazione	Monitoraggio- Tempistiche e individuazione del soggetto responsabile	
Pagamenti dell'amministrazione	Dati sui pagamenti	S.O. Gestione Economico Finanziaria	Direttore S.O. Gestione Economico Finanziaria	Art. 4-bis, c. 2, dlgs 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 semestrale)	entro eventuali termini previsti dalla normativa vigente e comunque non oltre i 20 giorni dall'adozione/approvazione/predisposizione	Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori	
	Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale			Art. 41, c. 1-bis, dlgs. 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)		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori	
	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)		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori	
					Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	Trimestrale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori	
	IBAN e pagamenti informatici			Art. 36, dlgs. 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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori	
Opere pubbliche	Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici	S.O. Gestione Attività Edili e Impianti - S.O.S. Nuove Opere	Direttori S.O. Gestione Attività Edili e Impianti e Responsabile S.O.S. Nuove Opere	Art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni reali 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)	entro eventuali termini previsti dalla normativa vigente e comunque non oltre i 20 giorni dall'adozione/approvazione/predisposizione	Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori	
	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)		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori	
	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)		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori	
				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 d'intesa con	Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori	
Pianificazione e governo del territorio		non di pertinenza dell'AOU		Art. 39, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		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	Pianificazione e governo del territorio (da pubblicare in tabelle)	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 elaborazione, trasmissione e pubblicazione dati	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termine di scadenza per la pubblicazione	Monitoraggio- Tempistiche e individuazione del soggetto responsabile
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:	Tempestivo (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	Tempestivo (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	Tempestivo (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	Tempestivo (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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
					Relazioni sull'attuazione della legislazione	5) Relazioni sull'attuazione della legislazione ambientale	Tempestivo (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	Tempestivo (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	Tempestivo (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	Elenco delle strutture sanitarie private accreditate		Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)		
					Strutture sanitarie private accreditate (da pubblicare in tabelle)	Accordi intercorsi con le strutture private accreditate		Annuale (art. 41, c. 4, 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 elaborazione, trasmissione e pubblicazione dati	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termine di scadenza per la pubblicazione	Monitoraggio- Tempistiche e individuazione del soggetto responsabile
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	Tempestivo (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	Tempestivo (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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
Altri contenuti	Prevenzione della Corruzione	Responsabile Prevenzione della Corruzione e Trasparenza	RPCT	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		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori
				Art. 1, c. 8, l. 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	Tempestivo		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori
					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)	Tempestivo	entro eventuali termini previsti dalla normativa vigente e comunque non oltre i 20 giorni dall'adozione/approvazione/predisposizione	Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori
				Art. 1, c. 14, l. 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)		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori
				Art. 1, c. 3, l. n. 190/2012	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione	Tempestivo		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori
				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	Tempestivo		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori
					Accesso civico "semplice" 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	Tempestivo		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori
Altri contenuti	Accesso civico	Responsabile Prevenzione della Corruzione e Trasparenza - Identificazione delle Strutture e dei Responsabili degli obblighi di pubblicazione	RPCT	Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 2, c. 9-bis, l. 241/90	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	Tempestivo	entro eventuali termini previsti dalla normativa vigente e comunque non oltre i 20 giorni dall'adozione/approvazione/predisposizione	Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori
				Art. 5, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	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		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori
				Linee guida Anac FOIA (del. 1309/2016)					

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 elaborazione, trasmissione e pubblicazione dati	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termine di scadenza per la pubblicazione	Monitoraggio- Tempistiche e individuazione del soggetto responsabile
Altri contenuti	Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati	S.O. Sistema Informativo Aziendale	Direttore S.O. Sistema Informativo Aziendale	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	entro eventuali termini previsti dalla normativa vigente e comunque non oltre i 20 giorni dall'adozione/approvazione/predisposizione	Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori
				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		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori
				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)		Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori
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	entro eventuali termini previsti dalla normativa vigente e comunque non oltre i 20 giorni dall'adozione/approvazione/predisposizione	Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori

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 elaborazione, trasmissione e pubblicazione dati	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termine di scadenza per la pubblicazione	Monitoraggio- Tempistiche e individuazione del soggetto responsabile
Bandi di gara e contratti	Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura	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 -	Direttori 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 -	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	Codice Identificativo Gara (CIG)/SmartCIG, 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	entro eventuali termini previsti dalla normativa vigente e comunque non oltre i 20 giorni dall'adozione/approvazione/predisposizione	Monitoraggio: semestrale (giugno/dicembre) Responsabile: RPCT e propri eventuali collaboratori
				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		Tabelle riassuntive rese liberamente scaricabili in un formato digitale standard aperto con informazioni sui contratti relative all'anno precedente (nello specifico: Codice Identificativo Gara (CIG)/smartCIG, 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 D.M. MIT 14/2018, art. 5, commi 8 e 10 e art. 7, commi 4 e 10	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 Comunicazione della mancata redazione del programma triennale dei lavori pubblici per assenza di lavori e comunicazione della mancata redazione del programma biennale degli acquisti di beni e servizi per assenza di acquisti (D.M. MIT 14/2018, art. 5, co. 8 e art. 7, co. 4) Modifiche al programma triennale dei lavori pubblici e al programma biennale degli acquisti di beni e servizi (D.M. MIT 14/2018, art. 5, co. 10 e art. 7, co. 10)	Tempestivo		
				Atti relativi alle procedure per l'affidamento di appalti pubblici di servizi, forniture, lavori e opere, di					
				Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016; DPCM n. 76/2018	Trasparenza nella partecipazione di portatori di interessi e dibattito pubblico	Progetti di fattibilità relativi alle grandi opere infrastrutturali e di architettura di rilevanza sociale, aventi impatto sull'ambiente, sulle città e sull'assetto del territorio, nonché gli esiti della consultazione pubblica, comprensivi dei resoconti degli incontri dei dibattiti con i portatori di interesse. I contributi e i resoconti sono pubblicati, con pari evidenza, unitamente ai documenti predisposti dall'amministrazione e relativi agli stessi lavori (art. 22, c. 1) Informazioni previste dal D.P.C.M. n. 76/2018 "Regolamento recante modalità di svolgimento, tipologie e soglie dimensionali delle opere sottoposte a dibattito pubblico"	Tempestivo		
				Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Avvisi di preinformazione	SETTORI ORDINARI Avvisi di preinformazione per i settori ordinari di cui all'art. 70, co. 1, d.lgs. 50/2016 SETTORI SPECIALI Avvisi periodici indicativi per i settori speciali di cui all'art. 127, co. 2, d.lgs. 50/2016	Tempestivo		
Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Delibera a contrarre	Delibera a contrarre o atto equivalente	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 elaborazione, trasmissione e pubblicazione dati	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termine di scadenza per la pubblicazione	Monitoraggio- Tempistiche e individuazione del soggetto responsabile	
Bandi di gara e contratti	Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura	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 -	Direttori 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 -	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016, d.m. MIT 2.12.2016	Avvisi e bandi	SETTORI ORDINARI-SOTTOSOGLIA Avviso di indagini di mercato (art. 36, c. 7 e Linee guida ANAC n.4) Bandi ed avvisi (art. 36, c. 9) Avviso di costituzione elenco operatori economici e pubblicazione elenco (art. 36, c. 7 e Linee guida ANAC) Determina a contrarre ex art. 32, c. 2, con riferimento alle ipotesi ex art. 36, c. 2, lettere a) e b) SETTORI ORDINARI- SOPRASOGLIA Avviso di preinformazione per l'indizione di una gara per procedure ristrette e procedure competitive con negoziazione (amministrazioni subcentrali) (art. 30, c. 2 e 3) Bandi ed avvisi (art. 73, c. 1 e 4) Bandi di gara o avvisi di preinformazione per appalti di servizi di cui all'allegato IX (art. 142, c. 1) Bandi di concorso per concorsi di progettazione (art. 153) Bando per il concorso di idee (art. 156) SETTORI SPECIALI Bandi e avvisi (art. 127, c. 1) Per procedure ristrette e negoziate- Avviso periodico indicativo (art. 127, c. 3) Avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione (art. 128, c. 1) Bandi di gara e avvisi (art. 129, c. 1) Per i servizi sociali e altri servizi specifici- Avviso di gara, avviso periodico indicativo, avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione (art. 140, c. 1) Per i concorsi di progettazione e di idee - Bando (art. 141, c. 3) SPONSORIZZAZIONI Avviso con cui si rende nota la ricerca di sponsor o l'avvenuto ricevimento di una proposta di sponsorizzazione indicando sinteticamente il contenuto del contratto proposto (art. 19, c. 1)	Tempestivo			
				Art. 48, c. 3, d.l. 77/2021	Procedure negoziate afferenti agli investimenti pubblici finanziati, in tutto o in parte, con le risorse previste dal PNRR e dal PNC e dai programmi cofinanziati dai fondi strutturali dell'Unione europea	Evidenza dell'avvio delle procedure negoziate (art. 63 e art.125) ove le S.A. vi ricorrono quando, per ragioni di estrema urgenza derivanti da circostanze imprevedibili, non imputabili alla stazione appaltante, l'applicazione dei termini, anche abbreviati, previsti dalle procedure ordinarie può compromettere la realizzazione degli obiettivi o il rispetto dei tempi di attuazione di cui al PNRR nonché al PNC e ai programmi cofinanziati dai fondi strutturali dell'Unione Europea	Tempestivo			
				Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Commissione giudicatrice	Composizione della commissione giudicatrice, curricula dei suoi componenti.	Tempestivo	entro eventuali termini previsti dalla normativa vigente e comunque non oltre i 20 giorni dall'adozione/approvazione/predisposizione		
				Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Avvisi relativi all'esito della procedura	SETTORI ORDINARI- SOTTOSOGLIA Avviso sui risultati della procedura di affidamento con l'indicazione dei soggetti invitati (art. 36, c. 2, lett. b), c), c-bis). Per le ipotesi di cui all'art. 36, c. 2, lett. b) tranne nei casi in cui si procede ad affidamento diretto tramite determina a contrarre ex articolo 32, c. 2, lett. b) del d.lgs. n. 50/2016	Tempestivo			
				d.l. 76, art. 1, co. 2, lett. a) (applicabile temporaneamente)	Avviso sui risultati della procedura di affidamento diretto (ove la determina a contrarre o atto equivalente sia adottato entro il 30/6/2023)	Per gli affidamenti diretti per lavori di importo inferiore a 150.000 euro e per servizi e forniture, ivi compresi i servizi di ingegneria e architettura e l'attività di progettazione, di importo inferiore a 139.000 euro: pubblicazione dell'avviso sui risultati della procedura di affidamento con l'indicazione dei soggetti invitati (non obbligatoria per affidamenti inferiori ad euro 40.000)	Tempestivo			
				d.l. 76, art. 1, co. 1, lett. b) (applicabile temporaneamente)	Avviso di avvio della procedura e avviso sui risultati della aggiudicazione di procedure negoziate senza bando (ove la determina a)	Per l'affidamento di servizi e forniture, ivi compresi i servizi di ingegneria e architettura e l'attività di progettazione, di importo pari o superiore a 139.000 euro e fino alle soglie comunitarie e di lavori di importo pari o superiore a 150.000 euro e inferiore a un milione di euro: pubblicazione di un avviso che evidenzia l'avvio della procedura negoziata e di un avviso sui risultati della procedura di affidamento con l'indicazione dei soggetti invitati	Tempestivo			
				Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Verbalisti delle commissioni di gara	Verbalisti delle commissioni di gara (fatte salve le esigenze di riservatezza ai sensi dell'art. 53, ovvero dei documenti secretati ai sensi dell'art. 162 e nel rispetto dei limiti previsti in via generale dal d.lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii. in materia di dati personali).	Successivamente alla pubblicazione degli avvisi relativi agli esiti delle procedure			
				Art. 47, c.2, 3, 9, d.l. 77/2021 e art. 29, co. 1, d.lgs. n. 50/2016	Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici, nel PNRR e nel PNC	Copia dell'ultimo rapporto sulla situazione del personale maschile e femminile prodotto al momento della presentazione della domanda di partecipazione o dell'offerta da parte degli operatori economici tenuti, ai sensi dell'art. 46, del d.lgs. n. 198/2006 alla sua redazione (operatori che occupano oltre 50 dipendenti)(art. 47, c. 2, d.l. 77/2021)	Successivamente alla pubblicazione degli avvisi relativi agli esiti delle procedure			

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 elaborazione, trasmissione e pubblicazione dati	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termine di scadenza per la pubblicazione	Monitoraggio- Tempistiche e individuazione del soggetto responsabile	
Bandi di gara e contratti	Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura	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 -	Direttori 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 -	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Contratti	Solo per gli affidamenti sopra soglia e per quelli finanziati con risorse PNRR e fondi strutturali, testo dei contratti e dei successivi accordi modificativi e/o interpretativi degli stessi (fatte salve le esigenze di riservatezza ai sensi dell'art. 53, ovvero dei documenti secretati ai sensi dell'art. 162 e nel rispetto dei limiti previsti in via generale dal d.lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii. in materia di dati personali).	Tempestivo		entro eventuali termini previsti dalla normativa vigente e comunque non oltre i 20 giorni dall'adozione/approvazione e/predisposizione	
				D.l. 76/2020, art. 6 Art. 29, co. 1, d.lgs. 50/2016	Collegi consultivi tecnici	Composizione del CCT, curricula e compenso dei componenti.	Tempestivo			
				Art. 47, c.2, 3, 9, d.l. 77/2021 e art. 29, co. 1, d.lgs. 50/2016	Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici, nel PNRR e nel PNC	Relazione di genere sulla situazione del personale maschile e femminile consegnata, entro sei mesi dalla conclusione del contratto, alla S.A. dagli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti (art. 47, c. 3, d.l. 77/2021)	Tempestivo			
				Art. 47, co. 3-bis e co. 9, d.l. 77/2021 e art. 29, co. 1, d.lgs. 50/2016		Pubblicazione da parte della S.A. della certificazione di cui all'articolo 17 della legge 12 marzo 1999, n. 68 e della relazione relativa all'assolvimento degli obblighi di cui alla medesima legge e alle eventuali sanzioni e provvedimenti disposti a carico dell'operatore economico nel triennio antecedente la data di scadenza di presentazione delle offerte e consegnati alla S.A. entro sei mesi dalla conclusione del contratto (per gli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti)	Tempestivo			
				Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Fase esecutiva	Fatte salve le esigenze di riservatezza ai sensi dell'art. 53, ovvero dei documenti secretati ai sensi dell'art. 162 del d.lgs. 50/2016, i provvedimenti di approvazione ed autorizzazione relativi a: - modifiche soggettive - varianti - proroghe - rinnovi - quinto d'obbligo - subappalti (in caso di assenza del provvedimento di autorizzazione, pubblicazione del nominativo del subappaltatore, dell'importo e dell'oggetto del contratto di subappalto). Certificato di collaudo o regolare esecuzione Certificato di verifica conformità Accordi bonari e transazioni Atti di nomina del direttore dei lavori/direttore dell'esecuzione/componenti delle commissioni di collaudo	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 elaborazione, trasmissione e pubblicazione dati	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termine di scadenza per la pubblicazione	Monitoraggio- Tempistiche e individuazione del soggetto responsabile
Bandi di gara e contratti	Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura	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 -	Direttori 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 -	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. Il resoconto deve contenere, per ogni singolo contratto, almeno i seguenti dati: data di inizio e conclusione dell'esecuzione, importo del contratto, importo complessivo liquidato, importo complessivo dello scostamento, ove si sia verificato (scostamento positivo o negativo).	Annuale (entro il 31 gennaio) con riferimento agli affidamenti dell'anno precedente	entro eventuali termini previsti dalla normativa vigente e comunque non oltre i 20 giorni dall'adozione/approvazione/predisposizione	gno/dicembre)Responsabile: RPCT e pr
				Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016;	Concessioni e partenariato pubblico privato	Tutti gli obblighi di pubblicazione elencati nel presente allegato sono applicabili anche ai contratti di concessione e di partenariato pubblico privato, in quanto compatibili, ai sensi degli artt. 29, 164, 179 del d.lgs. 50/2016. Con riferimento agli avvisi e ai bandi si richiamano inoltre:	Tempestivo		
				Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile	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)	Tempestivo		
				Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016;	Affidamenti in house	Tutti gli atti connessi agli affidamenti in house in formato open data di appalti pubblici e contratti di concessione tra enti nell'ambito del settore pubblico (art. 192, c. 1 e 3)	Tempestivo		
				Art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016	Elenchi ufficiali di operatori economici riconosciuti e certificazioni	Obbligo previsto per i soli enti gestiscono gli elenchi e per gli organismi di certificazione Elenco degli operatori economici iscritti in un elenco ufficiale (art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016) Elenco degli operatori economici in possesso del certificato rilasciato dal competente organismo di certificazione (art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo		
				Art. 11, co. 2-quater, l. n. 3/2003, introdotto dall'art. 41, co. 1, d.l. n. 76/2020.	Progetti di investimento pubblico	Obbligo previsto per i soggetti titolari di progetti di investimento pubblico Elenco dei progetti finanziati, con indicazione del CUP, importo totale del finanziamento, le fonti finanziarie, la data di avvio del progetto e lo stato di attuazione finanziario e procedurale	Annuale		

NOTA ALL'ALLEGATO: ogni Piano di programmazione aziendale indicato nel presente schema è da ritenersi confluito nelle corrispondenti sezioni del PIAO - Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione, Organizzazione e Capitale Umano e Monitoraggio - e relative sottosezioni.

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

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

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

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

2.3.10 Implementazione del portale “Amministrazione Trasparente”

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

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

Le informazioni e i documenti messi a disposizione dei cittadini per garantire la trasparenza dell'azione amministrativa sono raggruppati ai sensi di legge, per categoria anche per comodità di consultazione, così come risulta dalla Home Page del Portale della Trasparenza dell'Azienda:



Amministrazione Trasparente

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

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 garantisce la trasparenza per quanto riguarda la pubblicazione delle Determine del Direttore e Dirigenziali, favorendo anche il processo di dematerializzazione dei documenti.

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

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

2.3.11 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'Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche 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 2022, 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 infatti maggiore trasparenza nell'ambito dei procedimenti amministrativi, con l'effetto di garantire il tracciamento costante degli atti prodotti dalla P.a.; tali strumenti costituiscono inoltre mezzi idonei alla corretta attuazione dei principi di semplificazione ed efficienza nell'uso delle risorse a disposizione.

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

Successivamente, nel corso del 2022, l'Azienda ha realizzato e pienamente attivato la diffusione a quasi tutte le strutture amministrative aziendali della firma digitale, l'informatizzazione del protocollo, la digitalizzazione degli atti e la conservazione documentale, mediante la sottoscrizione delle Convenzioni con la Regione Marche per l'utilizzo dei sistemi e servizi informatici regionali integrati (Paleo – OpenAct) e dei servizi di conservazione dei documenti informatici (Polo di conservazione digitale Polo Marche DigiP), che costituiscono metodi celeri di creazione, repertoriatura, pubblicazione e conservazione degli atti e delle Determine aziendali, con conseguente razionalizzazione dei tempi e dell'organizzazione aziendale stessa, nonché dell'attività lavorativa dei dipendenti.

2.3.13 Iniziative in materia di Trasparenza

- ✓ Perfezionamento continuo del sito istituzionale e aggiornamento, ove necessario, dei dati già pubblicati;
- ✓ Monitoraggio periodico, tramite controlli a campione, sulla pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione Trasparente";
- ✓ Attuazione del processo di individuazione, da parte dei Responsabili delle Strutture Organizzative coinvolte, dei Referenti interni per la pubblicazione dei dati;
- ✓ Iniziative di ascolto dei cittadini;
- ✓ Individuazione di eventuali ulteriori dati da pubblicare;
- ✓ Incontri periodici con i Referenti per la pubblicazione dei dati al fine di rilevare eventuali criticità e valutare opportunità di miglioramento;
- ✓ 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;
- ✓ Informatizzazione dei processi ovvero l'introduzione dei sistemi informatici in uno o più settori di attività come misura generale di prevenzione della corruzione. Maggiore digitalizzazione in vari

- ambiti dell'organizzazione viene utilizzata per sostituire, con adeguata motivazione, altre misure che sono spesso di difficile applicazione come la rotazione;
- ✓ Digitalizzazione per semplificare e risparmiare utilizzando la tecnologia con soluzioni diverse, tra le misure generali di prevenzione della corruzione per attribuirle una dignità autonoma, l'obiettivo del percorso della digitalizzazione è stato intrapreso anche per favorire la lotta alla corruzione amministrativa grazie ad una maggiore trasparenza della gestione.
 - ✓ Organizzazione di una *Giornata della Trasparenza*.

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 dello stesso al quale espressamente si rinvia.

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

Il PNA 2022 approvato dall'ANAC con Delibera n. 7 del 17 gennaio 2023, che avrà validità per il prossimo triennio 2023-2025, offre, nella parte speciale relativa ai contratti pubblici, alle stazioni appaltanti un aiuto nella individuazione di misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza agili e al contempo utili ad evitare che l'urgenza degli interventi faciliti esperienze di cattiva amministrazione, propedeutiche a eventi corruttivi.

Particolare attenzione è stata data anche alla disciplina del conflitto di interessi in materia di contratti pubblici (art. 42 d.lgs. 50/2016), con la previsione di chiarimenti sull'ambito di applicazione soggettivo e oggettivo delle disposizioni, nonché di misure concrete da adottare nella programmazione anticorruzione in materia di contratti ed elaborato un esempio di modello di dichiarazione per individuare anticipatamente possibili ipotesi di conflitto di interessi.

L'aggiornamento, in particolare, ha riguardato anche la disciplina sulla trasparenza in materia di contratti pubblici, con la predisposizione di specifico allegato contenente una ricognizione di tutti gli obblighi di trasparenza previsti dalla normativa per i contratti pubblici da pubblicare in «Amministrazione trasparente», sostitutivo degli obblighi elencati per la sottosezione “Bandi di gara e contratti” dell'allegato 1) alle delibere ANAC nn. 1310/2016 e 1134/2017.

L'Allegato elenca, per ogni procedura contrattuale, dai primi atti all'esecuzione, gli obblighi di trasparenza in materia di contratti pubblici oggi vigenti cui le amministrazioni devono riferirsi per i dati, atti, informazioni da pubblicare. Ciò al fine di rendere più chiari anche per lettori esterni all'amministrazione interessati a conoscere lo svolgimento dell'intera procedura che riguarda ogni singolo contratto.

Si precisa che, sulla base di tali aggiornamenti - già riportati nella tabella inserita in calce al paragrafo 2.3.9 - l'Azienda provvederà all'adeguamento del sito istituzionale – sezione amministrazione trasparente al fine del corretto adempimento degli oneri di pubblicazione.

Si dà atto, infine, che 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).

SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

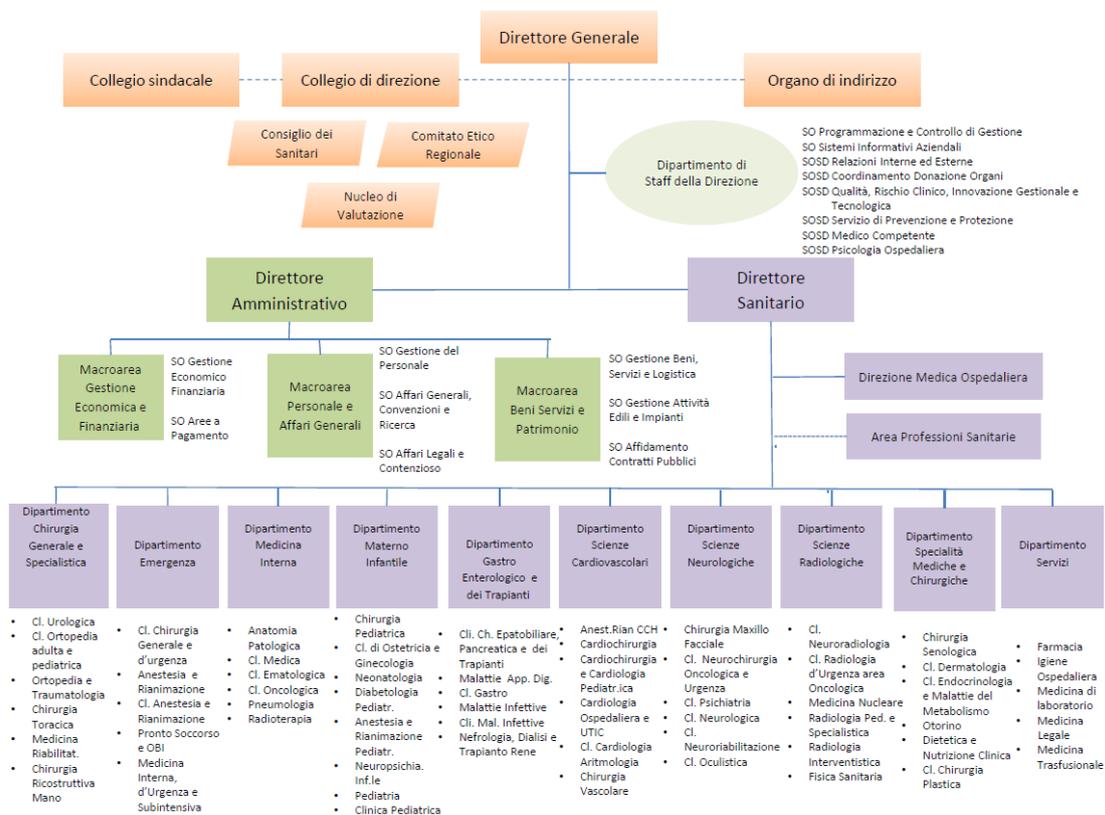
Sottosezione 3.1 Struttura organizzativa

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

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

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

L'Azienda si articola in 10 Dipartimenti Assistenziali Integrati, 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 738/DG/2020 recante “*Determina n. 615/DG del 30/07/2020 “Nuova organizzazione dell’area tecnica/amministrativa, delle funzioni di Staff e della Direzione Sanitaria Aziendale”. Modifica.*” le funzioni amministrative, già organizzate in Macroaree 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:

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

La tabella che segue illustra il personale dipendente previsto al 31.12.2022¹ suddiviso per ruolo a confronto con quanto risultante al 31.12.2021. Il personale in servizio nel 2022 aumenta di 114 unità.

<i>Personale dipendente del SSN</i>	Personale al 31/12/2022	Personale al 31/12/2021	Delta teste 2022-2021
RUOLO SANITARIO	2.982	2.901	81
Dirigenza	777	766	11
- Medico – veterinaria	704	698	6
- Sanitaria	73	68	5
Comparto	2.205	2.135	70
RUOLO PROFESSIONALE	5	5	0
Dirigenza	5	5	0
Comparto	-	-	0
RUOLO TECNICO	666	634	32
Dirigenza	3	2	1
Comparto	663	632	31
RUOLO AMMINISTRATIVO	276	275	1
Dirigenza	9	9	0
Comparto	267	266	1
TOTALE	3.929	3.815	114

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 31/12/2022	Personale al 31/12/2021	Variazione teste personale 2022-2021
RUOLO SANITARIO	82	82	0
Dirigenza	22	31	-9
- Medico – veterinaria	22	31	-9
- Sanitaria	-	-	0
Comparto	60	51	9
RUOLO PROFESSIONALE	0	0	0
Dirigenza	-	-	0
Comparto	-	-	0
RUOLO TECNICO	6	9	-3
Dirigenza	-	-	0
Comparto	6	9	-3
RUOLO AMMINISTRATIVO	1	2	-1
Dirigenza	-	-	0
Comparto	1	2	-1
TOTALE	89	93	-4

Fonte dati al 31/12/2022 Piano Occupazionale 2022-2024; per il personale al 31/12/2021 conto annuale 2021. 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.

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

Tipologia	ANNO 2022			ANNO 2021		
	Universitario	Ospedaliero	Totale	Universitario	Ospedaliero	Totale
Medici	99	704	803	99	698	797
Dirigenti sanitari non medici	7	73	80	6	68	74
Dirigenti professionali	-	5	5	-	5	5
Dirigenti tecnici	-	3	3	-	2	2
Dirigenti amministrativi	-	9	9	-	9	9
Personale sanitario (comparto)	16	2.205	2.221	20	2.135	2.155
Personale tecnico (comparto)	-	663	620	-	632	632
Personale amministrativo (comparto)	-	267	269	-	266	266
Totale personale	122	3.929	3.870	125	3.815	3.940

Le 3.929 unità previste al 31.12.2022 dipendenti del SSN corrispondono in termini di unità equivalenti (dato di flusso che rileva la presenza nei periodi dell'anno) a 3.901,50.

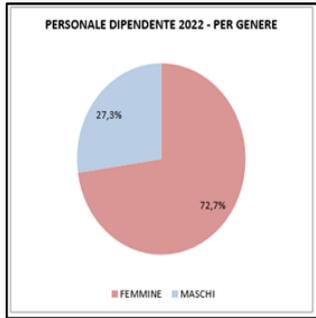
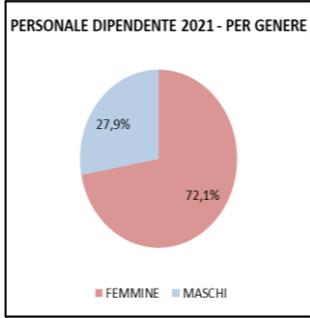
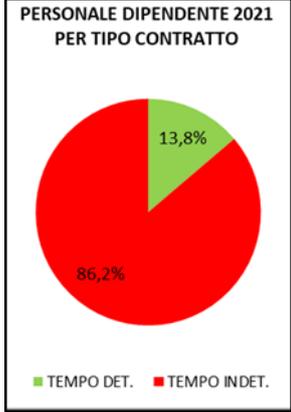
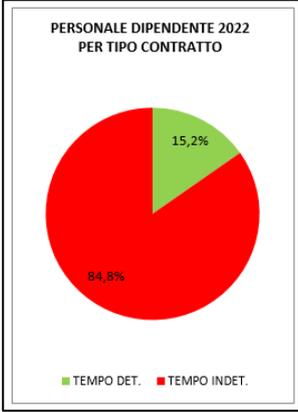
Tipologia	ANNO 2022	ANNO 2021
Dirigenti medici	711,63	712,42
Dirigenti sanitari non medici	70,40	66,63
Dirigenti tecnico-amministrativi	11,08	10,33
Personale sanitario (comparto)	2.179,33	2.140,29
Personale tecnico-amministrativo (comparto)	924,06	889,84
Altro (personale professionale)	5,00	4,83
Totale personale	3.901,50	3.824,34

In termini sempre di unità equivalenti il personale assunto per affrontare l'emergenza COVID-19 è stato di circa 106 UE.

Tipologia	ANNO 2022	ANNO 2021
Dirigenti medici	36,05	42,34
Dirigenti sanitari non medici	-	2,35
Dirigenti tecnico-amministrativi	-	-
Personale sanitario (comparto)	61,28	107,71
Personale tecnico-amministrativo (comparto)	9,01	39,10
Altro (personale professionale)	-	-
Totale personale	106,34	191,50

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 2021-2022.



Sottosezione 3.2 Organizzazione del lavoro agile

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

In particolare, si evidenzia che l'art. 1 del DPR 24 giugno 2022, n. 81, ha disposto la soppressione del Piano organizzativo del lavoro Agile (POLA), in quanto assorbito nell'apposita sezione del PIAO.

L'Azienda, in considerazione del D.M. n. 132 del 30 giugno 2022 ed in coerenza con la definizione degli istituti del lavoro agile stabiliti dalla Contrattazione collettiva nazionale, nella definizione della strategia e degli obiettivi di sviluppo di modelli di organizzazione anche da remoto, osserva i seguenti criteri:

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

Il CCNL del Comparto Sanità del 2 novembre 2022 interviene al titolo VI in materia di lavoro a distanza dedicando Il Capo I al lavoro agile - definendone i contenuti e disciplinandone le modalità di accesso e il rapporto di lavoro – ed il Capo II alle altre forme di lavoro a distanza.

Lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile non costituisce, per il lavoratore dipendente, un diritto; unica eccezione è prevista fino al 31 marzo 2023 per i soli lavoratori fragili (soggetti affetti dalle patologie e condizioni individuate dal decreto del Ministro della salute di cui all'articolo 17, comma 2, del decreto-legge 24 dicembre 2021, n. 221, convertito, con modificazioni, dalla legge 18 febbraio 2022, n. 11) per effetto della proroga concessa dall'art. 1 comma 306 della Legge di Bilancio n. 197/2022.

Al fine di disciplinare in modo organico il lavoro agile secondo le vigenti disposizioni, l'Azienda ha predisposto un regolamento di prossima adozione.

Detto regolamento è stato già oggetto di positivo confronto con le OO.SS. del Comparto, dell'Area della Sanità e della Dirigenza P.T.A.

L'Azienda, nelle more della sua adozione formale, ha comunque messo in atto modalità organizzative secondo le indicazioni strategiche della Direzione aziendale e coordinate della S.O. Gestione del Personale per quanto riguarda la raccolta delle istanze, l'attivazione e la gestione del rapporto in *smart*. Tale processo aderisce a quanto previsto dall'art. 4 del DM n. 132/2022.

Con riferimento ai contenuti previsti dal richiamato DM n. 132/2022, si evidenzia quanto segue:

- lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile sarà autorizzato solo qualora non pregiudichi, né riduca in alcun modo la fruizione dei servizi a favore degli utenti. Nel Regolamento saranno individuate le attività che possono essere effettuate con tale modalità lavorativa nonché quelle escluse;
- nell'autorizzare la prestazione lavorativa in modalità agile si garantirà la rotazione dei dipendenti, nel rispetto dei criteri di priorità. Nell'accordo individuale verrà previsto che la prestazione lavorativa in presenza sia sempre prevalente rispetto a quella in modalità agile. Il regolamento definirà i criteri di rotazione;
- l'Azienda, adotterà specifiche soluzioni che garantiscano l'assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni che vengono trattate dal lavoratore nello svolgimento della prestazione in modalità agile. A

tal fine per accedere dall'esterno in modo sicuro e protetto alla rete aziendale è stato definito un sistema di autenticazione a due fattori;

- in presenza di lavoro arretrato il relativo smaltimento dovrà essere pianificato tra gli obiettivi previsti nell'accordo individuale siglato tra le parti;
- sarà oggetto di programmazione un piano di investimenti volto all'implementazione delle dotazioni informatiche per consentire ai dipendenti lo svolgimento delle prestazioni richieste;
- al lavoratore autorizzato alla prestazione lavorativa in modalità agile saranno assegnati obiettivi misurabili secondo i criteri contenuti nel sistema di misurazione della performance.

Con riguardo alla strategia e agli obiettivi connessi allo sviluppo di modelli di organizzazione del lavoro anche da remoto, l'Azienda intende perseguire le seguenti finalità:

- sperimentare soluzioni organizzative che favoriscano lo sviluppo di una cultura gestionale orientata al risultato e, al tempo stesso, mirata ad un incremento della produttività e alla responsabilizzazione delle risorse umane e dunque promuovere l'organizzazione per obiettivi;
- ottimizzare l'introduzione di nuove tecnologie e reti di comunicazione realizzando economie di gestione;
- rafforzare le misure di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro e le pari opportunità sociali, contribuendo alla riduzione delle assenze

La previsione di flessibilità e maggiore autonomia lavorativa sono in generale volte a realizzare un effettivo impatto positivo sul dipendente aziendale, nell'ottica di una ottimizzazione del tempo dedicato al lavoro e, contestualmente, della relativa produttività, determinando pertanto benefici sia per il dipendente che per la parte datoriale.

Sottosezione 3.3 Piano triennale dei fabbisogni del personale

3.3.1 Piano triennale dei fabbisogni del personale 2023/2025

Con riferimento al Piano Triennale dei fabbisogni di personale, la determina n. 400 del 29/04/2022 con la quale si è provveduto all'approvazione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), rappresentava - alla sottosezione 3.3 - quanto già approvato con la determina 1363/DG del 30 dicembre 2021 ad oggetto "Programmazione triennale del fabbisogno di personale 2020/2022 e revisione della dotazione organica anche ai sensi del DL 34/2020".

110

Il predetto atto è stato sottoposto a controllo ai sensi dell'art. 28 della L.R. Marche n. 26/1996.

La Giunta Regionale, con deliberazione n. 574 del 16 maggio 2022 ha formalizzato gli esiti del controllo.

Con DGRM 1045 dell'8 agosto 2022 la Giunta Regionale ha provveduto a rideterminare, in applicazione dell'art. 11, comma 1, del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35 convertito dalla legge 25 giugno 2019 n.60, il tetto di spesa del personale degli enti del Servizio sanitario regionale, a decorrere dall'esercizio 2022, in € 158.929.000,00.

Tale Sottosezione viene, quindi, ad essere predisposta in linea con il predetto tetto di spesa, ovvero stabilendo il contingente di personale quali-quantitativo necessario nel rispetto dei vincoli economici ad oggi esistenti. Come noto, il piano triennale del fabbisogno è il risultato di una attività di programmazione complessivamente intesa e, coerentemente ad essa, è finalizzato al miglioramento della qualità dei servizi offerti ai cittadini.

Tenuto conto della riorganizzazione che per effetto della Legge Regionale 19 del 2022 sta interessando il Servizio Sanitario della regione Marche, nonché della contestuale costituzione del nuovo vertice aziendale, il Piano Triennale dei fabbisogni - riferito all'anno 2023 - viene redatto, in questa prima versione, con la sola finalità di garantire il *turn over* del personale in servizio a tempo indeterminato e la copertura della dotazione organica come approvata con la DGRM 574/2022, rinviando ogni altra valutazione in termini di composizione quali/quantitativa ad un successivo aggiornamento di programmazione strategica delle risorse umane correlato ad una ridefinizione del tetto di spesa per l'anno 2023. Al fine di garantire il costante mantenimento di risorse in servizio, per ogni profilo dovranno essere considerate, in termini di *turn over*, non solo le unità in cessazione già note e riportate nel piano sulla base degli atti di dimissione ma anche le ulteriori cessazioni che interverranno, pur ad oggi non note, tenuto conto che le stesse non incideranno sul tetto di spesa.

La predisposizione di questo atto di programmazione nei termini sopra descritti non vuol indicare che sono venute meno le motivazioni che hanno determinato le richieste di incremento di dotazione organica - sia dell'area del Comparto che della Dirigenza - o di rimodulazione della dotazione organica per l'inserimento della figura dell'OSS in Clinica Psichiatrica e in area neurochirurgica - già rappresentate in occasione della predisposizione del piano del fabbisogno 2022 di cui alla Determina 1363/DG sopra citata.

Il Piano Triennale dei fabbisogni verrà, quindi, costruito partendo dalla descrizione della consistenza di personale al 31 dicembre dell'anno 2022 espressa sia in termini quantitativi che qualitativi, distinguendo il personale nei vari profili professionali presenti in azienda e sulla base del rapporto di lavoro in essere a tale data (tempo indeterminato o determinato).

Si evidenzia che i prospetti contenenti il nuovo Piano Triennale dei fabbisogni, non risultano aggiornati ai i nuovi profili professionali previsti dal CCNL del Comparto Sanità sottoscritto in data 2 novembre 2022 ed aventi decorrenza dal 01.01.2023. Ciò tenuto conto che l'adeguamento di tali prospetti andrà realizzato d'intesa con le aziende del SSR, in quanto consiste in uno strumento regionale finalizzato ad una trattazione e gestione omogenea delle informazioni.

Con riferimento agli anni 2024-2025 saranno considerate le sole cessazioni per collocamento a riposo individuabili d'ufficio sulla base delle informazioni note e per effetto delle disposizioni normative vigenti nel tempo.

Per l'anno 2023 invece, oltre ai soggetti individuati con i criteri in precedenza descritti, saranno rappresentate le cessazioni per dimissioni, mobilità o altre cause - la cui data di fine rapporto è comunque al momento attuale già nota.

Solo con riferimento ai contratti di lavoro a tempo determinato, saranno - invece - ipotizzate date di scadenza dei contratti in essere al solo fine di rappresentare l'obiettivo del contenimento dei costi inerenti la spesa per il personale.

Obiettivo dell'adozione del Piano triennale dei fabbisogni del personale, come in premessa anticipato, ai sensi del vigente art. 6 del D.lgs. 165/2001, è quello di «*ottimizzare*» le risorse e «*perseguire obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini*».

In relazione al fabbisogno di personale previsto nel Piano, l'Azienda stabilirà le modalità di reclutamento e curerà l'ottimale distribuzione delle risorse umane attraverso la coordinata attuazione dei processi interni e di reclutamento dall'esterno, nei limiti delle risorse e dei vincoli normativi esistenti. Al fine di perseguire la maggiore efficienza nell'impiego delle risorse umane, pertanto, per ciascun profilo si stabiliranno gli strumenti previsti dalle disposizioni normative e contrattuali vigenti che meglio soddisferanno il raggiungimento degli obiettivi in termini di efficacia ed efficienza, con l'intento di «*ottimizzare*» le risorse e «*perseguire obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini*» come previsto dal art. 6 del D.lgs. 165/2001.

Considerato che l'art. 97 della Costituzione stabilisce che l'accesso alle pubbliche amministrazioni avviene mediante concorso pubblico per tutte le assunzioni per le quali sia richiesto il possesso di un diploma di scuola superiore o di un titolo universitario, le procedure di avviamento degli iscritti nelle liste di collocamento continueranno a rappresentare lo strumento da utilizzare al fine di reclutare le categorie ed i profili per i quali è richiesto il solo requisito della scuola dell'obbligo. Rispetto alle procedure di collocamento delle categorie protette ex Legge 68/1999, l'Azienda ha sottoscritto una convenzione (Determina n. 784/DG del 26/09/2019) che prevede un programma di assunzione quinquennale relativo agli anni 2020 -2024.

Tra le azioni già avviate, si evidenzia che anche per l'anno 2023 è stata indetta procedura di mobilità interna per il personale dell'are del Comparto. Ciò al fine di favorire la giusta allocazione delle risorse, ottimizzare l'utilizzo del personale e non da ultimo migliorare le condizioni di vita e di lavoro dei dipendenti.

La previsione del fabbisogno del personale, consentirà all'Azienda di determinare per ciascun profilo anche la possibilità di procedere, fermo il rispetto delle percentuali previste per garantire il reclutamento dall'esterno, con le progressioni di carriera previste dal CCNL vigente. Tale strumento, troverà applicazione anche nell'anno 2023, rinviando la programmazione puntuale sul suo utilizzo ad un successivo atto di in linea con il nuovo CCNL del comparto sanità.

Istituto di certa applicazione per l'anno 2023, utilizzabile al fine di ridurre il ricorso al lavoro flessibile e valorizzare le professionalità maturate, è quello della Stabilizzazione. L'Azienda intende procedere tempestivamente con la ricognizione del personale in possesso dei requisiti di stabilizzazione al fine di concludere il processo di cui all'art. 20 del D.lgs. 75/2017 e s.m.i. (*stabilizzazioni Madia*), nonché avviare quelle di cui all' art. 1 comma 268 della L. 30/12/2021 n. 234 (*stabilizzazioni Covid*). L'utilizzo delle eventuali graduatorie che saranno approvate all'esito dei predetti avvisi avverrà nel rispetto dei criteri stabiliti con DGRM n. 1787/2022.

La mobilità esterna, rimane un importante strumento che l'Azienda può utilizzare per reclutare personale con i requisiti e le caratteristiche che meglio aderiscono alle proprie esigenze. Si evidenzia che sono in fase di perfezionamento procedure già indette a tale titolo e che giungeranno a definizione nel corso dell'anno 2023.

Da ultimo, in presenza di comprovate e particolari esigenze normativamente definite, il reclutamento del personale avverrà attraverso l'utilizzo di forme flessibili di rapporto di lavoro ovvero stipulando contratti di

lavoro a tempo determinato, la cui attivazione non essendo programmabile non può essere prevista nel documento di programmazione del fabbisogno di personale.

Premesso tutto quanto sopra esposto, in considerazione delle contingenze vincolanti legate alla attuale situazione di riorganizzazione degli enti del Servizio Sanitario Regionale di cui alla L.R. 19/2022 e s.m.i., e nelle more della individuazione dei nuovi tetti di spesa relativamente al costo del personale da parte degli organi regionali deputati, è necessario approvare il Piano triennale del fabbisogno di personale 2023/2025 costruito con i criteri sopra descritti e nei termini riepilogati negli allegati al presente atto, (Allegato 2).

Si precisa, pertanto, il rinvio all'adozione di un successivo e specifico atto volto alla programmazione, coerente con le mutate esigenze aziendali e già in parte rappresentate con la determina 1363/DG del 30 dicembre 2021, compatibilmente alle risorse che saranno allo scopo assegnate in incremento.

3.3.2 Formazione del Personale

In tema di formazione va rilevato che con Determina n.1230/DG del 29 dicembre 2022 è stato approvato, nel rispetto della DGR Marche n. 520/2013, il “Piano di Formazione Aziendale 2023”, quale atto di programmazione aziendale e requisito indispensabile per l’Azienda, in qualità di *provider* pubblico accreditato, per poter erogare attività formativa.

La Proposta del Piano di Formazione Aziendale (P.F.A.) 2023, è stata redatta in collaborazione con i vari Referenti Dipartimentali per la Formazione del Personale, afferenti alle aree contrattuali sia del Comparto che della Dirigenza.

La stesura del P.F.A. 2023 è stata ispirata dall'intento di favorire la più ampia partecipazione del personale aziendale alle iniziative formative, investendo in progetti che accrescano competenze di tipo relazionale, che siano funzionali ad obiettivi di carattere multiprofessionale / multidisciplinare e che permettano di raggiungere un generale ed effettivo accrescimento, in termini di capacità lavorativa, degli attori coinvolti nell'azione formativa aziendale.

L'offerta formativa aziendale per l'Anno 2023:

- focalizza obiettivi coordinati con le direttive -sia regionali che nazionali- di politica sanitaria, con le strategie della Direzione Aziendale nonché con le specifiche esigenze Dipartimentali e/o di SOD;
- prevede una progettazione formativa ECM descritta negli obiettivi specifici, nel processo organizzativo e nel risultato atteso/prodotto, nella durata e nel numero delle edizioni, nel numero e nella tipologia dei partecipanti, nel numero di crediti ECM correlati;
- include i corsi aziendali previsti *ope legis*;
- non contiene specifica 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 2023.

La Proposta del P.F.A. 2023, come previsto dalle vigenti disposizioni, e come altresì risultante dai relativi verbali di seduta conservati agli atti dei competenti Uffici aziendali:

- è stata validata dal ‘Comitato Scientifico per la Formazione’ in data 5/12/2022;
- è stata avallata dalla positiva valutazione del ‘Responsabile della Qualità della Formazione’;
- è stata adeguatamente vagliata dalla Direzione Generale, previa effettuazione del confronto con le OO.SS. delle diverse aree di contrattazione e con la RSU aziendale nonché con il Consiglio dei Sanitari (in data 28/12/2022).

L'attuazione del citato Piano dovrà:

- a) garantire, in base alla vigente normativa, lo svolgimento di non meno del 50% delle attività di formazione / aggiornamento professionale ivi programmate;
- b) tener conto, in fase di realizzazione di dette attività, dell'effettivo ammontare dei finanziamenti assegnati nell'Anno 2023 per le specifiche finalità di che trattasi, fatto salvo che, nel caso di superamento dei previsti limiti di spesa (e/o nel caso di autorizzazione allo svolgimento di iniziative/eventi non specificamente rientranti nel P.F.A. 2023), si dovrà privilegiare il ricorso a risorse extra-budget aziendale, quali i Fondi derivanti da

Sperimentazioni Cliniche e/o da Convenzioni e/o da Contributi Ministeriali/Regionali Finalizzati e/o da Contributi Liberali (donazioni).

Alla gestione del Ciclo della Formazione esitato nel PFA 2023 hanno partecipato, nell'esercizio delle rispettive competenze di ruolo:

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

L'Incarico di Organizzazione aziendale (*di seguito* I.O.) *Formazione, Sviluppo Professionale e Inserimento Neo-Assunti*, in particolare, ha fornito ai professionisti sanitari dell'Area del Comparto le indicazioni generali per la pianificazione dei progetti formativi dell'anno 2023, nel rispetto delle raccomandazioni legate alle azioni di contenimento della diffusione del COVID.

L'individuazione dei bisogni formativi per l'Anno 2023 ha tenuto conto, prevalentemente, di necessità legate a particolari criticità emerse a livello organizzativo, con l'obiettivo dell'acquisizione di specifiche competenze professionali atte ad un auspicabile riduzione / annullamento delle medesime predette criticità.

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

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

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

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

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

I percorsi di aggiornamento programmati, laddove possibile e necessario, hanno tenuto conto di fabbisogni formativi correlati

- alla c.d. fase inter pandemica, secondo le indicazioni del 'Piano Strategico-Operativo Nazionale di Preparazione e Risposta a una Pandemia Influenzale (PanFlu) 2021-2023', recepito, a livello regionale, con DGR Marche n.188 2022;
- a quanto evidenziato dal 'Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza' (PNRR) in riferimento alle infezioni correlate all'assistenza in ambito ospedaliero.

Nel PFA 2023 sono stati inseriti i due seguenti corsi e-learning che verranno approntati dal 'Gruppo Academy Regionale' (istituito per l'indirizzo ed il supporto alla progettazione e-learning) per il personale di tutte le aziende sanitarie regionali:

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

In particolare, nel PFA 2023 sono stati individuati obiettivi formativi che privilegiano:

- significative competenze tecniche nonché comunicativo-relazionali per l'interfaccia/interazione con il vigente "sistema" PanFlu;

- competenze in tema di infezioni ospedaliere come previsto dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR);
- azioni già previste dal Piano Formativo Regionale 2022-2024;
- benessere dei sanitari e di tutto il personale dipendente e convenzionato;
- competenze conoscitive e relazionali degli operatori dei CUP e degli uffici cassa sui percorsi regionali e sull'approccio all'utente;
- aggiornamento delle competenze del personale amministrativo-tecnico-contabile.

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

In tale sezione 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 SOD, di *team*. I contenuti di tale categoria si basano sull'identificazione di priorità di intervento collegate principalmente a criticità della pratica clinica, con una particolare attenzione agli aspetti relazionali e comunicativi.

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

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

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

L'ufficio Formazione, ne ha coordinato la stesura e l'adozione nella sua interezza:

FORMAZIONE AZIENDALE (per tutti i profili professionali),

FORMAZIONE DIPARTIMENTALE (per la Dirigenza Medica, per la Dirigenza non-medica, per i profili professionali del Comparto),

FORMAZIONE DI MACROAREA (tecnica, amministrativa, contabile), etc..

Per la valutazione della ‘ricaduta’ della formazione strategico-trasversale aziendale, principalmente della formazione legata all'ambito della sicurezza e del rischio clinico, si è ritenuto di adottare uno schema non affidato ad un unico strumento di rilevazione, ma che 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 viene effettuata, nella maggior parte dei casi, mediante monitoraggio dei processi a cui era riferita, e tali esiti sono visibili nel medio-lungo termine.

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

Come percorso formativo con valutazione dell'*outcome* si evidenzia l'evento:

Presa in carico dell'adolescente con disturbi della condotta alimentare (dca) e con esordio psicopatologico (Responsabile scientifico: Direttore SOSD Psicologia Ospedaliera).

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

L'*Outcome* contiene: la definizione dei compiti e delle responsabilità dei professionisti sanitari coinvolti; la definizione del protocollo di valutazione e intervento e del timing delle prestazioni psicologiche; l'individuazione degli indicatori per la misurazione degli esiti.

L'*Outcome* non va confuso con l'*Output*, ovvero la realizzazione di una procedura aziendale secondo le '*best practices*', ad oggi mancante.

Benefici dell'*Outcome* e dell'*Output*: miglioramento dell'assistenza psicologica ospedaliera dei/delle pazienti con DCA ed esordio psicopatologico e ottimizzazione del percorso di recupero post-ospedaliero.

Il target di riferimento per la formazione 2023 è stato fotografato al 30.09.2022 in n.4.089 unità di personale ospedaliero ed universitario convenzionato, a tempo indeterminato e determinato, dettagliato come segue:

- Comparto n.3.181 unità
- Dirigenza Medica n.814 unità
- Dirigenza non medica n.94 unità

La sostenibilità economica della Formazione iscritta nel PFA 2023 si basa sulla previsione di un quadro complessivo di risorse distinte in:

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

Il budget preventivo provvisorio ipotizzato per la realizzazione del PFA 2023, composto come in tabella descritto, viene stanziato per realizzare:

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

	VALORI INSCRITTI NEL PFA 2023	
BUDGET PREVENTIVO COMPLESSIVO, DI CUI:	€	420.398,00
- SPESE STIMATE PER FORMAZIONE TRASVERSALE/STRATEGICA	€	300.548,00
- SPESE STIMATE PER FORMAZIONE DIPARTIMENTALE	€	64.850,00
- SPESE STIMATE PER ABBONAMENTI/RIVISTE/LIBRI	€	55.000,00
BUDGET PREVENTIVO COMPLESSIVO, DI CUI:	€	420.398,00
- FONDI AZIENDALI	€	361.920,00
- CONTRIBUTI DI NATURA PUBBLICA E/O PRIVATA	€	58.478,00

La coerenza della realizzazione della ‘Formazione Annuale 2023’ con il budget a disposizione per l'esercizio di riferimento è verificata attraverso una reportistica analitica elaborata periodicamente che consente un sistematico controllo del processo di gestione economico-amministrativa sia della formazione ‘in house’ che ‘fuori sede’.

Le dinamiche di attuazione del PFA 2023 verranno presidiate al fine di poter valutare l’impatto formativo prodotto. A tal fine il Servizio Formazione elaborerà una reportistica complessiva generale descrittiva della Formazione aziendale ‘programmata’ e ‘realizzata’, da poter condividere con: l’I.O. Formazione, Sviluppo Professionale e Inserimento Neo-Assunti, i Referenti della Formazione, il Comitato Scientifico della Formazione, il Referente della Qualità della Formazione. Il confronto tra i suddetti attori della Formazione aziendale è finalizzato all’individuazione di azioni, il più possibile integrate e coordinate, di ottimizzazione dei percorsi organizzativo-gestionali della Formazione aziendale.

Al fine di favorire lo svolgimento di percorsi di istruzione e qualificazione del personale dell’area del comparto, come ogni anno viene indetto, in applicazione di quanto previsto dalle disposizioni contrattuali, avviso per la concessione dei permessi di studio (150 ore). Per l’anno 2023 la concessione alla fruizione del beneficio è avvenuta, in favore di 79 dipendenti.

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.

117

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 2023	Target 2024	Target 2025	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	aggiornamento della mappatura dei principali processi ad alto rischio corruzione	aggiornamento della mappatura dei principali processi ad alto rischio corruzione	aggiornamento della mappatura dei principali 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	coinvolgimento di ulteriori strutture sanitarie di supporto	coinvolgimento di ulteriori strutture sanitarie di supporto	coinvolgimento di ulteriori 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	implementazione del registro informatizzato	implementazione del registro informatizzato	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	Applicazione 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	Applicazione 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	Applicazione del nuovo regolamento	Applicazione del nuovo regolamento	Applicazione del nuovo regolamento	dirigenza PTA
9	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
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 della soddisfazione dell'utenza	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	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 sanitaria e PTA
12	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	pubblicazione indicatore	pubblicazione indicatore	pubblicazione indicatore	dirigenza sanitaria e PTA
13	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	aggiornamento	aggiornamento	aggiornamento	dirigenza sanitaria e PTA
14	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
15	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
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	Obblighi di pubblicazione di cui all'allegato 2 PTPCT	rispetto degli obblighi di pubblicazione	rispetto degli obblighi di pubblicazione	100%	dirigenza sanitaria e PTA

N.	Obiettivo strategico "specifici"	Ambiti applicativi della performance organizzativa	Obiettivo di performance organizzativa	Obiettivi minimi PIAO	Tipologie di indicatore	Indicatore	Target 2023	Target 2024	Target 2025	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	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
18	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
19	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
20	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
21	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
22	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
23	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
27	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
25	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
26	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
27	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
28	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 accessibili da portale	Rilevazione e monitoraggio dell'indicatore	Rilevazione e monitoraggio dell'indicatore	Rilevazione e monitoraggio dell'indicatore	dirigenza PTA
29	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 erogabili da portale	Rilevazione e monitoraggio dell'indicatore	Rilevazione e monitoraggio dell'indicatore	Rilevazione e monitoraggio dell'indicatore	dirigenza PTA
30	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
31	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 domicili digitali	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	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
33	Rilancio del ruolo nazionale regionale e locale	g) Qualità e quantità delle prestazioni dei servizi erogati	Appropriatezza organizzativa		efficacia	Degenza media pre-operatoria	<= 1,66	<= 1,66	<= 1,66	dirigenza sanitaria

NL	Obiettivo strategico "specifici"	Ambiti applicativi della performance organizzativa	Obiettivo di performance organizzativa	Obiettivi minimi PIAO	Tipologie di indicatore	Indicatore	Target 2023	Target 2024	Target 2025	Performance individuale
34	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
35	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 alto rischio di inappropriatazza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	<= 0,15	<= 0,15	<= 0,15	dirigenza sanitaria
36	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	<=24%	<=24%	<=24%	dirigenza sanitaria
37	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
38	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
39	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	>2021	>2022	>2023	dirigenza sanitaria
40	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 135 interventi annui	100%	100%	100%	dirigenza sanitaria
41	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	>85%	>85%	>85%	dirigenza sanitaria
42	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	<= Valore 2022	<= Valore 2023	<= Valore 2023	dirigenza sanitaria
43	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 inappropriatazza) † (esclusi ricoveri urgenti)	≥ Valore 2022	≥ Valore 2023	≥ Valore 2023	dirigenza sanitaria
44	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 2022	≤ Valore 2023	≤ Valore 2023	dirigenza sanitaria
45	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 10%)	≤ 5,92% (tolleranza 10%)	≤ 5,92% (tolleranza 10%)	dirigenza sanitaria
46	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
47	Sviluppo delle risorse interne	h) Raggiungimento degli obiettivi di promozione delle pari opportunità	Qualificazione dei servizi socio-assistenziali rivolti alla dolce 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

NL	Obiettivo strategico "specifici"	Ambiti applicativi della performance organizzativa	Obiettivo di performance organizzativa	Obiettivi minimi PIAO	Tipologie di indicatore	Indicatore	Target 2023	Target 2024	Target 2025	Performance individuale
48	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	implementazione del processo	implementazione del processo	implementazione del processo	dirigenza PTA
49	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)	mantenimento del processo	mantenimento del processo	mantenimento del processo	
50	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	100%	100%	100%	
51	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
52	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
53	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
54	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
55	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
56	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 2023-2025

PIANO DI FABBISOGNO 2023

Categorie e profili	PERSONALE IN SERVIZIO AL 31/12/2022 (TESTE)				ASSUNZIONI TEMPO INDETERMINATO 2023 (TESTE)			ASSUNZIONI CON RAPPORTO DI LAVORO FLESSIBILE ANNO 2023 (TESTE)			RISPARMIA CESSAZIONI ANNO 2023							SITUAZIONE AL 31/12/2023			SITUAZIONE AL 31/12/2023	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	Tempo indet.	Tempo det.	TOT. (12+13)	TRASCINAMENTO ASSUNZIONI 2024	TRASCINAMENTO CESSAZIONI 2024
	Tempo indet.	Tempo det.	Co.co.	TOT. (1+2+3)	Numero teste T.L.	Spesa pro quota 2023	Spesa annua a regime	Numero teste T.D.	N. teste Co.co.co.	Spesa pro quota 2023	Spesa annua a regime	Numero teste T.L.	Numero teste T.D.	Totale (12+13)	N. teste Co.co.co.	Risparmio pro quota 2023 da cessazioni registrate e da trasf.	Risparmio da cessazioni 2023 a regime					
Direttore Medico S.C.	26	0	26	6	251677	566.274	0	0	0	0	2	0	2	0	0	0	30	0	30	34.596	-46.800	
Diligente Medico	575	88	663	59	2.395.800	3.926.402	24	0	1424.751	1578.771	24	90	114	0	5.149.281	7.276.755	60	22	632	1685.232	-2.074.474	
Tot. Medici	601	88	689	65	2.646.667	4.492.675	24	0	1424.751	1578.771	26	90	116	0	5.259.263	7.433.545	640	22	662	1999.828	-2.074.282	
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	
Diligente Odontoiatra	2	1	3	1	36.407	62.411	0	0	0	0	0	1	1	0	36.837	63.149	3	0	3	26.005	-26.312	
Tot. Odontoiatri	2	1	3	1	36.407	62.411	0	0	0	0	0	1	1	0	36.837	63.149	3	0	3	26.005	-26.312	
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	
Diligente Farmacista	12	3	15	1	32.684	65.367	1	0	55.186	66.199	1	0	1	0	32.684	65.367	12	4	16	43.707	-32.684	
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	
Diligente Biologo	29	4	33	5	234.232	326.835	0	0	0	0	2	3	5	0	252.569	329.182	32	1	33	92.603	-76.583	
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	
Diligente Chimico	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	
Diligente Fisico	6	2	8	1	38.151	65.367	0	0	0	0	0	1	1	0	38.581	66.139	7	1	8	27.236	-27.558	
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	
Diligente Psicologo	9	2	11	3	15.677	17.733	0	0	0	0	1	2	3	0	17.082	19.746	11	0	11	58.056	-60.562	
Tot. Dirigenti Ruolo San.	58	11	69	10	420.723	631.302	1	0	55.186	66.199	4	6	10	0	460.916	658.305	64	6	70	221.602	-87.388	
Cps - Pers. Inf. - Assistente Sanitario (Cat. D - Ds)	2	0	2	2	57.618	69.141	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	4	11.524	0	
Cps - Pers. Inf. - Inf. Pediatrico (Cat. D - Ds)	17	0	17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17	0	17	0	0	
Cps - Pers. Inf. - Infermiere (Cat. D - Ds)	1485	230	1715	64	1709.421	2.204.833	11	0	328.758	384.769	34	169	203	0	5.019.802	7.077.250	1515	72	1587	5514.24	-2.057.449	
Cps - Pers. Inf. - Ostetrica (Cat. D - Ds)	48	20	68	5	152.687	172.853	1	0	33.903	34.979	2	15	17	0	450.491	593.826	51	6	57	21242	-143.335	
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	
Cps - Riabil. - Educatore Professionale (Cat. D - Ds)	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)	36	16	52	2	69.141	69.141	0	0	0	0	2	13	15	0	407.272	523.868	36	3	39	0	-116.597	
Cps - Riabil. - Logopedista (Cat. D - Ds)	2	2	4	2	44.543	69.141	0	0	0	0	0	1	1	0	11.660	34.979	4	1	5	24.598	-23.319	
Cps - Riabil. - Ortopedico (Cat. D - Ds)	5	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	5	0	0	
Cps - Riabil. - Temp. Occupazionale (Cat. D - Ds)	1	2	3	1	1524	34.571	0	0	0	0	0	2	2	0	40.809	69.955	2	0	2	23.047	-29.149	
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	
Cps - Riabil. - Terap. Neuro E Psk. (Cat. D - Ds)	1	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	3	0	0	
Cps - Pers. Tec. - Dietista (Cat. D - Ds)	9	0	9	4	116.593	138.282	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13	0	13	31.690	0	
Cps - Pers. Tec. - Igienista Dentale (Cat. D - Ds)	2	1	3	1	28.809	34.571	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	4	5.762	-23.319	
Cps - Pers. Tec. - Tecn. Audiometrista (Cat. D - Ds)	0	1	1	2	31.690	69.141	0	0	0	0	0	1	1	0	11.660	34.979	2	0	2	37.451	-23.319	
Cps - Pers. Tec. - Tecn. Neurofisiopat. (Cat. D - Ds)	11	1	12	3	51.856	103.712	1	0	32.064	34.979	2	2	4	0	88.028	159.099	12	0	12	54.771	-51.071	
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	
Cps - Pers. Tec. - Tecn. Rad. Med. (Cat. D - Ds)	121	7	128	10	224.709	345.708	2	0	64.128	69.642	6	8	14	0	190.431	277.381	125	7	132	126.311	-86.971	
Cps - Pers. Tec. - Tecn. San. Lab. Biom. (Cat. D - Ds)	114	20	134	8	149.806	276.564	0	0	0	0	3	14	17	0	337.450	593.438	119	6	125	126.759	-255.968	
Cps - Pers. Tec. - Odontotecnico (Cat. D - Ds)	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. Fisiop. Card. (Cat. D - Ds)	8	4	12	3	57.618	103.712	0	0	0	0	1	2	3	0	57.890	104.529	10	2	12	46.094	-46.659	
Altro (Cat. C - Bs)	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	31.809	31.809	0	0	0	0	0	
Tot. Comparto Ruolo San.	1.863	306	2.169	107	2.696.011	3.691.367	15	0	458.853	524.369	51	221	272	0	6.647.281	9.481.098	1.919	100	2.019	1.060.872	-2.833.817	
Totale Ruolo Sanitario	2.524	406	2.930	183	5.800.008	8.877.756	40	0	1.938.721	2.169.280	81	318	399	0	12.404.298	17.636.097	2.626	128	2.754	3.308.307	-5.231.800	
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	
Diligente Avvocato	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	
Diligente Ingegnere	3	1	4	2	88.416	124.823	0	0	0	0	1	1	2	0	36.837	63.149	3	0	3	36.407	-26.312	
Direttore Architetto S.C.	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	
Diligente Architetto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Tot. Dirigenza Ruolo Professionale	4	1	5	2	88.416	124.823	0	0	0	0	1	1	2	0	36.837	63.149	6	0	6	36.407	-26.312	
Coll. Professionale Settore Comunicazione (Cat. D)	0	0	0	1	1.440	17.285	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	15.845	0	
Coll. Professionale Settore Informazione (Cat. D)	0	0	0	1	1.440	17.285	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	15.845	0	
Tot. Comparto Ruolo Professionale	4	1	5	4	1.881	34.571	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	1.690	-26.312	
Totale Ruolo Professionale	4	1	5	4	91.297	159.393	0	0	0	0	1	1	2	0	36.837	63.149	8	0	8	68.096	-26.312	
Direttore Analista S.C.	1	0	1	1	52.009	62.411	0	0	0	0	0	0	0	0	56.250	62.411	1	0	1	47.402	-6.811	
Diligente Analista	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	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	
Diligente Sociologo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Tot. Dirigenza Ruolo Tecnico	1	1	2	1	52.009	62.411	0	0	0	0	0	0	0	0	56.250	62.411	1	1	2	47.402	-6.811	
Coll. Prof. - Ass. Sociale (Cat. D - Ds)	6	0	6	1	20.466	34.571	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0	7	14.044	0	
Coll. Tecnico Professionale (Cat. D - Ds)	18	11	29	3	48.975	103.712	0	0	0	0	1	4	5	0	117.866	174.487	20	7	27	54.737	-62.701	
Assistente Tecnico	1	0	1	3	55.443	95.045	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	4	39.602	0	
Programmatore	4	0	4	5	97.810	159.047	0	0	0	0	1	0	1	0	29.859	31.809	8	0	8	612.53	-2.631	
Operatore Tecnico Specializzato (Cat. Bs - C)	25	0	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	25	0	25	0	0	
Operatore Socio-Sanitario	168	69	237	13	304.392	387.756	0	0	0	0	7	64	71	0								

FABBISOGNO 2023

TESTE										QUADRO ECONOMICO			
A	B	C	D	E	F	G	H	I		L	M	N	O
ENTE	ASSUNZ. T.L.	ASSUNZ. T.D.	TOTALE ASSUNZIONI (A+B)	INCARICHI CO.CO.CO.	CESSAZ. T.L.	CESSAZ. T.D.	TOTALE CESSAZIONI (E+F)	CESSAZIONI INCARICHI CO.CO.CO.	DIFFERENZA ASSUNZIONI/ CESSAZIONI (C-G)	SALDO TRASCINAM. ASSUNZIONI/ CESSAZIONI 2022	COSTO ASSUNZIONI 2023	RISPARMIO DA CESSAZIONI 2023	SALDO (L+M-N)
AOU	283	63	346	-	108	470	578		- 232	- 17.568	10.312.557	15.930.943	- 5.635.954

FABBISOGNO 2024

TESTE										QUADRO ECONOMICO			
A	B	C	D	E	F	G	H	I		L	M	N	O
ENTE	ASSUNZ. T.L.	ASSUNZ. T.D.	TOTALE ASSUNZIONI (A+B)	INCARICHI CO.CO.CO.	CESSAZ. T.L.	CESSAZ. T.D.	TOTALE CESSAZIONI (E+F)	CESSAZIONI INCARICHI CO.CO.CO.	DIFFERENZA ASSUNZIONI/ CESSAZIONI (C-G)	SALDO TRASCINAM. ASSUNZIONI/ CESSAZIONI 2023	COSTO ASSUNZIONI 2024	RISPARMIO DA CESSAZIONI 2024	SALDO (L+M-N)
AOU	27	-	27	-	25	2	27		-	- 2.587.533	764.804	724.715	- 2.547.444

FABBISOGNO 2025

TESTE										QUADRO ECONOMICO			
A	B	C	D	E	F	G	H	I		L	M	N	O
ENTE	ASSUNZ. T.L.	ASSUNZ. T.D.	TOTALE ASSUNZIONI (A+B)	INCARICHI CO.CO.CO.	CESSAZ. T.L.	CESSAZ. T.D.	TOTALE CESSAZIONI (E+F)	CESSAZIONI INCARICHI CO.CO.CO.	DIFFERENZA ASSUNZIONI/ CESSAZIONI (C-G)	SALDO TRASCINAM. ASSUNZIONI/ CESSAZIONI 2024	COSTO ASSUNZIONI 2025	RISPARMIO DA CESSAZIONI 2025	SALDO (L+M-N)
AOU	30	-	30	-	30	-	30		-	18.730	896.619	896.868	18.482