

AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA MEYER

Delibera del Direttore Generale n. 185 del 30-03-2023

Proposta n. 343 del 2023

Oggetto: APPROVAZIONE DEL PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E DI ORGANIZZAZIONE (PIAO) 2023 - 2025

Dirigente: BERTI TITO

Struttura Dirigente: STAFF DIRETTORE GENERALE

AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA MEYER
(Art. 33 L.R.T. 24 febbraio 2005 n. 40)
Viale Pieraccini, 24 - 50139 FIRENZE
C.F. P.Iva 02175680483

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

Oggetto	Delibere/Disposizioni
Contenuto	Approvazione del Piano Integrato di Attività e di Organizzazione (PIAO) 2023 - 2025

Area Tecnico Amm.va	AREA TECNICO AMMINISTRATIVA
Coord. Area Tecnico Amm.va	BINI CARLA
Struttura	STAFF DEL DIRETTORE GENERALE
Direttore della Struttura	TITTO BERTI
Responsabile del procedimento	SPAGNOLO GIANFRANCO
Immediatamente Esecutiva	SI'

Conti Economici			
Spesa prevista	Conto Economico	Codice Conto	Anno Bilancio

Estremi relativi ai principali documenti contenuti nel fascicolo		
Allegato	N° di pag.	Oggetto
A	71	Piano Integrato di Attività e di Organizzazione (PIAO) 2023 - 2025
1	5	Metodologia di analisi del rischio _Sottosezione rischi corruzione e trasparenza
2	21	Scheda Aree di rischio mappate _Sottosezione rischi corruzione e trasparenza
3	16	Aree di intervento _Sottosezione rischi corruzione e trasparenza
4	17	Tabella trasparenza _Sottosezione rischi corruzione e trasparenza



IL DIRETTORE GENERALE

Dr. Alberto Zanobini

(D.P.G.R.T. n. 99 del 30 luglio 2020)

Visto il D. Lgs.vo 30/12/1992 n. 502 e sue successive modifiche ed integrazioni e la L. R. Toscana n. 40 del 24/02/2005 e s.m.i. di disciplina del Servizio Sanitario Regionale.

Dato atto:

- che con deliberazione del Direttore Generale n. 54 del 01.02.2021 è stato approvato il nuovo Atto Aziendale dell'A.O.U. Meyer, ai sensi dell'art. 6 del Protocollo d'intesa del 22.04.2002 fra Regione Toscana e Università degli Studi di Firenze, Siena e Pisa, con decorrenza dal 1.2.2021;
- che con deliberazione del Direttore Generale n. 55 del 1.02.2021 sono stati assunti i primi provvedimenti attuativi in relazione alla conferma/riassetto delle strutture complesse e semplici dotate di autonomia ed al conferimento dei relativi incarichi di direzione;
- che con deliberazione del Direttore Generale n. 56 del 1.02.2021 sono state assunte determinazioni attuative del nuovo Atto aziendale in relazione alla conferma/riassetto delle strutture Dipartimentali e/o a valenza dipartimentale, delle Aree Funzionali Omogenee, dell'Area Servizi dell'Ospedale, dell'Area dei Diritti del Bambino, dell'Area Tecnico Amministrativa ed al conferimento di relativi incarichi di direzione;
- che con successiva deliberazione del Direttore Generale n. 92 del 15.02.2021 si è provveduto ad assumere ulteriori disposizioni attuative relative all'organizzazione dell'AOU Meyer in ordine alle Strutture semplici Intramac, Unità Professionali, Uffici e Incarichi professionali
- che con deliberazione del Direttore Generale n. 443 del 23.09.2022 l'A.O.U. Meyer ha disposto la presa d'atto del Decreto del Ministero della Salute del 02.08.2022, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 200 del 27.08.2022, con cui l'Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer è stata riconosciuta Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (I.R.C.C.S.), per la disciplina di pediatria;

Dato atto altresì che con deliberazione del Direttore Generale n. 331 del 30.06.2022 l'A.O.U. Meyer ha approvato il Piano Integrato di Attività e di Organizzazione (PIAO) 2022 – 2024.

Su proposta del Responsabile dello Staff del Direttore Generale, Dr. Tito Berti, il quale, con riferimento alla presente procedura, ne attesta la regolarità amministrativa e la legittimità dell'atto.

Premesso che:

- il D.L. 09/06/2021 n. 80 “Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia” convertito con modificazioni dalla legge 06/08/2021 n. 113, all'art 6 prevede per tutte le pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2 del D. Lgs. 165/2001 con più di 50 dipendenti, l'adozione di un nuovo strumento di programmazione, denominato Piano integrato di attività e organizzazione, brevemente PIAO.;
- il PIAO, che ha durata triennale con aggiornamento annuale, definisce (comma 2):
 - 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;
 - gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne;
 - gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione;
 - l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare, anche mediante il ricorso alla tecnologia e sulla base della consultazione degli utenti;
 - le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità, sia fisica che digitale,

all'amministrazione da parte di quei cittadini che, per ragioni di età o per altre condizioni sfavorevoli, hanno bisogno di maggior attenzione;

- le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere;
- il PIAO a regime deve essere adottato e pubblicato entro il 31 gennaio di ogni anno;
- ANAC con il Comunicato del 17 gennaio 2023, in considerazione che il Piano Nazionale Anticorruzione 2022 (PNA) è stato approvato con delibera ANAC n. 7 del 17/01/2023 ed al fine di dare attuazione sostanziale alle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza per l'anno 2023, ha valutato l'opportunità di differire il termine per l'adozione del PIAO 2023 - 2025 da parte delle pubbliche amministrazioni al 31 marzo 2023.

Visto il DPR 24 giugno 2022 n. 81 “Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione” che, in attuazione del comma 5 dell'articolo 6 sopra citato, ha disposto la soppressione, in quanto assorbiti nelle apposite sezioni del PIAO, degli adempimenti relativi ai seguenti piani:

- a) Piano dei fabbisogni di personale di cui all'articolo 6 del D. Lgs. 30 marzo 2001 n. 165 (articolo 1, comma 1 lettera a);
- b) Piano delle azioni concrete di cui all'articolo 60-bis del D. Lgs. 30 marzo 2001 n. 165 (articolo 1, comma 1 lettera a);
- c) Piano per razionalizzare dell'utilizzo delle dotazioni strumentali, anche informatiche, che corredano le stazioni di lavoro nell'automazione d'ufficio di cui all'articolo 2, comma 594, lettera a) della legge 24 dicembre, n. 244 (articolo 1, comma 1 lettera b);
- d) Piano della performance di cui all'articolo 10 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 (articolo 1, comma 1 lettera c);
- e) Piano di prevenzione della corruzione di cui all'articolo 1, commi 5, lettera a) e 60, lettera a) della legge 6 novembre 2012, n. 190 (articolo 1, comma 1 lettera d);
- f) Piano organizzativo del lavoro agile di cui all'articolo 14, comma 1, della legge 7 agosto 2015, n. 124 (articolo 1, comma 1 lettera e);
- g) Piani di azioni positive di cui all'articolo 48, comma 1, del decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198 (articolo 1, comma 1 lettera f);

precisando che per le amministrazioni tenute alla redazione del PIAO tutti i richiami ai piani individuati al comma 1 sono da intendersi come riferiti alla corrispondente sezione del PIAO (articolo 1, comma 2).

Visto altresì il decreto del Ministro della pubblica amministrazione del 30 giugno 2022 n. 132 che, in attuazione dell'articolo 6, comma 6, del decreto legge 9 giugno 2021 n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, ha adottato un “regolamento recante la definizione de contenuto del PIAO” e successivamente ha pubblicato in G.U. n. 209 del 7/9/2022 un piano-tipo, quale strumento di supporto alle pubbliche amministrazioni.

Ritenuto opportuno richiamare la Circolare del 06/12/2021 emessa dal Dipartimento della Funzione Pubblica relativa alle prime Linee Guida sulla redazione del PIAO.

Considerato che l'AOU Meyer, in merito alla programmazione delle strategie aziendali e alla loro declinazione in obiettivi, indicatori e risultati, nonché alla programmazione delle risorse di personale, nel rispetto delle normative in vigore, ha già provveduto ai seguenti adempimenti:

- Piano triennale dei fabbisogni di personale 2022-2024 (deliberazione n. 556 del 30.11.2022);
- Piano della Performance 2021-2023 (deliberazione n. 58 del 01/02/2021);
- Piano di Formazione 2023 (deliberazione n. 114 del 23/02/2023);
- Regolamento Aziendale sul lavoro agile (deliberazione n. 163 del 16/03/2023);

e che tali documenti vanno a far parte del PIAO 2023-2025.

Ricordato che:

- si è concluso con esito favorevole l'iter di riconoscimento, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13, comma 3, del D.Lgs. 288/2001, del carattere scientifico dell'A.O.U. Meyer per la disciplina di “Pediatria”, con emanazione del Decreto Ministero della Salute del 2 agosto 2022;

- il 2023 si caratterizzerà pertanto come l'anno in cui l'AOU Meyer attiverà il percorso di adeguamento della propria organizzazione alla normativa specifica di riferimento, a seguito anche della recente modifica della L.R. n. 40/2005 avvenuta con L.R. n. 12 del 16 marzo 2023.

Ritenuto, altresì, necessario rilevare che nella rappresentazione sono stati individuati molti dati qualitativi e quantitativi di riferimento, per quanto attiene la produzione aziendale, i fattori produttivi utilizzati, la pervasività regionale ed extraregionale che rappresentano il più alto momento di sviluppo antecedente all'emergenza pandemica da SARS-COVID 19 e che costituiscono nel più breve futuro il punto di arrivo da cui ripartire per il nuovo sviluppo dell'IRCCS.

Dato atto, in considerazione di quanto in precedenza espresso:

- che tale PIAO risente dell'impossibilità in questo momento di poter rappresentare un Piano Integrato delle Attività e dell'Organizzazione capace di delineare in modo compiuto i prossimi anni di lavoro dell'AOU Meyer IRCCS e che, in conseguenza a ciò, il documento prodotto integra lo stato dell'arte raggiunto e le progettualità di sviluppo (passibili anche di sensibili variazioni nel tempo) con differenziazioni relative agli specifici contesti trattati;
- di rinviare eventualmente ad un successivo documento – da adottarsi dopo l'adeguamento dell'assetto organizzativo della AOU Meyer IRCCS e al primo periodo di avvio - la più puntuale e completa rappresentazione delle strategie aziendali, il corretto utilizzo dei fattori produttivi, tra i quali spicca il fattore umano e la relativa organizzazione oltre l'attenzione all'anticorruzione ed alla trasparenza dell'azione amministrativa.

Acquisito il parere favorevole dell'OIV nella seduta del 29 marzo 2023;

Visto il Piano Integrato di Attività e Organizzazione dell'AOU Meyer, che quale allegato A è unito al presente atto a formarne parte integrante e sostanziale del presente atto.

Accertata la necessità ed urgenza di dichiarare il presente provvedimento immediatamente eseguibile al fine di rispettare il termine di scadenza del 31 marzo 2023.

Considerato che il Responsabile del Procedimento, individuato ai sensi della Legge n. 241/1990 nella persona del Dr. Gianfranco Spagnolo sottoscrivendo l'atto attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è legittimo.

Acquisito il parere del Coordinatore dell'Area Tecnico Amministrativa, Dr.ssa Carla Bini, espresso mediante sottoscrizione del presente atto.

Vista la sottoscrizione del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo, per quanto di competenza, ai sensi dell'art. 3 del Decreto Legislativo n. 229/99.

DELIBERA

Per quanto esposto in narrativa che espressamente si richiama,

1. di approvare il Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO) 2023 – 2025 allegato A alla presente deliberazione unitamente agli allegati 1, 2, 3 e 4 relativi alla sottosezione “Rischi corruttivi e Trasparenza” che ne fanno parte integrante e sostanziale;
2. di dare atto che il PIAO si compone altresì dei documenti in esso richiamati tramite link, già formalmente adottati e di seguito indicati:
 - Piano triennale dei fabbisogni di personale 2022-2024 (deliberazione n. 556 del 30.11.2022);



- Piano della Performance 2021-2023 (deliberazione n. 58 del 01/02/2021);
 - Piano di Formazione 2023 (deliberazione n. 114 del 23/02/2023);
 - Regolamento Aziendale sul lavoro agile (deliberazione n. 163 del 16/03/2023)
 - Statuto Aziendale (deliberazione n. 54 del 01/02/2021);
3. di disporre la pubblicazione del PIAO sul sito istituzionale e la trasmissione al Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri per la pubblicazione sul relativo portale, così come previsto dal D.Lgs. n. 80/2021 art.6, comma 4;
 4. di trasmettere copia del presente provvedimento all'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) dell'AOU Meyer;
 5. di dare atto che dal presente provvedimento non conseguono ulteriori oneri a carico dell'Azienda;
 6. di dichiarare il presente atto immediatamente eseguibile ai sensi dell'art. 42, comma 4, della L.R.T. n. 40/2005;
 7. di trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale ai sensi dell'art. 42, comma 2, della L.R.T. n. 40/2005 contemporaneamente all'inoltro all'albo di pubblicità degli atti di questa A.O.U. Meyer.

IL DIRETTORE GENERALE
(Dr. Alberto Zanobini)

IL DIRETTORE SANITARIO
(Dr.ssa Francesca Bellini)

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dr. Tito Berti)



PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE (PIAO)

2023 - 2025

INDICE

1. **PREMESSA GENERALE** pag. 4

2. **SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE** pag. 8
 - 2.1 *Da dove veniamo*

 - 2.2 *Chi siamo*
 - 2.2.1 *Mission*
 - 2.2.2 *Vision*
 - 2.2.3 *Assistenza*
 - 2.2.4 *Didattica e Formazione*
 - 2.2.5 *Ricerca e Innovazione*

 - 2.3 *L'Azienda in cifre*

3. **VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE** pag. 17
 - 3.1 *Quale valore pubblico*

 - 3.2 *Performance*

 - 3.3 *Rischi corruttivi e trasparenza*
 - 3.3.1 *Premessa*
 - 3.3.2 *Definizione di corruzione*
 - 3.3.3 *Contesto esterno*
 - 3.3.4 *Contesto interno*
 - 3.3.5 *Soggetti coinvolti nel sistema di prevenzione della corruzione aziendale*
 - 3.3.6 *Procedimento di formazione, predisposizione e adozione della Sottosezione*
 - 3.3.7 *Collegamento tra sistema di prevenzione e PNRR*
 - 3.3.8 *Obiettivi strategici specifici della prevenzione della corruzione e trasparenza*
 - 3.3.9 *Gestione del rischio corruzione e mappatura dei processi*
 - 3.3.10 *Pantouflage*
 - 3.3.11 *Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (c.d. whistleblower)*
 - 3.3.12 *Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile*
 - 3.3.13 *Programmazione dell'attuazione della trasparenza*
 - 3.3.14 *Monitoraggio, Relazione del Responsabile della prevenzione e note finali*

4. **ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO** pag. 47
 - 4.1 *Modello organizzativo dell'A.O.U. Meyer IRCCS*

 - 4.2 *Strumenti organizzativi*

 - 4.3 *Organigramma*

 - 4.4 *Piano dei fabbisogni del personale*

 - 4.5 *Organizzazione del lavoro agile*
 - 4.5.1 *Dalla fase emergenziale alla fase strutturale*
 - 4.5.2 *Principali riferimenti normativi*
 - 4.5.3 *Le modalità attuative: le condizionalità ed i fattori abilitanti*
 - 4.5.4 *Individuazione preliminare delle attività "smartabili"*
 - 4.5.5 *Competenze e soggetti coinvolti*

4.5.6 Strumenti per l'attuazione del lavoro in modalità agile

4.5.7 Principi, obiettivi generali, e collegamento con i sistemi di misurazione della performance

4.6 Formazione del personale

5. MONITORAGGIO

pag. 70

Documentazione allegata

Allegato 1 - Metodologia di analisi del rischio _Sottosezione rischi corruzione e trasparenza

Allegato 2 - Scheda Aree di rischio mappate _Sottosezione rischi corruzione e trasparenza

Allegato 3 - Aree di intervento _Sottosezione rischi corruzione e trasparenza

Allegato 4 - Tabella trasparenza _Sottosezione rischi corruzione e trasparenza

1. PREMESSA GENERALE

Il Piano integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), introdotto dall'art. 6 del D.L. 80/2021 convertito, con modificazioni, dalla Legge 6 agosto 2021 n. 113, è un documento programmatico triennale, con aggiornamento annuale. Il PIAO rappresenta un documento unico di programmazione e governance che assorbe, in ottica di semplificazione e integrazione, molti degli atti di pianificazione cui sono tenute le amministrazioni ed in particolare, tra gli altri, il Piano della performance, il Piano Organizzativo del Lavoro Agile – POLA, Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e di promozione della Trasparenza, la programmazione dei fabbisogni formativi, il Piano triennale del fabbisogno del personale.

Si inserisce tra le misure operative previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) per accompagnare la riforma della Pubblica Amministrazione.

Il PIAO definisce:

- gli obiettivi programmatici e strategici della performance secondo i principi e criteri direttivi di cui all'articolo 10 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, stabilendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati della performance organizzativa;
- 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 ai processi di pianificazione secondo le logiche del project management, 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;
- compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni del personale, di cui all'articolo 6 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, prevedendo, oltre alle forme di reclutamento ordinario, la percentuale di posizioni disponibili nei limiti stabiliti dalla legge destinata alle progressioni di carriera del personale, anche tra aree diverse, e le modalità di valorizzazione a tal fine dell'esperienza professionale maturata e dell'accrescimento culturale conseguito anche attraverso le attività poste in essere ai sensi della lettera b), assicurando adeguata informazione alle organizzazioni sindacali;
- gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione, secondo quanto previsto dalla normativa vigente e in conformità agli indirizzi adottati dall'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC) con il Piano nazionale 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, inclusa la graduale misurazione dei tempi effettivi di completamento delle procedure, effettuata attraverso strumenti automatizzati;
- le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;
- le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere, anche con riguardo alla composizione delle commissioni esaminatrici dei concorsi (comma 2);
- le modalità di monitoraggio degli esiti, con cadenza periodica, inclusi gli impatti sugli utenti, anche attraverso rilevazioni della soddisfazione dell'utenza.

In linea con quanto già specificato nel precedente PIAO 2022-2024, si ritiene opportuno fare una premessa preliminare all'adozione del presente documento relativa all'iter di riconoscimento, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13, comma 3, del D.Lgs. 288/2001, del carattere scientifico dell'A.O.U. Meyer per la disciplina di "Pediatria".

Tale percorso ha avuto origine da una precisa volontà della Regione Toscana che, in considerazione del progressivo rilievo del ruolo dell'A.O.U. Meyer sotto il profilo scientifico, ha ritenuto strategico per il sistema regionale avviare il percorso di riconoscimento ministeriale quale Istituto di Ricerca e Cure a Carattere Scientifico (IRCCS), come formalmente espressa con DGRT n. 1647 del 21/12/2020 (Avvio delle attività propedeutiche all'iter per il riconoscimento dell'A.O.U. Meyer quale Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico non trasformato in fondazione) e successivamente con DGRT n° 861 del 09/08/2021 (Istanza di riconoscimento dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer quale nuovo istituto di ricovero e cura a carattere scientifico ex d.lgs. 288/2003).

L'iter amministrativo si è concluso positivamente con l'emanazione del decreto del Ministero della salute in data 02 agosto 2022 che ha ufficialmente riconosciuto il carattere scientifico dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer (pubblicazione in Gazzetta Ufficiale del 27 agosto 2022).

Il raggiungimento di tale obiettivo assume pertanto rilevanza strategica sia a livello regionale che aziendale: il riconoscimento del Ministero della Salute del carattere scientifico del Meyer come realtà ospedaliera che tratta particolari patologie di rilievo nazionale, permetterà al pediatrico fiorentino di allinearsi con le altre strutture di eccellenza presenti sul territorio nazionale e consentirà al Meyer, di fruire di finanziamenti statali, che andranno ad aggiungersi a quelli regionali, finalizzati esclusivamente allo svolgimento della ricerca, permettendo così un ulteriore sviluppo delle attività scientifiche a beneficio di tutto il sistema regionale.

Inoltre, la recentissima modifica della Legge Regionale n. 40 del 2005, avvenuta con L.R. n. 12 del 16 marzo 2023, ha aperto la strada al percorso di attuazione del nuovo assetto organizzativo dell'A.O.U. Meyer IRCCS, che vedrà impegnata l'Azienda durante tutto l'anno.

Dobbiamo ricordare a tal proposito, come lo Statuto Aziendale in vigore dal febbraio 2021, pur avendo previsto a livello organizzativo un'area specifica dedicata alla ricerca, dovrà essere nuovamente modificato per garantire la sussistenza dei principi generali e delle regole normativamente previste e caratterizzanti un IRCCS; in primis la necessità di ampliare la governance aziendale con due ulteriori organi, ossia il Comitato di valutazione ed indirizzo ed il Responsabile Scientifico.

I primi passi del nuovo Meyer IRCCS vedranno quindi coinvolta l'Azienda nella stesura di un Nuovo Statuto Aziendale. L'iter di attuazione proseguirà con l'avvio dei processi necessari alla nomina dei nuovi organi.

Nel 2023 pertanto l'attività della Direzione Aziendale dell'A.O.U. Meyer sarà finalizzata all'adeguamento dell'organizzazione aziendale alla normativa specifica statale e regionale di riferimento ed alla prosecuzione nel percorso di ampliamento, come lo è stato negli anni, delle attività di ricerca in atto e di attivazione delle nuove, usufruendo anche dei finanziamenti statali che saranno specificatamente erogati dal Ministero della Salute.

Analoghe considerazioni possono essere sostenute per ciò che concerne gli obiettivi aziendali connessi alla Performance, dato che al momento della stesura dell'attuale documento non sono ancora stati emanati i regolamenti governativi di delegificazione per individuare e abrogare gli adempimenti relativi agli strumenti di programmazione assorbiti dal PIAO.

Pertanto, in merito alla programmazione delle strategie aziendali e della loro declinazione in obiettivi, indicatori e risultati, l'Azienda ha elaborato e approvato con deliberazione n. 58 del 01.02.2021, nel rispetto delle normative in vigore, il Piano Performance 2021 – 2023, al quale si rimanda nell'apposita sottosezione di cui al punto 3.2.

Per quanto attiene alla formalizzazione e approvazione di un Piano aggiornato del fabbisogno del personale, già di non semplice stesura considerato il succitato riconoscimento IRCSS e le relative conseguenze organizzative, si segnala un disallineamento delle tempistiche previste dalla Regione Toscana che procederà alle valutazioni e validazioni per le singole aziende toscane ben oltre la scadenza per l'adozione del presente PIAO.

Conseguentemente al quadro sopra descritto, questa Azienda ha ritenuto di compilare il PIAO aziendale alla data odierna offrendo una propria rappresentazione a breve termine per sviluppare in modo dinamico un nuovo Piano con il consolidamento della istituenda nuova realtà; al contempo nella rappresentazione sono stati individuati molti dati qualitativi e quantitativi di riferimento, per quanto

attiene la produzione aziendale, i fattori produttivi utilizzati, la pervasività regionale ed extraregionale che rappresentano il più alto momento di sviluppo antecedente all'emergenza pandemica da SARS-COVID 19 e che costituiscono nel più breve futuro il punto di arrivo da cui ripartire per il nuovo sviluppo dell'IRCCS.

In tale contesto si ricorda come questa Azienda, pur in presenza dello stato pandemico, oltre ad orientare le proprie attività nell'ambito più strettamente correlato al COVID, ha comunque avviato nuove progettualità, seppur ancora da consolidarsi, per esprimere le piene potenzialità assistenziali di diagnosi e cura (diagnostica per immagini cardiologica non invasiva, chirurgia pediatrica oncologica, epatobiliare e vascolare dell'ipertensione portale, ortopedia oncologica, neuro-ortopedia e chirurgia della mano, malattie rare in ambito odontostomatologico).

Appare pertanto impossibile in questo momento poter rappresentare un piano integrato delle attività e dell'organizzazione capace di delineare in modo compiuto i prossimi anni di lavoro dell'A.O.U. Meyer e, conseguentemente, il presente documento integra lo stato dell'arte raggiunto e presenta le progettualità di sviluppo (passibili anche di sensibili variazioni nel tempo) con differenziazioni relative agli specifici contesti trattati.

Il presente Piano costituisce il frutto dell'integrazione di diverse sottosezioni che, a loro volta, trovano specificazione e dettaglio nella documentazione già resa disponibile attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale. I singoli ambiti di analisi, trattati nella loro compiutezza, prevedono al loro interno l'indicazione dei processi di attuazione degli obiettivi specifici e degli impegni assunti, nonché le correlate attività di monitoraggio volte a verificarne lo stato di raggiungimento.

Ci si riserva quindi con un successivo documento - da redigersi successivamente all'attuazione del nuovo assetto organizzativo A.O.U. Meyer - IRCCS - la più puntuale e completa rappresentazione delle strategie aziendali, il corretto utilizzo dei fattori produttivi, tra i quali spicca il fattore umano e la relativa organizzazione oltre l'attenzione all'anticorruzione ed alla trasparenza dell'azione amministrativa attraverso la predisposizione di un nuovo PIAO che si caratterizzi per completezza, compiutezza, nonché integrazione dei propri contenuti.

2. SCHEDE ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

2.1 Da dove veniamo

Nella città di Firenze, nel 1891, nasce una delle prime strutture che in Europa si dedica esclusivamente alla cura dei bambini. E' l'ospedale pediatrico che il commendatore Giovanni Meyer dedica alla moglie Anna Meyer precocemente deceduta, donandolo poi alla città.

E' in questa struttura, chiamata affettuosamente "ospedalino" dai fiorentini, che nasce la pediatria. Sino ad allora il "fanciullo" era considerato come un adulto e senza distinzione di ricovero. Ne è testimone Anna Meyer che ne rimane sconvolta. Per questo il marito fa costruire un edificio che anticipa l'evoluzione della medicina su scala sovranazionale, in linea con le migliori idee dei Paesi europei più avanzati.

Al Meyer, che ha come missione unica ed esclusiva quella di curare i bambini e gli adolescenti, si formano coloro che diverranno i padri della moderna pediatria come il professore Giuseppe Mya, con i suoi studi sulla TBC e Carlo Comba, famoso per le sue ricerche in campo neurologico infantile e per la diffusione della vaccinazione anti-difterica che dimezza la mortalità tra i bambini ricoverati. Nell'immediato dopoguerra il professore Cesare Cocchi contribuisce a vincere la meningite tubercolare rendendo molto noto il Meyer nel contesto mondiale.

Nel 1995 il Meyer ottiene il riconoscimento di ospedale di alta specializzazione e il 14 dicembre del 2007 si completa il trasferimento nella nuova e moderna sede di Villa Ognissanti, sulle colline fiorentine. Una struttura non solo avanzata ma rispettosa dell'ambiente in cui è inserito, attornata da un parco secolare e realizzata con materiali caldi e naturali.

In questo contesto il Meyer si sviluppa velocemente attestandosi come una delle più dinamiche realtà pediatriche in Europa. Oggi l'ospedale pediatrico di Firenze è un punto di riferimento italiano e internazionale per la cura, la ricerca e l'assistenza dei bambini, tenendo fede – a distanza di oltre centotrenta anni – a quell'atto altruistico da cui tutto ha avuto inizio in quel lontano 1891.

2.2 Chi siamo

L'Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer IRCCS (A.O.U. Meyer Irccs) ha personalità giuridica pubblica ed è dotata di autonomia imprenditoriale, organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica.

L'A.O.U. Meyer fa parte del Servizio Sanitario Nazionale ed in particolare del Sistema Sanitario della Regione Toscana. L'Azienda è integrata con l'Università degli Studi di Firenze con la quale svolge, in maniera unitaria, funzioni di assistenza, didattica e ricerca. Si caratterizza per le attività di diagnosi, cura e riabilitazione rivolte ai piccoli pazienti sino al raggiungimento della loro maggiore età nel rispetto, comunque, del principio della continuità assistenziale.

Il Meyer è ospedale pediatrico di alta specializzazione e centro di riferimento nazionale per l'elevata complessità pediatrica. Dispone di 250 posti letto multi-specialistici ed è dotato di tutte le specialità pediatriche mediche e chirurgiche di area pediatrica.

Le moderne tecnologie si associano all'attività di ricerca e alle nuove terapie per il raggiungimento di alti livelli assistenziali in un contesto di umanizzazione e di servizi di accoglienza per le famiglie e i piccoli pazienti.

Grazie a un percorso durato tre anni, dopo un intenso procedimento di verifica, a dicembre del 2020, il Meyer ha ottenuto l'accreditamento internazionale dalla Joint Commission International (JCI) come Academic Medical Center Hospital. Un riconoscimento prestigioso che certifica lo standard di eccellenza raggiunto dall'ospedale pediatrico fiorentino e che lo proietta nel panorama delle realtà pediatriche più avanzate a livello nazionale e internazionale per il livello delle cure e della sicurezza garantiti ai piccoli pazienti. Negli ultimi mesi del 2023 è in programma una nuova verifica da parte della Commissione ai fini di confermare il riconoscimento ottenuto.

Ad oggi, infatti, l'accreditamento JCI rappresenta lo strumento più efficace ed esauriente al mondo per migliorare la sicurezza e la qualità in sanità.

La struttura è collocata ai piedi delle colline fiorentine e distribuita su 32.671 metri quadrati con 5 mila metri quadrati di giardini sulle terrazze e sul tetto, ed è attornata da un parco di 72 mila metri quadrati. Lavorano al Meyer circa 1.450 persone, compreso il personale universitario dedicato all'attività assistenziale.

L'Azienda ha la sua sede legale a Firenze in viale Gaetano Pieraccini, 24.

P. Iva e C.F.: 02175680483

Sito internet istituzionale: www.meyer.it

Pec Aziendale: meyer@postacert.toscana.it

Il logo dell'Azienda da inserire in tutti gli atti ufficiali è il seguente:



2.2.1 Mission

Le finalità istituzionali dell'A.O.U. Meyer sono la cura e il benessere dei bambini, un'assistenza clinica integrata con la didattica, la ricerca scientifica nonché l'erogazione delle attività formative necessarie al trasferimento delle competenze pediatriche a studenti, specializzandi e operatori pediatrici.

La mission aziendale è costantemente orientata e impegnata a fornire le migliori cure possibili per il trattamento e la guarigione dei piccoli pazienti che provengono dall'Italia e da altri Paesi e, a completamento e parte della cura, ad accompagnare e sostenere le famiglie in tutto il percorso assistenziale.

L'Azienda, nell'offrire tutte le discipline a indirizzo pediatrico, specialistiche, mediche e chirurgiche, intende rappresentare una struttura di riferimento a livello nazionale e internazionale per le patologie complesse.

Ulteriore mission attribuita all'azienda è il coordinamento e il riferimento per la rete pediatrica regionale, modello che si pone l'obiettivo di fornire risposte omogenee ai bisogni di salute della popolazione pediatrica su tutto il territorio regionale ed in particolare è rivolto a favorire la cooperazione tra i professionisti dei poli pediatrici ospedalieri ed i pediatri di famiglia nell'assicurare percorsi clinico assistenziali integrati, ottimizzando il raccordo ospedale-territorio, oltre a elaborare programmi sul miglioramento dell'assistenza, la promozione della formazione e della ricerca.

2.2.2 Vision

La vision che l'A.O.U. Meyer propone è ancorata alla sua missione mirata ad offrire le migliori cure possibili ai piccoli pazienti e sostegno alle famiglie, impegnandosi a rafforzare il lavoro di cura come paradigma medico-terapeutico, inteso nella sua dimensione salutogenica, come fattore protettivo ed in ottica di sviluppo del benessere e promozione della salute, come indicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Questo approccio si lega necessariamente e coerentemente alla didattica ed alla ricerca, attività fondamentali e distintive dell'Azienda.

I valori fondanti - individuati attraverso un percorso partecipato dei suoi dipendenti che ne ha consentito la condivisione, posti quale guida del proprio agire e costante riferimento per il futuro - sono:

- **passione e responsabilità**: il complesso e delicato lavoro in ambito sanitario e la peculiarità della Pediatria ci ricordano che per un'autentica presa in carico del piccolo paziente e della sua famiglia devono coesistere ed integrarsi l'elemento razionale ed il coinvolgimento emotivo, quale canale conoscitivo non da mettere a tacere, ma da tradurre in risorsa;

- **consapevolezza**: il raggiungimento di prestazioni di qualità, nel rispetto di parametri quali efficacia, efficienza, sicurezza ed appropriatezza, richiede a tutti coloro che sono coinvolti nella realizzazione di

tale obiettivo una competenza non solo tecnica, ma doti morali e capacità relazionali. Ogni operatore deve avere consapevolezza di tale complessità e necessità d'integrazione;

- **tutela del bene comune**: la sensibilizzazione degli operatori all'uso responsabile e corretto del tempo e delle risorse disponibili costituisce valore fondamentale assieme al perseguimento dell'appropriatezza nell'approccio assistenziale. Il concetto di Salute, intesa quale bene comune, da un lato esprime la necessità del mantenimento delle risorse da preservare, dall'altro, e soprattutto, richiede il coinvolgimento competente di tutti gli attori coinvolti, inclusi i piccoli pazienti, le loro famiglie e la Comunità tutta;

- **appartenenza e lealtà**: il lavoro di gruppo multidisciplinare, imprescindibile in Sanità, affinché non resti un assunto teorico, presuppone lealtà e appartenenza: favorire la visibilità del contributo di ogni operatore al raggiungimento degli obiettivi aziendali facilita il “*sentirsi un NOI*”;

- **fiducia e trasparenza**: centrale è il perseguimento della trasparenza, non solo nel suo versante più visibile di pubblicazione e condivisione di atti e documenti, da cui si evince l'operato del management, ma anche come cultura organizzativa, che contribuisce a porre le basi per un autentico sentimento di fiducia che accomuni tutti gli attori coinvolti nel processo di cura;

- **ascolto e apertura**: la realizzazione di tali valori consente di creare una reale personalizzazione delle cure basata sulla conoscenza della peculiarità dei piccoli pazienti e delle loro famiglie, un'integrazione autentica tra funzioni aziendali, ma anche tra l'Ospedale ed il territorio; l'ascolto e l'apertura debbono essere garantite intercettando un delicato e dinamico equilibrio tra la tutela della privacy e della fragilità ed il mantenimento di un costante dialogo con l'esterno, in termini spaziali, culturali e di confronto dialettico;

- **evoluzione e flessibilità**: un Ospedale di terzo livello che tende all'eccellenza richiede capacità di adattamento e cambiamento nell'ottica di un'innovazione costante, che presume flessibilità, formazione continua e ricerca di sempre nuove e migliori cure, non solo come area di attività ma come “*formamentis*”. L'evoluzione dei processi di cura è resa possibile dalla dinamicità di ogni altra funzione aziendale: dall'implementazione tecnologica finché all'adozione degli strumenti normativi e di management più strategici nell'evoluzione gestionale.

2.2.3 Assistenza

L'organizzazione dell'A.O.U. Meyer è volta a garantire alti livelli qualitativi dell'assistenza ai pazienti in età pediatrica e alle loro famiglie.

La predisposizione di percorsi di cura consente l'erogazione dell'assistenza articolata nei diversi setting assistenziali: ricovero ospedaliero a ciclo continuo e in regime diurno, attività di day service e ambulatoriale, televisita. Vengono così forniti gli interventi più efficaci rispetto alle caratteristiche del paziente, nel livello assistenziale più idoneo.

Viene posta particolare attenzione alla gestione dell'intero percorso del bambino, dal suo ingresso in ospedale fino alla dimissione e all'eventuale follow-up, prestando cura alla continuità dei processi tramite il lavoro in equipe multi professionali e multidisciplinari, in grado di assicurare in ogni fase del percorso le cure migliori, focalizzate sulle specifiche necessità dei singoli pazienti.

Grazie al livello di standardizzazione dei percorsi assistenziali, le equipe possono personalizzare le cure sulle specifiche esigenze dei bambini garantendo sicurezza e appropriatezza, e al tempo stesso assicurare l'umanizzazione dell'assistenza e comunicazione partecipata con i pazienti e le loro famiglie.

La piena realizzazione di questi obiettivi avviene ricercando la massima collaborazione e integrazione con le strutture territoriali di residenza e con gli altri centri della rete pediatrica regionale, con la finalità di fornire ad ogni piccolo paziente la migliore assistenza possibile nel luogo più vicino al proprio domicilio e ai propri affetti.

Altro requisito fondamentale per garantire percorsi di cura completi e volti all'eccellenza è la capacità concreta di trasferire nella pratica clinica i risultati delle innovazioni tecnologiche consentendo una rapida fruizione delle più recenti conoscenze scientifiche validate, in modo da costruire percorsi che consentano una diagnosi precoce e un trattamento tempestivo con la effettiva disponibilità delle migliori scelte terapeutiche anche per le patologie rare.

2.2.4 Didattica e Formazione

Le risorse umane costituiscono il più importante patrimonio dell'Azienda e, allo stesso tempo, l'elemento determinante per il successo di ogni organizzazione di qualità, dal momento che ogni funzione è presidiata dal fattore umano. La formazione è lo strumento d'eccellenza per accompagnare ogni processo di miglioramento, poiché integra fra loro i diversi strumenti di gestione (uomini, mezzi, risorse) consentendo la diffusione dei valori aziendali e di comportamenti condivisi, offrendo opportunità al processo di crescita professionale continua che va presidiato in maniera puntuale e costante.

In tal senso la formazione sanitaria deve svilupparsi oltre i livelli nozionistici, impersonali e decontestualizzati nella considerazione della nuova concezione della malattia e del malato.

La "complessità del malato" infatti, oggi implica la necessità che i ragionamenti scientifici siano arricchiti nella "complessità *delle relazioni con il malato*". La personalizzazione del rapporto terapeutico, la centralità del malato, insieme alle linee guida e ai protocolli, sono strumenti utili a risolvere il problema della complessità, ma essi diventano deboli e insufficienti se non ampliati in una visione olistica della persona neonato, bambino, adolescente.

Nella specificità dell'A.O.U. Meyer i processi didattici e formativi si connotano quale punto di riferimento globale di una medicina umanistica oltre che scientifica, nell'ottica di una pediatria che ripensa sé stessa nella relazione e nella complessità dei soggetti e delle metodologie di cura.

Il processo di formazione pertanto non può essere fine a sé stesso, settoriale, disancorato dalle finalità e dalla mission, ma anzi deve diventare uno strumento imprescindibile attraverso il quale esse si realizzano.

L'Azienda garantisce lo svolgimento delle attività formative programmate dalla Scuola di Scienze della Salute Umana.

Pur nella specificità dei ruoli, dei contenuti disciplinari e dei destinatari, l'Azienda e l'Università di Firenze, di concerto tra loro, definiscono il proprio piano annuale di formazione e di didattica in modo integrato e condiviso anche con altre sedi di formazione pediatriche regionali, nazionali ed internazionali con i seguenti comuni obiettivi:

- centralità del paziente nella cura;
- rigore scientifico ed etico nella cura e nella ricerca pediatrica;
- rispetto e difesa della dignità e dei diritti del paziente;
- miglioramento qualitativo dell'assistenza e la tutela della dignità e del benessere dei *care givers*;
- aggiornamento e consolidamento in termini culturali della collaborazione interprofessionale e multidisciplinare

2.2.5 Ricerca e innovazione

L'IRCCS AOU Meyer, per la sua vocazione, riconosce il valore strategico delle attività di ricerca e innovazione e la loro traduzione nella pratica clinica inscindibili dai compiti di assistenza, che costituiscono condizione essenziale per il compimento della propria missione. Tale missione ha trovato la propria evoluzione naturale nel recente riconoscimento quale Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), unendo il Meyer così agli altri ospedali italiani definiti dal Ministero della Salute come *“ospedali di eccellenza che perseguono finalità di ricerca, prevalentemente clinica e traslazionale, nel campo biomedico ed in quello della organizzazione e gestione dei servizi sanitari ed effettuano prestazioni di ricovero e cura di alta specialità o svolgono altre attività aventi i caratteri di eccellenza”*.

L'Ospedale rappresenta infatti il luogo privilegiato per la realizzazione di attività di ricerca volte a sviluppare soluzioni innovative nella pratica clinico-assistenziale, diagnostica e terapeutica.

L'Azienda intende promuovere ogni sforzo affinché le potenzialità del sistema di ricerca e innovazione possano essere realizzate appieno, promuovendo la ricerca e accogliendo in modo tempestivo, efficace e compatibile le innovazioni, quale bene comune di tutto l'Ospedale, che Essa propone tramite il loro rapido trasferimento tecnologico, contribuendo, laddove possibile, a orientarne le applicazioni verso i bisogni assistenziali prioritari in un'ottica di sostenibilità del sistema sanitario stesso.

2.3 L'Azienda in cifre

L'attività caratteristica dell'AOU Meyer è stata ancora fortemente condizionata dall'emergenza sanitaria legata al COVID-19 per cui tutte le linee produttive hanno subito una drastica riduzione rispetto al periodo pre-pandemico (anno 2019).

Per quanto attiene alla linea produttiva ricovero ordinario si assiste ad una ripresa rispetto all'anno 2021 (+ 248 dimessi) ma sempre sotto di circa 780 dimessi rispetto all'anno 2019, con una riduzione della complessità della casistica dimessa di 0,02 punti DRG rispetto all'anno 2021 e 0,06 punti DRG rispetto all'anno 2019.

Per quanto riguarda l'utilizzo della risorsa "posto letto", dall'analisi della degenza media e del tasso di utilizzo si comprende l'attenzione che l'Azienda ha da sempre posto su questo fattore. Nel corso del 2022 abbiamo registrato un notevole incremento della degenza media (+0,28 giorni rispetto al 2021) in controtendenza rispetto alla riduzione della complessità della casistica dimessa, mentre per quanto attiene il tasso di utilizzo dei posti letto ordinari si rileva un netto incremento di valore 82,90% del 2022 contro un valore pari a 78,74% del 2021 rispetto ad un 75,77% del 2020 come conseguenza della ripresa degli accessi nella nostra Azienda su tutti i regimi di ricovero. Risulta ancora lontano il valore del 88,94% dell'esercizio 2019.

Per quanto riguarda la linea produttiva Day Hospital, le giornate di DH hanno avuto una riduzione di circa 600 giornate rispetto all'anno 2021. Questo valore rispetto all'anno 2019 risulta ancora sotto di circa 5 mila accessi day hospital.

Per quanto attiene la produzione chirurgica siamo passati dai 6.756 casi del 2019, ai 4.098 casi del 2020, ai 5.038 del 2021, ai 5.306 casi del 2022 con un incremento complessivo di 103 casi rispetto all'anno.

La linea produttiva "specialistica ambulatoriale" ha registrato una riduzione quantitativa nell'anno 2022 passando dalle 798 mila prestazioni effettive del 2021 alle 773 mila prestazioni effettive del 2022, in particolare legate alla riduzione di test diagnostici per positività Covid che i laboratori effettuavano per altre aziende sanitarie toscane nell'anno 2020 e 2021.

La capacità di filtro del nostro pronto soccorso aziendale è tornato su valori al di sotto del 10% in particolare si è passati dal 6,58% del 2019, al 11,86% del 2020, al 10,66% del 2021 fino al valore del 2022 pari a 8,86%; dato strettamente correlato all'aumento degli accessi in PS passato dai 43.111 del 2019, ai 24.906 del 2020, ai 32.969 del 2021, ai 39.995 del 2022.

Infine, occorre ricordare il costante incremento dell'attrazione extraregionale che caratterizza da sempre l'AOU Meyer. Come è possibile analizzare sempre dalla tabella sottostante, l'anno 2019 aveva fatto registrare una % media di attrazione extraregionale per i ricoveri (ordinari e DH) del 26,32% (composta dal 26,69% del ricovero ordinario e dal 26,15% del ricovero in day hospital) contro un valore del 23,06% dell'anno 2015 (composta dal 26,65% del ricovero ordinario e dal 21,86% del ricovero in day hospital). L'anno 2020 invece ha visto, nonostante il periodo emergenziale una tenuta di questo indicatore con una riduzione al 22,15% per gli ordinari e DH (composto da 25,98% dei ricoveri

ordinari e 20,17% del DH, conseguenza del fatto che i la casistica complessa ha tenuto maggiormente). Per l'anno 2021 si rileva un dato complessivo relativo all'attrazione extraregionale pari al 22,41% (composto da un 24,71% relativo al ricovero ordinario e da un 21,19% del DH). Per l'anno 2022 si rileva un dato complessivo pari al 23,15% (composto da un 25,92% relativo al ricovero ordinario e da un 21,54% del DH).

Occorre sottolineare per l'anno 2022 il pieno riconoscimento economico dell'intera attività produttiva realizzata, a differenza di quanto accaduto per gli anni dal 2012 al 2016 nei quali la nostra Azienda si è vista applicare la logica dei c.d. "tetti di attività".

Indicatore	Consolidato 2014	Consolidato 2015	Consolidato 2016	Consolidato 2017	Consolidato 2018	Consolidato 2019	Consolidato 2020	Consolidato 2021	Consolidato 2022
N. Dimessi ordinari	8.898	8.675	8.762	8.652	9.029	9.094	6.866	8.060	8.308
Peso Medio DRG (dimessi ordinari)	1,48	1,46	1,45	0,99	0,97	0,94	0,95	0,90	0,88
Peso medio DM 2008 (dimessi ordinari)	1,18	1,16	1,19	1,17	1,15	1,12	1,14	1,08	1,05
Posti letto medi ricovero ordinario	167,07	163,57	167,53	170,80	172,60	171,00	160,64	164,52	169,04
Tasso Utilizzo posti letto ordinari %	91,38	90,89	92,15	92,20	88,34	88,94	75,77	78,74	82,90
Degenza Media dimessi ricovero ordinari	6,07	6,25	6,30	6,19	6,13	5,96	6,36	5,74	6,02
% attrazione extraregionale ricoveri ordinari	24,72	26,65	26,50	26,66	27,35	26,69	25,98	24,71	25,92
DH Giornate Cicli Aperti	38.458	39.176	38.558	40.089	37.848	39.214	28.914	34.954	34.322
% attrazione extraregionale ricoveri day hospital	20,04	21,86	22,67	23,94	24,34	26,15	20,17	21,19	21,54
Analisi % attrazione extraregionale ricoveri (Ordinari e DH)	21,34%	23,06%	23,65%	24,43%	25,20%	26,32%	22,15%	22,41%	23,15%
Casi Chirurgici Totali	6.082	6.078	6.151	6.369	6.717	6.756	4.098	5.203	5.306
Casi Chirurgici DH	2.558	2.607	2.620	2.733	2.994	3.056	1.434	2.036	2.202
Casi Chirurgici Ordinari	3.524	3.471	3.531	3.636	3.723	3.700	2.664	3.167	3.104
N. sale operatorie	7	7	7	7	7	7	7	7	7
N. trapianti	35	24	21	26	29	30	22	24	21
- di cui allogeneici	12	11	9	11	15	19	15	10	15
- di cui autologi	23	13	12	15	14	11	7	14	6
N. accessi pronto soccorso	44.841	44.081	44.417	42.923	41.328	43.111	24.906	32.969	39.995
PS % esito ricovero	6,98	6,51	6,51	6,63	6,40	6,58	11,86	10,66	8,86
N. prestazioni effettive totali erogate (q.tà) escluso Farmaci	609.588	655.499	690.338	701.896	730.073	768.258	647.111	798.314	773.285
N. dipendenti (tempo indeterminato e determinato)	999	1.030	1.068	1.156	1.158	1.206	1.284	1.317	1.295

Nella tabella sottostante vengono inoltre rappresentati i dati relativi all'attrazione extraregionale per linea produttiva per il quinquennio 2015-2022 (fonte Cruscotto Direzionale interno).

Indicatore	Consolidato 2015	Consolidato 2016	Consolidato 2017	Consolidato 2018	Consolidato 2019	Consolidato 2020	Consolidato 2021	Consolidato 2022
% attrazione extraregionale ricoveri ordinari	26,65	26,50	26,66	27,35	26,69	25,98	24,71	25,92
% attrazione extraregionale ricoveri day hospital	21,86	22,67	23,94	24,34	26,15	20,17	21,19	21,54
Analisi % attrazione extraregionale ricoveri (Ordinari e DH)	23,06%	23,65%	24,43%	25,20%	26,32%	22,15%	22,41%	23,15%
% attrazione extraregionale specialistica ambulatoriale	12,33%	14,48%	16,05%	16,27%	15,59%	15,60%	13,73%	16,01%

Ulteriori dettagli possono essere riscontrati nella Relazione sanitaria 2020-2021 nella quale meglio si descrive l'attività sanitaria dei due anni di riferimento che costituiscono nel più breve futuro il punto di arrivo da cui ripartire per il nuovo sviluppo dell'IRCCS.

La relazione sanitaria è consultabile al seguente link:

<https://www.meyer.it/ospedale/chi-siamo/109-numeri-e-performance>

3. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

3.1 Quale valore pubblico

Le “Linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell’appropriatezza degli interventi assistenziali in area pediatrico – adolescenziale” del Ministero della Salute, anno 2017, ribadiscono quanto già espresso dalle Nazioni Unite: ***i bambini hanno diritto ad essere curati in un ambiente pediatrico, prevedendo spazi e tecnologie adeguati, personale dedicato ed un approccio multidisciplinare, in cui non solo il pediatra, ma tutti i professionisti sanitari coinvolti abbiano specifiche competenze pediatriche, sia dal punto di vista tecnico che relazionale.***

La Carta europea dei diritti dei bambini in ospedale riconosce che l’ospedalizzazione dei bambini e delle bambine e degli adolescenti hanno caratteristiche differenti da quelle degli adulti. Per questo è necessario combinare l’alta specializzazione medica, la ricerca e l’innovazione con la parte più umana dell’assistenza attraverso un approccio globale al paziente ed alla sua famiglia non solo incentrato sulla malattia.

L’A.O.U. Meyer, nella consapevolezza del proprio ruolo di struttura pubblica pediatrica che opera, con logica di rete, nella cornice del Servizio Sanitario Regionale ed in un contesto socio-economico caratterizzata da un aumento della povertà dei bambini, si impegna ad offrire, mediante un utilizzo rigoroso delle risorse, cure di qualità e potenziare un’offerta attiva per le famiglie attraverso iniziative e occasioni volte a promuovere la salute dei piccoli pazienti.

Le nuove prospettive di cura offerte dal progresso scientifico e tecnologico in settori peculiari (neurochirurgia, chirurgia mini invasiva e robotica, grandi ustioni, oncologia, medicina perinatale, malattie rare, diagnostica, terapia intensiva), necessitano di strutture altamente specializzate dedicate alla pediatria, caratterizzate da un congruo rapporto tra competenze professionali, dotazioni tecnologiche e numerosità della casistica presa in carico.

La concentrazione e gestione delle patologie complesse nell’Ospedale pediatrico regionale garantisce standard qualitativi ottimali, non raggiungibili senza il necessario grado di specializzazione e consente inoltre l’ottimizzazione dell’utilizzo delle risorse, sia professionali che tecnologiche, offrendo al tempo stesso al bambino ed alla sua famiglia un approccio integrato a tutte le dimensioni di cura, compresi l’ambito psicologico, sociale ed educativo e all’accoglienza.

Si ritiene in via preliminare di ricordare come la realtà dell’A.O.U. Meyer sia caratterizzata per l’evoluzione da tempo attivata ed ancora in atto, propedeutica alla realizzazione di linee strategiche ed indirizzi operativi definiti dalla Regione Toscana nel contesto della salute garantita all’infanzia e all’adolescenza.

In accordo con le strategie regionali di promozione e protezione del benessere e della salute dei bambini, la tutela delle discriminazioni dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, attraverso una rete integrata di servizi per un welfare di comunità, si riportano in estrema sintesi i principali strumenti strategico – operativi di indirizzo per la crescita dell'azienda ed i relativi ambiti di azione.

A) OSPEDALE PEDIATRICO REGIONALE E SUO SVILUPPO

L'attività dell'AOU Meyer si caratterizza, ad eccezione del periodo pandemico, per un costante aumento della produzione e un innalzamento dei livelli di complessità delle prestazioni rese ai piccoli pazienti, a cui corrisponde - anche in risposta alla creazione di nuovi spazi e/o alla riorganizzazione dei setting già esistenti - un incremento delle risorse umane impiegate nella costante ricerca di equilibrio nel rapporto tra i due elementi.

Costituisce puntuale programma dell'Azienda, contestualmente al pieno recupero quali-quantitativo delle prestazioni che hanno subito una flessione derivante dalla emergenza sanitaria Covid-19, perseguire tale trend ed orientarlo al consolidamento ed incremento dei percorsi diagnostici e di cura in tutte le discipline a indirizzo pediatrico, specialistiche, mediche e chirurgiche, al fine di rappresentare una struttura di riferimento a livello nazionale ed internazionale per patologie complesse con approccio multidisciplinare e multiprofessionale.

Il crescente sviluppo delle competenze cliniche e della qualità della ricerca scientifica di base e applicata, gli standard assistenziali raggiunti e il ruolo di coordinamento della Rete Pediatrica Regionale, condurranno l'Azienda nel corso di validità del Piano Triennale del Fabbisogno del Personale, ad un significativo incremento dei volumi di produzione e dell'attrazione extraregionale soprattutto per le attività di alta complessità.

Quanto rappresentato ha reso progressivamente evidente una serie di esigenze organizzative che si sono, in parte, concretizzate nella necessità di revisione degli spazi esistenti e, ove possibile, nella creazione di nuove volumetrie. Ha preso pertanto avvio il progetto "Meyer +", il piano di sviluppo triennale che, attraverso un complesso di azioni strutturali, permetterà al Meyer entro il 2024 di completare il percorso di ulteriore crescita (tramite un ampliamento da 30.000 a 40.000 metri quadri), rendendo possibile la dislocazione di parte delle attività assistenziali in edifici adiacenti all'Ospedale, così da concentrare le attività di cura delle patologie ad alta complessità nell'attuale struttura ospedaliera.

Nella tabella di seguito si riportano, in estrema sintesi, i principali strumenti strategico – operativi di indirizzo per la crescita dell'azienda ed i relativi ambiti di azione:

Strumenti strategico operativi di indirizzo	Realizzazione operativa degli indirizzi strategici
<p>Piano Socio Sanitario Integrato Regionale 2018-2020 approvato dal Consiglio Regionale in data 9.10.2019 (cfr. area “Dedicato ai Bambini” nella specifica sezione “L’ospedale pediatrico regionale ed il suo sviluppo”)</p>	<p>Ospedale pediatrico regionale</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sviluppo di nuovi spazi per collocare le attività specialistiche ambulatoriali 2. Incremento dotazione posti letto, sviluppo di nuove linee assistenziali e introduzione di approcci terapeutici innovativi 3. Allargamento di attività didattica dedicata alla salute e alla cura del paziente pediatrico in un’area destinata alla formazione dei professionisti di settore; realizzazione di un contesto operativo organizzato, in collaborazione con la componente accademica, quale sede delle scuole di specializzazione dell’area pediatrica, dei centri di formazione delle professioni sanitarie e del network regionale di simulazione pediatrica
<p>DGRT 44 del 24.01.2017 Accordo di programma integrativo per il settore degli investimenti sanitari ex art. 20 legge 67/1988, sottoscritto dal Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell’Economia e delle Finanze, e dalla Regione Toscana in data 2 novembre 2016. Approvazione della Proposta di rimodulazione dell’Accordo da parte di alcune Aziende sanitarie del Servizio sanitario della Toscana.</p>	<p>Finanziamento per: Parco della Salute: Attrezzature necessarie alla completa fruizione dell’immobile Villanova Family Center: Struttura per l’accoglienza (punto famiglia)</p>
<p>R.T. prot. 108287 22.04.2013 Trasmissione Decreto Ministero della Salute di ammissione a finanziamento interventi ex.art.20 L.67/88.</p>	<p>Acquisto ex Facoltà Teologica per la creazione del Campus-struttura di 5000 mq destinata alla didattica e formazione.</p>
<p>DGRT 1510 del 27.12.2017 “DGR 199/2014 - Rete regionale cure palliative pediatriche: studio di fattibilità per la realizzazione di un Hospice pediatrico - mandato all’AOU Meyer”</p>	<p>RT dà mandato al Meyer per lo studio di fattibilità della proposta progettuale “Hospice Casa Marta” per la realizzazione di un Hospice Pediatrico e l’ampliamento dell’offerta residenziale e assistenziale del Centro regionale per le cure palliative in età pediatrica</p>
<p>Entrata in vigore dal 1.02.2021 del nuovo Atto Aziendale a seguito della Deliberazione del Direttore Generale n. 54 del 1.02.2021, d’intesa con l’Università degli Studi di Firenze e con l’approvazione di Regione Toscana</p>	<p>Atto aziendale 2021 Sistematizzazione assetto organizzativo: implementazione dell’offerta sanitaria attraverso nuove strutture. Implementazione attività formativa e di ricerca attraverso organizzazione del Meyer Health Campus: Campus per attività didattica e Meyer Research Institute per attività di ricerca.</p>
<p>DGRT 420 del 16-04-2018 - Sistema Screening neonatale esteso toscano. Aggiornamento sulla base del Decreto del Ministero della Salute 13/10/2016 e L. 127/2016 in materia di accertamenti diagnostici per la prevenzione e la cura delle malattie metaboliche ereditarie.</p> <p>DGRT 909 del 6.08.18 – estensione del programma di screening neonatale regionale di cui alla dgrt 420/2018 pe alcune malattie lisosomiali e per immunodeficienze severe combinate</p> <p>DGRT 796 del 2.08.21 – Estensione del programma di screening neonatale di cui alla DGRT 420/2018 e 909/18 per l’atrofia muscolare spinale SMA</p>	<p>AOU Meyer centro di coordinamento regionale del sistema screening neonatale. Le attività di screening neonatale per le malattie metaboliche, fenilchetonuria, fibrosi cistica e ipotiroidismo congenito vengono unificate presso A.O.U. Meyer.</p> <p>Si incrementa il panel delle patologie di cui alla DGR n. 420/2018, con le malattie da accumulo lisosomiale e con le immunodeficienze congenite severe (SCID)</p> <p>Si incrementa il panel delle patologie di cui alla DGRT n. 420/2018 con l’Atrofia muscolare spinale (SMA)</p>
<p>DGRT n. 1550 del 09/12/2019 “DGRT 1337/2018 “Rete regionale delle Cure Palliative – Incremento numero posti letto negli Hospice della Toscana</p>	<p>Incremento posti letto Hospice Pediatrico</p>

Nuovi spazi costituiranno l'opportunità di ricollocare in un'area riservata le attività diurne quali principalmente le attività ambulatoriali specialistiche oltre alla neuropsichiatria infantile che registra, in linea con il trend nazionale ed internazionale, un netto incremento della casistica specialmente con l'avvento della pandemia da COVID-19 e con particolare riferimento ai disturbi del comportamento alimentare ed alle emergenze – urgenze psichiatriche.

Le nuove aree specificatamente riservate alle attività ambulatoriali consentiranno il recupero di spazi nella struttura ospedaliera centrale da destinarsi, con incremento della dotazione di posti letto, all'implementazione di prestazioni in regime di ricovero ad alta complessità pediatrica e chirurgica e per lo sviluppo di nuove linee assistenziali e l'introduzione di approcci terapeutici innovativi con il supporto operativo della radiologia interventistica pediatrica.

A seguire si esplicitano in forma sintetica le aree di crescita che nel presente e nel prossimo futuro si connotano per ampliamento e miglioramento dell'offerta clinico assistenziale, incremento delle attività di ricerca, strutturazione e consolidamento di percorsi già in sperimentazione ed innovazione, sempre sotto un attento monitoraggio in ordine al miglior utilizzo delle risorse impiegate anche valutando il tasso di attrattività extraregionale:

- Meyer Academy

Nell'autunno 2021 è stato dato avvio al Meyer Academy che racchiude le Aree Operative della Didattica e Formazione – Meyer Health Campus e della Ricerca ed Innovazione - Meyer Children's Research Institute.

Attraverso l'acquisizione di spazi dedicati, a tutt'oggi in corso di ristrutturazione e per i quali è prevista l'inaugurazione il 2 settembre p.v., prenderà avvio il "Campus" - polo unico per le attività di Didattica in sinergia con l'Ateneo di Firenze (Scuole di Specializzazione, Master, Corsi di Perfezionamento e Dottorati Universitari con attinenza pediatrica), per la Formazione Continua ECM e il Centro di Simulazione Pediatrica rivolto alla formazione degli operatori della Rete Regionale.

A tale attività si somma la produzione di percorsi formativi di alto livello correlati all'attività sanitaria di interesse nazionale capaci di generare una elevata attrattività con conseguenti incrementi dei ricavi anche riconducibili ad attività marketing per vendita di pacchetti formativi.

Questa attività già presente e sviluppata nell'ambito della simulazione pediatrica, sarà progressivamente estesa a molti altri ambiti di interesse ampliando l'offerta formativa ben oltre ai professionisti della sanità toscana.

Relativamente al Meyer Children's Research Institute si è data una configurazione d'insieme ad attività correlate tra loro e dirette al sostegno e sviluppo della Ricerca ed Innovazione; tra queste la promozione e valorizzazione della ricerca, la gestione Grant, il Clinical Trial Office, i Comitati Etici Pediatrici nonché un Centro di Data Analytics.

Il Meyer Children's Research Institute costituirà il centro di coordinamento delle attività ed ambiti propri del costituendo IRCCS.

In tale contesto si evidenzia come dal 2017:

- il numero di articoli pubblicati sia aumentato del 51%;
- l'Impact Factor normalizzato sia aumentato del 65%;
- il numero di dipendenti "research active" sia cresciuto del 32%;
- il volume economico totale dei finanziamenti ottenuti da fonti pubblici e privati per progetti di ricerca da 270.000 EUR sia incrementato a oltre 4 milioni EUR nel 2020 e oltre 3 milioni EUR nel 2021;
- il numero di trials clinici sia incrementato del 29%;
- il numero di Brevetti sia elevato a 10.

- *Family Center*

Nel febbraio 2022 è stato aperto il **Family Center**, nuova struttura - luogo di accoglienza e accompagnamento alle famiglie prima della ospedalizzazione.

All'interno del Centro sono numerosi i servizi offerti:

- la psicologia ospedaliera e il servizio sociale ospedaliero, attivi all'interno dei reparti;
- servizio di ospitalità residenziale, in particolare per le famiglie che arrivano da lontano o sono in condizioni di disagio;
- servizio di mediazione linguistico-culturale;
- servizio di continuità assistenziale riservato all'accompagnamento della famiglia nel percorso di dimissione attraverso la sua attiva partecipazione (raccordo importante tra la fase ospedaliera e il rientro al proprio domicilio o ad altra struttura sanitaria territoriale);
- l'ufficio relazioni con il pubblico;
- presenza di associazioni e fondazioni.

- *Psichiatria dell'Infanzia e dell'adolescenza e neuroriabilitazione*

Il Servizio di Psichiatria dell'Infanzia e Adolescenza e Neuroriabilitazione è stato nel tempo oggetto di continui sviluppi correlati alle emergenti patologie. Si occupa di diagnosi, cura e riabilitazione dei bambini e degli adolescenti fino a 18 anni con patologie di interesse psichiatrico, in particolare: disturbi del comportamento alimentare; disturbo da deficit di attenzione e iperattività; disturbo dello spettro autistico; disturbi d'ansia, della condotta e psicotici; disturbi bipolari e dell'umore e disturbi della personalità; disturbo post-traumatico da stress.

L'attività di tale servizio, in progressiva crescita anche prima, ha registrato un drammatico incremento con l'avvento della pandemia da COVID – 19, iniziato nel corso del 2020 e tuttora in ulteriore crescita, con particolare riferimento alle emergenze e agli accessi al Pronto Soccorso, anche in considerazione

del fatto che non ci sono altre strutture che gestiscono le emergenze psichiatriche di pazienti di età inferiore ai 18 anni.

L'impatto sull'organizzazione dell'ospedale è notevole, sia per il Pronto Soccorso che per il Servizio di Psichiatria dell'Infanzia e Adolescenza e Neuroriabilitazione, comportando la necessità di ricoverare i pazienti anche in aree di degenza non dedicate a causa della saturazione dei posti letto disponibili e di attivare specifici protocolli con le Forze dell'Ordine e accordi con agenzia di vigilanza per garantire la sicurezza di pazienti e operatori. La tabella che segue mostra l'andamento dell'attività:

	ANNO 2019	ANNO 2020	ANNO 2021	ANNO 2022	Scost % 2022- 2019
DIMESSI ORDINARI	181	115	181	191	5,52%
ACCESSI DAY HOSPITAL	3.687	3.214	5.001	5.205	41,17%
ACCESSI IN PRONTO SOCCORSO CON CONSULENZA NPI	202	191	346	299	48,02%
PROPORZIONE ACCESSI DA PS CON CONSULENZA NPI	0,47%	0,77%	1,05%	0,75%	

La situazione descritta ha indotto ad individuare nuove strategie dirette a rafforzare il settore di riferimento sia strutturalmente che come incremento delle risorse dedicate, così come confermato da uno specifico aumento del personale destinato.

A tal fine è stato definito come prioritario lo spostamento, realizzatosi nel mese di gennaio 2023, presso una sede interna all'ospedale, delle attività di ricovero e ambulatoriali erogate dalla Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e Neuroriabilitazione, effettuate presso la casa di cura IFCA (Villa Ulivella) in locali non più adeguati all'attuale richiesta di prestazioni, con l'intento di allocare in una fase successiva, nel 2024, le attività di ricovero diurno ed ambulatoriali nella ulteriore nuova sede prevista nel Parco della Salute. La sede individuata per l'allocatione del reparto è stata adeguata alle esigenze della nuova attività di Psichiatria, intervenendo principalmente sugli aspetti legati alla sicurezza di pazienti e operatori e alle funzioni peculiari della specialistica.

L'intento della Direzione è stato infatti quello di affrontare le problematiche patologiche psichiatriche emerse nell'ultimo periodo come un elemento centrale della risposta assistenziale e del recupero durante e dopo la pandemia, di migliorare e rendere più efficienti le fasi di transizione fra l'età evolutiva e quella adulta, di procedere con la formazione e impegno trasversale di tutti i professionisti sanitari della rete pediatrica ad individuare i segni precoci di un disturbo mentale, di offrire sostegno psicologico alle famiglie con politiche e interventi di promozione della salute.

L'attuazione del programma descritto ha comportato un incremento nelle risorse professionali esperte dedicate sia nei profili del Comparto (infermieri, educatori/tecnici della riabilitazione psichiatrica, dietisti, operatori socio sanitari) che in quelli della Dirigenza (Neuropsichiatri Infantili, Psichiatri nonché Psicologi).

- Parco della Salute

Sono a tutt'oggi in corso i lavori di realizzazione del Parco della salute, consistenti nella ristrutturazione di un complesso immobiliare di oltre 5000 mq. adiacente all'attuale area ospedaliera, che si concluderanno nel corso del 2023. Tale struttura consentirà di superare la carenza degli spazi che attualmente impedisce ulteriori margini di incremento delle attività sanitarie e di realizzare un modello organizzativo più innovativo.

Nella nuova sede saranno concentrate, oltre alle funzioni assistenziali legate alla Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e Neuroriabilitazione, anche le attività diurne (ambulatori, DH, day service, punto prelievi, servizio trasfusionale, DH e ambulatori dedicati alla psichiatria infanzia e adolescenza) consentendo di:

- recuperare, all'interno dell'attuale Presidio Ospedaliero, spazi per attività di alta complessità in regime di ricovero ordinario e permettere una diversa disposizione delle aree di degenza volta a facilitare pazienti e operatori, soprattutto offrendo omogeneità alle tipologie di ricovero per disciplina e dedicando maggiori e più razionali spazi a favore dei servizi di Eccellenza;
- separare i percorsi di ricovero e ambulatoriali, riducendo le sovrapposizioni nell'utilizzo di alcuni servizi e tecnologie sanitarie, con conseguente riduzione dei tempi di attesa e maggiore sicurezza.

- Hospice

Dopo i ritardi causati dall'emergenza pandemica, inoltre, prende il via la nuova fase di avanzamento di realizzazione del primo Hospice Pediatrico Regionale. L'Azienda è infatti tra i promotori del progetto "Casa Marta" (DGRT n° 1510 del 27-12-2017 con cui la Regione Toscana ha dato mandato all'AOU Meyer alla realizzazione di uno studio di fattibilità della proposta progettuale "Hospice Casa di Marta"), struttura indipendente ed autonoma dal punto di vista logistico, organizzativo e gestionale rispetto all'Ospedale Meyer. La struttura è collocata comunque nei pressi dell'Ospedale ed è funzionalmente collegata ad esso. Sarà destinata ad accogliere il minore e la famiglia in un ambiente dedicato e protetto ove si garantisce la sicurezza dal punto di vista clinico, assicurando continuità delle cure anche ad elevata complessità assistenziale (sia strutturale che organizzativa), nel rispetto della privacy e della riservatezza degli ospiti. Il progetto favorisce la socialità, promuove lo sviluppo e la qualità della vita del bambino e della sua famiglia. (DGRT n. 1550 del 09/12/2019 "DGRT 1337/2018 "Rete regionale delle Cure Palliative – Incremento numero posti letto negli Hospice della Toscana).

B) RETE PEDIATRICA REGIONALE

La Rete Pediatrica Toscana, coordinata dall'A.O.U. Meyer, costituisce un modello organizzativo che ha l'obiettivo di evitare ripetizioni e colmare vuoti nell'assistenza, assicurando ad ogni bambino toscano tempestività e qualità delle cure, grazie a nuove ed efficaci modalità di condivisione di conoscenza,

competenze ed informazioni capaci di supportare l'attività clinica, permettendo inoltre il consolidamento e l'affiatamento dei gruppi di lavoro della Rete già attivi nei diversi ambiti.

Lo sviluppo delle tecnologie informatiche (Fascicolo Sanitario Elettronico e cartella clinica elettronica) con possibilità di interfaccia tra i sistemi utilizzati sia nell'Ospedale pediatrico regionale, nelle pediatrie ospedaliere che dai Pediatri di libera scelta, favoriscono la continuità delle informazioni sanitarie.

Il teleconsulto, la telerefertazione, la teleconsulenza e la telemedicina contribuiscono ulteriormente al buon funzionamento integrato dei servizi regionali, garantendo equità delle cure, percorsi sanitari più appropriati, facilitando il collegamento tra i professionisti ed il paziente, favorendo l'assistenza in prossimità del luogo di vita del minore e della sua famiglia.

Nella tabella di seguito si riportano, in estrema sintesi, i principali strumenti strategico – operativi di indirizzo correlati allo sviluppo della Rete Pediatrica:

Strumenti strategico operativi di indirizzo	Realizzazione operativa degli indirizzi strategici
<p>Legge RT n. 84 del 28.12.2015 di “Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del sistema sanitario regionale. Modifiche alla l.r. 40/2005”, (cfr. artt. 33, 33 bis e 7 bis l.r. 40/2005 così come modificata) Su attuazione della DGRT 707 del 19.07.2016 “Rete pediatrica regionale. Riorganizzazione ai sensi della L.R. 84/2015”</p>	<p><i>Affida all'AOU Meyer il coordinamento operativo e la riorganizzazione della rete pediatrica a livello regionale.</i></p> <p><i>Definizione della Governance della Rete pediatrica regionale</i></p>

C) IRCCS

Il Meyer ha ottenuto, nel agosto 2022¹, il riconoscimento quale Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), che, pur lasciando intatta la sua funzione di Azienda Ospedaliero Universitaria del Servizio Sanitario Toscano (cfr. Atto di intesa recante: “Organizzazione, gestione e funzionamento degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico non trasformati in Fondazioni”, di cui all'articolo 5 del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288), porterà l'ospedale a compiere un ulteriore passo in avanti nell'assistenza a bambini e adolescenti, verso la piena integrazione tra la ricerca e la capacità di offrire cure sempre più efficaci e sicure alle malattie insorgenti in età pediatrica ed evolutiva.

Il riconoscimento del Ministero della Salute del carattere scientifico del Meyer per la disciplina di “Pediatria” permetterà all'ospedale di allinearsi con le altre strutture di eccellenza presenti sul territorio nazionale come il Bambino Gesù di Roma, il Burlo Garofalo di Trieste e il Gaslini di Genova, già riconosciuti come IRCCS e, soprattutto, consentirà, anche attraverso la proficua collaborazione con l'Università degli Studi di Firenze, di compiere un salto di qualità sul fronte sempre più strategico della ricerca scientifica.

Nel triennio 2023 – 2025, i principali filoni di attività di ricerca riguarderanno:

¹ Ministero della Salute, Decreto 2 agosto 2022, “Riconoscimento del carattere scientifico dell'ente di diritto pubblico «Azienda ospedaliero-universitaria Meyer», in Firenze, nella disciplina di «pediatria». ([GU Serie Generale n.200 del 27-08-2022](#))

- Scienze pediatriche e perinatali;
- Malattie del sistema nervoso, neurogenetiche e neurometaboliche;
- Malattie immunomediate e malattie infettive;
- Approcci diagnostici, terapeutici e organizzativi innovativi, oncologia e malattie rare.

Assurge ad importante supporto il finanziamento per la ricerca corrente garantito dal Ministero a tutti gli IRCCS, commisurato alla performance riconosciuta a ciascun ente, attraverso il quale possono essere acquisite figure professionali di ricercatori e personale di supporto alla ricerca. Tali finanziamenti si uniscono a quelli specificatamente ottenuti con la vincita di bandi competitivi grazie a progetti proposti dai ricercatori, nei quali si individua la necessità di acquisizione di professionisti dotati di peculiari competenze.

Si tiene a precisare come i finanziamenti ottenuti, ulteriori e diversi rispetto a quelli regionali volti a garantire l'attività assistenziale, consentono il precipuo sviluppo delle attività di ricerca e dell'adeguato supporto alla medesima.

3.2 Performance

Come già esplicitato nelle premesse generali, l'Azienda ha elaborato e approvato con deliberazione n. 58 del 01.02.2021, nel rispetto delle normative in vigore, il Piano Performance 2021 – 2023.

L'A.O.U. Meyer ha definito il piano strategico triennale 2021-2023 in relazione agli elementi costitutivi della mission aziendale integrati con le indicazioni programmatiche regionali (PSSIR triennale, Legge Regionale Toscana n. 84 del 28.12.2015 “Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Sistema Sanitario Regionale. Modifiche alla LR n. 40/2005 – avvenuta tramite L.R. n. 12 del 16 marzo 2023”), le linee guida emanate dalla Regione Toscana per la redazione dei Bilanci Annuali e Pluriennali di Previsione delle Aziende Sanitarie e le delibere regionali di assegnazione degli obiettivi alle aziende.

Le linee di indirizzo strategico costituiscono la riflessione di sistema che determina la scelta degli obiettivi e delle modalità con le quali l'Azienda intende perseguirli.

Le principali linee strategiche aziendali definite per il triennio 2021-2023 sono di seguito elencate:

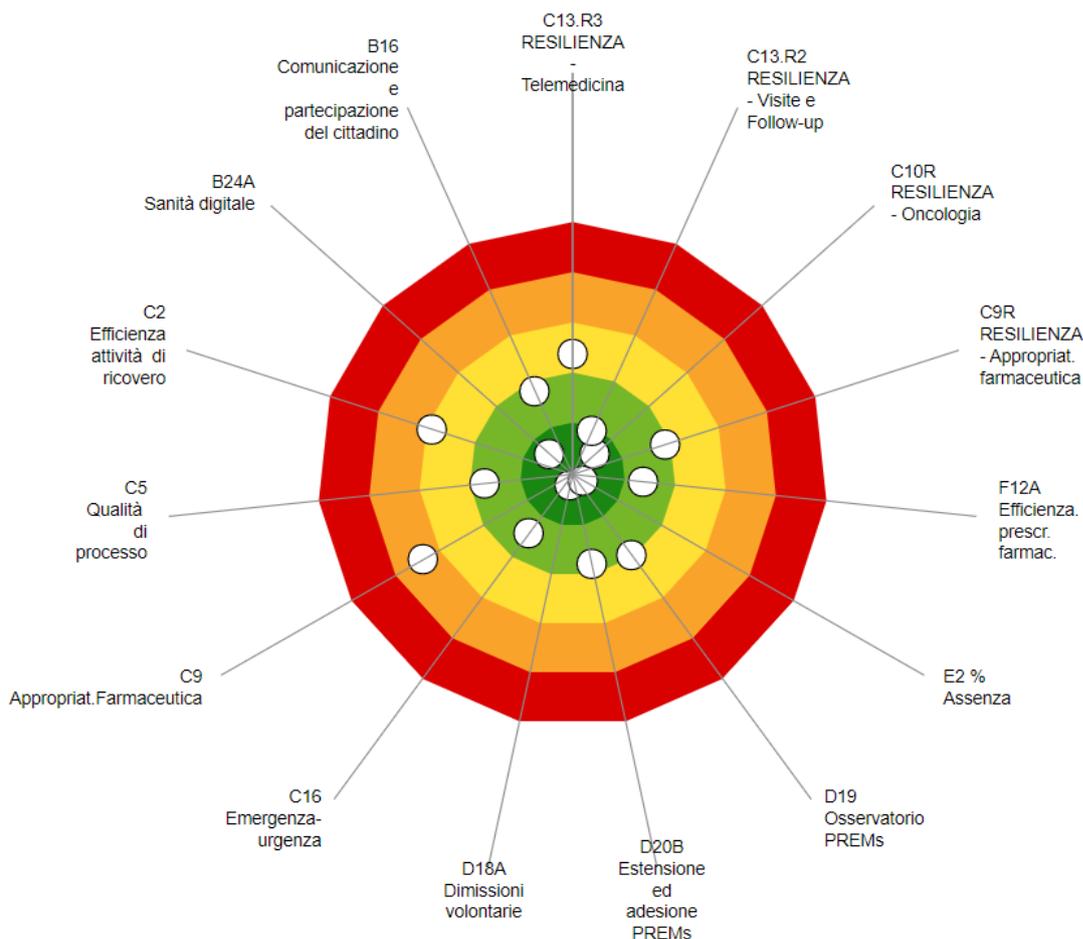
- A. Governo dell'offerta assistenziale
- B. Innovazione organizzativa
- C. Qualità e sicurezza
- D. Sistema regionale di valutazione della performance
- E. Rete Pediatrica
- F. Attività Scientifica e di Ricerca
- G. Sviluppo ICT
- H. Innovazione Tecnologica.

In attesa dell'avvio della fase attuativa dell'intero intervento della riforma oggetto della semplificazione introdotta con il PIAO, che si realizza con l'emanazione del regolamento di delegificazione, concepito dal legislatore proprio come strumento di semplificazione, come sopra anticipato, l'Azienda ha convenuto di rimandare, attraverso un link diretto, al sopracitato Piano della Performance, in considerazione della piena corrispondenza dei contenuti:

<https://www.meyer.it/attachments/article/229/Piano%20della%20performance%202021-2023.pdf>

Di seguito riportiamo il Bersaglio del Laboratorio MeS elaborato nell'ambito del sistema di valutazione delle Azienda Sanitarie Toscana per l'anno 2021 (in attesa dell'elaborazione per il 2022), attraverso il quale si dà una rappresentazione sintetica della buona performance della nostra Azienda che vede posizionati la quasi totalità degli indicatori oggetto del monitoraggio nella parte centrale del bersaglio:

Meyer - Bersaglio 2021



3.3 Rischi corruttivi e trasparenza

3.3.1. Premessa

Ai sensi dell'art. 6 del D.L. n. 80/2021, convertito con L. n. 113/2021, il presente documento costituisce una Sottosezione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) e costituisce l'atto di indirizzo per l'applicazione in Azienda della normativa in materia di anticorruzione e trasparenza.

La Sottosezione è predisposta dal Responsabile della Prevenzione della corruzione e della Trasparenza (RPTC) sulla base degli obiettivi strategici in materia, definiti dalla Direzione Aziendale, ai sensi della L. 190/2012.

Come previsto dall'articolo 1 c. 7 della L. 190/2012 si conferma per l'anno 2023 il dott. Gianfranco Spagnolo, Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza già individuato con Deliberazione aziendale n. 39/2017, riconfermandone altresì le motivazioni e la valutazione che ne hanno determinato la scelta negli anni precedenti.

Per un'analisi più approfondita sui risultati 2022 si rinvia alla Relazione Annuale del RPTC pubblicata nella relativa sezione di "amministrazione trasparente". In sintesi, il 2022, ha visto lo sviluppo delle seguenti linee di attività: formazione e rischio corruzione; conflitto di interessi; codice di comportamento; trasparenza. I risultati principali sono stati: 1) adozione di una nuova metodologia di gestione del rischio a cui è seguita contestualmente l'analisi di attività a rischio sui alcuni processi quali: acquisti, convenzioni, sperimentazione clinica e ricerca, gestione liste di attesa ricoveri; 2) attività formativa specifica su conflitto di interessi su casistiche legate alla ricerca scientifica e agli incarichi extra-impiego e sponsorizzazioni; 3) proposto a livello sperimentale nuovo modello di gestione del conflitto di interessi su tutti gli ambiti normativi previsti (comunicazione e astensione, inconfiribilità ed incompatibilità, pantouflage, incarichi extra impiego ed in commissioni) e predisposta modulistica uniforme per dichiarazioni a livello regionale; 4) adozione del nuovo codice etico e di comportamento; 5) aggiornamento e monitoraggio continuo su "amministrazione trasparente"; 6) partecipazione alla stesura del documento in ambito regionale contenente contributi e suggerimenti alla programmazione della c.d. rotazione ordinaria degli incarichi, poi comunicato all'Azienda dalla Regione Toscana.

La seguente Sottosezione, quindi, in una logica di continuità con i Piani Triennali precedenti, aggiorna e attualizza le azioni e le misure intraprese avendo come riferimento il PNA 2019 e gli "orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza 2022" Approvato dal Consiglio ANAC data 2 febbraio 2022 "sull'onda della semplificazione della trasparenza" che sta coinvolgendo la pubblica amministrazione con l'adozione dei Piani integrati e dal nuovo PNA 2022 (Del. ANAC n. 7/2013).

Gli allegati richiamati nella presente sottosezione sono visionabili al seguente link:

3.3.2. Definizione di corruzione - PARTE I

I Piani Nazionali Anticorruzione ed il PIAO confermano la nozione di corruzione dalla quale discendono le azioni e le misure anticorruzione. La nozione è volta a ricomprendere le varie situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si rilevi l'abuso da parte di un soggetto del potere a lui conferito, al fine di ottenere vantaggi privati. Al termine corruzione infatti è attribuito un significato più esteso di quello strettamente connesso con le fattispecie di reato disciplinare negli artt. 318, 319, 319ter del codice penale (ipotesi di corruzione per l'esercizio della funzione, corruzione per atto contrario ai doveri di ufficio, corruzione in atti giudiziari), tale da comprendere non solo l'intera gamma dei delitti dei pubblici ufficiali contro la pubblica amministrazione disciplinati dal Titolo II, Capo I, del codice penale, ma anche situazioni in cui – a prescindere dalla rilevanza penale – venga in evidenza un malfunzionamento dell'azione amministrativa dall'esterno, sia che tale azione abbia successo sia nel caso in cui rimanga a livello di tentativo.

Nel tempo tale approccio ha riguardato anche aspetti legati alla interferenza degli interessi privati nelle decisioni pubbliche (conflitto di interessi) e a decisioni che intaccano il principio di "imparzialità".

Partendo quindi dalla definizione di corruzione" la strategia preventiva è intesa come processo di lotta alla "maladministration", la cui attività è complessivamente volta a creare un contesto sfavorevole alla corruzione, ad aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione, a ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione. Da questo punto di vista la prevenzione della corruzione è dimensione e creazione di valore pubblico e mira a proteggerlo trasversalmente.

Destinatario della presente Sottosezione è tutto il personale dell'AOU Meyer. La violazione da parte dei dipendenti delle disposizioni contenute nel presente documento costituisce illecito disciplinare ai sensi di quanto previsto dall'art. 1 comma 14 della Legge n. 190/2012.

3.3.3. Contesto esterno - PARTE I

Il triennio 2020-2022 si è caratterizzato a livello mondiale dalla diffusione della pandemia da Covid-19, le cui ripercussioni sono tutt'ora in corso. Un fenomeno di questo tipo può creare ampi spazi per facilitare la diffusione di comportamenti non coerenti con i sistemi di prevenzione della corruzione anche in ambito del servizio sanitario.

Al fine di identificare gli ambiti di rischio maggiormente rilevanti e conseguentemente orientare le azioni e le misure di questa Sottosezione, appare significativo richiamare alcuni risultati evidenziati in recenti studi sui fenomeni corruttivi in Italia pubblicati da ANAC e dalla stessa Regione Toscana.

Ai nostri fini ed in questa sede vengono evidenziati gli esiti e le informazioni riconducibili all'area

geografica del Centro Italia e della Toscana ed al settore sanitario

Il primo lavoro si riferisce alla pubblicazione ANAC del 17 ottobre 2019 “La corruzione in Italia (2016-2019). Numeri, luoghi, contropartite del malaffare”. La pubblicazione presenta un’analisi quantitativa dei provvedimenti dell’Autorità Giudiziaria volta a misurare il malaffare in Italia e definire in prospettiva un set di indicatori in grado di individuare il rischio corruzione nella PA e le possibili misure preventive.

Su 152 episodi di corruzione analizzati nel periodo 2016-2019 il 3,9% si sono registrati in Regione Toscana. Gli ambiti oggettivi della corruzione hanno riguardato il 74% l’area degli appalti pubblici. In quest’area i settori più colpiti sono stati i lavori pubblici (40%), la sanità (13%) ed i rifiuti (22%). La tipologia di soggetti indagati ha riguardato i Dirigenti, i Funzionari ed i Dipendenti per un totale del 44%. Tra le amministrazioni coinvolte le Aziende sanitarie si collocano al terzo posto con l’11%. La contropartita in denaro (48%) è la più rilevante anche per importi bassi (50-100 Euro), seguono le assunzioni (13%), le prestazioni professionali (11%), le regalie (7%).

Il secondo lavoro richiamato è il 4° Rapporto Annuale sull’applicazione del whistleblowing di ANAC del 16 luglio 2019. Rapporto che contiene i numeri e le tipologie di segnalazioni pervenute ad ANAC nel 2018 e nel primo semestre 2019. Il Rapporto evidenzia l’aumento delle segnalazioni annuali ricevute (passano da 125 nel 2015 a 783 nel 2018); l’area geografica di provenienza delle segnalazioni (il Centro Italia si attesta al 22,9%); i soggetti segnalanti (dipendenti pubblici 52,4%), gli enti di appartenenza (Aziende del SSN 14,86%); i settori con condotte illecite segnalate (appalti illeciti 21,6%, corruzione e abuso di potere 24,1%, concorsi illeciti 15,2%, conflitto di interessi 6,8%). Il lavoro inoltre riporta le tipologie di segnalazioni pervenute di tre ASL, una del Sud, una del Centro ed una del Nord. Tra queste segnalazioni si rilevano ed esempio l’utilizzo improprio di beni aziendali, lo svolgimento di attività extraistituzionale, illegittime procedure concorsuali.

Il terzo lavoro è riferito ai Rapporti annuali sui fenomeni di criminalità organizzata e corruzione in Toscana” a cura della Regione Toscana e della Scuola Normale Superiore di Pisa e giunti all’anno 2021. Nel 2020, le risultanze emerse dal Rapporto indicano il potenziale accrescimento del rischio corruzione legato all’esplosione della pandemia da Covid-19. Il settore sanitario è stato investito direttamente dalla crisi emergenziale rappresentando la prima sede di applicazione della regolamentazione normativa d’urgenza, fornendo il fianco al possibile propagarsi del fenomeno corruttivo a causa della sua vulnerabilità derivante da fattori quali ad esempi “grande ammontare di risorse, asimmetrie informative, molti attori, complessità e frammentazione, ecc ”.

In particolare, rileva il Rapporto, come “alcuni provvedimenti normativi legati alla gestione dell’emergenza, come il decreto semplificazioni del luglio 2020, introducendo un regime di gestione straordinaria degli appalti, con procedure accelerate e affidamenti diretti senza gara, abbiano accresciuto

il rischio di abusi, cattiva collocazione delle risorse, corruzione”. Parallelamente sono state allocate le ingenti risorse previsti dai decreti “Rilancio e Ristori” come sostegno e sussidio anche ad attività economiche colpite dalla crisi e distribuite secondo criteri ad alto tasso di discrezionalità.

Tutti questi fenomeni, intersecati tra loro, convergono nel creare un terreno fertile alla corruzione permettendo a diversi attori pubblici operanti nel settore sanitario la possibilità di ottenere significativi vantaggi privati grazie all’esercizio dei poteri loro conferiti e all’utilizzo improprio delle risorse loro affidate.

Nello scenario prospettato va inoltre sempre ricordato che possono prevalere anche forme di retribuzione indiretta e differita, come finanziamenti alla ricerca, sponsorizzazioni, o finanziamenti di eventi, congressi, associazioni, nonché altri variegati benefit personali”. Il report regionale individua altresì alcuni indicatori qualitativi di rischio da monitorare legate a modalità indirette di attribuzione di vantaggi indebiti a decisori, quali gli affidamenti di incarichi di appaltatori o di fornitori a soggetti contigui al decisore quali coniugi, parenti, ecc. .

Per una più approfondita ed aggiornata analisi e ricerca sui fenomeni corruttivi e criminalità organizzata in Toscana si rinvia al seguente link:

<https://www.regione.toscana.it/-/progetto-di-analisi-e-ricerca-sui-fenomeni-corruttivi-e-di-criminalita-organizzata-in-toscana>

Nell’ambito della non corretta gestione delle risorse, ad integrazione del punto precedente, in occasione della “Inaugurazione Anno Giudiziario, Firenze, 20 aprile 2020”, il Procuratore Regionale della Corte dei Conti della Toscana, nell’evidenziare come in ambito sanitario la “mala-amministrazione” può causare dei danni erariali spesso particolarmente gravi, ha confermato al tempo stesso, che il “Sistema Sanitario Toscano costituisce un centro di eccellenza, attrattivo anche per pazienti provenienti da altre regioni, ed i casi di mala sanità, oggetto di citazioni in giudizio e sentenze di condanna, rappresentano fenomeni eccezionali ed isolati...”. “La Toscana”, conclude il Procuratore, “ha gli anticorpi della giustizia e della legalità, ma è necessario rinforzarli e risvegliarli. Questo risultato si realizza con la prevenzione, partendo dall’educazione alla legalità dei giovani (...)”.

In sintesi, i risultati dei lavori se da un lato confermano che le aree a rischio sono quelle catalogate e mappate in questi anni dal sistema di prevenzione, ricomprese anche nei nostri Piani aziendali, dall’altro stimolano più puntuali approfondimenti in determinati settori soprattutto in relazione alla gestione dell’emergenza pandemica degli ultimi anni ed ai possibili finanziamento legati al PNRR. In tal contesto sembrerebbe ancora più efficace osservare le “dinamiche relazioni” esistenti tra i diversi attori del sistema pubblico-privato, i cui meccanismi relazionali potrebbero generare il *c.d. conflitto di interessi potenziale* diretto ed indiretto e che se non correttamente gestito ne aumenterebbe enormemente la probabilità che si verificino fatti illeciti ed eventi corruttivi a danno dell’imparzialità dell’azione

amministrativa (imparzialità quale valore costituzionale fondante dell'agire della pubblica amministrazione).

3.3.4. Contesto interno - PARTE I

Per quanto attiene l'analisi della struttura organizzativa e la descrizione dell'Azienda in termini di compiti, funzioni e di dati che ne individuano la dimensione della struttura, le posizioni organizzative e gestionali si rinvia alla sottosezione relativa alla performance e alla sezione organizzazione e capitale umano. Per una analisi più approfondita si rinvia anche al sito del Meyer dove sono rappresentate tutte le informazioni utili a rappresentare compiutamente l'Azienda quali l'organigramma, il funzionigramma, le responsabilità, la composizione quali-quantitativa del personale e dei bilanci, i processi gestionali e di rilevazione nonché i rapporti con i soggetti terzi (cittadini, associazioni, famiglie, ecc.).

Per ciò attiene invece lo specifico ambito finalizzato alla valutazione del rischio corruzione si evidenziano due dimensioni utili all'analisi. La prima si riferisce alle misure aziendali in termini "valoriali" e la seconda dimensione si riferisce allo stato dell'arte in termini di mappatura dei processi a rischio corruzione e conseguenti azioni e misure programmate.

Rispetto al primo ambito, in continuità con quanto espresso in premessa nel paragrafo sulla "Vision", si ribadisce come per il Meyer la dimensione etica assuma un ruolo centrale per l'attuazione dei principi di legalità e trasparenza dell'azione pubblica, divenendo uno dei valori cardine dell'organizzazione, alla quale ciascun operatore, nell'esercizio delle proprie funzioni, deve ispirarsi. Partendo da questo valore centrale che l'Azienda Ospedaliero - Universitaria Meyer, attraverso un percorso formativo-intervento partecipato dai suoi operatori nel 2015, in occasione del corso sul codice di comportamento, ha individuato un insieme di valori condivisi divenuti la bussola per l'individuazione e l'attuazione delle azioni e degli obiettivi da intraprendere, indipendentemente dagli obiettivi specifici di ciascuna struttura o singolo professionista. Tra i valori individuati dallo Statuto, dal nuovo Codice Etico e di Comportamento Aziendale qui si evidenziano i seguenti (*La Carta dei valori completa, è pubblicata sul sito web del Meyer sezione "Amministrazione trasparente" – "Atti Generali"*):

“- *tutela del bene comune*: la sensibilizzazione degli operatori all'uso responsabile e corretto del tempo e delle risorse disponibili costituisce valore fondamentale assieme al perseguimento dell'appropriatezza nell'approccio assistenziale. Il concetto di salute, intesa quale bene comune, da un lato esprime la necessità del mantenimento delle risorse da preservare, dall'altro, e soprattutto, richiede il coinvolgimento competente di tutti gli attori coinvolti, inclusi i piccoli pazienti, le loro famiglie e la Comunità tutta;

- *appartenenza e lealtà*: il lavoro di gruppo multidisciplinare, imprescindibile in Sanità, affinché non resti un assunto teorico, presuppone lealtà e appartenenza: favorire la visibilità del contributo di ogni operatore al raggiungimento degli obiettivi aziendali facilita il "sentirsi un NOI";

- *fiducia e trasparenza*: centrale è il perseguimento della trasparenza, non solo nel suo versante più visibile di pubblicazione e condivisione di atti e documenti, da cui si evince l'operato del management, ma anche come cultura organizzativa, che contribuisce a porre le basi per un autentico sentimento di fiducia che accomuni tutti gli attori coinvolti nel processo di cura;

- *ascolto e apertura*: la realizzazione di tali valori consente di creare una reale personalizzazione delle cure basata sulla conoscenza della peculiarità dei piccoli pazienti e delle loro famiglie, un'integrazione autentica tra funzioni aziendali, ma anche tra l'Ospedale ed il territorio; l'ascolto e l'apertura debbono essere garantite intercettando un delicato e dinamico equilibrio tra la tutela della privacy e della fragilità ed il mantenimento di un costante dialogo con l'esterno, in termini spaziali, culturali e di confronto dialettico”.

Per ciò che attiene la seconda dimensione, legata alla riduzione dei rischi corruttivi si richiama:

- a) **Allegato 1**: dove viene descritta la nuova metodologia di analisi del rischio corruzione, messa a punto attraverso un percorso formativo ad hoc;
- b) **Allegato 2**: dove vengono elencate le aree, i processi e le attività sottoposte ad analisi di rischio secondo la nuova metodologia, di cui al punto precedente, e individuate le misure di contenimento.
- c) **Allegato 3**: dove sono rappresentate delle schede riassuntive delle Aree di intervento comuni e obbligatorie previste dalla normativa e lo stato dell'arte raggiunto;
- d) **Allegato 4**: Sezione “Amministrazione Trasparente” - Elenco degli obblighi di pubblicazione vigenti aggiornate con le modalità di pubblicazione della sezione “Bandi di Gara e Contratti” di cui all'allegato 9 delle disposizioni ANAC indicate nel PNA 2022.

3.3.5. Soggetti coinvolti nel sistema di prevenzione della corruzione aziendale - PARTE I

Gruppo per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza: funzioni e compiti.

Per realizzare gli obiettivi descritti in questa Sottosezione, l'Azienda Meyer conferma ed aggiorna, in relazione al nuovo assetto organizzativo, il Gruppo di lavoro per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza, coordinato dallo stesso Responsabile RPCT.

I riferimenti sono aggiornati alle determinazioni derivanti dal nuovo statuto aziendale, entrato in vigore il 1 febbraio 2021.

Il Gruppo è costituito dalle seguenti figure professionali:

- Carla Bini, Coordinatore Area Tecnico Amministrativa e Responsabile della SOC Affari Legali e Rapporti con l'Università;
- Salvatore Iannucci, Responsabile SOC Amministrazione del Personale;
- Mariangela Ferrigno – SOC Affari Generali e Sviluppo;
- Laura Belmonte – SOC Supporto Amministrativo al funzionamento dell'ospedale;
- Giovanni Grazi - Responsabile SOC Pianificazione Investimenti e Area Tecnica;

- Paola Barbacci – Responsabile SOSA Nucleo Operativo Direzione Sanitaria;
- Mirco Gregorini – Direttore Dipartimento delle Professioni Sanitarie;
- Donatella Accolla – Responsabile Ufficio Sviluppo Risorse Umane;
- Giulia Bazzani – Responsabile SOC Salute Organizzativa e Formazione del personale;
- Bruno Manno – Supporto al gruppo, con funzioni di segreteria.

Il Gruppo è integrato per specifiche funzioni dalle seguenti figure professionali:

- Francesco Taiti – Responsabile SOC Gestione economica-finanziaria e Controllo di gestione;
- Marco Curradi - Responsabile Ufficio Smart Technology Hospital;
- Daniela Papini - Responsabile SOC Organizzazione dei processi di partecipazione, comunicazione ed umanizzazione delle cure;
- Maria Carmela Leo – “Ricerca clinica e Study design”;
- Alessandra Pugi – “Clinical Trial Office”;
- Luigi Sirianni - Staff Direzione Sanitaria - Responsabile SOSA Controllo Direzionale”;
- Tiziana Romanelli - Referente Ufficio Formazione;
- Antonietta Cucurachi – Responsabile dell’Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA);
- Stefania Gianassi – Responsabile SOS “Qualità ed Accreditamento”
- Simona Vergna – Responsabile SOS “Bed Management e Flussi dei Pazienti”;
- Luigi Rufo – Referente “Protezione dati personale e gestione riservatezza”.

Il Gruppo si avvale di Referenti interni ai diversi settori di attività, con particolare riferimento alla mappatura di processi rilevanti ed esposti a rischio corruzione ed agli obblighi legati agli “adempimenti trasparenza”. Relativamente ai compiti si richiamano quelli di:

- Determinare per ciascuna area di rischio, le esigenze di intervento utili a ridurre la probabilità che il rischio si verifichi, con l’indicazione delle modalità, dei responsabili, dei tempi di attuazione e degli indicatori. Le misure riguardano quelle obbligatorie, già individuate dalla norma, e quelle ulteriori individuate dal gruppo di lavoro;
- Individuare misure trasversali (trasparenza, informatizzazione dei processi, accesso telematico a documenti e procedimenti ed il loro riutilizzo, il monitoraggio sul rispetto dei termini procedurali);
- Individuare, per ciascuna misura, il responsabile, le risorse, i tempi e modi di attuazione, attenendosi agli obiettivi in comune sia al ciclo della performance che alla Sottosezione prevenzione della corruzione e trasparenza;
- Individuare se necessario, per area di intervento, un referente per il coordinamento delle attività legate all’obiettivo, il quale si raccorderà con il Responsabile dell’area di intervento e avrà il compito di organizzare gli specifici incontri e rendicontare le attività;
- Individuare forme di consultazione per la elaborazione e/o di verifica e di aggiornamento annuale della Sottosezione al PIAO;

- Definire forme di monitoraggio dell'implementazione e sistema di reportistica sull'andamento dei lavori;
- Definire, in collaborazione con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, azioni e misure per rendere operativa la metodologia suggerita dal P.N.A. in merito alla "gestione del rischio" ed applicarla ai procedimenti amministrativi interni.

Coordinamento Regionale dei Responsabili Anticorruzione (C.R.R.A.)

Un riferimento per lo sviluppo delle attività di questa Sottosezione è il **Coordinamento Regionale dei Responsabili Anticorruzione (C.R.R.A.) per il settore sanitario**, istituito con Delibera della Giunta n. 1069 del 02.11.2016 della Regione Toscana. Il C.R.R.A. è volto a promuovere e valorizzare l'integrità e l'esperienza pluriennale dei RR.P.C.T. del SSR. Le attività promosse del Gruppo sono quelle di:

- condividere metodi di mappatura e gestione dei rischi di corruzione;
- gestire in modo coordinato le misure trasversali obbligatorie imposte dalla legge;
- coordinare le azioni formative in materia di prevenzione della corruzione;
- gestire in modo integrato il "sistema trasparenza" del servizio sanitario toscano.

A tale Coordinamento partecipano insieme alle Aziende, gli Enti del sistema sanitario toscano ARS (in particolare l'Osservatorio per la Qualità e l'Equità), ESTAR, il Centro di riferimento regionale criticità relazionali e FORMAS (Centro di formazione regionale).

Per il 2023 sono stati programmati incontri mensili al fine di promuovere la collaborazione ed il confronto tra i vari RPCT operanti sul territorio regionale. I temi ad oggi programmati sono legati alla integrazione tra le varie sezioni del PIAO, al pantouflage, all'attività formativa, ecc.

3.3.6. Procedimento di formazione, predisposizione e adozione della Sottosezione - PARTE I

La predisposizione di questa Sottosezione è il risultato della valutazione con la Direzione della relazione del RPTC 2022 (pubblicata nella apposita sezione "Amministrazione trasparente" il 15 gennaio 2023) dove si sono illustrati i risultati raggiunti nel 2022 e si sono prospettate le proposte di miglioramento pervenute dai responsabili delle aree a rischio corruzione per il 2023-2025 e definite le priorità di intervento 2023.

- con il gruppo operativo formato dalla Direzione e dai Responsabili di struttura per la predisposizione del PIAO, al fine formulare il documento.

Nella predisposizione di questa Sottosezione si terrà conto delle eventuali osservazioni e segnalazioni provenienti dai soggetti terzi (c.d. stakeholders), attraverso l'apposito format presente sul sito aziendale nella sezione specifica.

3.3.7 Collegamento tra sistema di prevenzione e PNRR

L'adozione del presente PIAO avviene in un momento storico particolare caratterizzato da un forte cambiamento dovuto alle molte riforme connesse agli impegni assunti dall'Italia con il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) per superare il periodo di crisi.

Il flusso di denaro a disposizione e le deroghe alla legislazione ordinaria introdotte per esigenze di celerità, richiedono il rafforzamento dell'integrità pubblica e la programmazione di efficaci presidi di prevenzione della corruzione, soprattutto nel settore dei contratti pubblici, per evitare che i risultati attesi siano vanificati da eventi corruttivi.

L'Azienda, a pochi mesi dal riconoscimento del Meyer quale Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) da parte del Ministero della Salute, ha ulteriormente rafforzato la sua capacità di svolgere un ruolo di leadership nella ricerca pediatrica. In quanto ente del Servizio Sanitario Regionale, è coinvolta nei progetti PNRR previsti nella "Missione 6 – Salute" ed in progetti legati alla ricerca finalizzata. Per un primo approfondimento si rinvia al seguente link: <https://www.meyer.it/index.php/ospedale/ufficio-stampa/9-news/4643-ricerca-e-innovazione-finanziati-quattro-progetti-guidati-dal-meyer>

L'efficace e tempestiva attuazione del PNRR richiede che siano attivati, da parte dell'Azienda, adeguati sistemi di gestione e controllo in grado di assicurare il corretto utilizzo delle risorse finanziarie assegnate e il soddisfacente raggiungimento degli obiettivi, entro le scadenze fissate nella decisione di approvazione dello stesso Piano da parte dell'U.E.

Nello specifico, ai sensi dell'art. 22 del Reg. (UE) 2021/241 che istituisce il "Dispositivo per la ripresa e la resilienza (RRF)", devono essere adottate opportune misure per tutelare gli interessi finanziari dell'Unione e per garantire che l'utilizzo dei fondi sia conforme al diritto dell'Unione e nazionale applicabile, con particolare attenzione alla prevenzione, individuazione e rettifica delle frodi, della corruzione, dei conflitti di interessi nonché del "doppio finanziamento". Al fine di dare attuazione al PNRR-Salute, il Ministero della Salute, in qualità di Soggetto Titolare, ha costituito il "Sistema di Gestione e Controllo (Si.Ge.Co.). Il sistema Si.Ge.Co. definisce i ruoli e le funzioni svolte dai principali attori della fase attuativa degli interventi PNRR, le procedure riguardanti la fase di selezione, monitoraggio e presidio degli interventi, le tipologie di circuito finanziario, nonché le caratteristiche del sistema informativo. Attraverso il sistema Si.Ge.Co. i diversi soggetti responsabili aziendali dei processi di attuazione del PNRR dovranno registrare e attestare (dandone evidenza documentale) gli esiti dei controlli effettuati anche in riferimento alle misure per la prevenzione, individuazione e rettifica delle frodi, della corruzione, dei conflitti di interessi nonché del "doppio finanziamento". Per quanto sopra riportato, come suggerito da ANAC, è opportuno che la Direzione, il RPCT ed i direttori/responsabili delle strutture aziendali coinvolte a vario titolo nei progetti, cooperino per garantire un efficace sistema di controllo per la prevenzione, l'individuazione e la rettifica delle frodi, dei casi di corruzione e dei conflitti di interessi. Tutti i dirigenti ed i responsabili che gestiscono processi rilevanti per l'attuazione

degli obiettivi del PNRR e per la gestione dei fondi strutturali devono: 1. procedere all'aggiornamento/analisi dei suddetti processi in conformità a quanto previsto dalla presente sezione del PIAO, implementando le misure previste dal PNA 2022-2024, dalla Circolare MEF n. 30 del 11/08/2022 e dal relativo Allegato "Linee guida per lo svolgimento delle attività di controllo e rendicontazione degli interventi PNRR di competenza delle Amministrazioni centrali e dei soggetti attuatori, dalla Direttiva operativa MDS-UMPNRR-08-15/06/2022, da eventuali successive indicazioni provenienti dagli Enti competenti; 2. verificare la puntuale pubblicazione di tutti i dati, documenti e informazioni nella sezione Amministrazione Trasparente con particolare attenzione a quelli relativi ai processi che concorrono all'attuazione degli obiettivi del PNRR e alla gestione dei fondi strutturali; acquisire le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà e di certificazione di assenza di conflitti di interesse, ai sensi del DPR n. 445/2000, sottoscritte dai soggetti interni o esterni all'Azienda che svolgono incarichi specifici nell'ambito di tutti i processi che concorrono all'attuazione degli obiettivi del PNRR (p.e. Responsabile unico del procedimento, membri delle Commissioni di gara, presidente di gara, RES, DEC, Collaudatori, Coordinatori e ogni altro soggetto richiamato dal PNA 2022-2024) ed a carico dei partecipanti ai bandi di gara, in linea con la normativa vigente del codice dei contratti pubblici.

3.3.8 Obiettivi strategici specifici della prevenzione della corruzione e trasparenza - PARTE I

Dal punto di vista della prevenzione della corruzione sono confermati gli orientamenti strategici della L. n. 190/2012:

- Effettuare le opportune valutazioni del diverso livello di esposizione degli uffici al rischio di corruzione.
- Attuare le azioni individuate e le misure volte a prevenire il rischio di corruzione.
- Programmare interventi formativi e di sensibilizzazione sui temi della prevenzione della corruzione e dell'etica.

Tenuto conto dello stato dell'arte in merito alla gestione del rischio corruzione, in accordo con la Direzione, si deciso di pianificare prioritariamente un percorso formativo che, abbracciando diversi ambiti di sviluppo (IRCCS, Parco della Salute, Campus), fornirà strumenti utili sia sul piano valoriale (gestione etica degli interessi nella ricerca scientifica) e sia sul piano applicativo (monitoraggio del rischio, gestione conflitto di interesse, regolamentazione ALPI).

Premesso ciò si elencano nel dettaglio le attività prioritarie:

- 1) **Formazione:** sviluppo delle attività attraverso il seguente "PROGRAMMA FORMAZIONE MEYER ANNO 2023", PAF 2023:

Titolo Evento	Obiettivo Formativo	Trimestre	Target Utenza	Durata	Modalità
Formazione Strutture Operative su metodologie e conoscenze in materia di analisi dei rischi corruzione	Acquisire strumenti metodologici per la mappatura del rischio corruzione all'interno dei procedimenti aziendali, partendo dall'analisi di alcuni processi specifici	Apr/Mag/Giu 2023	Medici, infermieri, tecnici, amministrativi	12 ore in 3 incontri per 2 docenti	Aula + Webinar
La gestione del conflitto di interessi in ambito sanitario: riconoscere, valutare e gestire il conflitto di interessi - III Edizione	Acquisire competenze in ambito alla definizione del conflitto di interesse in ambito sanitario: riconoscere, valutare e gestire le situazioni di conflitto attraverso lo studio e l'analisi di esempi pratici	Ott/Nov/Dic 2023	Tutti gli operatori che non hanno incarichi organizzativi, gestionali o di coordinamento	1 evento di 3 ore	Webinar
Prevenzione della corruzione e codice di comportamento: lo specifico caso sanitario _ Corso base FAD	Argomenti di carattere generale su Codice di Comportamento	Disponibile	Medici, infermieri, altre professioni sanitarie, dirigenti laureati, tecnici, amministrativi	3 ore	FAD - Formas
La gestione del conflitto di interessi in ambito sanitario: riconoscere, valutare e gestire il conflitto di interessi FAD	Acquisire competenze in ambito alla definizione del conflitto di interesse in ambito sanitario: riconoscere ,valutare e gestire le situazioni di conflitto attraverso lo studio e l'analisi di esempi pratici	Ott/Nov/Dic 2023	Medici, infermieri, altre professioni sanitarie, dirigenti laureati, tecnici, amministrativi	4 ore	FAD - Formas
Il nuovo Codice Etico e di Comportamento dei dipendenti pubblici: misure attuative nell'AOU Meyer e utilizzo dei social network	Argomenti di carattere specifici e casistica sul tema	Ott/Nov/Dic 2023	Tutti gli operatori	Stima di n. 6 incontri di 3 ore ciascuno, 2 docenti	Aula

Obiettivi formativi fuori PAF 2023 - Gruppo Regionale Coordinatori RPCT

Previsione Corso FAD Regionale su aggiornamento dei codici di comportamento previsto dall'art. 54 d.lgs 165/2001	Argomenti di carattere generale	2023 -2024	Dirigenza	Da definire	FAD
--	---------------------------------	------------	-----------	-------------	-----

Previsione Corso FAD Regionale su aggiornamento dei codici di comportamento previsto dall'art. 54 d.lgs 165/2001	Argomenti di carattere generale	2023 -2024	Comparto	Da definire	FAD
--	---------------------------------	------------	----------	-------------	-----

2) **Gestione del rischio corruzione**, ulteriori applicazioni della nuova e consolidata metodologia di mappatura del rischio corruzione, di cui all'**Allegato 1 e 2** di questo PIAO 2023-2025. La nuova metodologa consolidata nel 2022 (di cui si dà evidenza nella Relazione RPTC 2022) è stata sperimentata e utilizzata, attraverso un percorso formativo/risultato, sui processi aziendali definiti con la Direzione ed in linea con gli sviluppi legati al riconoscimento IRCCS, agli aggiornamenti dei processi JCI, ai finanziamenti PNRR. Per l'analisi dello stato dell'arte sul tema si rinvia a quanto già fatto con la precedente metodologia di mappatura evidenziata nell'Allegato 2 del PIAO 2022-2024 dove sono indicati i processi specifici mappati dall'Azienda, le analisi effettuate e le misure di trattamento del rischio con la precedente metodologia. Le indagini con la precedente metodologia hanno indagato le seguenti attività a rischio:

- Area acquisti beni e servizi (selezione e valutazione fornitori, negoziazione e definizione del contratto, esecuzione del contratto);
- Area acquisti lavori (selezione e valutazione fornitori, negoziazione e definizione del contratto, esecuzione del contratto);
- Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero.
- Ricerca e sponsorizzazioni (sperimentazioni cliniche, negoziazione stipulazione ed esecuzione delle convenzioni);
- Attività libero professionale intramuraria (autorizzazione, esecuzioni, convenzioni);
- Gestione delle Risorse Umane (selezione, incarichi e nomine, conferimento di incarichi di collaborazione e consulenza, formazione sponsorizzata, gestione missioni, incarichi extra impiego);
- Liste di attesa (governo e gestione dei tempi e delle liste di attesa);
- Comodati d'uso /donazioni.

3) **Amministrazione trasparente**: continuo e tempestivo aggiornamento della sezione internet, aggiornamento dei referenti e delle strutture deputate alla pubblicazione; revisione e aggiornamento della nuova sezione "bandi di gara e contratti"/PNRR, seguendo le indicazioni ANAC e l'approfondimento fatto all'interno del Gruppo regionale RPCT;

4) Avviare processo di sperimentazione di un modello di **gestione del conflitto di interesse** a seguito delle indicazioni in merito del dicembre 2022, da parte della Regione Toscana – Direzione Sanità Welfare e Coesione sociale.

La Direzione, confermando inoltre l'impostazione adottata per gli anni precedenti, ha ricondotto infine all'autonomia delle strutture e dei responsabili la decisione di ridefinire e/o riposizionare per il 2023 gli obiettivi legati alla gestione del rischio corruzione avviati nei Piani precedenti, sia nella definizione della tempistica che nelle modalità di attuazione delle azioni e delle misure risultanti dall'analisi e dalla valutazione del rischio. Dalle relazioni finali 2022 e degli obiettivi/attività 2023 pervenute dai Responsabili delle strutture coinvolte nei processi di mappatura e gestione del rischio corruzione si evidenziano le azioni e misure per il 2023 ritenute le significative per le finalità di trasparenza ed integrità. Tali obiettivi, quali misure di prevenzione della corruzione e trasparenza, confluiscono, nell'ambito del piano della performance, verso specifici obiettivi di budget delle strutture indicate.

Struttura: Dipartimento delle professioni sanitarie

Nell'ambito della gestione del rischio corruzione dell'area "attività assistenziale istituzionale", "conflitto di interessi", "formazione", vengono programmate le seguenti azioni/misure:

- Formalizzazione Regolamento dipartimentale inerente la mobilità interna degli operatori afferenti al Dipartimento, previa percorso di condivisione con RSU/OOSS;
- Redazione e formalizzazione ad opera dei referenti organizzativi nelle singole articolazioni aziendali di elenchi di operatori del dipartimento che possono essere individuati per la partecipazione a commissioni di concorso/selezioni interne ed esterne, commissioni di gara, gruppi di lavoro internazionali, nazionali, regionali, aziendali;
- Partecipazione di operatori del Dipartimento ai vari livelli di responsabilità e futuri corsi di formazione in materia di rischi corruttivi

Struttura: SOS Bed Management e flussi dei pazienti

Nell'ambito della gestione del rischio corruzione dell'area "attività assistenziale istituzionale", per il monitoraggio dell'attività e l'aggiornamento della sezione "amministrazione trasparente" vengono programmate le seguenti azioni/misure:

- Estrazione a cadenza settimanale dell'attività chirurgica e dello stato di scorrimento delle liste di attesa
- Monitoraggio trimestrale dell'attività dei professionisti in relazione all'entità delle modifiche apportate alle classi di priorità dei pazienti e alle modalità
- Monitoraggio trimestrale del numero di posizioni (pz) ai quali è stata modificata la classe di priorità
- Monitoraggio quindicinale tempo di attesa prestazioni prima visita

Area: Meyer Children's Research Institute

Nell'ambito dell'area di rischio "sperimentazioni cliniche e ricerca" per la gestione del rischio corruzione, del conflitto di interessi e del codice etico e di comportamento, sono programmate le

seguenti azioni/misure:

- applicare la metodologia appresa nei corsi di formazione sulla gestione del rischio corruzione non soltanto alle attività del Comitato Etico, alla valutazione dei conflitti di interessi degli sperimentatori, al ciclo contrattuale nella sperimentazione clinica, ma anche agli altri settori di operatività del Meyer Children's Research Institute che affrontano diversi aspetti della ricerca clinica;
- analisi dei rischi di corruzione nell'ambito del settore innovazione, brevetti, trasferimento tecnologico, grant;
- definizione di azioni per il controllo dei rischi individuati e policy sulla ricerca.

Struttura: SOC Affari Generali e Sviluppo

Nell'ambito dell'area di rischio "sovvenzioni e contributi economici" per la gestione del rischio corruzione e del conflitto di interessi vengono programmate le seguenti azioni/misure:

- Verifiche propedeutiche ed eventuale revisione del vigente regolamento per l'accettazione di beni e contributi liberali, comodati d'uso, finalizzate a verificare le necessità/opportunità di previsione e regolamentazione della gestione del conflitto di interessi nell'iter procedimentale finalizzato all'accettazione di beni e contributi liberali

Struttura: SOC Supporto Amministrativo al Funzionamento dell'Ospedale

Nell'ambito dell'area di rischio "Rapporti contrattuali" per la gestione del rischio corruzione, del conflitto di interessi e delle "Amministrazione trasparente", sono programmate le seguenti azioni/misure:

- partecipare alla definizione delle nuove modalità di pubblicazione in "Amministrazione trasparente" della sezione "Bandi di Gara e Contratti" / PNRR secondo le nuove specifiche ANAC.

Area: PREMs (Patient Reported Experience Measures)

Nell'ambito delle azioni/misure legate alla misura "Sensibilizzazione, rapporto e monitoraggio con la società civile" continua le attività per:

- raggiungere una piena funzionalità, attendibilità e sicurezza della piattaforma di restituzione dei risultati di PREMs-VOICES, tramite la collaborazione con MeS che ne ha la responsabilità e ne presiede l'implementazione e gestione. Tale condizione costituisce un requisito essenziale affinché si possa organizzare presso l'Ospedale una modalità sistematica di analisi e restituzione delle informazioni ai professionisti a vari livelli, al fine di individuare e prioritarizzare le criticità eventualmente emerse dall'indagine e ideare e attuare gli opportuni interventi a miglioramento dell'assistenza.

Area: Ufficio Formazione – SOC Salute Organizzativa e Formazione Professionale

Nell'ambito delle azioni/misure legate alla formazione ed ai relativi incarichi di docenza sono programmate le seguenti attività:

- Costituzione dell'Albo dei Docenti Interni ed Esterni al fine di una migliore rotazione degli incarichi;
- Partecipazione, insieme al RPCT, alle attività di pubblicizzazione ed erogazione dei corsi su anticorruzione e trasparenza.

Struttura: SOC Organizzazione dei processi di partecipazione, comunicazione e umanizzazione delle cure pediatriche

Nell'ambito delle azioni/misure legate alla "Sensibilizzazione, rapporto e monitoraggio con la società civile" oltre alle attività di competenza in materia (Gestione dei reclami, Pubblicazione ed aggiornamento tempestivo in "amministrazione trasparente" dei dati di competenza e di quelli forniti dai referenti e dalle strutture delegate alla fornitura dei dati) continua l'impegno della struttura per un maggior coinvolgimento e partecipazione delle famiglie e delle associazioni nell'ambito delle attività di sviluppo del Family Center.

Per tutte le strutture tecnico-amministrative gli obiettivi assegnati sono:

- Formazione: partecipazione al Corso FAD base su piattaforma FORMAS per chi non ha la partecipato ai corsi in materia negli ultimi tre anni;
- Formazione: partecipazione agli eventi formativi obbligatori in cui si è destinatari di corsi/webinar specifici;
- Amministrazione trasparente: individuazione dei referenti delle strutture per sottosezione per le attività di aggiornamento e pubblicazione dei dati.

3.3.9 Gestione del rischio corruzione e mappatura dei processi - PARTE I

Nel 2023 continua, in una logica di approccio graduale e emirato, il percorso formativo/risultato con la nuova metodologia di gestione del rischio corruzione di cui all'Allegato 1 della presente sottosezione.

Dall'elenco dei processi, definiti nel 2021 in coerenza con l'approccio qualitativo indicato da ANAC, tenuto conto dei fattori individuati per stimare il potenziale di rischio di ogni processo (il livello di interesse esterno; la rilevanza economica; il grado di discrezionalità del decisore) per il 2023 sono individuate le seguenti aree di intervento, oggetto di formazione/risultato:

- Area acquisti beni e servizi, Area acquisti lavori, in rapporto ai temi del PNRR, conflitto di interessi e trasparenza;
- Gestione delle Risorse Umane in rapporto ai temi di selezione, incarichi e nomine.

Brevemente la metodologia di cui all'Allegato 1 della presente sottosezione è volta:

- ad identificare e valutare i rischi corruttivi potenziali e concreti;
- a definire la sussistenza di fattori abilitanti interni ed esterni;
- a progettare misure organizzative fattibili per il trattamento del rischio, con particolare riferimento alle misure già esistenti e alla predisposizione di nuove quali ad esempio le misure di digitalizzazione;
- a definire tempi compatibili di attuazione e di monitoraggio;

Approfondimenti tematici (misure generali e comuni) - PARTE II

In questa parte sono indicate le misure generali di prevenzione individuate dal legislatore e che, per la loro portata in Azienda frutto dell'analisi di contesto e di valutazione del rischio, sono prevalenti in termini di azione e misure per il trattamento del rischio per il contesto aziendale. Nelle sezioni che seguono verranno quindi indicate alcune aree di intervento, che presentano particolari attenzioni in fase di pianificazione o attuazione. Si rinvia alle Schede Allegato 3 per quanto riguarda lo stato dell'arte e delle azioni e misure obbligatorie da sviluppare nel triennio e qui non indicate.

3.3.10 Il Pantouflage

L'art 53 comma 16 ter, D. lgs 165/2001 aggiunto dall'art. 1, comma 42, lettera l, della L. 190/2012 dispone che "I dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal presente comma sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti".

La norma al fine di salvaguardare il principio di imparzialità della pubblica amministrazione è applicata ai dipendenti pubblici con rapporto di lavoro a tempo indeterminato e determinato ed ai titolari incarichi organizzativi e gestionali ed ai soggetti privati destinatari della attività della pubblica amministrazione.

Presupposto che vi sia pantouflage è l'esercizio in concreto di un potere autorizzativo e negoziale da parte dei dipendenti tale da incidere in maniera determinante sul procedimento o sul provvedimento finale. Sono esclusi dal pantouflage gli incarichi occasionali.

Al fine di gestire il conflitto di interessi (da inquadrare come incompatibilità successiva alla cessazione dal servizio) nelle ipotesi di passaggio al settore privato la norma prevede di impartire direttive interne affinché sia rispettato da parte dei pubblici dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto della p.a., il divieto di prestare attività lavorativa, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, presso gli stessi soggetti privati destinatari della loro attività

ANAC nell'intento di disciplinare in modo sostenibile e graduale la materia con previsioni di specifiche restrizioni e limitazioni ha previsto delle misure operative per la gestione dei dipendenti (Inserite nel codice di comportamento tale clausola, far sottoscrivere la dichiarazione al momento dell'assunzione o alla cessazione o dell'incarico organizzativo/gestionale nel caso di professionisti esterni) per la gestione dei soggetti privati esterni (previsione nei bandi di gara, nei patti di integrità) e misure trasversali (attività di formazione e sensibilizzazione sul tema e verifiche successive alla cessazione del rapporto di lavoro) Nel 2023, il RPTC e gli Uffici del personale, Acquisizione beni e servizi e Lavori faranno una ricognizione delle misure già attuate e di quelle da attivare.

3.3.11 Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (c.d. whistleblower)

L'art. 54 bis del D. lgs. 165/2001, modificato dall'art. 1, comma 51 della L 190/2012, ha come obiettivo per gli enti pubblici, l'adozione di misure necessarie a tutelare l'anonimato del dipendente che segnala illeciti di cui è venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro.

ANAC, nel tempo, ha dato indicazioni in ordine alle modalità di introduzione dell'istituto nei Piani seguendo canoni di riservatezza e suggerito agli Enti di sperimentare un sistema informatizzato di ricezione e gestione delle segnalazioni.

In Azienda è presente una procedura di segnalazione su modulistica cartacea, la cui gestione è a cura del RPTC. Inoltre il RPCT, tenuto conto delle indicazioni ANAC del 2021, ha presente una bozza di regolamento, attualmente all'attenzione della Direzione per la sua adozione.

Per il 2023 anche alla luce del recente recepimento della direttiva europea sul whistleblowing, a cura del Consiglio dei Ministri, si ritiene opportuno aggiornare la proposta di regolamento di tutela del segnalante. Proposta da mettere a punto anche nelle more di specifiche analisi approfondite con gli Uffici tecnologici ed informatici aziendali, sugli aspetti legati a tutela della privacy legate ai pacchetti di procedura digitalizzata in uso dalle altre aziende sanitarie toscane.

3.3.12 Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile

Al fine di determinare l'esistenza di fatti di cattiva amministrazione e di fenomeni di corruzione, particolarmente importante è il coinvolgimento dell'utenza e l'ascolto del cittadino. Azione finalizzata a sensibilizzare la cittadinanza, istituire canali di comunicazione per ricevere segnalazioni dall'esterno di episodi di "maladministration" secondo la definizione ampia di corruzione data in premessa.

Tale area di intervento è in linea con la visione aziendale ed infatti particolare attenzione è dedicata nello Statuto Aziendale e alla partecipazione dei cittadini e delle Associazioni dei genitori che così recita:

“L'Azienda riconosce, nella definizione delle prestazioni sanitarie e nella fruizione dei servizi stessi, la centralità del cittadino, quale titolare del diritto alla tutela della salute. A tal fine assicura la

partecipazione alle fasi di programmazione delle attività, valutazione della qualità dei servizi e tutela dei diritti degli utenti quali singoli fruitori dei servizi o delle associazioni che a qualunque titolo rappresentano le collettività servite. Un ruolo particolare viene dall'Azienda riconosciuto alle Associazioni dei genitori con le quali condividere azioni di miglioramento della qualità dei servizi erogati e riconosce la costituzione di un loro coordinamento, teso a potenziare le sinergie e le risorse disponibili" (*fonte: Atto Aziendale Meyer*).

L'azione per il 2023 sarà strutturata dalla Direzione nel quadro della programmazione della Convention aziendale annuale e dei rapporti con le Associazioni ed Amici del Meyer.

3.3.13 Programmazione dell'attuazione della Trasparenza

La trasparenza, secondo il dettato normativo di cui al D.lgs n. 33/2013 come modificato dal d.lgs. n. 97/2016, è intesa come "accessibilità totale dei dati e dei documenti detenuti dall'Azienda, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrative, favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche" concorrendo alla realizzazione di una Amministrazione aperta ed al servizio del cittadino.

Le disposizioni in materia di trasparenza amministrativa "integrano l'individuazione del livello essenziale delle prestazioni a fini di trasparenza, prevenzione, contrasto della corruzione e della cattiva amministrazione". La trasparenza con il PIAO acquisisce e concorre, inoltre, alla protezione e creazione del "valore pubblico".

La trasparenza ha dunque un ruolo di primo piano nel sistema di prevenzione alla corruzione. Costituisce la misura di prevenzione della corruzione volta a promuovere l'integrità e la cultura della legalità attraverso una ricerca continua della qualità delle informazioni pubblicate, del costante aggiornamento, completezza e tempestività. Da questo punto di vista la trasparenza amministrativa "concorre alla protezione e alla creazione del valore pubblico". Il sito web Meyer, visto non solo dal punto di vista dell'applicazione del d.lgs n. 33/2013 e s.m.i., presenta una comunicazione particolarmente orientata al cittadino che si caratterizza per una facilità di accesso e una semplicità di consultazione.

Per una sintesi delle specifiche indicazioni sugli obiettivi e sulle azioni si rinvia all'**Allegato 3**: Area di intervento obbligatorio comune n. 2 "adempimenti trasparenza". Mentre per quanto riguarda le responsabilità della trasmissione, della pubblicazione e dell'aggiornamento dei documenti, delle informazioni e dei dati si veda l'**Allegato 4**: *Sezione "Amministrazione Trasparente" - Elenco degli obblighi di pubblicazione* che individua le strutture ed i nominativi a cui sono assegnati gli obiettivi organizzativi ed individuali. In tale allegato sono organizzati i flussi informativi necessari a garantire l'individuazione, l'elaborazione, la trasmissione e la pubblicazione di dati. Sono indicati inoltre i nominativi dei soggetti e gli Uffici responsabili di ognuna delle attività citate.

Sulla base di quanto premesso per il triennio 2023-2025 di norma i Responsabili ed i Referenti per l'attuazione delle misure di pubblicazione, aggiornano e monitorano i dati con il supporto e l'affiancamento del RPCT.

In questo ambito ed in collaborazione la SOC Affari Generali e Sviluppo, viene prestata attenzione alle misure collegate al diritto di accesso civico semplice e generalizzato. Misure che riguardano la gestione delle istanze di accesso, il monitoraggio, la catalogazione delle richieste e la pubblicazione dei report informativi.

Più in generale, ai fini dell'assolvimento dell'obbligo di pubblicazione e tenuto conto delle proprie caratteristiche organizzative, i responsabili tenuti all'inoltro dei dati in "amministrazione trasparente" devono indicare correttamente la sezione di pubblicazione, garantire la completezza e l'aggiornamento secondo le specifiche dell'Allegato 4, utilizzare un formato aperto o elaborabile (es. ods, csv, pdf elaborabili).

Nel 2023 la griglia, di cui all'Allegato 4, riportante l'elenco degli obblighi di pubblicazione della sezione "amministrazione trasparente" è integrata con le informazioni sulle scadenze di pubblicazione e aggiornamento dei dati, con le specifiche legate alla titolarità della struttura e alla identificazione del responsabile per la pubblicazione e la trasmissione dei dati.

Nel 2023 inoltre verrà rafforzato il sistema di trasparenza nell'ambito sezione "bandi di gara e contratti" seguendo le indicazioni dell'Allegato 9 del PNA 2022 in cui si elenca per ogni procedura contrattuale, dai primi atti all'esecuzione, gli obblighi di trasparenza in materia. Attività che ha già visto l'attivazione della nuova sezione "bandi di gara e contratti" organizzata per singola procedura di affidamento.

Le attività di aggiornamento e di monitoraggio delle pubblicazioni dei dati in "Amministrazione Trasparente" costituiscono obiettivi ordinari di budget 2023 per le strutture ed i soggetti coinvolti. Tale coinvolgimento sarà misurato e valutato sulla base degli accordi sindacali in essere per l'erogazione del salario di risultato e dei processi di valutazione e certificazione degli organi di controllo quali il Collegio Sindacale e l'Organismo indipendente di valutazione.

L'assolvimento degli obblighi di pubblicazione anche sotto il profilo qualitativo del dato, è infatti attestato dall'OIV, il cui esito è pubblicato sul sito aziendale - sezione "Amministrazione trasparente".

3.3.14 Monitoraggio e riesame, Relazione del Responsabile della prevenzione e note finali

Il monitoraggio consente di tener conto delle risultanze ottenute e apportare aggiustamenti alle strategie di prevenzione adottate.

Per ciò che attiene la gestione del rischio corruzione, l'attività di monitoraggio è insita nelle funzioni del responsabile dell'area a cui i processi si riferiscono che definiscono la frequenza dei controlli e dei

riesami.

Il monitoraggio si conclude ogni anno con la richiesta del RPCT di indicare i risultati raggiunti, le criticità emerse e le eventuali misure da attuare. A fine anno ogni responsabile invia tali dati al RPCT attraverso una scheda di analisi sintetica della quale si dà evidenza nella relazione finale di cui all'art. 1 c. 14 della L. 190/2012.

In merito alla pubblicazione ed aggiornamento dei dati in "Amministrazione Trasparente", il monitoraggio avviene semestralmente ed in occasione della certificazione annuale dell'Organismo Indipendente di Valutazione, sulla base dei compiti ad esso assegnati dall'art. D.lgs 150/2009 e ss.mm.ii.

Il Responsabile, ai sensi dell'art. 1 c. 14 della L. 190/2012, entro il 15 dicembre di ogni anno, salvo tempistiche diverse indicate da ANAC, redige la relazione annuale sull'efficacia delle misure di prevenzione da pubblicare sul sito istituzionale dell'Ente integrata con le indicazioni contenute dal format richiesto da ANAC annualmente. Tale relazione è poi pubblicata sul sito internet ufficiale.

Infine, la presente Sottosezione rinvia alla normativa ed alle Determine ANAC per quanto qui non contenuto, in particolare per gli approfondimenti sui profili disciplinari e sanzionatori del responsabile della prevenzione della corruzione, degli organi di vertice, dei dirigenti per l'omissione totale o parziale o per ritardi nelle pubblicazioni prescritte e dei dipendenti per la violazione delle misure di prevenzione previste.

4. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

4.1 Modello organizzativo dell'A.O.U. Meyer IRCCS

L'organizzazione dell'A.O.U. Meyer è attualmente disciplinata dallo Statuto Aziendale adottato, d'intesa con il Rettore dell'Università degli Studi di Firenze, con deliberazione del Direttore Generale n. 54 del 1 febbraio 2021 e reperibile al seguente link: (<https://www.meyer.it/images/pdf/statuto-aziendale/meyer-statuto-aziendale.pdf>)

Sono Organi dell'A.O.U. Meyer il Direttore Generale, il Collegio Sindacale, il Collegio di Direzione e l'Organo Paritetico.

Il Direttore Generale è nominato dal Presidente della Giunta Regionale, d'intesa con il Rettore dell'Università degli Studi di Firenze. Ha la rappresentanza legale dell'Azienda, assicura il perseguimento della mission aziendale avvalendosi degli strumenti organizzativi previsti dallo Statuto, ne garantisce il governo complessivo coadiuvato dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario. Esercita, coerentemente con i principi, gli obiettivi, gli indirizzi e le direttive definite dai diversi livelli di governo e di programmazione del Servizio Sanitario Toscano e dell'Università degli Studi di Firenze, i poteri organizzativi e gestionali attribuitigli dalle leggi. Presidia lo svolgimento delle funzioni necessarie alla direzione, all'organizzazione ed all'attuazione dei compiti di istituto nel rispetto dei principi di imparzialità e trasparenza, nonché dei criteri di efficacia, efficienza ed economicità della gestione, secondo le linee programmatiche definite dall'Organo Paritetico. Garantisce l'effettiva integrazione tra assistenza, didattica e ricerca nell'ambito delle attività espletate all'interno dell'Azienda nell'interesse congiunto con l'Università degli Studi di Firenze per la tutela della salute della collettività. Esercita le sue funzioni con atti di diritto privato nei limiti previsti dal codice civile oppure, nei casi previsti dalla vigente normativa, attraverso l'adozione di provvedimenti amministrativi nel rispetto di quanto stabilito dalla Legge 241/90. Nomina il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario.

Il Collegio Sindacale è composto da cinque membri, nominati dal Direttore Generale sulla base delle designazioni della Regione Toscana, del Ministro dell'Economia e Finanza, del Ministro della Salute, del Ministro dell'Istruzione Università e Ricerca e dell'Università degli Studi di Firenze.

Il Collegio Sindacale verifica l'attività dell'Azienda sotto il profilo della gestione economica, finanziaria e patrimoniale, l'osservanza delle leggi, la regolare tenuta della contabilità anche attraverso il controllo degli atti posti in essere dall'Azienda ai sensi dell'art. 3 ter del D. Lgs. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni e dell'art. 42 L.R.T. 40/2005.

Il Collegio di Direzione supporta la direzione aziendale nella programmazione e valutazione delle attività tecnico sanitarie e di quelle ad alta integrazione sanitaria, con particolare riferimento alla appropriatezza dei percorsi diagnostico-assistenziali; concorre alla formulazione dei programmi di formazione, di ricerca e di innovazione, delle soluzioni organizzative per lo svolgimento dell'attività

libero professionale intra – muraria ed alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici.

Il Collegio di Direzione è presieduto dal Direttore Sanitario, ed è composto dalle figure individuate dalla normativa regionale di riferimento; atteso il modello organizzativo aziendale il collegio è integrato con i responsabili delle strutture funzionali di massima dimensione aziendale titolari di budget, ancorché non dipartimentale.

L'Organo Paritetico, organismo collegiale di riferimento dell'Azienda, è composto dall'Assessore regionale al Diritto alla salute, dal Rettore dell'Università degli Studi di Firenze e dal Direttore Generale dell'Azienda; a tale Organo partecipano i due medici vicepresidenti del Consiglio dei Sanitari dell'Azienda; potrà partecipare altresì ai lavori altro rappresentante designato dall'Ateneo Fiorentino.

L'Organo Paritetico garantisce il livello di integrazione economico – patrimoniale tra l'Azienda e l'Università degli Studi di Firenze, mediante la proposizione di iniziative e misure che assicurino la coerenza fra la programmazione aziendale e la programmazione didattica e scientifica dell'Università.

Il Direttore Generale, il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo compongono la Direzione Aziendale.

La Direzione Aziendale è titolare della funzione di pianificazione strategica e ha il compito di assistere il Direttore Generale nello svolgimento delle proprie funzioni. Definisce in particolare la politica aziendale, la programmazione, gli obiettivi generali e le strategie per il loro conseguimento. Inoltre, controlla l'andamento generale delle attività e verifica la congruità delle metodologie adottate per il conseguimento degli obiettivi.

La Direzione aziendale come responsabile della pianificazione strategica, in coerenza anche con quanto previsto dalla pianificazione regionale, definisce gli obiettivi generali dell'azienda di medio-breve termine, le strategie per il loro raggiungimento, l'allocazione delle risorse e l'assetto organizzativo dell'Azienda.

4.2 Strumenti organizzativi

L'A.O.U. Meyer garantisce lo svolgimento dei suoi compiti istituzionali attraverso strumenti organizzativi volti a dare la migliore risposta alle esigenze di assistenza, di didattica e di ricerca; tali strumenti si concretizzano in articolazioni organizzative differenziate tra il macro-ambito di cura assistenziale ed il macro-ambito sanitario, amministrativo e tecnico-professionale.

Le attività di cura sono gestite attraverso le seguenti articolazioni organizzative:

A) Dipartimento ad attività Integrata (DAI)

a 1) Area Funzionale Omogenea (AFO)

a 2) Struttura Organizzativa Complessa (SOC) e Struttura Organizzativa Semplice Autonoma (SOSA)

a 3) Struttura Organizzativa Semplice Intra-SOC

a 4) Centro Specialistico

- B) Centro di Eccellenza
- C) Centro interaziendale per la ricerca e l'innovazione
- D) Incarico di programma
- E) Incarichi professionali a valenza organizzativa.

Le attività esercitate dalle professioni sanitarie e le attività tecnico amministrative e professionali sono gestite attraverso le seguenti articolazioni organizzative:

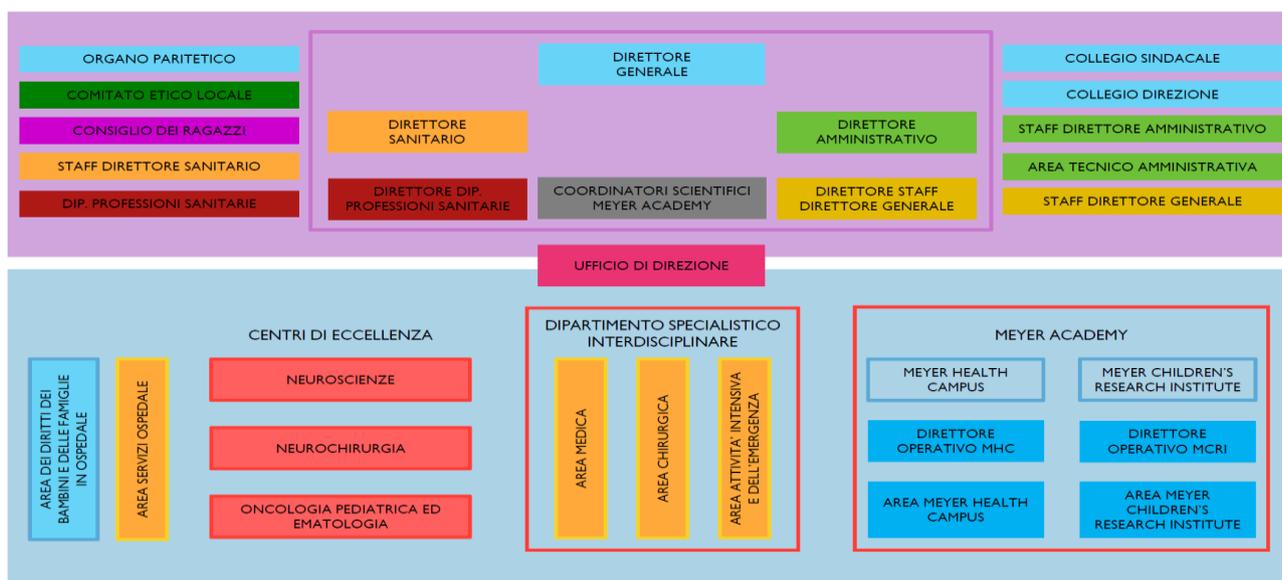
- F) Dipartimento
 - f1) Area
 - f2) Struttura Organizzativa Complessa (SOC) e Struttura Organizzativa Semplice (SOS)
 - f3) Ufficio e Unità Professionale
 - f4) Incarichi di funzione

Le aree operative della Didattica e Formazione, nonché della Ricerca e Innovazione come in precedenza declinate, sono sviluppate d'intesa ed in sinergia con l'Università degli Studi di Firenze anche nella dimensione accademica in considerazione della specifica natura che caratterizza un'azienda ospedaliero – universitaria. Tali aree, ricomprese in un unico macro ambito organizzativo denominato *Meyer Academy*, sono il *Meyer Health Campus* ed il *Meyer Children's Research Institute*.

Il *Meyer Health Campus* costituisce l'area destinata alla formazione dei professionisti del settore sanitario, sinergicamente assicurata dall'Azienda e dall'Università degli Studi di Firenze, che si pone l'obiettivo di favorire l'incontro e lo scambio di conoscenze, competenze ed abilità tra tutti i professionisti della rete pediatrica regionale, unitamente allo sviluppo delle conoscenze accademiche.

Il *Meyer Children's Research Institute* costituisce il luogo nel quale, attraverso la propria organizzazione e l'incontro tra le problematiche cliniche e le conoscenze tecnico-scientifiche, si favorisce la promozione di soluzioni innovative utili a migliorare l'assistenza pediatrica.

4.3 Organigramma



4.4 Piano triennale dei fabbisogni del personale

Attraverso il Piano Triennale del Fabbisogno del Personale (PTFP), l'A.O.U. Meyer esprime la programmazione triennale del fabbisogno delle risorse umane necessarie, in relazione agli obiettivi istituzionali e di performance organizzativi, secondo principi di efficienza ed economicità.

Il PTFP rappresenta il limite quantitativo della capacità assunzionale per ciascun anno, nel rispetto degli obiettivi finanziari imposti e del budget assegnato.

L'Azienda sta elaborando, nello scenario descritto in premessa, in relazione agli obiettivi qualitativi da definirsi in accordo con Regione Toscana e nella consapevolezza dei limiti economici sulla spesa del personale, il Piano Triennale del Fabbisogno del Personale per gli anni 2023-2025 le cui linee guida sono state individuate dalla Regione Toscana con la recente delibera di Giunta n. 140 del 20.02.2023.

Il processo di determinazione del fabbisogno è comunque condizionato, con riflessi soprattutto dall'annualità 2023 in poi, anche dal Piano di sviluppo dell'Ospedale che registra la progressiva apertura di nuovi spazi attivata già a decorrere dagli ultimi mesi del 2022 (Campus fine 2022, riassetto delle attività di degenza della Psichiatria dell'Infanzia con spostamento nel plesso Ospedaliero 2023, Parco della Salute 2024, Hospice Pediatrico 2023,) e dal percorso di riconoscimento del Meyer quale IRCCS, conclusosi con il Decreto del Ministero della Salute del 02.08.2022.

Il percorso è a tutt'oggi in corso e il nuovo Piano dovrà essere approvato con delibera di Regione Toscana.

Le strategie inerenti al completamento del fabbisogno organico correlato alle molteplici professionalità, sia dirigenziali che del comparto, necessarie allo sviluppo e consolidamento delle attività diagnostiche, assistenziali e in taluni casi riabilitative ed alla valorizzazione delle risorse umane, oltre a dover prevedere un incremento delle figure correlate alla ricerca acquisite sia come dipendenti che in forme atipiche, proseguiranno fino al 2025 con continuità rispetto alle politiche sulle risorse umane già in corso come descritte nel PTFP 2022-2024 a cui si aggiungono le risorse necessarie a potenziare e dare sviluppo alle linee di produzione oggetto di riconoscimento quale Istituto di Ricovero e Cura a carattere scientifico e di rafforzare l'infrastruttura della ricerca di ricerca: “Scienze pediatriche e perinatali” – “Malattie del sistema nervoso, neurogenetiche e neurometaboliche” – “Malattie immunomediate e malattie infettive” – “Approcci diagnostici, terapeutici e organizzativi innovativi, oncologia e malattie rare”.

In particolare si prevede di dare attuazione alla programmazione dei ruoli universitari da inserire in afferenza assistenziale per potenziare alcuni ambiti strategici e per garantire la continuità nei settori in cui è indispensabile la garanzia di continuità delle attività assistenziali integrate alle attività didattiche e di ricerca. Si prevede inoltre il completamento dell'assetto degli incarichi dirigenziali, mediante nuove

assunzioni di dipendenti del SSN e l'ampliamento del numero dei professori universitari e ricercatori in afferenza assistenziale.

Entrambe le casistiche perseguono la finalità principale di dare progressiva e completa attuazione allo Statuto aziendale vigente dal 1 febbraio 2021.

Relativamente invece al Personale del Comparto Sanità Triennio 2019-2021, siglato in data 2.11.2022, che ha previsto la possibilità di processi di valorizzazione del personale, nel corso del 2023 verranno condotte le necessarie operazioni di confronto con le parti sindacali coinvolte e pertanto si rinverrà per la quantificazione e qualificazione delle posizioni disponibili ai successivi aggiornamenti del Piano.

Sarà inoltre promossa la collaborazione con i Centri per l'Impiego per la programmazione della copertura della quota d'obbligo con riferimento alle categorie protette mediante stipula della nuova convenzione e saranno adottate misure per l'efficace integrazione nell'ambiente di lavoro delle persone con disabilità.

Al momento, pertanto, il PTFP di riferimento per l'anno in corso, è stato approvato dalla Regione Toscana con atto n. la Delibera della GRT n° 1270 del 14.11.2022 che ha approvato il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale 2022 – 2024 dell'AOU Meyer IRCCS e con la Delibera del Direttore Generale del Meyer n° 556 del 30.11.2022 avente ad oggetto “Adozione del Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale 2022 – 2024”.

Il Piano triennale dei fabbisogni del personale 2022-2024 è consultabile al seguente link:

<https://www.meyer.it/images/pdf/piano-triennale-personale-2022-2024.pdf>

4.5 Organizzazione del lavoro agile

4.5.1 Dalla fase emergenziale alla fase strutturale

L'insorgenza dell'emergenza sanitaria del 2020 e la relativa esigenza di limitare il più possibile i contatti personali hanno reso necessario apportare profonde modifiche alle modalità di svolgimento della prestazione lavorativa, al fine di garantire la tutela della salute dei cittadini e dei lavoratori. Questo ha comportato, per un limitato periodo di tempo, che il lavoro agile sia divenuto la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa, con una disciplina in parte diversa da quella prevista dalla legge 81/2017, perché ispirata a principi diversi e principalmente riconducibili alla situazione emergenziale. Lo scopo era garantire il distanziamento sociale con la necessità di svolgere la prestazione direttamente presso la propria abitazione e non più la finalità di permettere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro con l'esecuzione della prestazione lavorativa in parte all'interno dei locali dell'amministrazione.

In quest'ottica, nel mese di marzo 2020, nel rispetto della cornice normativa dettata dai vari Decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) e decreti legge (DL), nonché dalle direttive e circolari ministeriali che si sono succedute in materia, con Deliberazione del Direttore Generale n. 136/2020 è

stata introdotta l'attivazione in via sperimentale dello Smart Working, derivante dalle necessità dettate dalla dichiarazione dello stato di emergenza. Inizialmente sono stati interessati dalle disposizioni relative alle nuove modalità di esecuzione della prestazione lavorativa i dipendenti o portatori di patologie, i lavoratori utilizzatori dei servizi pubblici di trasporto e i lavoratori impegnati nella cura dei figli a seguito della contrazione dei servizi scolastici. Tuttavia, ben presto, misure di cautela sanitaria hanno determinato la necessità di estendere l'istituto anche a dipendenti che pur non rientranti nei tre casi su citati, riuscissero a garantire comunque le funzionalità organizzative necessarie.

Successivamente l'evolversi della situazione epidemiologica ha portato a valutare l'opportunità e la necessità di superare l'utilizzo del lavoro agile quale strumento di contrasto al fenomeno epidemiologico. A tal fine, è intervenuto il DPCM del 23 settembre 2021 (in G.U. 12 ottobre 2021, n. 244), decretando la cessazione del lavoro agile quale modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa. In seguito con il decreto del Ministro della Pubblica Amministrazione del 8 ottobre 2021 (in G.U. 13 ottobre 2021, n. 245) sono state disposte nuove misure organizzative volte a consentire il rientro in presenza di tutto il personale, nonché misure temporanee finalizzate all'autorizzazione al lavoro agile in attesa della definizione dell'istituto da parte della contrattazione collettiva e della individuazione delle modalità e degli obiettivi del lavoro agile all'interno del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO). Pertanto, in ottemperanza alle sopracitate disposizioni, e tenuto conto altresì dello specifico contesto sanitario assistenziale in cui opera questa Azienda, a decorrere dal 15 ottobre 2021, lo svolgimento dell'attività lavorativa in presenza è divenuta nuovamente la modalità ordinaria di organizzazione del lavoro. Conseguentemente con specifiche circolari della Direzione Aziendale è stato affidato ai responsabili il compito di procedere ad una rimodulazione graduale dell'utilizzo dello strumento, anche attraverso una riduzione delle giornate programmate in lavoro agile, garantendo contemporaneamente il rispetto delle condizioni di sicurezza previste, avuto particolare riguardo alla costante evoluzione del contesto epidemiologico.

Con il superamento dello stato di emergenza, questa Amministrazione, in base alle più recenti disposizioni in materia, ha previsto l'accesso a tale modalità nel rispetto di una serie di condizionalità tra cui la stipula dell'accordo individuale, con previsione di procedere nei primi mesi del 2023, a seguito della sottoscrizione del nuovo CCNL Comparto Sanità 2019-2021 (02/11/2022) all'adozione di una specifica regolamentazione organica aziendale.

Con deliberazione n. 163 del 16/03/2023 è stato adottato il regolamento aziendale in materia di lavoro agile. Il regolamento è consultabile al seguente link: <https://www.meyer.it/index.php/amministrazione-trasparente/disposizioni-general/220-atti-general>

4.5.2. Principali riferimenti normativi

La Legge n.81/2017 recante “Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato”, ha introdotto per la prima volta una vera e propria disciplina del lavoro agile, inteso, ai sensi dell'art.18, come una “modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti, anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro, con il possibile utilizzo di strumenti tecnologici per lo svolgimento dell'attività lavorativa. La prestazione lavorativa viene eseguita, in parte all'interno di locali aziendali e in parte all'esterno senza una postazione fissa, entro i soli limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva”.

La pandemia da COVID-19 ha rappresentato una svolta decisiva nello sviluppo del lavoro agile all'interno delle pubbliche amministrazioni. Le esigenze di gestione e contenimento dell'emergenza sanitaria hanno potenziato e, talvolta “imposto” il ricorso allo smartworking come modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa anche in deroga alla disciplina degli accordi individuali e degli obblighi informativi sanciti dalla legge 81/2017. L'emergenza epidemiologica ha portato al superamento del regime sperimentale del lavoro agile nella pubblica amministrazione e all'introduzione del Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA), previsto dalla legge 14, comma 1, delle Legge 124/2015, come modificato dall'art.263, comma 4 bis, del Decreto Legge 34/2020, convertito con modificazioni dalla Legge 77/2020.

Con il D.L. n. 80/2021 il POLA entra a far parte del PIAO (Piano integrato di attività e di organizzazione).

In considerazione dell'evolversi della situazione pandemica il lavoro agile ha cessato di essere uno strumento di contrasto alla situazione epidemiologica. Sul punto, con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23 settembre 2021, a decorrere dal 15 ottobre 2021, la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa nelle pubbliche amministrazioni è soltanto quella svolta in presenza. Con il successivo DM 8 ottobre 2021 recante “Modalità organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori delle pubbliche amministrazioni” si torna al regime previgente all'epidemia pandemica, disciplinato dalla legge 22 maggio 2017, n. 81, recante “Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato”, che prevede l'obbligo dell'accordo individuale per l'accesso al lavoro agile.

In questa fase di trasformazione, in attesa di una disciplina più compiuta da parte della contrattazione collettiva, il lavoro agile è previsto purchè nel rispetto delle condizioni esplicitamente individuate nello Schema di Linee guida in materia di lavoro agile nelle amministrazioni pubbliche, ai sensi dell'articolo 1, comma 6, del decreto del Ministro per la pubblica amministrazione recante modalità organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori delle pubbliche amministrazioni.

Successivamente, la Circolare del 5 gennaio 2022 del Ministero della Pubblica Amministrazione stabilisce che “ogni amministrazione pertanto, può programmare il lavoro agile con una rotazione del personale settimanale, mensile o plurimensile con ampia flessibilità, anche modulandolo, come necessario in questo particolare momento, sulla base dell’andamento dei contagi, tenuto conto che la prevalenza del lavoro in presenza indicata nelle linee guida potrà essere raggiunta anche nella media della programmazione plurimensile”. In un’ottica di flessibilità, le amministrazioni possono, dunque, equilibrare il rapporto lavoro agile-presenza secondo le proprie esigenze organizzative. Da ultimo, con il DL 24 del 24 marzo 2022 cd. “Decreto Riaperture” è cessato lo stato di emergenza al 31 marzo 2022. Il quadro sopra delineato sarà completato dalla disciplina in materia di lavoro agile che Aran e sindacati stanno elaborando nell’ambito del tavolo contrattuale in corso e che, al momento, vede aperto il confronto sui seguenti temi: la definizione di lavoro agile; l’accesso; l’accordo individuale; relazioni sindacali; fasce di contattabilità e disconnessione; trattamento economico.

4.5.3 Modalità attuative: le condizionalità e i fattori abilitanti

Ad oggi, sono destinatari del lavoro agile in via generale tutti i dipendenti in servizio presso l’Azienda, indipendentemente dalla tipologia di lavoro (a tempo indeterminato, a tempo determinato, con contratto di lavoro a tempo pieno o parziale), nel rispetto del principio di non discriminazione e di pari opportunità tra uomo e donna, laddove il tipo di attività svolta risulti compatibile (“smartabile”).

L’accesso allo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile è riconosciuta, su base volontaria, in via di principio a tutte le categorie previste dai CCNL, salvo le esclusioni individuate per attività non riconducibili ai parametri di smartabilità.

In particolare è escluso dal lavoro agile:

- il personale che svolge lavoro a turni,
- il personale che svolge attività di cura ed assistenza diretta,
- il personale che svolge attività per cui è necessario un contatto in presenza con il pubblico
- il personale che utilizza strumentazioni non “remotizzabili”.

Le linee guida, secondo quanto stabilito dalla legge 81/2017, prevedono che lo svolgimento del lavoro agile è rimesso all’accordo individuale con il lavoratore, in cui vengono definiti durata, modalità e obiettivi della prestazione.

Con la legge n. 14/23 (legge di conversione del c.d. decreto milleproroghe, pubblicata nella gazzetta ufficiale n. 49 del 27/02/2023) si è previsto che le misure a tutela dei lavoratori "fragili" sono prorogate al 30 giugno 2023. Pertanto sino a tale data, per i lavoratori dipendenti pubblici e privati 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, il datore di lavoro assicura lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile anche

attraverso l'adibizione a diversa mansione compresa nella medesima categoria o area di inquadramento, come definite dai contratti collettivi di lavoro vigenti, senza alcuna decurtazione della retribuzione in godimento. Resta ferma l'applicazione delle disposizioni dei relativi contratti collettivi nazionali di lavoro, ove più favorevoli.

Questa Amministrazione, in base a quanto previsto dalle linee guida ministeriali e nel rispetto di quanto previsto dal CCNL vigente, relativamente alle condizioni necessarie perché la prestazione lavorativa possa essere resa in modalità agile, si impegna a garantire quanto segue:

a) Invarianza dei servizi resi all'utenza

Una delle principali caratteristiche della disciplina oggi vigente per il Lavoro agile è la flessibilità che si traduce in una massima libertà di organizzazione che tuttavia riesca comunque a garantire gli standard di efficienza e di efficacia nell'erogazione dei servizi.

b) Adeguata rotazione del personale autorizzato alla prestazione di lavoro agile, assicurando comunque la prevalenza per ciascun lavoratore del lavoro in presenza

La programmazione del lavoro agile è demandata a ciascun responsabile, che potrà prevedere una rotazione del personale settimanale, mensile o plurimensile, assicurando comunque per ciascun lavoratore la prevalenza del lavoro in presenza. Ciò consente di prevedere l'utilizzo dello smart working con ampia flessibilità, anche modulandolo, se necessario, sulla base dell'andamento dei contagi nel breve e nel medio periodo. (la rotazione del personale in presenza ove richiesto dalle misure di carattere sanitario)

c) Adozione di appositi strumenti tecnologici idonei a garantire l'assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni trattati durante lo svolgimento del lavoro agile

L'amministrazione deve garantire l'introduzione di apposite procedure, strumentazioni e informative adeguate ai dipendenti, atte a garantire l'inviolabilità dei dati e delle informazioni trattate.

In base a quanto previsto dalle disposizioni normative vigenti, l'azienda, quale titolare del trattamento, deve mettere in atto misure tecniche e organizzative, idonee a garantire un livello di sicurezza dei dati trattati adeguato al rischio e gravità per i diritti e le libertà delle persone fisiche, tenendo conto dello stato dell'arte, dei costi di attuazione e del contesto e delle finalità del trattamento. Durante lo svolgimento della prestazione di lavoro in modalità agile, il lavoratore dovrà osservare le vigenti disposizioni normative in materia di trattamento dei dati personali. Il lavoratore, a norma di legge e contratto, è tenuto alla riservatezza sui dati e sulle informazioni aziendali in proprio possesso e/o disponibili sul sistema informativo aziendale e deve adottare comportamenti operativi tali da impedirne l'acquisizione da parte di terzi, osservando con cura le direttive aziendali ricevute.

d) Stipula dell'accordo individuale di cui all'art 18, comma1, della legge 22 maggio 2017, n.81

L'accordo individuale, condiviso tra il Dipendente e il proprio Responsabile, redatto in forma scritta, eventualmente aggiornato in caso di introduzione di ulteriori e successive previsioni normative in materia, deve prevedere i seguenti elementi essenziali:

- durata e modalità di recesso, con indicazione di alcune ipotesi di giustificato motivo di recesso;
- modalità di svolgimento della prestazione lavorativa fuori dalla sede di lavoro, con specifica indicazione delle giornate di lavoro da svolgere in sede e di quelle da svolgere a distanza;
- gli specifici obiettivi della prestazione resa da ciascun dipendente in modalità agile;
- le modalità e i tempi di esecuzione della prestazione medesima, le fasce di contattabilità - nel rispetto dei tempi di riposo e del diritto alla disconnessione del lavoratore dagli apparati di lavoro;
- le modalità e i criteri di misurazione della prestazione lavorativa resa in modalità agile.

e) Prevalente svolgimento in presenza della prestazione lavorativa dei soggetti titolari di funzioni di coordinamento e controllo, dei dirigenti e dei responsabili dei procedimenti.

Al fine di garantire il presidio e il coordinamento costante delle funzioni direttive, per i soggetti titolari di funzioni di coordinamento e controllo, per i dirigenti e per i responsabili dei procedimenti amministrativi la prestazione deve essere svolta, in via prevalente, nella modalità in presenza.

f) Rotazione del personale in presenza ove richiesto dalle misure di carattere sanitario.

L'amministrazione deve introdurre dei piani organizzativi adeguati al fine di consentire la rotazione del personale in presenza anche nel caso in cui insorga una nuova emergenza sanitaria.

4.5.4 Individuazione preliminare delle attività "smartabili"

È importante innanzitutto contestualizzare l'ambito organizzativo nel quale prevedere l'utilizzo del ricorso al lavoro agile. La sua applicazione in un'Azienda ospedaliera ha infatti caratteristiche inevitabilmente differenti rispetto ad altre Pubbliche Amministrazioni, in quanto la tipologia di attività nella stragrande maggioranza dei casi, richiede la presenza fisica dell'operatore sanitario, condizionandone pertanto l'applicazione. Solo una minima parte dei sanitari, infatti, può lavorare in tale modalità, mentre il personale addetto a funzioni non sanitarie è generalmente più facilitato. Peraltro in questa Azienda la fase emergenziale ha coinciso con la fase pilota del lavoro agile, non avendo in precedenza mai sperimentato tale opzione.

Le attività lavorative oggetto di lavoro agile sono preliminarmente oggetto di analisi e valutazione da parte del Responsabile della Struttura di appartenenza tenendo conto indicativamente dei seguenti parametri:

a) Delocalizzazione dell'attività, almeno in parte, rispetto alla sede ordinaria di lavoro

- b) Conduzione delle attività, almeno in parte, in autonomia
- c) Efficace conduzione delle attività con il supporto delle strumentazioni tecnologiche
- d) assenza del contatto con l'utenza o comunque contatto facilmente realizzabile con strumenti telematici
- e) Contatto con i colleghi e i responsabili con strumenti telematici
- f) Realizzazione obiettivi definiti e misurabili in relazione a quelli assegnati con il Sistema di Misurazione e Valutazione delle Performance (S.M.V.P)
- g) Presenza di autonomia decisionale e operativa
- h) Elevata programmabilità dell'attività lavorativa
- i) Mancato o ridotto uso di materiale cartaceo (atti e documenti) che per motivi di sicurezza/privacy non possono essere dislocati all'esterno dell'ufficio
- l) Monitoraggio della prestazione e valutazione dei risultati conseguiti
- m) Compatibilità delle attività condotte in modalità agile con le esigenze organizzative e gestionali di servizio della propria struttura.

Da una prima ricognizione effettuata, anche attraverso l'esame della modulistica relativa all'attivazione del lavoro agile durante la fase emergenziale in questa Azienda, a titolo esemplificativo, ma non esaustivo, si indicano di seguito le attività che possono essere eseguite in modalità di lavoro agile:

- attività di protocollazione;
- attività di trasmissione documenti in uscita (a mezzo PEC o a mezzo di posta ordinaria);
- attività di archiviazione elettronica di documenti e atti;
- attività di analisi, studio e ricerca;
- attività di modellazione dei dati e reportistica;
- attività di monitoraggio dati e documenti, pertinenti con le competenze delle strutture;
- redazione di atti giuridico-amministrativi e a contenuto tecnico-scientifico;
- provvedimenti amministrativi, pareri, atti normativi e circolari, verbali, procedure operative standard e revisioni delle stesse, presentazioni, dossier e note tematiche, working papers;
- gestione personale dipendente e non (reclutamento, giuridico, presenze/assenze, economico ecc);
- attività relative alla contabilità aziendale: fatturazione, autorizzazioni, ordinativi, liquidazioni;
- partecipazione a riunioni attraverso l'utilizzo delle tecnologie in uso;
- attività inerenti la gestione di banche dati;
- attività di valutazione della documentazione presentata a corredo dei procedimenti ad iniziativa d'ufficio e ad iniziativa di parte;

- partecipazione alle iniziative formative.

4.5.5 *Competenze e soggetti coinvolti*

Per arrivare ad una corretta ed efficace implementazione della modalità di lavoro agile a livello aziendale occorre che vi sia il coinvolgimento attivo di più soggetti ed organismi espressione di diverse competenze e sensibilità, che si riportano di seguito:

Responsabile di struttura: individua e propone le attività che possono essere gestite in lavoro agile. Valuta e valida le richieste del personale e le inoltra alla SOC Amministrazione del Personale.

SOC Amministrazione del Personale:

- riceve le richieste di smart working e provvede alla gestione dei conseguenti adempimenti amministrativi (debiti informativi, tenuta integrazione contratto individuale per lavoro agile).
- Supporta la direzione per l'implementazione del lavoro agile (piani e regolamentazioni necessarie).
- Attiva percorsi per il monitoraggio dell'implementazione del lavoro agile all'interno dell'azienda.

Ufficio Smart Technology: Provvede alla gestione degli adempimenti tecnologici conseguenti alle autorizzazioni del lavoro agile, supportando i dipendenti sia in fase di attivazione che a regime per eventuali problematiche di ordine tecnico relative all' utilizzo dei sistemi informatici. Definisce gli standard di sicurezza informatica.

Ufficio Sviluppo Risorse Umane: Supporta la Direzione nella definizione di obiettivi e indicatori di performance organizzativa e individuale in modalità di lavoro agile.

Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale: Definisce gli aspetti della sicurezza sul lavoro in modalità agile.

Comitato unico di garanzia (CUG): Il CUG esprime pareri e formula contributi in merito alle politiche attuate per l'implementazione del lavoro agile ponendo particolare attenzione alla conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, alla promozione della parità di genere e al benessere organizzativo.

Organismo Indipendente di Valutazione (OIV): Contribuisce alla definizione degli indicatori che l'amministrazione utilizza per programmare, misurare, valutare e rendicontare la performance, attività rilevante quando si deve implementare il lavoro agile. Valida il Piano Organizzativo del Lavoro Agile nell'ambito del PIAO verificando la congruità degli obiettivi e degli indicatori e la correttezza del processo di definizione.

Singolo operatore: chiede l'autorizzazione allo svolgimento del lavoro agile. È responsabilizzato nello svolgimento dell'attività nell'ottica del raggiungimento del risultato.

Organismi paritetici: esprimono pareri e formulano contributi in merito alle politiche attuate per l'implementazione del lavoro agile con particolare attenzione alla conciliazione dei tempi di vita e di lavoro e al benessere organizzativo.

Rappresentanze Sindacali: l'implementazione del lavoro agile avviene mediante costante confronto con le organizzazioni sindacali, che vengono informate e formulano contributi in merito alle politiche attuate per lo sviluppo.

Responsabile per la protezione dei dati: definisce gli aspetti della sicurezza per la protezione dei dati in modalità agile e fornisce la relativa informativa.

4.5.6 Strumenti per l'attuazione del lavoro in modalità agile

L'Azienda ha predisposto diversi strumenti, sia organizzativi che informatici, per favorire l'attuazione del lavoro agile nella prospettiva di una progressiva strutturazione dell'istituto, anche nell'ottica di una sua compiuta regolamentazione. Per quanto riguarda le attività amministrative, vengono adottati strumenti e modalità atte a supportare il repentino cambiamento, innanzitutto di mentalità e di organizzazione del lavoro. Infatti da un lato i collaboratori sono chiamati a una maggiore responsabilizzazione e a auto-organizzazione nella programmazione e svolgimento delle proprie attività in modo molto più indipendente, senza l'affiancamento costantemente in presenza del responsabile e colleghi, dall'altro i responsabili dovranno adottare non solo nuove modalità di lavoro, ma anche di coordinamento e collaborazione con il proprio staff a distanza, attraverso previsione/assegnazione/condivisione di obiettivi e verifica dei risultati nel rispetto delle tempistiche stabilite.

L'accesso al lavoro agile avviene su richiesta individuale del dipendente presentata attraverso la compilazione di un apposito format messo a disposizione dei dipendenti correlato dalle relative istruzioni operative, dall'informativa sui Rischi da Lavoro Agile rilasciata dal Servizio di Prevenzione e Protezione, nonché dall'informativa sul Trattamento dei dati personali.

L'autorizzazione all'esercizio del lavoro agile viene rilasciata dal responsabile della struttura di appartenenza e formalizzata attraverso la stipula dell'accordo individuale di cui all'art. 18, comma1, della L. n. 81/2017.

Al fine di consentire un costante monitoraggio delle prestazioni rese da parte dei dipendenti in relazione agli obiettivi fissati, viene messo a disposizione un format per la programmazione ed uno per la rendicontazione sintetica delle attività da presentare con cadenza periodica (settimanale, mensile etc.).

Viene sempre più incentivato l'utilizzo di una pluralità di strumenti di comunicazione diversi, anche in contemporanea (videoconferenze, posta elettronica, telefono ecc.), che, nel loro insieme, favoriscono il lavoro in team. Per evitare situazioni di isolamento e avere il polso di eventuali criticità o difficoltà, i

responsabili sono invitati a programmare riunioni, anche in forma telematica, coinvolgendo tutto il personale afferente. Per le riunioni on line i dipendenti possono utilizzare Google Meet e Google Drive per la condivisione di lavoro dei documenti: utilities queste ultime esistenti ed utilizzabili anche in precedenza, che hanno avuto un utilizzo per la prima volta massivo da parte dei dipendenti proprio durante il periodo del lavoro agile emergenziale.

Per agevolare lo svolgimento delle attività sono state fornite le istruzioni per l'accesso alla rete dell'Azienda tramite VPN e per l'utilizzo degli applicativi in uso (portale dedalus, protocollo informatico, programma inserimento atti etc.) tramite le consuete credenziali. La maggior parte delle applicazioni informatiche di lavoro utilizzate dai dipendenti dall'Amministrazione risultata accessibile da remoto e con il sistema della VPN è possibile per il personale connettersi alla rete e ai server dell'Azienda per lavorare con le consuete modalità.

A tal fine tutti i dipendenti, con rapporto di lavoro a tempo determinato o indeterminato, full time o part-time, ed i relativi Responsabili di Struttura, previa analisi e valutazione della compatibilità dell'istituto rispetto all'attività lavorativa svolta, che hanno inteso avvalersi del lavoro agile, hanno sottoscritto lo specifico Accordo individuale.

A seguito dell'applicazione delle ultime disposizioni in materia di lavoro agile, si registrano, ad oggi, 80 dipendenti (compresi anche i lavoratori c.d. "fragili") formalmente autorizzati, su circa 1300 dipendenti. Di seguito si rappresenta la situazione relativa al personale ammesso alla modalità di lavoro agile, al 10 marzo 2023, suddiviso per profilo:

Ruolo	N. DIPENDENTI IN LAVORO AGILE
Amministrativo - Comparto	44
Tecnico - Comparto	14
Sanitario - Comparto	5
Amministrativo - Dirigenza	3
Professionale – Dirigenza	1
Sanitario – Dirigenza Medica	5
Sanitario – Dirigenza non Medica	8
Totale dipendenti in lavoro agile	80

4.5.7 Principi, obiettivi generali e collegamento con i sistemi di misurazione delle performance.

Nel dare attuazione alle disposizioni richiamate in premessa, questa Azienda ha inteso ed intende ispirarsi ai seguenti principi generali:

- a) flessibilità e autonomia nell'organizzazione del lavoro;
- b) utilizzo di strumenti digitali;

- c) cultura organizzativa basata sulla collaborazione e ispirata al raggiungimento dei risultati;
- d) benessere dei dipendenti e l'utilità per l'amministrazione;
- e) riprogettazione e ottimizzazione degli spazi di lavoro.

Tali principi devono trovare la loro declinazione operativa nel sistema della misurazione e valutazione della performance che a tal proposito assume una valenza strategica per lo sviluppo del lavoro agile.

Lo stretto rapporto tra performance e lavoro agile impone comporta di procedere anche a una ricalibrazione del Sistema di misurazione e valutazione della performance, con l'individuazione degli indicatori di performance organizzativa (dell'ente e delle strutture) e individuale.

Il progetto di lavoro agile costituisce un documento di microprogrammazione, i cui contenuti e il cui livello di dettaglio possono variare in funzione delle attività svolte dal dipendente, ma anche dal rapporto di fiducia tra dirigente-dipendente, determinato dalle caratteristiche professionali e comportamentali del dipendente stesso, dal grado di affidabilità, etc. come determinato dalle pregresse esperienze lavorative e dai giudizi espressi attraverso le valutazioni del passato.

L'amministrazione procede all'adeguamento dei sistemi di misurazione e valutazione della performance alle specificità del lavoro agile, rafforzando, ove necessario, i metodi di valutazione, improntati al raggiungimento dei risultati e quelli dei comportamenti organizzativi.

Pertanto il dirigente, in coerenza con gli obiettivi e i criteri per la valutazione dei risultati, monitora e verifica le prestazioni rese in modalità agile:

- da un punto di vista sia quantitativo, sia qualitativo
- secondo una periodicità che tiene conto della natura delle attività svolte dal dipendente
- in coerenza con i principi del sistema di misurazione e valutazione della performance adottato dall'amministrazione.

L'amministrazione, anche ai fini del monitoraggio, deve assicurare un'adeguata e periodica informazione sul lavoro agile. Infine deve essere garantita la verifica dell'impatto del lavoro agile sulla complessiva qualità dei servizi erogati agli utenti interni delle prestazioni rese.

In relazione e conseguentemente a quanto sopra riportato, per gli anni 2022-2024, a livello aziendale si definiscono i seguenti obiettivi:

Obiettivi	Azioni	Strumenti	Tempistica
a) Garantire una compiuta regolamentazione del lavoro agile	Predisposizione strumenti volti a introdurre una regolamentazione aziendale di disciplina del lavoro agile.	Revisione e adeguamento continuo del percorso di attivazione relativi al lavoro agile introdotto in fase emergenziale in coerenza alle disposizioni normative vigenti	2022

		Regolamento aziendale lavoro agile	2023
b) Realizzare una mappatura (presso ciascuna struttura interessata) delle attività eseguibili in lavoro agile	Ricognizione delle attività e dei processi, finalizzata a definire, l'attività "smartabile"	Analisi attività (questionari; interviste)	2023
c) Garantire la tempestiva applicazione di un percorso dedicato al lavoro agile straordinario in situazioni emergenziali	Formalizzazione di un percorso per la gestione del lavoro agile in caso di emergenza sanitaria Aggiornamento normativo e adozione dei provvedimenti finalizzati all'attuazione del lavoro agile emergenziale	Protocollo lavoro agile in emergenza	2023
d) Garantire lo sviluppo di stili manageriali orientati ai risultati, garantendo maggiore autonomia e responsabilità	Pianificazione ed organizzazione del lavoro per obiettivi.	Schede programmazione e monitoraggio attività lavoro agile	2023
e) Migliorare le competenze dei lavoratori	Valutazione delle competenze digitali e in relazione ai cambiamenti organizzativi introdotti dalla digitalizzazione dei processi e dei servizi e dal lavoro agile.	Questionari Piano Annuale Attività Formative (PAAF)	2023 2023
f) Migliorare il benessere organizzativo attraverso la creazione di un sistema di monitoraggio sull'attuazione del lavoro agile finalizzato	Individuazione dei contributi al miglioramento delle performance in termini di efficienza ed efficacia	Indagine sul benessere organizzativo: <ul style="list-style-type: none"> • Indagine qualità percepita dal Responsabile • Indagine qualità percepita dal lavoratore • Indagine customer su utenza interna/esterna 	2023/2024

Incarichi dirigenziali

L'Azienda, in conformità a quanto previsto dalla normativa contrattuale ed al fine di garantire la crescita professionale del proprio personale, ha adottato, per quanto riguarda il personale dirigenziale, un sistema di graduazione, per il quale è programmato un percorso di revisione anche a seguito del nuovo CCNL Dirigenza Sanitaria, in coerenza con il Piano di Sviluppo Aziendale ed con il nuovo Statuto (adottato nel febbraio 2021), compatibilmente con le risorse disponibili, volto a individuare le posizioni dirigenziali aziendali necessarie allo svolgimento delle attività e a valorizzare i professionisti, accompagnandoli nei percorsi di carriera.

La graduazione degli incarichi dirigenziali valorizza la diversa rilevanza e responsabilità organizzativo-gestionale e/o professionale richiesta ai diversi ruoli organizzativi rispetto alle finalità aziendali, con scopi motivazionali a livello individuale ed equativi a livello aziendale. Alla graduazione delle posizioni è agganciata parte della retribuzione accessoria riconosciuta

ai dirigenti, che a fine incarico sono sottoposti a specifica valutazione professionale da parte del Collegio Tecnico.

4.6 Formazione del personale

La formazione del personale assume un ruolo sempre più decisivo nelle strategie di cambiamento delle Aziende per conseguire qualità ed efficienza nell'attività delle Aziende attraverso la valorizzazione del personale. Lo stesso CCNL del comparto sanità recentemente concluso inquadra la formazione come "leva strategica per l'evoluzione professionale e per l'acquisizione e la condivisione degli obiettivi prioritari della modernizzazione e del cambiamento organizzativo, da cui consegue la necessità di dare impulso all'investimento in attività formative".

L'AOU Meyer si caratterizza per essere un'azienda in grande trasformazione e sviluppo attraverso l'implementazione di nuovi spazi, settori di cura e di ricerca con l'obiettivo di innalzare i livelli già eccellenti delle prestazioni erogate.

Il piano di sviluppo dell'Azienda si concentra sulle dimensioni dell'assistenza, della formazione, della ricerca e dell'accoglienza.

L'assistenza

Il Meyer sta consolidando inoltre ulteriori ambiti trasversali di riorganizzazione nell'ambito dei servizi dell'Ospedale. Come la Soc Diagnostica per Immagini e la Farmacia ospedaliera che ha creato in particolare un laboratorio UFA (Unità Farmaci Antiblastici) e laboratorio per la preparazione dei galenici sterili e non.

Importanti investimenti e grande progettualità sono dedicate al Parco della Salute nel quale si sposteranno tutte le attività diurne (ambulatori, punto prelievi, DH ecc.) per restituire spazi all'Ospedale. Importante il trasferimento, avvenuto i primi giorni di febbraio 2023 del Servizio di Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza per allocare in spazi decisamente più adeguati rispetto ai precedenti le attività di ricovero e di ambulatorio rivolto ai pazienti che soffrono di patologie psichiatriche. Un tema quello della salute mentale che la Direzione Aziendale ha particolarmente a cuore e che persegue da tutti i punti di vista ponendo attenzione alla prevenzione del disagio, alla cura.

L'assistenza rappresenta il fulcro della *mission* aziendale ed è su quest'area che intervengono linee di sviluppo per migliorare prestazioni ad alta complessità, come il potenziamento della Cardiologia Pediatrica, le attività dell'Ortopedia e Traumatologia, l'implementazione di percorsi di chirurgia pediatrica per il trapianto di fegato e rene.

Da non dimenticare l'accreditamento a Joint Commission International (JCI), organizzazione non governativa che attesta la sicurezza e la qualità dei servizi sanitari valutando oltre 350 standard

qualitativi misurabili. L'AOU Meyer ha ottenuto la certificazione JCI nel gennaio 2021 e nel novembre 2023 si terrà un nuovo audit per la conferma dell'accreditamento.

Il Meyer Health Campus

Il Meyer Health Campus è stato inaugurato il 2 settembre 2022 alla presenza dell'allora Ministro della Salute e del presidente della Regione Toscana e rappresenta una struttura innovativa sotto il profilo della formazione e della didattica universitaria, oltre che della ricerca e dell'innovazione nell'ambito dell'assistenza sanitaria pediatrica.

Nel Meyer Health Campus convergono numerose area di attività che coinvolgono target di utenza distinte, ma che sono accomunate dal fine ultimo di investire risorse e strumenti, competenze sulle persone.

Le persone, il loro benessere psicofisico sono alla base del concetto più ampio di salute che il Meyer vede come fine ultimo della sua mission: il benessere dei piccoli e delle famiglie che richiedono cura e assistenza, quello di bambini e degli adolescenti che tanto hanno subito dal punto di vista psicologico in epoca di pandemia, il benessere dei professionisti di oggi e quello che lo diventeranno un domani. E' su questi e con un focus particolare sui professionisti che il Meyer Health Campus intende investire, per l'aggiornamento dei professionisti inseriti in percorsi di specializzazione, i professionisti che lavorano quotidianamente nelle attività di assistenza per innescare un percorso di crescita delle competenze tecnico-scientifiche, trasversali e di favorire congiuntamente il loro benessere, che rispondono al duplice obiettivo di garantire ai pazienti l'eccellenza nei percorsi di cura e "prendersi cura di chi cura".

Queste considerazioni non possono essere esclusivamente una retorica vuota e priva di significato, ma devono essere obiettivi da perseguire con costanza e senso di responsabilità per accompagnare il percorso di crescita delle persone che sono e devono essere sempre più l'elemento che fa la differenza, soprattutto in un contesto attuale di grande incertezza e difficoltà per chi lavora nell'assistenza dovuto anche alla significativa contrazione di risorse economiche.

Le attività presenti all'interno del Meyer Health Campus sono relative a:

- **La didattica universitaria.** Il Campus sarà una sede ideale per la didattica post-laurea universitaria, permettendo ai professionisti della salute del domani di formarsi in un ambiente stimolante sotto tutti i punti di vista. Sui banchi siederanno gli studenti delle Scuole di Specializzazione, di master e dei corsi di perfezionamento delle professioni mediche e sanitarie. L'offerta formativa professionalizzante, erogata congiuntamente con l'Università degli Studi di Firenze anche nelle Scuole di Specializzazione a indirizzo pediatrico e nella rete delle strutture aziendali accreditate, si estenderà a realtà accademiche nazionali e internazionali che richiedono per i loro iscritti periodi di tirocinio presso le strutture di eccellenza dell'Ospedale Meyer. Negli spazi del Campus, specializzandi e tirocinanti potranno trovare momenti di ricerca, studio e aggregazione oltre alla

possibilità di seguire da remoto le attività sanitarie di particolare interesse svolte in Ospedale. Una programmazione capace di mettere lo studente al centro dei processi che garantiscono l'ottimale integrazione fra i periodi di didattica frontale e quelli di attività professionalizzante.

- **La formazione continua.** Il Meyer Health Campus accoglierà anche tutte quelle attività legate alla formazione dei professionisti dell'Ospedale, valorizzando non solo le conoscenze di tipo tecnico, ma anche le competenze comunicativo-relazionali. Qui l'Ospedale erogherà corsi di formazione ECM, coniugando l'assolvimento dell'obbligo formativo previsto per i sanitari con un aggiornamento, che intercetta i bisogni dei professionisti e gli obiettivi organizzativi, migliorando le performance dell'Ospedale.
- **Salute organizzativa e ascolto psicologico.** Da sempre il Meyer presta particolare attenzione al benessere psico-fisico e sociale dei suoi operatori nella convinzione che sia necessario “prendersi cura di chi cura”. Il lavoro in sanità, soprattutto in ambito pediatrico, comporta la necessità di confrontarsi con ambiti sempre più complessi e soprattutto ad alto impatto emotivo. Il Meyer Health Campus si pone come un luogo con caratteristiche e spazi necessari non solo per accogliere il servizio di ascolto psicologico aziendale, ma anche per una serie di attività che possano dare risposte a tutte le esigenze del personale. L'emergenza sanitaria da Covid19 ha evidenziato ancor di più l'utilità di interventi di ascolto e sostegno. In questo contesto si inseriscono anche il lavoro di team building, le tecniche di decompressione e la pratica della meditazione quali strumenti di gestione dello stress.
- **Il Centro di simulazione pediatrica Meyer.** Tra i fiori all'occhiello del Meyer Health Campus, il Centro Simulazione Meyer è un centro all'avanguardia dedicato all'innovazione nell'ambito dell'assistenza sanitaria che unisce formazione, crescita professionale, attenzione al fattore umano, ricerca, tecnologia al servizio di un nuovo modello di cure pediatriche. Realizzato con la supervisione del Boston Children's Hospital e della Harvard Medical School, il Centro è una riproduzione realistica di un vero ospedale con stanze di degenza, sala operatoria, stanze di terapia intensiva e terapia intensiva neonatale. È presente inoltre uno spazio che riproduce una cameretta per bambini, dedicato alla formazione di genitori e caregiver, che in un ambiente familiare imparano ad assistere i loro bambini fragili con patologie complesse. Tutti i “simulatori paziente” ad alta fedeltà impiegati in questi spazi e le tecnologie associate vengono gestiti attraverso una sala regia all'avanguardia. L'intero progetto è stato realizzato grazie a una donazione della Fondazione Mario Marianelli e al supporto della Fondazione Ospedale Pediatrico Meyer.
- **Meyer Center for Health and Happiness.** In coerenza con la visione olistica che il Meyer ha della salute e del benessere, un'area del Meyer Health Campus sarà dedicata alla promozione della salute nella comunità, sia come spazio aperto al territorio, sia come centro di ricerca-azione su programmi innovativi per mantenere e promuovere la salute fisica, sociale, mentale ed emotiva di bambini e

adolescenti, con il coinvolgimento attivo delle famiglie, dei contesti socio-educativi, del mondo associativo e del volontariato.

- **Center for Leadership and Health.** Il Meyer Health Campus accoglierà nei suoi spazi anche l'OLI-Meyer Center for Leadership and Health, dedicato allo studio e alla pratica della “leadership adattiva”, secondo il metodo sviluppato alla Harvard Kennedy School dai professori Ronald Heifetz e Marty Linsky. Realizzato in collaborazione con l'Adriano Olivetti Leadership Institute–OLI di Ivrea, che ha introdotto in Italia tale metodologia, il Centro propone un'idea di leadership “accessibile” che aiuta le persone e le organizzazioni a re-immaginarsi e ad approfondire le sfide poste dal cambiamento, in un contesto, come quello sanitario, caratterizzato da alta complessità e in continua evoluzione.

La ricerca

L'innovazione non è solo apertura di nuovi spazi, aumento delle volumetrie o innovazione tecnologica, ma anche innovazione organizzativa. L'Azienda ha avviato da tempo un percorso per la trasformazione in Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) per la pediatria, un percorso che ha visto concretizzarsi già nell'agosto 2022, quando è stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 200 del 27/08/2022 il riconoscimento. Questo riconoscimento apre nuove prospettive nella ricerca pediatrica e valorizza e rafforza il lavoro di tutti i ricercatori impegnati nell'Aou Meyer, anche attraverso l'integrazione delle proprie attività con quelle dell'Ateneo fiorentino.

La trasformazione in IRCCS è stata comunque anticipata dall'istituzione del Meyer Children's Research Institute (MCRI) che ha il compito di fornire supporto tecnico scientifico agli ambiti di ricerca e innovazione scientifica. Il MCRI sarà collocato nel Parco della Salute non appena conclusi i lavori di realizzazione di nuove infrastrutture e laboratori di ricerca.

Gli ambiti principali sui quali si concentrerà l'attività di ricerca saranno le malattie rare, la conduzione di progetti di ricerca rivolte alle diagnosi e alla terapia, gli studi di fase 1, gli studi pilota per l'attività di screening neonatale.

È in questo contesto che diventa sempre più importante coniugare l'attività di ricerca alla formazione affinché il Meyer Health Campus e Meyer Children's Research Institute possano procedere congiuntamente per garantire innovazione, ricerca e formazione, punti di partenza per la crescita dei professionisti che lavorano quotidianamente nell'assistenza, ma anche necessità di diffondere competenze ad altri professionisti che lavorano nel SSR e a livello nazionale. Ambire ad essere “una fabbrica di salute e conoscenza” fa sì che il Meyer possa offrire i suoi spazi e i suoi servizi a tutti i professionisti affinché ci sia uno scambio di know-how, innalzamento del livello generale delle conoscenze con il fine ultimo di migliorare il livello generale dell'assistenza pediatrica.

L'accoglienza

Il concetto di cura, questo passa in primis dall'accoglienza e dal rispetto dei bisogni e dei diritti dei bambini in Ospedale, con una specifica attenzione anche sugli aspetti psicologici, di disagio e delle tecniche e metodi per ridurre il dolore.

Per questo l'accoglienza è un aspetto distintivo e ugualmente importante legato all'assistenza e alla cura dei pazienti, e questo il Meyer lo ha capito da tempo realizzando nel 2022 il Family Center Anna Meyer quale spazio interamente dedicato alle famiglie, per facilitare l'ingresso ai percorsi di cura in Ospedale e la comunicazione con le famiglie.

All'interno del Centro convergono infatti numerosi servizi come quelli della Psicologia ospedaliera, il servizio di mediazione linguistica-culturale, l'Ufficio Relazioni con il Pubblico e la presenza di associazioni e fondazioni che collaborano con il Meyer. Si aggiungono a questi i servizi di continuità assistenziale che accompagna la famiglia nel percorso che va dalla dimissione all'eventuale follow up.

Gli obiettivi strategici

Nel nuovo Statuto Aziendale coesistono e si alimentano quindi queste quattro dimensioni che sono già state ampiamente descritte: l'assistenza, la didattica, la ricerca e l'accoglienza. E' quindi in questo contesto di ampio sviluppo e innovazione che sono individuati gli obiettivi strategici aziendali per la formazione e aggiornamento del personale, obiettivi che sono in linea con quelli definiti nel Piano della Performance 2021-2023 e nel Piano Triennale dei fabbisogni di personale 2022-2024. Analogamente ai precedenti documenti si ricorda che le stesse linee di sviluppo sono riprese dal Piano integrato di attività e di organizzazione (PIAO) 2022-2024 nel quale si precisano inoltre tutte le azioni e gli strumenti volti alla riduzione dei fenomeni corruttivi, che sono comunque oggetto di un'importazione attività formativa programmata per l'annualità 2023.

Si enunciano qui di seguito gli obiettivi strategici che sono poi ulteriormente declinati in sotto obiettivi nei paragrafi precedenti:

Obiettivo 1: Innovazione organizzativa

Obiettivo 2: Qualità, sicurezza e umanizzazione delle cure

Obiettivo 3: La Rete Pediatrica Regionale e continuità assistenziale

Obiettivo 4: Innovazione tecnologica

Obiettivo 5: Promozione della salute di bambini ed adolescenti.

Un piano aperto per garantire formazione ed aggiornamento continuo ai professionisti sanitari

Il Piano annuale di Formazione per l'anno 2023 accoglie, oltre agli obiettivi strategici aziendali, anche le indicazioni degli obiettivi nazionali e regionali.

In particolare è prevista l'adesione alle iniziative di formazione previste nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), che anticipa importanti investimenti nella formazione del personale sul tema della digitalizzazione (con particolare riferimento al Fascicolo Sanitario Elettronico) e su quello delle infezioni correlate all'assistenza.

Ulteriori obiettivi nazionali sono contenuti nel piano Ri-formare la PA. Persone qualificate per qualificare il Paese” promosso dal Dipartimento della Funzione Pubblica che anche per l'anno 2023 consente di migliorare le competenze digitali dei dipendenti. L'Azienda Meyer ha già aderito all'iniziativa nel 2022 rivolgendo tale iniziativa di formazione al personale amministrativo, ausiliario e tecnico non sanitario. Nel corso del 2023 si valuterà la possibilità di ampliare l'iniziativa ad un ulteriore target professionale.

Al momento dell'approvazione del PAF le iniziative legate al PNRR sono ancora in una fase progettuale e non è stato possibile fornire informazioni più specifiche se non quelle riportate qui di seguito:

1. *Formazione iniziative PNRR su Fascicolo Sanitario Elettronico*

In relazione alla nota di Regione Toscana avente ad oggetto “PNRR Missione 6 C2 Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale - Investimento 1.3.1(b) «Adozione e utilizzo FSE da parte delle regioni» Investimento 2.2: Sviluppo delle competenze tecniche professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario” Prot. 10313 del 2022 sarà garantita la partecipazione dei professionisti ai corsi sul tema del Fascicolo Sanitario Elettronico [FSE] non appena saranno comunicati i dettagli relativi alla formazione sul tema specifico.

2. *Formazione iniziative PNRR relativo alle infezioni ospedaliere e più in generale alle infezioni correlate all'assistenza*

Regione Toscana propone un percorso legato alla linea di investimento 2.2: del PNRR « Sviluppo delle competenze tecniche professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario», che, pur avendo più livelli di target, prevede un'importante formazione sulle infezioni ospedaliere, rispetto alla quale Regione Toscana ha delegato ESTAR, quale soggetto attuatore della misura, per la realizzazione di un articolato percorso formativo che coinvolgerà, nell'arco del triennio, circa 20.000 professionisti del SSRT per un minimo di 14 ore di frequenza. L'AOU Meyer garantirà l'adesione dei professionisti a tale iniziativa.

3. *Formazione specifica per neoassunti infermieri e tecnici. TOJ*

In risposta alla nota di Regione Toscana ad oggetto “Informativa alle Aziende ed Enti del SSR per la redazione del Piano annuale di formazione 2023” - Prot. 9110 del 2022 nel quale si suggeriva di prevedere percorsi formativi per neoassunti che si configurano come TOJ nell'area dell'emergenza urgenza si specifica che sono stati inseriti all'interno del PAF, 4 percorsi relativi ad attività di training on the job nell'area critica (TIN, Pronto Soccorso, rianimazione pediatrica, blocco operatorio).

Tali percorsi di espertizzazione del personale neoassunto o neo immessi in tali aree, saranno accreditati ECM come Training on the Job e previsti per circa 15 dipendenti.

4. Prosecuzione della formazione relativa al tema competenze digitali all'interno del progetto "Ri-formare la PA. Persone qualificate per qualificare il Paese"

In seguito alla presentazione del piano *"Ri-formare la PA. Persone qualificate per qualificare il Paese"* promosso dal Dipartimento della Funzione Pubblica, sono in corso di definizione le procedure di adesione a due specifici interventi che possono favorire il miglioramento e sviluppo delle competenze dei dipendenti del Meyer.

In particolare: *Syllabus per la formazione digitale: che consente di accedere ad un questionario di autovalutazione delle competenze digitali possedute dal singolo dipendente sulla piattaforma <https://www.competenzedigitali.gov.it/>*. In base agli esiti della valutazione iniziale, la piattaforma proporrà ai dipendenti i moduli formativi per colmare i gap di conoscenza e per migliorare le competenze digitali dei dipendenti.

La formazione in materia di competenze digitali è stata già avviata nel 2022 e diretta verso il personale amministrativo, tecnico non sanitario e personale ausiliario, con risultati che saranno illustrati congiuntamente alla relazione finale relativa al 2022 che sarà inviata a Regione Toscana entro il 31 marzo 2023. Per l'anno in corso si intende consentire a personale già coinvolto nel progetto specifico di proseguire la formazione eventualmente non completata ed estendere il progetto anche al personale sanitario.

Il Piano annuale di Formazione 2023 è visibile al seguente link:

<https://www.meyer.it/images/pdf/piano-annuale-formazione-2023.pdf>

5. MONITORAGGIO

Fermi restando i processi organizzativi in atto legati al nuovo assetto istituzionale derivanti dal riconoscimento IRCCS, l'attività di monitoraggio volta a verificare lo stato di raggiungimento degli obiettivi specifici e degli impegni assunti nell'ambito della pianificazione e programmazione strategica, continua a svilupparsi attraverso una serie di strumenti già attivi e normati dal livello regionale:

- scheda di budget;
- relazione della performance;
- report economico mensile e trimestrale;
- report periodici interni ai Centri di Responsabilità aziendali;
- scheda di valutazione individuale;
- relazione annuale dell'RPCT;
- autovalutazione periodica Centri di Responsabilità aziendali in tema di prevenzione e corruzione e trasparenza;
- valutazione a campione a cura dell'RPCT in tema di prevenzione e corruzione e trasparenza.

Tali strumenti di monitoraggio sono incardinati nei processi aziendali sopra definiti, ed in particolare nel ciclo della Performance e nel processo di Prevenzione alla Corruzione e Trasparenza.

In tal modo è possibile garantire una coerenza complessiva tra la programmazione ed il monitoraggio, assicurando però al sistema la necessaria flessibilità per tenere conto delle nuove esigenze o di aspetti specifici. La Scheda di budget viene utilizzata anche come strumento di monitoraggio interno: articolata in diverse sezioni, è riconducibile agli ambiti di valutazione di performance e di prevenzione alla corruzione e trasparenza. Gli obiettivi includono la declinazione operativa delle linee di indirizzo aziendali e le progettualità strategiche aziendali.

La performance viene monitorata durante l'anno mediante l'elaborazione di una reportistica periodica messa a disposizione della Direzione Generale e delle singole strutture per un confronto tra i servizi, i dipartimenti e la Direzione aziendale. Questo consente di gestire in corso d'anno gli scostamenti da quanto programmato e, se necessario, di ridefinire il percorso per il perseguimento degli obiettivi. Altro importante strumento di monitoraggio aziendale è costituito dalla Relazione sulla Performance, prevista dal D.lgs. 150/2009.

La Relazione sulla Performance è un documento annuale orientato sia verso l'esterno, per la rappresentazione ai diversi portatori di interesse dei risultati conseguiti in riferimento alle priorità strategiche (accountability) declinate nel Piano della performance, che verso l'interno, per rendere conto ai vari livelli organizzativi dell'esito dell'attività gestionale orientata al raggiungimento degli obiettivi assegnati annualmente dalla Regione.

La Relazione sulla performance dà evidenza a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, del livello di raggiungimento degli obiettivi e degli indicatori definiti nel Piano della performance.

Per quanto riguarda la Sezione Prevenzione della corruzione, ad integrazione di quanto già evidenziato nel punto 3.3.14 del presente documento, si precisa che il sistema di monitoraggio annuale è volto alla verifica dell'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza.

Nel corso del 2023, si ritiene di procedere alla verifica sull'attuazione delle misure di prevenzione previste nel PIAO (*sottosezione rischi corruttivi e trasparenza*).

L'esito dell'attività di monitoraggio delle singole articolazioni organizzative costituisce un indicatore rispetto alla realizzazione di quanto programmato nella specifica sottosezione del PIAO in merito all'attuazione delle misure in atto e/o ulteriori inerenti la prevenzione del rischio per i processi mappati; alla verifica di tutte le misure di prevenzione della corruzione previste dal Piano; alla costante implementazione del sito Amministrazione Trasparente.

Inoltre, la Relazione annuale del Responsabile della Prevenzione della corruzione e della trasparenza, redatta sulla base delle indicazioni dell'ANAC, rappresenta un ulteriore importante strumento per il monitoraggio dell'efficacia delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza attuate dall'Azienda.



METODOLOGIA DI ANALISI DEL RISCHIO CORRUZIONE

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA MEYER IRCCS

ALLEGATO 1 ALLA SOTTOSEZIONE PROGRAMMAZIONE:

RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

IL CONCETTO DI CORRUZIONE

- ✓ Nozione volta a ricomprendere le varie situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si rilevi l'abuso da parte di un soggetto del potere a lui conferito, al fine di ottenere vantaggi privati.
- ✓ Al termine corruzione infatti è attribuito un significato più esteso di quello strettamente connesso con le fattispecie di reato disciplinare negli artt. 318, 319, 319ter del codice, tale da comprendere non solo l'intera gamma dei delitti dei pubblici ufficiali contro la pubblica amministrazione, ma anche situazioni in cui – a prescindere dalla rilevanza penale – venga in evidenza un malfunzionamento dell'azione amministrativa dall'esterno, sia che tale azione abbia successo sia nel caso in cui rimanga a livello di tentativo.

MAPPATURA DEI PROCESSI



IL PROCESSO

ELEMENTI DA TENERE IN CONSIDERAZIONE:

- ✓ Elementi in ingresso che innescano il processo – «INPUT»
- ✓ Risultato atteso del processo - «OUTPUT»
- ✓ Momenti di sviluppo delle attività - le «FASI»
- ✓ Sequenza di azioni che consente di raggiungere l'Output – le «ATTIVITA'»

ELEMENTI CHIAVE (LAVORO DI ASTRAZIONE)

EVENTO CORRUTTIVO	Manifestazione dell'abuso che l'Azienda intende prevenire
MODALITA'	Dinamica operativa, condotta funzionale alle realizzazione dell'evento corruttivo
FATTORE ABILITANTE INTERNO	Elemento organizzato e strutturale che aumenta il rischio
FATTORE ABILITANTE ESTERNO	Elemento di contesto che aumenta il rischio
MISURE DI PREVENZIONE	Azioni, aspetti e dinamiche procedurali e organizzative che già neutralizzano i possibili eventi. Disposizioni ed azioni NUOVE appositamente previste per neutralizzare i possibili eventi.

ESEMPI DI ELEMENTI CHIAVE NELLA CORRUZIONE

<u>EVENTO CORRUTTIVO E MODALITA'</u>	<u>FATTORE ABILITANTE INTERNO</u>	<u>FATTORE ABILITANTE ESTERNO</u>	<u>MISURE DI PREVENZIONE</u>
Favorire un determinato operatore economico da parte di un commissario colluso	Mancanza di trasparenza	Complessità o scarsa chiarezza della normativa di riferimento	Segregazione di funzioni
	Conflitto di interessi	Emergenza Covid	Controlli conflitto di interesse
	Procedure non codificate		Sistemi informatici
	Mancata segregazione di funzioni		Formazione
			Rotazione

SCHEDA DI LAVORO

ATTIVITÀ DA ANALIZZARE: _____

RESPONSABILE: _____

EVENTO CORRUTTIVO E MODALITÀ: _____

<i>FATTORE ABILITANTE INTERNO</i>	<i>FATTORE ABILITANTE ESTERNO</i>

MISURE DI PREVENZIONE

<i>GIÀ ESISTENTI</i>	<i>NUOVE DA ADOTTARE (fattibili)</i>

TEMPI DI ATTUAZIONE: _____



MAPPATURA DEI PROCESSI E GESTIONE DEL RISCHIO

SCHEDA AREE DI RISCHIO MAPPATE

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA MEYER IRCCS

ALLEGATO 2 ALLA SOTTOSEZIONE PROGRAMMAZIONE:

RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

Elenco aree e processi mappati:

Scheda Mappatura 1 _ Approvvigionamento beni e servizi sanitari

Scheda Mappatura 2 _ Convenzioni e contratti di acquisto e fornitura di servizi sanitari

Scheda Mappatura 3 _ Programmazione chirurgica e gestione liste di attesa

Scheda Mappatura 4 _ Sperimentazione clinica

NOTA: La mappatura ed il monitoraggio dei processi aziendali mediante l'utilizzo della nuova metodologia acquisita nel corso del 2022 è tuttora in continua evoluzione e pertanto l'elenco delle aree attenzionate verrà costantemente ampliato. Restano comunque valide le azioni di monitoraggio e mappatura del rischio intraprese fin ora e rappresentate nelle schede di "Control Self Risk Assessment", consultabili al seguente link:

<https://www.meyer.it/attachments/article/352/All.%202%20Mappatura%20processi%20di%20rischio%20-%20Sottosezione%20rischi%20corruzione%20e%20trasparenza.pdf>

SCHEDA DI LAVORO

ATTIVITÀ DA ANALIZZARE: APPROVVIGIONAMENTO DI UN BENE/SERVIZIO SANITARIO O ALBERGHIERO/ECONOMALE

RESPONSABILE: RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO (FUNZIONARIO-DIRIGENTE DELLA STRUTTURA DI RIFERIMENTO)

EVENTO CORRUTTIVO & MODALITÀ: FAVORIRE UN OPERATORE ECONOMICO

FATTORE ABILITANTE INTERNO	FATTORE ABILITANTE ESTERNO
<ul style="list-style-type: none">• Mancanza di trasparenza nella procedura di selezione dell'O.E. (operatore economico).• Mancata richiesta di autorizzazione dell'acquisto e della spesa.• Mancata richiesta di firma su moduli di assenza di conflitto di interessi da parte del richiedente, del RUP e della commissione giudicatrice laddove prevista.	<ul style="list-style-type: none">• Urgenza dell'acquisto.• Contenere la spesa (frazionando l'importo) entro la soglia minima prevista dalla norma per evitare di esternare il processo e procedere con affidamenti diretti ad O.E. di conoscenza.

-
- Mancanza di rotazione nell'attribuzione del ruolo di RUP che dovrebbe essere nominato dal Dirigente di struttura che deve attivare la procedura di acquisto.
-

MISURE DI PREVENZIONE

GIÀ ESISTENTI

- Modello autorizzativo così come il Modello di assenza sono format della struttura che gestisce l'approvvigionamento.
- Pubblicazione dell'atti deliberativi, dell'acquisto e della spesa, su albo aziendale.
- Assegnazione del ruolo di RUP in base alla struttura di appartenenza che procede all'acquisto.
- Procedure di acquisto standardizzate (normativa di riferimento e regolamento aziendale).

NUOVE DA ADOTTARE

- Istituire un albo fornitori finalizzato alla rotazione dei fornitori.
- Prevedere con procedure standardizzate:
 1. la firma del modello di assenza del conflitto di interessi da parte dei commissari di gara.
 2. la firma del modello di assenza del conflitto di interessi da parte dei RUP.
 3. Nomina formale del RUP da parte della Direzione su proposta del dirigente di struttura.

TEMPI DI ATTUAZIONE: 6 mesi/ 1 anno

PROCESSO: APPROVVIGIONAMENTO DI UN BENE/SERVIZIO SANITARIO/ALBERGHIERO-ECONOMALE

EVENTO DA PREVENIRE: FAVORIRE UN OPERATORE ECONOMICO

ATTIVITÀ	MODALITÀ Dinamica operativa, condotta funzionale alla realizzazione dell'evento corruttivo	FATTORE ABILITANTE Elemento organizzativo, strutturale o di contesto che aumenta il rischio	MISURE GIÀ ATTUALE Azioni e dinamiche procedurali e organizzative che GIÀ neutralizzano i possibili eventi	MISURE NUOVE DA ATTUARE Disposizioni ed azioni nuove appositamente previste per neutralizzare i possibili eventi	TEMPI DI ATTUAZIONE Scadenza temporale entro cui si prevede verosimilmente di riuscire ad applicare la misura
RICHIESTA TRAMITE PERSONA (SANITARIO) O MAIL	IL RICHIEDENTE COMPILA MODULO DI RICHIESTA DA FAR AUTORIZZARE DALLA DIREZIONE	Mancanza di trasparenza nella procedura di selezione dell'O.E. (operatore economico).	Modello autorizzativo così come il Modello di assenza sono format della struttura che gestisce l'approvvigionamento.	Istituire un albo fornitori finalizzato alla rotazione dei fornitori.	6 mesi /1 anno
AUTORIZZAZIONE DIREZIONE DEL MODULO DI RICHIESTA	L'UFFICIO PREPOSTO ALL'ACQUISTO IN BASE ALLA NATURA DEL BENE/SERVIZIO PREDISPONE LETTERA DI INVITO DI O.E. INDIVIDUATI PER LA TIPOLOGIA DI BENE E SERVIZIO	Mancata richiesta di autorizzazione dell'acquisto e della spesa.	Pubblicazione dell'atti deliberativi, dell'acquisto e della spesa, su albo aziendale.	Prevedere con procedure standardizzate: 1. la firma del modello di assenza del conflitto di interessi da parte dei commissari di gara. 2. la firma del modello di assenza del conflitto di interessi da parte dei RUP. 3. Nomina formale del RUP da parte della Direzione su proposta del dirigente di struttura.	6 mesi /1 anno

ATTIVAZIONE PROCEDURA SU (MEPA MEDIANTE O.D.A.- TRATTATIVA DIRETTA- R.D.O.) PER PICCOLI ACQUISTI < € 1000 ANCHE MEDIANTE PEC	SCELTA DELLA MODALITA' DELLA PROCEDURA E DELL'O.E. DA PARTE DELL'UFFICIO PREPOSTO TRA FORNITORI ABITUALI SENZA PROCEDERE A ROTAZIONE LADDOVE MANCA UNA INDICAZIONE DIRETTA DEL FORNITORE DA PARTE DEL SANITARIO RICHIEDENTE	Mancata richiesta di firma su moduli di assenza di conflitto di interessi da parte del richiedente, del RUP e della commissione giudicatrice laddove prevista.	Assegnazione del ruolo di RUP in base alla struttura di appartenenza che procede all'acquisto.		
ORDINE FORNITORE E LIQUIDAZIONE FATTURA	NELLE PROCEDURE CON O.E.P.V.(offerta economicamente +vantaggiosa) SCEGLIERE UN MEMBRO DELLA COMMISSIONE DI PROPRIA CONOSCENZA CHE VEICOLI L'AGGIUDICAZIONE VERSO UN FORNITORE PIUTTOSTO CHE UN ALTRO	Mancanza di rotazione nell'attribuzione del ruolo di RUP che dovrebbe essere nominato dal Dirigente di struttura che deve attivare la procedura di acquisto.	Procedure di acquisto standardizzate (normativa di riferimento e regolamento aziendale).		
		Urgenza dell'acquisto.			
		Contenere la spesa (frazionando l'importo) entro la soglia minima prevista dalla norma per evitare di esternare il processo e procedere con affidamenti diretti ad O.E. di conoscenza.			

Soggetto/i che ha/hanno partecipato alla mappatura del rischio nell'attività oggetto della presente scheda

BARBARA DIROMA

Data 02/05/2022



SCHEMA DI LAVORO

ATTIVITÀ DA ANALIZZARE: **Negoziare contratti e convenzioni per acquisto/fornitura di servizi e/o consulenze in ambito sanitario**

RESPONSABILE:

EVENTO CORRUTTIVO & MODALITÀ:

FATTORE ABILITANTE INTERNO	FATTORE ABILITANTE ESTERNO

MISURE DI PREVENZIONE

GIÀ ESISTENTI

NUOVE DA ADOTTARE

TEMPI DI ATTUAZIONE: _____

PROCESSO: Negoziazione contratti e convenzioni per acquisto/fornitura di servizi e/o consulenze in ambito sanitario.

EVENTO DA PREVENIRE:

ATTIVITÀ	MODALITÀ Dinamica operativa, condotta funzionale alla realizzazione dell'evento corruttivo	FATTORE ABILITANTE Elemento organizzativo, strutturale o di contesto che aumenta il rischio	MISURE GIÀ ATTUALE Azioni e dinamiche procedurali e organizzative che GIÀ neutralizzano i possibili eventi	MISURE NUOVE DA ATTUARE Disposizioni ed azioni nuove appositamente previste per neutralizzare i possibili eventi	TEMPI DI ATTUAZIONE Scadenza temporale entro cui si prevede verosimilmente di riuscire ad applicare la misura
Richiesta di attivazione di contratto/convenzione tramite PEC	Favorire aspetti economici verso un Professionista	Conflitto di interessi tra Professionista Sanitario e Azienda richiedente	Valutazione del contratto tra Responsabile del Procedimento e Dirigente di Struttura	Tariffario Aziendale	Lungo termine
Valutazione e autorizzazione da parte della Direzione Aziendale	Favorire l'individuazione di un particolare operatore economico	Conflitto d'interessi tra Responsabile del Procedimento e Azienda Richiedente	Valutazione fattibilità a cura della Direzione Aziendale	Report finale tra richieste ricevute e pratiche concluse/evase	Breve termine
Inizio fase di contrattazione	Favorire discrezionalmente disbrigo pratiche	Conflitto d'interessi tra Responsabile del Procedimento e Professionista Sanitario			
Definizione contenuti contrattuali					
Approvazione contratto e autorizzazione alla stipula					

Soggetto/i che ha/hanno partecipato alla mappatura del rischio nell'attività oggetto della presente scheda

Alessandro Gambino

Data 29.04.2022

SCHEDA DI LAVORO

ATTIVITÀ DA ANALIZZARE: **PROGRAMMAZIONE CHIRURGICA SETTIMANALE**

RESPONSABILE: UFFICIO PROGRAMMAZIONE RICOVERO

EVENTO CORRUTTIVO & MODALITÀ: MANCATO RISPETTO ORDINE LISTE DI ATTESA CHIRURGICA

FATTORE ABILITANTE INTERNO	FATTORE ABILITANTE ESTERNO
<ul style="list-style-type: none">- Pressione chirurghi per anticipare data intervento al di fuori della loro possibilità di ridefinire la priorità- Pressione da parte di altri soggetti a vario titolo coinvolti nel processo	<ul style="list-style-type: none">- Possibilità di modificare la classe di priorità da parte del professionista agendo sull'applicativo dedicato- Notevole consistenza numerica delle liste di attesa con conseguente richiesta delle famiglie utente di rispettare i tempi previsti per la classe di priorità assegnata

--	--

MISURE DI PREVENZIONE

GIÀ ESISTENTI

- Applicativo informatico dedicato che consente il tracciamento di tutte le modifiche apportate ai dati e alle informazioni inserite
- Verifica periodica del numero delle posizioni “scadute” nell’arco di mesi/anni in base ai tempi previsti dalle classi di priorità assegnate

NUOVE DA ADOTTARE

- Notifica al responsabile chirurgo della motivazione di ogni modifica della classe di priorità di una posizione
- Monitoraggio trimestrale del numero di posizioni (pz) ai quali è stata modificata la classe di priorità
- Monitoraggio trimestrale dell’attività dei professionisti in relazione all’entità delle modifiche apportate alle classi di priorità dei pazienti e alle modalità

TEMPI DI ATTUAZIONE: _____

EVENTO DA PREVENIRE: MANCATO RISPETTO ORDINE LISTE DI ATTESA CHIRURGICA

ATTIVITÀ	MODALITÀ	FATTORE ABILITANTE	MISURE GIÀ ATTUALE	MISURE NUOVE DA ATTUARE	TEMPI DI ATTUAZIONE
Equipe: Meeting del venerdì che precede di 10 giorni la settimana da programmare: attualizzazione programmazione mensile e "staffaggio" sale operatorie	Dinamica operativa, condotta funzionale alla realizzazione dell'evento corruttivo	Elemento organizzativo, strutturale o di contesto che aumenta il rischio	Azioni e dinamiche procedurali e organizzative che GIÀ neutralizzano i possibili eventi	Disposizioni ed azioni nuove appositamente previste per neutralizzare i possibili eventi	Scadenza temporale entro cui si prevede verosimilmente di riuscire ad applicare la misura
Equipe: Invio nota mail a UPAR con la programmazione della settimana successiva					
UPAR: abbinamento slot sale operatorie in base all'ordine liste di attesa e classi di priorità	Ingerenza sull'attività di abbinamento degli interventi da parte dei chirurghi o alterazione da parte dell'operatore UPAR	Entità dei tempi di attesa e conseguente pressione delle famiglie nei confronti dei chirurghi	Tracciamento delle motivazioni a monte delle richieste di variazione e delle telefonate effettuate per contattare le famiglie. Verifiche a campione	Report automatico a cadenza settimanale dell'attività chirurgica e dello stato di scorrimento delle liste di attesa	
UPAR: contatta le famiglie per recepimento/accettazione data proposta per l'intervento					

UPAR: in caso di accettazione contestuale prenotazione visita anestesiologicala e progressivo popolamento sedute operatorie					
UPAR: redazione della programmazione chirurgica settimanale e trasmissione il venerdì precedente ai vari responsabili di SOC/SOSA chirurgiche, Anestesia, Programmazione BO, coordinatori BO e aree di degenza, Bed Manager.					
Responsabile di SOC/SOSA: redazione nota operatoria giornaliera e invio ai professionisti sopracitati entro ore 12 del giorno precedente la seduta					

Soggetto/i che ha/hanno partecipato alla mappatura del rischio nell'attività oggetto della presente scheda

Paola Barbacci, Sheila Belli, Simona Vergna, Daniele Di Feo, Alessio Petronici

Data 02.05.2022

SCHEMA DI LAVORO

ATTIVITÀ DA ANALIZZARE: **Negoziare contratto sperimentazione clinica farmaceutica**

RESPONSABILE: Delega Direttore Generale a Dirigente SOC Affari Generali e Sviluppo per firma contratto + Responsabile del procedimento

EVENTO CORRUTTIVO & MODALITÀ: Negoziare clausole favorevoli all'azienda farmaceutica sponsor della sperimentazione o accelerare la negoziazione del contratto per l'attivazione del centro sperimentale presso l'AOU Meyer

FATTORE ABILITANTE INTERNO	FATTORE ABILITANTE ESTERNO
1. <u>Input</u> : contatto da parte dell'azienda farmaceutica e/o di una CRO per la negoziazione contratto.	1. <u>Natura del contratto</u> (contratto di diritto privato in un contesto pubblico), per cui si applicano le regole dell'attività contrattuale ordinaria tra due soggetti distinti.
2. <u>Conflitto di interessi</u> di chi negozia il contratto con l'azienda farmaceutica (p.e. azioni finanziarie, rapporti con l'azienda farmaceutica di un parente stretto).	2. <u>Necessità per ricerca/urgenza</u> (clinica) di attivare sperimentazioni di un nuovo medicinale.
3. <u>Mancata trasparenza</u> di chi negozia il contratto, che coincide con il Responsabile del procedimento, verso il dirigente responsabile della sottoscrizione del contratto.	3. <u>Territorio</u> : esigenza di incrementare la performance degli investimenti farmaceutici sul territorio regionale.
4. <u>Controllo parziale</u> del Dirigente responsabile della firma del contratto per ragioni oggettive legate ai ruoli dei singoli soggetti coinvolti nella contrattualistica.	

MISURE DI PREVENZIONE

GIÀ ESISTENTI

NUOVE DA ADOTTARE

1. Contratto tipo redatto da AIFA con clausole già preimpostate.
2. Contraddittorio tra Responsabile del Procedimento e Dirigente responsabile del contratto su clausole da negoziare.
3. Controllo del contratto da parte del Dirigente responsabile.
4. Pubblicazione del contratto sull'Albo aziendale dell'AOU Meyer.

1. Dichiarazione conflitto di interessi ad hoc per contratti nelle sperimentazioni cliniche.
2. Nomina del responsabile del contratto nel provvedimento di autorizzazione della sperimentazione clinica e di autorizzazione alla firma del contratto; rotazione del responsabile del contratto.

TEMPI DI ATTUAZIONE: in discussione

PROCESSO: Negoziazione contratto sperimentazione clinica farmacologica

EVENTO DA PREVENIRE: Negoziare clausole favorevoli all'azienda farmaceutica sponsor della sperimentazione e/o accelerare la negoziazione del contratto per l'attivazione del centro sperimentale presso l'AOU Meyer

ATTIVITÀ	MODALITÀ	FATTORE ABILITANTE	MISURE GIÀ ATTUALE	MISURE NUOVE DA ATTUARE	TEMPI DI ATTUAZIONE
<p>Negoziazione contratti sperimentazioni cliniche</p>	<p>Dinamica operativa, condotta funzionale alla realizzazione dell'evento corruttivo</p> <p>1. Negoziare clausole contrattuali favorevoli all'azienda farmaceutica sponsor della sperimentazione</p> <p>2. Accelerare la negoziazione del contratto per l'attivazione del centro sperimentale presso l'AOU Meyer</p>	<p>Elemento organizzativo, strutturale o di contesto che aumenta il rischio</p> <p>1. Conflitto di interessi di chi negozia il contratto con l'azienda farmaceutica (p.e. azioni finanziarie, rapporti con l'azienda farmaceutica di un parente stretto)</p> <p>2. Mancanza di segregazione tra chi negozia il contratto e il Responsabile del procedimento.</p> <p>3. Parzialità del flusso informativo nella modifica/integrazione delle clausole contrattuali da parte di chi negozia il</p>	<p>Azioni e dinamiche procedurali e organizzative che GIÀ neutralizzano i possibili eventi</p> <p>1. Contratto tipo redatto da AIFA con clausole già preimpostate.</p> <p>2. Contraddittorio tra Responsabile del Procedimento e Dirigente responsabile del contratto su clausole da negoziare.</p> <p>3. Controllo del contratto da parte del Dirigente responsabile.</p> <p>4. Pubblicazione del</p>	<p>Disposizioni ed azioni nuove appositamente previste per neutralizzare i possibili eventi</p> <p>1. Dichiarazione conflitto di interessi ad hoc per contratti nelle sperimentazioni cliniche.</p> <p>2. Nomina del responsabile del contratto nel provvedimento di autorizzazione della sperimentazione clinica e di autorizzazione alla firma del contratto; rotazione del responsabile del contratto.</p>	<p>Scadenza temporale entro cui si prevede verosimilmente di riuscire ad applicare la misura</p>

		<p>contratto verso il dirigente responsabile della sottoscrizione del contratto.</p> <p>4. Controllo parziale del Dirigente responsabile della firma del contratto per ragioni oggettive legate ai ruoli dei singoli soggetti coinvolti nella contrattualistica.</p> <p>5. Natura del contratto (contratto di diritto privato in un contesto pubblico), per cui si applicano le regole della normale negoziazione tra due soggetti.</p> <p>6. Necessità (per ricerca)/urgenza (clinica) di attivare sperimentazioni di un nuovo medicinale.</p> <p>7. Territorio: esigenza di incrementare la performance degli investimenti farmaceutici</p>	<p>contratto sull'Albo aziendale dell'AOU Meyer.</p>		
--	--	---	--	--	--

		sul territorio regionale.			
--	--	---------------------------	--	--	--

Soggetto/i che ha/hanno partecipato alla mappatura del rischio nell'attività oggetto della presente scheda

Alessio Fabbiano

Data 02/05/2022

ALLEGATO 3 alla Sottosezione 3.3 Rischi Corruttivi e Trasparenza

“Aree di intervento comuni e obbligatorie per tutti gli enti della pubblica amministrazione”

Area di intervento obbligatoria comune: 1 – Sottosezione al PIAO, Prevenzione Corruzione 2023 – 2025

Riferimento normativo: Art. 1, c. 8, L. 190/2012; Art 6 D.L. n. 80/2021 e s.m.i.

Obiettivo: Aggiornamento ed adozione della sottosezione “rischi corruttivi e trasparenza” del PIAO 2023-2025; Formazione su specifiche aree a rischio in un’ottica di miglioramento e sviluppo del processo di gestione del rischio

Responsabile della area: Gianfranco Spagnolo

Referente coordinatore dell’obiettivo: Bruno Manno

Soggetti competenti all’adozione delle misure: Direzione, RPC, Responsabili delle Strutture Area Tecnico-Amministrativa e Staff, Responsabili di incarichi di funzione area tecnica-amministrativa

Azioni e misure:

Macroattività	2023 – 2025	Note
Individuare ulteriori aree a rischio (<i>Vedi paragrafo “gestione del rischio”</i>)	X	
Individuare per ciascuna area gli interventi per ridurre i rischi (<i>vedi per ogni area le azioni del presente allegato</i>)	X	
Programmare iniziative di formazione (<i>Vedi paragrafo “attività formative”</i>)	X	
Individuare i referenti e i soggetti tenuti a relazionare al R.P.C.	Monitorare aggiornare	
Individuare per ciascuna misura il responsabile e il termine per l’attuazione	Monitorare	
Individuare misure di trasparenza, anche ulteriori rispetto a quelle contenute nel Piano.	monitorare	
Definire misure per l’aggiornamento ed il monitoraggio del Piano	monitorare	
Individuare modalità e tempi di attuazione delle altre misure di carattere generale contenute nella l.190/2012 (<i>vedi tutte le altre schede</i>)	monitorare	

Stato dell’arte (contesto)

Per lo stato dell’arte si veda paragrafo 3.3.9 *Gestione del rischio corruzione e mappatura dei processi* della sezione 3.3 “*Rischi corruttivi e trasparenza*” del presente Piano.

Obiettivi 2023

Per il 2023 si continua con il percorso formativo di analisi e gestione del rischio specifiche aree a rischio e al contempo si condivide la nuova metodologia, in linea con le indicazioni ANAC 2019. La nuova metodologia e le aree mappate sono indicate rispettivamente nell’Allegato 1 e 2 della presente sottosezione.

Continueranno gli incontri tra Ufficio Legalità, Trasparenza e Anticorruzione e le Strutture coinvolte nelle aree a rischio mappate per proseguire nello sviluppo delle azioni e delle misure per il trattamento del rischio sostenibili e verificabili.

Area di intervento obbligatoria comune: 2 - Adempimenti di trasparenza

Riferimento normativo: D.lgs. n. 33/2013; Art. 1 commi 15, 16, 26, 27, 28, 29, 30, 32, 33 e 34 L. 190/2012; Capo V della L. 241/1990

Obiettivo: Pubblicare e aggiornare sul sito web Meyer tutti i dati richiesti dalla normativa, in conformità agli adempimenti di trasparenza indicati nelle linee guida della CIVIT e s.m.i.

Responsabile della area: I responsabili e referenti in relazione alla sezione o tipologia di dati da pubblicare – Gianfranco Spagnolo, Responsabile per la Trasparenza

Referente coordinatore dell'obiettivo: Bruno Manno

Soggetti competenti all'adozione delle misure: Direzione, Responsabile Trasparenza, Direttori e Dirigenti Aree Tecnico-Amministrative e di Staff, Responsabili di incarichi di funzione area tecnica-amministrativa, O.I.V; Gruppo di Lavoro; SOC Organizzazione dei processi di partecipazione, comunicazione ed umanizzazione delle cure.

Azioni e misure:

Macroattività	2023 – 2025	Note
Pubblicare e aggiornare nel sito istituzionale i dati concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni secondo le indicazioni contenute nel D.Lgs. n. 33/2013 e le altre prescrizioni vigenti	monitorare e aggiornare	
Programmare iniziative di formazione	Previste nel Paf 2023	
Individuare i referenti e i soggetti tenuti a relazionare al Responsabile della Sottosezione	Aggiornare e monitorare	
Individuare per ciascuna area di informazioni il responsabile e il termine per l'attuazione	Aggiornare e monitorare	
Individuare misure di trasparenza, anche ulteriori rispetto a quelle contenute nella Sottosezione.	monitorare	
Definire misure per l'aggiornamento ed il monitoraggio della Sottosezione	monitorare	

Stato dell'arte (contesto)

Per lo stato dell'arte si veda paragrafo **Programmazione dell'attuazione della Trasparenza** della sezione 3.3 *“Rischi corruttivi e trasparenza”* del presente Piano ed *Allegato 4 - Tabella trasparenza - Sottosezione rischi corruzione e trasparenza*

Obiettivo 2023

Monitoraggio e aggiornamento delle pubblicazioni contenute nella Sezione Amministrazione Trasparente del sito web. Revisione della sezione “bandi di gara e contratti”.

Gestione delle istanze di accesso civico e generalizzato; pubblicazione dei report informativi in Amministrazione trasparente.

Area di intervento obbligatoria comune: 3 - Codice di Comportamento

Riferimento normativo: Art. 54, D. Lgs. 165/2001 come modificato dall'art. 1, comma 44, L. 190/2012; D.P.R. 62/2013

Obiettivo: Individuare regole comportamentali coerenti e specifiche per l'Azienda la cui inosservanza è sanzionabile disciplinarmente.

Responsabile della area: Gianfranco Spagnolo

Referente coordinatore dell'obiettivo: Bruno Manno

Soggetti competenti all'adozione delle misure: Direzione, RPC, O.I.V., U.P.D., Responsabile SOC Supporto Amministrativo al funzionamento dell'Ospedale, Responsabile SOC Amministrazione del Personale, Responsabile SOC Affari Legali e Rapporti con l'Università, Responsabile SOC Affari Generali e Sviluppo; Gruppo di Lavoro.

Azioni e misure:

Macroattività	2023 – 2025	Note
Avvio procedure ed Adozione del Codice di comportamento che integri e specifichi il Codice adottato dal Governo.	monitorare	Adottato nuovo Codice dal 1/1/2023
Adeguamento degli atti di incarico e dei contratti alle previsioni del Codice (<i>Inserire negli schemi tipo di incarico, contratto, bando, le condizioni dell'osservanza del codice nonché prevedere la risoluzione o la decadenza in caso di violazione degli obblighi derivanti dai Codici</i>)	Avviare richieste dichiarazioni e Monitorare	
Formazione per la corretta conoscenza e applicazione del Codice (<i>Programmare adeguate iniziative di formazione dei Codici</i>)	Prevista nel PAF 2023	
Verifica annuale dello stato di applicazione del Codice attraverso l'U.P.D.	Monitorare	
Aggiornamento delle competenze dell'U.P.D. alle previsioni del Codice	Monitorare	
Monitoraggio annuale sulla attuazione del Codice	Monitorare	

Stato dell'arte (contesto)

L'Azienda, ai sensi dell'art. 54 del D.Lgs n. 165/2001 e s.m.i., ha definito, con procedura aperta e previo parere positivo dell'OIV, un proprio codice etico e di comportamento con deliberazione del D.G. n. 617 del 2022

I contratti individuali di lavoro sono stati adeguati alle previsioni del nuovo Codice Etico e di Comportamento. Corsi formativi specifici sono organizzati annualmente.

Obiettivo 2023:

Per il 2023 si favorirà, attraverso azioni di sensibilizzazione, la partecipazione al Corso FAD in materia. Per il 2023 continuerà l'attività di sensibilizzazione sulla raccolta e monitoraggio delle dichiarazioni di interesse in attuazione del codice di comportamento.

Per l'attività formativa sul Codice di Comportamento si rimanda al paragrafo dedicato alla Formazione.

Area di intervento obbligatoria comune: 4 – Rotazione del personale

Riferimento normativo: Art 1 comma 4, lett. e); comma 5, lett. b); comma 10, lett. b); L. 190/2012 - art. 16, comma 1, lett. l-quater del D. Lgs. 165/2001

Obiettivo: Adottare misure per realizzare la rotazione del personale dirigenziale e del personale con funzioni di responsabilità operante nelle aree a rischio corruzione. L'introduzione della misura deve essere accompagnata da accorgimenti che assicurino la continuità dell'azione amministrativa.

Responsabile della area: Direzione

Soggetti competenti all'adozione delle misure: Direzione, RPCT, SOS Politiche e Sviluppo del personale, Responsabile SOC Amministrazione del Personale; SOC Affari Legali e Rapporto con l'Università.

Azioni e misure:

Macroattività	2023 – 2025	Note
Adozione di direttive (criteri) interne per assicurare la rotazione del personale dirigenziale e del personale con funzioni di responsabilità operante nelle aree a rischio corruzione, tra cui:	X	
Individuare modalità di attuazione della rotazione (dirigenti e personale con funzione di responsabilità (compresi responsabili del procedimento) operante in aree a più elevato rischio	X	
Prevedere il criterio di rotazione nell'atto di indirizzo relativo ai criteri per il conferimento degli incarichi	X	
Prevedere la revoca o assegnazione ad altro incarico per avvio di procedimento penale o disciplinare	monitorare	

Stato dell'arte (contesto)

Nell'anno 2021 e 2022, l'Azienda è stata interessata da un generale processo di riorganizzazione con l'adozione del nuovo statuto aziendale (Del. 55/2021) e dei relativi provvedimenti attuativi e di selezione degli incarichi sia per il personale dirigenziale e che del comparto (Del. 56/2021; Del 57/2021; Del. 92/2021). Si ritiene che per la peculiarità organizzativa, la sua dimensione e la dotazione organica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria, la sua mission di alta specializzazione pediatrica con centri eccellenza specifici, la misura della rotazione necessiti di un particolare approfondimento dal parte della Direzione e dello staff affinché l'applicazione dell'istituto sia accompagnato da strumenti ed accorgimenti che assicurino il buon andamento e la continuità all'azione sanitaria e amministrativa nonché garantiscano la qualità delle competenze professionali necessarie per lo svolgimenti di attività tecnico-professionali elevate.

Un passo importante per la progettazione della misura della rotazione è rappresentato dalle recenti attività del Coordinamento Regionale dei RPCT che ha definito una bozza da linee guida per l'applicazione dello strumento in ambito sanitario. Bozza attualmente all'attenzione della Direzione.

Area di intervento obbligatoria comune: 5 – Obbligo di astensione in caso di conflitto di interessi

Riferimento normativo: Art. 6 *bis*, della L. 241/1990; d.P.R. 62/2013

Obiettivo: Intraprendere adeguate iniziative per informare il personale sull'obbligo di astenersi dal partecipare a decisioni che potrebbero porsi in conflitto con l'interesse perseguito nell'esercizio della funzione o con l'interesse di cui è portatore il destinatario del provvedimento. Analoga iniziativa deve essere intrapresa per informare sulle conseguenze che derivano dalla violazione di tale obbligo (Art. 1 c. 41 l. 190/2012)

Responsabile della area: Gianfranco Spagnolo

Referente coordinatore dell'obiettivo: Bruno Manno

Soggetti competenti all'adozione delle misure: RPC, Direttore SOC Supporto Amministrativo al funzionamento dell'Ospedale, Responsabile Ufficio Sviluppo Risorse Umane, Responsabile SOC Amministrazione del Personale; Responsabile SOC Affari Legali e Rapporto con l'Università; Gruppo di Lavoro; Responsabile Formazione

Azioni e misure:

Macroattività	2023 – 2025	Note
Adeguate iniziative di formazione/informazione nell'ambito delle iniziative contemplate nella Sottosezione	Prevista nell'ambito del Paf 2023	

Stato dell'arte (contesto)

Con prot. n. AOOGR0490976 del 19/12/2022, la Direzione Sanità e Welfare della Regione Toscana ha inviato la nota "Indicazioni per la redazione di un regolamento per la gestione del conflitto di interessi". La nota è il frutto del lavoro del Coordinamento Regionale dei RPCT, nata dall'esigenza di rappresentare unitariamente in ambito sanitario l'istituto normativo del "conflitto di interessi". Queste indicazioni intendono integrare, senza alterarli, tutti gli articoli contenuti in diverse norme di legge che riguardano la gestione del conflitto di interessi. Nello specifico definiscono gli ambiti di applicazione dei diversi istituti, le modalità, le tempistiche di raccolta e di archiviazione delle dichiarazioni, la modulistica da utilizzare. In sostanza in un unico documento sono coordinate le misure legate agli obblighi di astensione e di comunicazione di cui al Codice di Comportamento, le misure legate alla gestione del conflitto di interessi nelle procedure di affidamento e concessioni, le ipotesi di inconferibilità ed incompatibilità negli incarichi, la prevenzione del fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni e nelle assegnazioni degli uffici, la gestione del conflitto di interessi negli incarichi extra-istituzionali, i divieti di incarichi successivi alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage).

Obiettivo 2023:

La misura è oggetto di attività di formazione così come indicato nel PAF 2023. Per il 2023 continuerà l'attività di sensibilizzazione sulla raccolta e monitoraggio delle dichiarazioni di interesse in attuazione del codice di comportamento.

Area di intervento obbligatoria comune: 6 – Conferimento ed autorizzazione incarichi

Riferimento normativo: Art. 53, D.Lgs. 165/2001, come modificato dall'art.1, comma 42, della L. 190/2012; Art. 1, comma 58 *bis*, della L. 662/1996

Obiettivo: Elaborare proposte per definire gli incarichi e le attività non consentite ai pubblici dipendenti, secondo criteri differenziati per qualifiche e ruoli professionali (art. 53, c. 3 bis, d.lgs. 165/2001).

Responsabile della area: Responsabile SOC Amministrazione del Personale

Soggetti competenti all'adozione delle misure: Direzione, RPC, SOS Politiche e Sviluppo del personale, Responsabile SOC Amministrazione del Personale, Responsabile SOC Affari Legali e Rapporto con l'Università; Direzione Sanitaria, Direzione delle professioni sanitarie, Direzione Amministrativa

Azioni e misure:

Macroattività	2023 – 2025	Note
Adozione dell'atto contenente criteri per il conferimento e l'autorizzazione di incarichi extraimpiego	Monitorare	Predisposta bozza procedura e modulistica nel 2022
Approvazione di atti normativi		

Stato dell'arte (contesto)

Si veda richiamo specifico in “stato dell'arte” di cui **Area di intervento obbligatoria comune:** 5 – Obbligo di astensione in caso di conflitto di interessi

Predisposta bozza procedura e nuova modulistica operativa nel 2023

Obiettivo 2023:

La misura è oggetto di attività di formazione continua nell'ambito del corso di formazione sul codice di comportamento e l'uso dei social web.

Area di intervento obbligatoria comune: 7 – In/conferibilità per incarichi dirigenziali

Riferimento normativo: Capi II, III e IV del D.Lgs 39/2013; Artt. 15, 17, 18 e 20 del D.lgs 39/2013

Obiettivo: Verificare la sussistenza di eventuali condizioni ostative in capo ai dipendenti e/o ai soggetti ai quali si intende conferire incarichi dirigenziali, soggetti provenienti da enti di diritto privato o finanziati dalle pp.aa., componenti di organi di indirizzo politico

Responsabile della area: RPCT e Responsabile SOC Amministrazione del Personale

Soggetti competenti all'adozione delle misure: Direzione, RPC, SOS Politiche e Sviluppo del personale, Responsabile SOC Affari Legali e Rapporto con l'Università, Responsabile SOC Amministrazione del Personale

Azioni e misure:

Macroattività	2023 - 2025	Note
Direttive interne per adeguamento degli atti di interpello relativi al conferimento di incarichi		
Direttive interne affinché gli interessati rendano la dichiarazione sostitutiva all'atto del conferimento dell'incarico		

Stato dell'arte (contesto)

La norma trova applicazione con riferimento agli organi di vertice aziendale (Direttore Generale, Sanitario ed Amministrativo).

Tenuto conto dei recenti pareri ANAC sull'applicazione del D.Lgs ai dirigenti del servizio sanitari nazionale non riconducibili ai ruoli della dirigenza sanitaria, il Gruppo RPCT regionale ritiene di estendere la normativa in materia ai Dirigenti del ruolo Professionale, Tecnico ed Amministrativo del SSN. Definita la procedura comune di applicazione e la relativa modulistica applicativa

Ad integrazione si veda richiamo specifico in “stato dell'arte” di cui **Area di intervento obbligatoria comune:** 5 – Obbligo di astensione in caso di conflitto di interessi

Obiettivo 2023

Raccolta delle dichiarazioni e pubblicazione in “Amministrazione trasparente”

Area di intervento obbligatoria comune: 8 – Incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali

Riferimento normativo: Capi V e VI del D.lgs. 39/2013; Artt. 15, 19 e 20 del D.lgs. 39/2013

Obiettivo: Verificare le incompatibilità tra incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla p.a. nonché gli stessi incarichi e le attività professionali, le incompatibilità tra incarichi nella p.a. e negli enti privati in controllo pubblico e cariche di componenti di organi di indirizzo politico

Responsabile della area: RPCT e Responsabile SOC Amministrazione del Personale

Soggetti competenti all'adozione delle misure: Organi della Direzione, RPC, SOS Politiche e Sviluppo del personale, Responsabile SOC Affari Legali e Rapporto con l'Università, Responsabile SOC Amministrazione del Personale; Responsabile SOC Affari Generali e Sviluppo

Azioni e misure:

Macroattività	2023 – 2025	Note
Direttive interne per effettuare controlli su situazioni di incompatibilità e sulle conseguenti determinazioni in caso di esito positivo del controllo.		
Direttive interne per adeguamento degli atti di interpello relativi al conferimento di incarichi		

Stato dell'arte (contesto)

La norma trova applicazione con riferimento agli organi di vertice aziendale (Direttore Generale, Sanitario ed Amministrativo).

Tenuto conto dei recenti pareri ANAC sull'applicazione del D.Lsg ai dirigenti del servizio sanitari nazionale non riconducibili ai ruoli della dirigenza sanitaria, il Gruppo RPCT regionale ritiene di estendere la normativa in materia ai Dirigenti del ruolo Professionale, Tecnico ed Amministrativo del SSN. A tal fine sono state definite le procedure comuni di applicazione e le relative modulistiche applicative.

Ad integrazione si veda richiamo specifico in “stato dell'arte” di cui **Area di intervento obbligatoria comune:** 5 – Obbligo di astensione in caso di conflitto di interessi

Obiettivo 2023

Raccolta delle dichiarazioni e pubblicazione in “Amministrazione trasparente”

Area di intervento obbligatoria comune: 9 – Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (*pantouflage*)

Riferimento normativo: Art 53 comma 16 *ter*, D.lgs 165/2001 aggiunto dall'art. 1, comma 42, lettera l, della L. 190/2012

Obiettivo: Impartire direttive interne affinché sia rispettato, da parte dei pubblici dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto della p.a., il divieto di prestare attività lavorativa, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, presso gli stessi soggetti privati destinatari della loro attività

Responsabile della area: Responsabile SOC Amministrazione del Personale.

Soggetti competenti all'adozione delle misure: Direzione, RPC, Direttore SOC Supporto Amministrativo al funzionamento dell'Ospedale, Responsabile SOC Affari Legali e Rapporto con l'Università, SOS Politiche e Sviluppo del personale, Responsabile SOC Amministrazione del Personale.

Azioni e misure:

Macroattività	2023 – 2025	Note
Direttive interne per effettuare i controlli e per adottare le conseguenti determinazioni	monitorare	
Adozione di atti normativi		

Stato dell'arte (contesto)

Questa tematica e le procedure ad essa connesse sono affrontate all'interno del corso sul Codice di Comportamento, inoltre è stata inserita fra le clausole del Patto di Integrità adottato con Del. n. 467/2018.

Ad integrazione si veda paragrafo 3.3.10 *Il Pantouflage* e richiamo specifico in “stato dell'arte” di cui

Area di intervento obbligatoria comune: 5 – *Obbligo di astensione in caso di conflitto di interessi*

Obiettivo 2023

La misura è oggetto di attività di formazione continua nell'ambito del corso di formazione sul codice di comportamento e l'uso dei social web

Area di intervento obbligatoria comune: 10 – Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna penale per delitti contro la p.a.

Riferimento normativo: Art. 35 *bis*, D.lgs. 165/2001, aggiunto dall'art.1, comma 46, della L. 190/2012; Art. 1, commi 3, 15, 17, 18 e 20, L. 190/2012; Art. 16, comma 1, lett. 1 *quater*), D.lgs. 165/2001; Capo II del D.lgs 39/2013

Obiettivo: Verificare la sussistenza di eventuali precedenti penali a carico di dipendenti e/o soggetti a cui si intendono conferire incarichi

Responsabile della area: Gianfranco Spagnolo

Referente coordinatore dell'obiettivo: Bruno Manno

Soggetti competenti all'adozione delle misure: Direzione, RPC, Direttore SOC Supporto Amministrativo al funzionamento dell'Ospedale, Responsabile SOC Affari Legali e Rapporto con l'Università, SOS Politiche e Sviluppo del personale, Responsabile SOC Amministrazione del Personale, Referente Protezione Dati Personali e Gestione della Riservatezza.

Azioni e misure:

Macroattività	2023 – 2025	Note
Atti normativi di modifica dei regolamenti su commissioni	X	
Direttive interne per effettuare controlli su precedenti penali e sulle conseguenti determinazioni in caso di esito positivo del controllo	X	
Direttive interne per adeguamento degli atti di interpello per conferimento di incarichi		

Stato dell'arte (contesto)

Si veda richiamo specifico in “stato dell'arte” di cui **Area di intervento obbligatoria comune:** 5 – Obbligo di astensione in caso di conflitto di interessi

Obiettivo 2023

La misura è oggetto di attività di formazione continua nell'ambito del corso di formazione sul codice di comportamento e l'uso dei social web e di acquisizione dalle strutture organizzative deputate alle nomine, la gestione delle dichiarazioni di conflitto di interessi e la relativa istruttoria

Area di intervento obbligatoria comune: 11 – Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (*whistleblower*)

Riferimento normativo: Art. 54 *bis* del D. lgs. 165/2001, aggiunto dall'art. 1, comma 51 della L. 190/2012

Obiettivo: Adottare tutte le misure necessarie a tutelare l'anonimato del dipendente che segnala illeciti di cui è venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro. Le misure adottate devono essere idonee a tutelare anche i dipendenti che segnalano casi sospetti di corruzione.

Responsabile della area: Gianfranco Spagnolo

Referente coordinatore dell'obiettivo: Bruno Manno

Soggetti competenti all'adozione delle misure: Direzione, RPC, SOS Politiche e Sviluppo del personale, Responsabile SOC Amministrazione del Personale; Responsabile SOC Affari Legali e Rapporto con l'Università, Responsabile SOC Organizzazione dei processi di partecipazione, comunicazione ed umanizzazione delle cure, U.P.D., Ufficio Smart Technology.

Azioni e misure:

Macroattività	2023 – 2025	Note
Introduzione di obblighi di riservatezza nel P.T.P.C.	X	Inoltrato bozza di regolamento in direzione per adozione sulla base delle recenti indicazioni ANAC 2021
Sperimentazione di un sistema informatico differenziato e riservato di ricezione delle segnalazioni	X	Inoltrato bozza di regolamento in direzione per adozione sulla base delle recenti indicazioni ANAC 2021

Stato dell'arte (contesto)

- Adozione della procedura cartacea, già in uso
- Inoltrata bozza di regolamento in direzione per la sua adozione. Bozza definita sulla base delle recenti indicazioni ANAC 2021.

Obiettivo 2023:

Si veda paragrafo 3.3.11 *Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (c.d. whistleblower)* della sezione **3.3 Rischi corruttivi e trasparenza** del presente PIAO.

Area di intervento obbligatoria comune: 12 – Formazione

Riferimento normativo: Art. 1 c. 5 lett. b); c.8, c. 10 lett. c) comma 11 della L. 190/2012; Art. 7 bis del D.lgs 165/2001; DPR 70/2013

Obiettivo: Programmare adeguati percorsi formativi, anche in ambito di area vasta, strutturati su due livelli: 1) livello generale rivolto a tutti i dipendenti sui temi dell'etica e dell'integrità; 2) livello specifico rivolto ai responsabili della prevenzione ed ai dirigenti e funzionari addetti alle aree di rischio sulle tematiche settoriali e relative alle attività che svolgono nelle aree a rischio.

Responsabile della area: Gianfranco Spagnolo

Referente coordinatore dell'obiettivo: Bruno Manno

Soggetti competenti all'adozione delle misure: Direzione, RPC, SOS Politiche e Sviluppo del personale, Responsabile SOC Amministrazione Legale e del Personale; FORMAS

Azioni e misure:

Macroattività	2023-2025	Note
Definire procedure per formare i dipendenti, anche in collaborazione con altri enti	X	
Pubblicizzare i criteri di selezione del personale da formare	X	
Realizzare percorsi formativi differenziati per destinatari	X	
Prevedere forme di "tutoraggio" per l'avvio al lavoro in occasione dell'inserimento in nuovi settori lavorativi	X	

Stato dell'arte (contesto)

Annualmente vengono definiti percorsi formativi sui temi di interesse in particolare sul codice di comportamento e sul conflitto di interessi, differenziando i destinatari in relazione al ruolo ricoperto ed ai contenuti degli eventi e percorsi formativi sulla mappatura e gestione del rischio corruzione

Obiettivo 2023:

Nel PAF 2023 e nel PIAO 2023-2025, paragrafo 3.3.8 "obiettivi strategici specifici della prevenzione della corruzione e trasparenza" della sezione 3.3. "rischi corruttivi e trasparenza" del presente Piano sono indicati gli eventi formativi programmati

Area di intervento obbligatoria comune: 13 – Patti d'integrità negli affidamenti

Riferimento normativo: Art. 1, comma 17, della legge 190/2012

Obiettivo: Le stazioni appaltanti, di regola, utilizzano protocolli di legalità o patti d'integrità per l'affidamento di commesse. E' auspicabile l'inserimento negli avvisi, nei bandi di gara o nelle lettere di invito della previsione che il mancato rispetto delle clausole contenute nei protocolli o nei patti è causa di esclusione dalla gara.

Responsabile della area: SOC Supporto Amministrativo al funzionamento dell'Ospedale

Referente coordinatore dell'obiettivo: Laura Belmonte.

Soggetti competenti all'adozione delle misure: Direzione, RPC, Responsabile SOC Supporto Amministrativo al funzionamento dell'Ospedale, Responsabile SOC Pianificazione Investimenti e Area Tecnica, Responsabile SOSA Farmacia Ospedaliera

Azioni e misure:

Macroattività	2023 – 2025	Note
Predisposizione ed utilizzo protocolli di legalità o patti di integrità per l'affidamento di commesse	Monitorare	
Inserimento negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere di invito la clausola di salvaguardia che il mancato rispetto del protocollo di legalità o del patto di integrità dà luogo all'esclusione dalla gara e alla risoluzione del contratto.	Monitorare	

Stato dell'arte (contesto)

E' stato adottato nel 2018 un protocollo di legalità per l'affidamento delle commesse ed inserito, quale parte integrante, nei documenti degli avvisi e dei bandi.

Obiettivo 2023: monitorare e controllare la misura.

Area di intervento obbligatoria comune: 14 – Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile

Riferimento normativo: Convenzione delle Nazioni Unite sulla corruzione - Titolo II (Misure preventive) artt. 5 e 13

Obiettivo: Pianificare adeguate misure di sensibilizzazione della cittadinanza, finalizzate alla promozione della cultura dell'integrità e della legalità, istituendo stabili canali di comunicazione per ricevere, anche dall'esterno, segnalazioni relative ad episodi di cattiva amministrazione, corruzione, conflitti d'interesse.

Responsabile della area: Direzione, SOC Organizzazione dei processi di partecipazione, comunicazione e umanizzazione delle cure

Referente coordinatore dell'obiettivo: Alberto Zanobini, Daniela Papini

Soggetti competenti all'adozione delle misure: Direzione, RPC, Responsabile della Trasparenza; Responsabile Ufficio Comunicazione

Azioni e misure:

Macroattività	2023– 2025	Note
Realizzazione di misure di sensibilizzazione della cittadinanza per la promozione della cultura della legalità attraverso una efficace comunicazione e diffusione della strategia di prevenzione dei fenomeni corruttivi impostata e attuata mediante il P.T.P.C. (Giornata della trasparenza)	X	
Attivazione di canali dedicati alla segnalazione dall'esterno alla p.a. di episodi di corruzione di cattiva amministrazione e conflitto d'interessi.	X	

Stato dell'arte (contesto)

Annualmente viene organizzata dalla Direzione una giornata informativa definita “Convention aziendale”

Obiettivo 2023:

Realizzare la Convention annuale per sensibilizzare la cittadinanza e operatori al fine promuovere la cultura della legalità e della trasparenza, presentare progetti di sviluppo, rendicontare sugli stati di avanzamento e sui risultati delle attività strategiche aziendali

Attivazione di incontri formativi interni ed esterni da parte dell'URP riservati a tutte le associazioni sui temi della sicurezza delle cure, della privacy ed in particolare sull'utilizzo del Family Center ai fini di una migliore integrazione e consapevolezza all'interno dell'Azienda.

Area di intervento obbligatoria comune: 15 – Monitoraggio dei tempi procedurali

Riferimento normativo: Art. 1, comma 9, lett. d), della L. 190/2012

Obiettivo: Monitorare i tempi procedurali

Responsabile della area: responsabili dei singoli procedimenti (vedi sezione specifica in “amministrazione trasparente”)

Soggetti competenti all’adozione delle misure: Direzione, RPC, Responsabile della Trasparenza; Tutti i dirigenti e gli Incarichi Organizzativi per l’area di rispettiva competenza”

Azioni e misure:

Macroattività	2023 – 2025	Note
Publicazione, aggiornamento delle procedure tecnico-amministrative e verifiche del rispetto dei termini previsti dalla legge, per la conclusione dei procedimenti	X	

Stato dell’arte (contesto)

Publicata in amministrazione trasparente la tabella con le procedure tecnico-amministrative in uso, le relative responsabilità e i tempi di esecuzione

Obiettivo 2023: monitorare e aggiornare la pubblicazione in amministrazione trasparente delle procedure tecnico-amministrative in uso, le relative responsabilità e tempi di esecuzione

Area di intervento obbligatoria comune: 16 – Monitoraggio dei rapporti Azienda / Soggetti Esterni

Riferimento normativo: Art. 1, comma 9, lett. e), della L. 190/2012

Obiettivo: Monitorare rapporti Azienda / Soggetti Esterni

Responsabile della area: Direzione

Referente coordinatore dell'obiettivo: SOC Centro Salute Globale – Dr.ssa Maria Jose Pinilla

Soggetti competenti all'adozione delle misure: Direzione, RPC, Direttore SOC Supporto Amministrativo al funzionamento dell'Ospedale, SOS Politiche e Sviluppo del personale, SOC Amministrazione del Personale, Responsabile SOC Affari Legali e Rapporto con l'Università, Responsabile SOC Pianificazione Investimenti e Area Tecnica, SOC Gestione economica e Finanziaria, SOC Centro Salute Globale

Azioni e misure:

Macroattività	2023 – 2025	Note
Monitoraggio dei rapporti Amministrazione/soggetti con i quali sono stati stipulati contratti, interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici, ai fini della verifica di eventuali relazioni di parentela o affinità con i dipendenti.	Monitorare e pubblicare in “Amministrazione trasparente” dati di attività ed economici	

Stato dell'arte (contesto)

Publicata in amministrazione trasparente atti amministrativi e tabelle informative

Obiettivo 2023: monitorare rapporti con soggetti esterni beneficiari di concessioni, ecc. e pubblicare in amministrazione trasparente le relative informazioni nella sezione “sovvenzioni, contributi,”. Le pubblicazioni sono riferite di norma alle attività di Cooperazione Sanitaria Internazionale, sviluppate dal Centro di Salute Globale, organismo regionale a carattere multidisciplinare con Sede al Meyer, per accogliere e curare i bambini provenienti da Stati coinvolti in conflitti armati, nonché i piccoli pazienti affetti da patologie non trattabili nei paesi d'origine.

ALLEGATO 4) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Struttura-Ufficio di controllo	Dirigente - Responsabile individuato. (Competenti per l'elaborazione e la pubblicazione del dato)
	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT)	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231) (link alla sotto-sezione Altri contenuti/Anticorruzione)	Annuale	RPCT	Gianfranco Spagnolo
Atti generali			Riferimenti normativi su organizzazione e attività	Riferimenti normativi con i relativi <i>link</i> alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normattiva" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	TUTTI I DIRIGENTI RESPONSABILI - ciascuno per le materie di propria competenza.	Direzione - Carla Bini - Ferrigno Mariangela - Belmonte Laura-Giovanni Grazi - Salvatore Iannucci-Daniela Papini - Francesco Taiti - Giulia Bazzani
		Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Atti amministrativi generali	Direttive, circolari, programmi, istruzioni e ogni atto che dispone in generale sulla organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procedimenti, ovvero nei quali si determina l'interpretazione di norme giuridiche che riguardano o dettano disposizioni per l'applicazione di esse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	TUTTI I DIRIGENTI RESPONSABILI - ciascuno per le materie di propria competenza.	Direzione - Carla Bini - Ferrigno Mariangela - Belmonte Laura-Giovanni Grazi - Salvatore Iannucci-Daniela Papini - Francesco Taiti - Giulia Bazzani
			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)		
	Art. 12, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Statuti e leggi regionali	Estremi e testi ufficiali aggiornati degli Statuti e delle norme di legge regionali, che regolano le funzioni, l'organizzazione e lo svolgimento delle attività di competenza dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)			
	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	RPCT	Gianfranco Spagnolo	
Oneri informativi per cittadini e imprese	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	TUTTI I DIRIGENTI RESPONSABILI - ciascuno per le materie di propria competenza.	Direzione - Carla Bini - Ferrigno Mariangela - Belmonte Laura-Giovanni Grazi - Salvatore Iannucci-Daniela Papini - Francesco Taiti - Giulia Bazzani	
	Art. 34, d.lgs. n. 33/2013	Oneri informativi per cittadini e imprese	Regolamenti ministeriali o interministeriali, provvedimenti amministrativi a carattere generale adottati dalle amministrazioni dello Stato per regolare l'esercizio di poteri autorizzatori, concessori o certificatori, nonché l'accesso ai servizi pubblici ovvero la concessione di benefici con allegato elenco di tutti gli oneri informativi gravanti sui cittadini e sulle imprese introdotti o eliminati con i medesimi atti	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016			
Burocrazia zero	Art. 37, c. 3, d.l. n. 69/2013	Burocrazia zero	Casi in cui il rilascio delle autorizzazioni di competenza è sostituito da una comunicazione dell'interessato	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 10/2016			
	Art. 37, c. 3-bis, d.l. n. 69/2013	Attività soggette a controllo	Elenco delle attività delle imprese soggette a controllo (ovvero per le quali le pubbliche amministrazioni competenti ritengono necessaria l'autorizzazione, la segnalazione certificata di inizio attività o la mera comunicazione)				
Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 13, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Organi di indirizzo politico e di amministrazione e gestione, con l'indicazione delle rispettive competenze	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Per i titolari di incarichi dirigenziali si opera il rimando alla sezione di competenza: Personale - Dirigenti.		
Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Per i titolari di incarichi dirigenziali si opera il rimando alla sezione di competenza: Personale - Dirigenti.		
Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	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)	Obbligo di pubblicazione non pertinente per le Aziende del Servizio Sanitario.		
		Atti degli organi di controllo	Atti e relazioni degli organi di controllo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Obbligo di pubblicazione non pertinente per le Aziende del Servizio Sanitario.		

ALLEGATO 4) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Struttura-Ufficio di controllo	Dirigente - Responsabile individuato. (Competenti per l'elaborazione e la pubblicazione del dato)
Organizzazione	Articolazione degli uffici	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)	Area Tecnico-Amministrativa - SOC Amministrazione del personale - SOC Organizzazione dei processi di partecipazione, comunicazione ed umanizzazione delle cure	Carla Bini - Salvatore Iannucci - Daniela Papini
		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)	Direzione - SOC Organizzazione dei processi di partecipazione, comunicazione ed umanizzazione delle cure	Staff Direzione - Daniela Papini
		Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione - SOC Organizzazione dei processi di partecipazione, comunicazione ed umanizzazione delle cure	Staff Direzione - Daniela Papini
	Telefono e posta elettronica	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)	Direzione - SOC Organizzazione dei processi di partecipazione, comunicazione ed umanizzazione delle cure	Staff Direzione - Daniela Papini
Consulenti e collaboratori	Titolari di incarichi di collaborazione o	Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Consulenti e collaboratori	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)	SOC Amministrazione del personale - SOC Affari Legali e Rapporti Università - SOC Politiche e Sviluppo delle Risorse Umane - SOC Pianificazione Investimenti e Area Tecnica - SOC Salute Organizzativa e Formazione del Personale - SOC Affari Generali e Sviluppo	Salvatore Iannucci - Carla Bini - Donatella Accolla - Belmonte Laura - Giovanni Grazi - Giulia Bazzani - Mariangela Ferrigno
				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)	SOC Amministrazione del personale - SOC Affari Legali e Rapporti Università - SOC Politiche e Sviluppo delle Risorse Umane - SOC Pianificazione Investimenti e Area Tecnica - SOC Salute Organizzativa e Formazione del Personale - SOC Affari Generali e Sviluppo	Salvatore Iannucci - Carla Bini - Donatella Accolla - Belmonte Laura - Giovanni Grazi - Giulia Bazzani - Mariangela Ferrigno
	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)	SOC Amministrazione del personale - SOC Affari Legali e Rapporti Università - SOC Politiche e Sviluppo delle Risorse Umane - SOC Pianificazione Investimenti e Area Tecnica - SOC Salute Organizzativa e Formazione del Personale - SOC Affari Generali e Sviluppo	Salvatore Iannucci - Carla Bini - Donatella Accolla - Belmonte Laura - Giovanni Grazi - Giulia Bazzani - Mariangela Ferrigno	

ALLEGATO 4) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Struttura-Ufficio di controllo	Dirigente - Responsabile individuato. (Competenti per l'elaborazione e la pubblicazione del dato)
	consulenza	Art. 15, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	(da pubblicare in tabelle)	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)	SOC Amministrazione del personale - SOC Affari Legali e Rapporti Università - SOC Politiche e Sviluppo delle Risorse Umane - SOC Pianificazione Investimenti e Area Tecnica - SOC Salute Organizzativa e Formazione del Personale - SOC Affari Generali e Sviluppo	Salvatore Iannucci - Carla Bini - Donatella Accolla - Belmonte Laura - Giovanni Grazi - Giulia Bazzani - Mariangela Ferrigno
		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)	SOC Amministrazione del personale - SOC Affari Legali e Rapporti Università - SOC Politiche e Sviluppo delle Risorse Umane - SOC Pianificazione Investimenti e Area Tecnica - SOC Salute Organizzativa e Formazione del Personale - SOC Affari Generali e Sviluppo	Salvatore Iannucci - Carla Bini - Donatella Accolla - Belmonte Laura - Giovanni Grazi - Giulia Bazzani - Mariangela Ferrigno
		Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse	Tempestivo	SOC Amministrazione del personale - SOC Affari Legali e Rapporti Università - SOC Politiche e Sviluppo delle Risorse Umane - SOC Pianificazione Investimenti e Area Tecnica - SOC Salute Organizzativa e Formazione del Personale - SOC Affari Generali e Sviluppo	Salvatore Iannucci - Carla Bini - Donatella Accolla - Belmonte Laura - Giovanni Grazi - Giulia Bazzani - Mariangela Ferrigno
		Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Per ciascun titolare di incarico: Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SOC Amministrazione del personale	Salvatore Iannucci
		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)	SOC Amministrazione del personale	Salvatore Iannucci
		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)	SOC Amministrazione del personale	Salvatore Iannucci
		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)	SOC Amministrazione del personale	Salvatore Iannucci
		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)	SOC Amministrazione del personale	Salvatore Iannucci
		Art. 14, c. 1, lett. f) 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)	SOC Amministrazione del personale	Salvatore Iannucci
	Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice	Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982	Incarichi amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle)	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).	SOC Amministrazione del personale	Salvatore Iannucci

ALLEGATO 4) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Struttura-Ufficio di controllo	Dirigente - Responsabile individuato. (Competenti per l'elaborazione e la pubblicazione del dato)	
		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	SOC Amministrazione del personale	Salvatore Iannucci	
		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	SOC Amministrazione del personale	Salvatore Iannucci	
		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)	SOC Amministrazione del personale	Salvatore Iannucci	
		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)	SOC Amministrazione del personale	Salvatore Iannucci	
		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)	SOC Amministrazione del personale	Salvatore Iannucci	
	Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)			Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali (da pubblicare in tabelle che distinguono le seguenti situazioni: dirigenti, dirigenti individuati discrezionalmente, titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali)	Per ciascun titolare di incarico:			
			Art. 14, c. 1, lett. 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)	SOC Amministrazione del personale	Salvatore Iannucci
			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)	SOC Amministrazione del personale	Salvatore Iannucci
			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)	SOC Amministrazione del personale	Salvatore Iannucci
					Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SOC Amministrazione del personale	Salvatore Iannucci
			Art. 14, c. 1, lett. d) 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)	SOC Amministrazione del personale	Salvatore Iannucci
			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)	SOC Amministrazione del personale	Salvatore Iannucci
			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 dall'elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	SOC Amministrazione del personale	Salvatore Iannucci
			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	SOC Amministrazione del personale	Salvatore Iannucci

ALLEGATO 4) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Struttura-Ufficio di controllo	Dirigente - Responsabile individuato. (Competenti per l'elaborazione e la pubblicazione del dato)
Personale		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	SOC Amministrazione del personale	Salvatore Iannucci
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfiribilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	SOC Amministrazione del personale	Salvatore Iannucci
		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)	SOC Amministrazione del personale	Salvatore Iannucci
		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)	SOC Amministrazione del personale	Salvatore Iannucci
	Art. 15, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Elenco posizioni dirigenziali discrezionali	Elenco delle posizioni dirigenziali, integrato dai relativi titoli e curricula, attribuite a persone, anche esterne alle pubbliche amministrazioni, individuate discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016		
	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	Sezione non di competenza delle aziende ospedaliere.		
	Art. 1, c. 7, d.p.r. n. 108/2004	Ruolo dirigenti	Ruolo dei dirigenti	Annuale	Sezione non di competenza delle aziende ospedaliere.		
Dirigenti cessati		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	SOC Amministrazione del personale	Salvatore Iannucci
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Nessuno	SOC Amministrazione del personale	Salvatore Iannucci
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno	SOC Amministrazione del personale	Salvatore Iannucci
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno	SOC Amministrazione del personale	Salvatore Iannucci
		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	SOC Amministrazione del personale	Salvatore Iannucci
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Nessuno	SOC Amministrazione del personale	Salvatore Iannucci
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, 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	SOC Amministrazione del personale	Salvatore Iannucci
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).	SOC Amministrazione del personale	Salvatore Iannucci			
Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	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)	RPCT	Gianfranco Spagnolo	
Posizioni organizzative	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)	SOC Amministrazione del personale	Salvatore Iannucci	

ALLEGATO 4) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Struttura-Ufficio di controllo	Dirigente - Responsabile individuato. (Competenti per l'elaborazione e la pubblicazione del dato)
Dotazione organica	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)	SOC Amministrazione del personale	Salvatore Iannucci
		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)	SOC Amministrazione del personale	Salvatore Iannucci
	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)	SOC Amministrazione del personale	Salvatore Iannucci
		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)	SOC Amministrazione del personale	Salvatore Iannucci
	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)	SOC Amministrazione del personale	Salvatore Iannucci
	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)	SOC Amministrazione del personale	Salvatore Iannucci
	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)	SOS Politiche e Sviluppo delle Risorse Umane	Donatella Accolla
	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)	SOS Politiche e Sviluppo delle Risorse Umane	Donatella Accolla
		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 predispone, 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)	SOS Politiche e Sviluppo delle Risorse Umane	Donatella Accolla
	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)	SOS Politiche e Sviluppo delle Risorse Umane	Donatella Accolla
Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Curricula		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SOS Politiche e Sviluppo delle Risorse Umane	Donatella Accolla	
Par. 14.2, delib. CIVIT n. 12/2013		Compensi		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SOS Politiche e Sviluppo delle Risorse Umane	Donatella Accolla	
Bandi di concorso	Art. 19, d.lgs. n. 33/2013	Bandi di concorso (da pubblicare in tabelle)	Bandi di concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione nonche' i criteri di valutazione della Commissione e le tracce delle prove scritte	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SOS Politiche e Sviluppo delle Risorse Umane	Donatella Accolla	
Sistema di misurazione e valutazione della Performance	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	SOC Gestione Economico-Finanziaria e Controllo di Gestione SOS Politiche e Sviluppo delle Risorse Umane	Francesco Taiti - Donatella Accolla	
	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)	SOC Gestione Economico-Finanziaria e Controllo di Gestione SOS Politiche e Sviluppo delle Risorse Umane	Francesco Taiti - Donatella Accolla	

ALLEGATO 4) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Struttura-Ufficio di controllo	Dirigente - Responsabile individuato. (Competenti per l'elaborazione e la pubblicazione del dato)
Performance	Relazione sulla Performance		Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SOC Gestione Economico-Finanziaria e Controllo di Gestione	Francesco Taiti
	Ammontare complessivo dei premi	Art. 20, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo dei premi (da pubblicare in tabelle)	Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SOC Amministrazione del personale e SOC Gestione Economico-Finanziaria e Controllo di gestione	Rossana Baronti
				Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SOC Amministrazione del personale e SOC Gestione Economico-Finanziaria e Controllo di gestione	Rossana Baronti - Gianfranco Spagnolo
	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)	SOS Politiche e Sviluppo delle Risorse Umane	Donatella Accolla
				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)	SOC Gestione Economico-Finanziaria e Controllo di Gestione - SOS Politiche e Sviluppo delle Risorse Umane	Donatella Accolla- Rossana Baronti
				Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SOC Gestione Economico-Finanziaria e Controllo di Gestione - SOS Politiche e Sviluppo delle Risorse Umane	Donatella Accolla- Rossana Baronti
Benessere organizzativo	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Benessere organizzativo	Livelli di benessere organizzativo	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs 97/2016	SOC Salute Organizzativa e Formazione del Personale	Giulia Bazzani	
Società partecipate	Art. 22, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Art. 22, c. 2, 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)	SOC Gestione Economico-Finanziaria e Controllo di Gestione	Francesco Taiti
				Per ciascuna delle società:	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	SOC Gestione Economico-Finanziaria e Controllo di Gestione	Francesco Taiti
				1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	SOC Gestione Economico-Finanziaria e Controllo di Gestione	Francesco Taiti
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	SOC Gestione Economico-Finanziaria e Controllo di Gestione	Francesco Taiti
				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	SOC Gestione Economico-Finanziaria e Controllo di Gestione	Francesco Taiti
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	SOC Gestione Economico-Finanziaria e Controllo di Gestione	Francesco Taiti
				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)	SOC Gestione Economico-Finanziaria e Controllo di Gestione	Francesco Taiti
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	SOC Gestione Economico-Finanziaria e Controllo di Gestione	Francesco Taiti
				7) incarichi di amministratore della società e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	SOC Gestione Economico-Finanziaria e Controllo di Gestione	Francesco Taiti
				Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfirmità dell'incarico (link al sito dell'ente)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	SOC Gestione Economico-Finanziaria e Controllo di Gestione	Francesco Taiti

ALLEGATO 4) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Struttura-Ufficio di controllo	Dirigente - Responsabile individuato. (Competenti per l'elaborazione e la pubblicazione del dato)	
Enti controllati		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)	SOC Gestione Economico-Finanziaria e Controllo di Gestione	Francesco Taiti	
		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)	SOC Gestione Economico-Finanziaria e Controllo di Gestione	Francesco Taiti	
		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)	Tutti gli Uffici coinvolti nella gestione del procedimento e/o attività	Tutti i responsabili degli Uffici coinvolti	
		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)	Tutti gli Uffici coinvolti nella gestione del procedimento e/o attività	Tutti i responsabili degli Uffici coinvolti	
				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)	Tutti gli Uffici coinvolti nella gestione del procedimento e/o attività	Tutti i responsabili degli Uffici coinvolti	
	Enti di diritto privato controllati	Enti di diritto privato controllati (da pubblicare in tabelle)	Art. 22, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		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)	Casistica attualmente non presente in azienda.	
					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 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. 39/2013		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)	SOC Gestione Economico Finanziario e Controllo di Gestione	Francesco Taiti	
	Dati aggregati attività amministrativa	Art. 24, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Dati aggregati attività amministrativa	Dati relativi alla attività amministrativa, in forma aggregata, per settori di attività, per competenza degli organi e degli uffici, per tipologia di procedimenti	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016	Tutti gli Uffici coinvolti nella gestione del procedimento e/o attività	Tutti i responsabili degli Uffici coinvolti	
Per ciascuna tipologia di procedimento:								

ALLEGATO 4) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Struttura-Ufficio di controllo	Dirigente - Responsabile individuato. (Competenti per l'elaborazione e la pubblicazione del dato)			
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Art. 35, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Tipologie di procedimento (da pubblicare in tabelle)	1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutti gli Uffici coinvolti nella gestione del procedimento e/o attività	Tutti i responsabili degli Uffici coinvolti			
		Art. 35, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutti gli Uffici coinvolti nella gestione del procedimento e/o attività	Tutti i responsabili degli Uffici coinvolti			
		Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) l'ufficio del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutti gli Uffici coinvolti nella gestione del procedimento e/o attività	Tutti i responsabili degli Uffici coinvolti			
		Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		4) ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con l'indicazione del nome del responsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutti gli Uffici coinvolti nella gestione del procedimento e/o attività	Tutti i responsabili degli Uffici coinvolti			
		Art. 35, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardano	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutti gli Uffici coinvolti nella gestione del procedimento e/o attività	Tutti i responsabili degli Uffici coinvolti			
		Art. 35, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) termine fissato in sede di disciplina normativa del procedimento per la conclusione con l'adozione di un provvedimento espresso e ogni altro termine procedimentale rilevante	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutti gli Uffici coinvolti nella gestione del procedimento e/o attività	Tutti i responsabili degli Uffici coinvolti			
		Art. 35, c. 1, lett. g), d.lgs. n. 33/2013		7) procedimenti per i quali il provvedimento dell'amministrazione può essere sostituito da una dichiarazione dell'interessato ovvero il procedimento può concludersi con il silenzio-assenso dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutti gli Uffici coinvolti nella gestione del procedimento e/o attività	Tutti i responsabili degli Uffici coinvolti			
		Art. 35, c. 1, lett. h), d.lgs. n. 33/2013		8) strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale, riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato, nel corso del procedimento nei confronti del provvedimento finale ovvero nei casi di adozione del provvedimento oltre il termine predeterminato per la sua conclusione e i modi per attivarli	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutti gli Uffici coinvolti nella gestione del procedimento e/o attività	Tutti i responsabili degli Uffici coinvolti			
		Art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013		9) <i>link</i> di accesso al servizio on line, ove sia già disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attivazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutti gli Uffici coinvolti nella gestione del procedimento e/o attività	Tutti i responsabili degli Uffici coinvolti			
		Art. 35, c. 1, lett. l), d.lgs. n. 33/2013		10) modalità per l'effettuazione dei pagamenti eventualmente necessari, con i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutti gli Uffici coinvolti nella gestione del procedimento e/o attività	Tutti i responsabili degli Uffici coinvolti			
		Art. 35, c. 1, lett. m), d.lgs. n. 33/2013		11) nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonché modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutti gli Uffici coinvolti nella gestione del procedimento e/o attività	Tutti i responsabili degli Uffici coinvolti			
		Per i procedimenti ad istanza di parte:								
				Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	1) atti e documenti da allegare all'istanza e modulistica necessaria, compresi i fac-simile per le autocertificazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutti gli Uffici coinvolti nella gestione del procedimento e/o attività	Tutti i responsabili degli Uffici coinvolti		
				Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 e Art. 1, c. 29, l. 190/2012	2) uffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e modalità di accesso con indicazione degli indirizzi, recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale a cui presentare le istanze	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutti gli Uffici coinvolti nella gestione del procedimento e/o attività	Tutti i responsabili degli Uffici coinvolti		
		Monitoraggio tempi procedurali		Art. 24, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 28, l. n. 190/2012	Monitoraggio tempi procedurali	Risultati del monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedurali	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016		
Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Art. 35, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Recapiti dell'ufficio responsabile	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutti gli Uffici coinvolti nella gestione del procedimento e/o attività	Tutti i responsabili degli uffici coinvolti				
Provvedimenti organi indirizzo politico	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)	SOC Affari Generali e Sviluppo	Ferrigno Mariangela				

ALLEGATO 4) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Struttura-Ufficio di controllo	Dirigente - Responsabile individuato. (Competenti per l'elaborazione e la pubblicazione del dato)
Provvedimenti	Provvedimenti organi indirizzo politico	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: autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	
	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 (link 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)	SOC Affari Generali e Sviluppo	Ferrigno Mariangela
	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: autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	
Controlli sulle imprese		Art. 25, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Tipologie di controllo	Elenco delle tipologie di controllo a cui sono assoggettate le imprese in ragione della dimensione e del settore di attività, con l'indicazione per ciascuna di esse dei criteri e delle relative modalità di svolgimento	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	
		Art. 25, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Obblighi e adempimenti	Elenco degli obblighi e degli adempimenti oggetto delle attività di controllo che le imprese sono tenute a rispettare per ottemperare alle disposizioni normative			
Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare		Art. 4 delib. Anac n. 39/2016		Codice Identificativo Gara (CIG)	Tempestivo	SOC Amministrazione del personale - SOC Affari Legali e Rapporti Università - SOC Supporto amministrativo al funzionamento dell'ospedale - SOC Pianificazione Investimenti e Area Tecnica - SOC Salute Organizzativa e Formazione del Personale - SOC Affari Generali e Sviluppo	Salvatore Iannucci - Carla Bini - Laura Belmonte - Giovanni Grazi - Antonietta Cucurachi - Giulia Bazzani - Mariangela Ferrigno
		Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013 Art. 4 delib. Anac n. 39/2016	Dati previsti dall'articolo 1, comma 32, della legge 6 novembre 2012, n. 190 Informazioni sulle singole procedure (da pubblicare secondo le "Specifiche tecniche per la pubblicazione dei dati ai sensi dell'art. 1, comma 32, della Legge n. 190/2012", adottate secondo quanto indicato nella delib. Anac 39/2016)	Struttura proponente, Oggetto del bando, Procedura di scelta del contraente, Elenco degli operatori invitati a presentare offerte/Numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, Aggiudicatario, Importo di aggiudicazione, Tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, Importo delle somme liquidate.	Tempestivo	SOC Amministrazione del personale - SOC Affari Legali e Rapporti Università - SOC Supporto amministrativo al funzionamento dell'ospedale - SOC Pianificazione Investimenti e Area Tecnica - SOC Salute Organizzativa e Formazione del Personale - SOC Affari Generali e Sviluppo	Salvatore Iannucci - Carla Bini - Laura Belmonte - Giovanni Grazi - Antonietta Cucurachi - Giulia Bazzani - Mariangela Ferrigno
		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), 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)	SOC Amministrazione del personale - SOC Affari Legali e Rapporti Università - SOC Supporto amministrativo al funzionamento dell'ospedale - SOC Pianificazione Investimenti e Area Tecnica - SOC Salute Organizzativa e Formazione del Personale - SOC Affari Generali e Sviluppo	Salvatore Iannucci - Carla Bini - Laura Belmonte - Giovanni Grazi - Antonietta Cucurachi - Giulia Bazzani - Mariangela Ferrigno
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 Art. 21, c. 7, e 29, c. 1, d.lgs. n. 39/2016	Atti relativi alla programmazione di lavori, opere, servizi e forniture	Programma biennale degli acquisti di beni e servizi, programma triennale dei lavori pubblici e relativi aggiornamenti annuali	Tempestivo	SOC Pianificazione Investimenti e Area Tecnica - SOC Supporto Amministrativo al Funzionamento dell'Ospedale	Giovanni Grazi - Laura Belmonte
			Per ciascuna procedura:				

ALLEGATO 4) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Struttura-Ufficio di controllo	Dirigente - Responsabile individuato. (Competenti per l'elaborazione e la pubblicazione del dato)	
Bandi di gara e contratti	Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Atti relativi alle procedure per l'affidamento di appalti pubblici di servizi, forniture, lavori e opere, di concorsi pubblici di progettazione, di concorsi di idee e di concessioni. Compresi quelli tra enti nell'ambito del settore pubblico di cui all'art. 5 del dlgs n. 50/2016	Avvisi di preinformazione - Avvisi di preinformazione (art. 70, c. 1, 2 e 3, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi di preinformazioni (art. 141, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo	SOC Pianificazione Investimenti e Area Tecnica - SOC Supporto Amministrativo al Funzionamento dell'Ospedale	Giovanni Grazi - Laura Belmonte	
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Delibera a contrarre o atto equivalente (per tutte le procedure)	Tempestivo	SOC Pianificazione Investimenti e Area Tecnica - SOC Supporto Amministrativo al Funzionamento dell'Ospedale	Giovanni Grazi - Laura Belmonte	
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Avvisi e bandi - Avviso (art. 19, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso di indagini di mercato (art. 36, c. 7, dlgs n. 50/2016 e Linee guida ANAC); Avviso di formazione elenco operatori economici e pubblicazione elenco (art. 36, c. 7, dlgs n. 50/2016 e Linee guida ANAC); Bandi ed avvisi (art. 36, c. 9, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi (art. 73, c. 1, e 4, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi (art. 127, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso periodico indicativo (art. 127, c. 2, dlgs n. 50/2016); Avviso relativo all'esito della procedura; Pubblicazione a livello nazionale di bandi e avvisi; Bando di concorso (art. 153, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso di aggiudicazione (art. 153, c. 2, dlgs n. 50/2016); Bando di concessione, invito a presentare offerta, documenti di gara (art. 171, c. 1 e 5, dlgs n. 50/2016); Avviso in merito alla modifica dell'ordine di importanza dei criteri, Bando di concessione (art. 173, c. 3, dlgs n. 50/2016); Bando di gara (art. 183, c. 2, dlgs n. 50/2016); Avviso costituzione del privilegio (art. 186, c. 3, dlgs n. 50/2016); Bando di gara (art. 188, c. 3, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo	SOC Pianificazione Investimenti e Area Tecnica - SOC Supporto Amministrativo al Funzionamento dell'Ospedale	Giovanni Grazi - Laura Belmonte	E' stato già avviato il percorso di aggiornamento suggerito da ANAC per la ristrutturazione della sezione "Bandi di gara e contratti" di cui all'Allegato 9. La nuova sezione verrà implementata con le pubblicazioni a partire dal 2023. Rimane comunque disponibile in "Amministrazione Trasparente" quanto già pubblicato finora nella vecchia modalità.
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Avviso sui risultati della procedura di affidamento - Avviso sui risultati della procedura di affidamento con indicazione dei soggetti invitati (art. 36, c. 2, dlgs n. 50/2016); Bando di concorso e avviso sui risultati del concorso (art. 141, dlgs n. 50/2016); Avvisi relativi l'esito della procedura, possono essere raggruppati su base trimestrale (art. 142, c. 3, dlgs n. 50/2016); Elenchi dei verbali delle commissioni di gara	Tempestivo	SOC Pianificazione Investimenti e Area Tecnica - SOC Supporto Amministrativo al Funzionamento dell'Ospedale	Giovanni Grazi - Laura Belmonte	
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Avvisi sistema di qualificazione - Avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione, di cui all'Allegato XIV, parte II, lettera H; Bandi, avviso periodico indicativo; avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione; Avviso di aggiudicazione (art. 140, c. 1, 3 e 4, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo	SOC Pianificazione Investimenti e Area Tecnica - SOC Supporto Amministrativo al Funzionamento dell'Ospedale	Giovanni Grazi - Laura Belmonte	
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Affidamenti 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, dlgs n. 50/2016); tutti gli atti connessi agli affidamenti in house in formato open data di appalti pubblici e contratti di concessione tra enti (art. 192 c. 3, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo	SOC Pianificazione Investimenti e Area Tecnica - SOC Supporto Amministrativo al Funzionamento dell'Ospedale	Giovanni Grazi - Laura Belmonte	
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Informazioni ulteriori - Contributi e resoconti degli incontri con portatori di interessi unitamente ai progetti di fattibilità di grandi opere e ai documenti predisposti dalla stazione appaltante (art. 22, c. 1, dlgs n. 50/2016); Informazioni ulteriori, complementari o aggiuntive rispetto a quelle previste dal Codice; Elenco ufficiali operatori economici (art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo	SOC Pianificazione Investimenti e Area Tecnica - SOC Supporto Amministrativo al Funzionamento dell'Ospedale	Giovanni Grazi - Laura Belmonte	

ALLEGATO 4) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Struttura-Ufficio di controllo	Dirigente - Responsabile individuato. (Competenti per l'elaborazione e la pubblicazione del dato)
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Provvedimento che determina le esclusioni dalla procedura di affidamento e le ammissioni all'esito delle valutazioni dei requisiti soggettivi, economico-finanziari e tecnico-professionali.	Provvedimenti di esclusione e di ammissione (entro 2 giorni dalla loro adozione)	Tempestivo	SOC Pianificazione Investimenti e Area Tecnica - SOC Supporto Amministrativo al Funzionamento dell'Ospedale	Giovanni Grazi - Laura Belmonte
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti.	Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti.	Tempestivo	SOC Pianificazione Investimenti e Area Tecnica - SOC Supporto Amministrativo al Funzionamento dell'Ospedale	Giovanni Grazi - Laura Belmonte
		Art. 1, co. 505, l. 208/2015 disposizione speciale rispetto all'art. 21 del d.lgs. 50/2016	Contratti	Testo integrale di tutti i contratti di acquisto di beni e di servizi di importo unitario stimato superiore a 1 milione di euro in esecuzione del programma biennale e suoi aggiornamenti	Tempestivo	SOC Pianificazione Investimenti e Area Tecnica - SOC Supporto Amministrativo al Funzionamento dell'Ospedale	Giovanni Grazi - Laura Belmonte
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	Tempestivo	SOC Pianificazione Investimenti e Area Tecnica - SOC Supporto Amministrativo al Funzionamento dell'Ospedale	Giovanni Grazi - Laura Belmonte
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Criteria e modalità	Art. 26, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Criteria 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)	SOC Centro Salute Globale	Maria Josè Pinilla
	Atti di concessione	Art. 26, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Atti di concessione (da pubblicare in tabelle creando un collegamento con la pagina nella quale sono riportati i dati dei relativi provvedimenti finali) (NB: è fatto divieto di diffusione di dati da cui sia possibile ricavare informazioni relative allo stato di salute e alla situazione di disagio economico-sociale degli interessati, come previsto dall'art. 26, c. 4, del d.lgs. n. 33/2013)	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)	SOC Centro Salute Globale	Maria Josè Pinilla
				Per ciascun atto:			
		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)	SOC Centro Salute Globale	Maria Josè Pinilla
		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)	SOC Centro Salute Globale	Maria Josè Pinilla
		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)	SOC Centro Salute Globale	Maria Josè Pinilla
		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)	SOC Centro Salute Globale	Maria Josè Pinilla
		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)	SOC Centro Salute Globale	Maria Josè Pinilla
		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)	SOC Centro Salute Globale	Maria Josè Pinilla
		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)	SOC Centro Salute Globale	Maria Josè Pinilla
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)	SOC Centro Salute Globale	Maria Josè Pinilla			
	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)	SOC Gestione Economico-Finanziaria e Controllo di Gestione	Francesco Taiti	

ALLEGATO 4) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Struttura-Ufficio di controllo	Dirigente - Responsabile individuato. (Competenti per l'elaborazione e la pubblicazione del dato)
Bilanci	Bilancio preventivo e consuntivo	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)	SOC Gestione Economico-Finanziaria e Controllo di Gestione	Francesco Taiti
		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)	SOC Gestione Economico-Finanziaria e Controllo di Gestione	Francesco Taiti
		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)	SOC Gestione Economico-Finanziaria e Controllo di Gestione	Francesco Taiti
	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	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)	SOC Gestione Economico-Finanziaria e Controllo di Gestione	Francesco Taiti
Beni immobili e gestione patrimonio	Patrimonio immobiliare	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)	SOC Pianificazione Investimenti e Area Tecnica - SOC Supporto Amministrativo al Funzionamento dell'Ospedale	Giovanni Grazi - Laura Belmonte
	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)	SOC Pianificazione Investimenti e Area Tecnica - SOC Supporto Amministrativo al Funzionamento dell'Ospedale	Giovanni Grazi - Laura Belmonte
Controlli e rilievi sull'amministrazione	Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	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.A.C.	RPCT	Gianfranco Spagnolo
				Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	SOS Politiche e Sviluppo delle Risorse Umane	Donatella Accolla
				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	SOS Politiche e Sviluppo delle Risorse Umane	Donatella Accolla
				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)	SOS Politiche e Sviluppo delle Risorse Umane	Donatella Accolla
	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)	SOC Affari Generali e Sviluppo - SOC Gestione Economico-Finanziaria e Controllo di Gestione	Mariangela Ferrigno - Francesco Taiti
Corte dei conti		Rilievi Corte dei conti	Tutti i rilievi della Corte dei conti ancorché non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SOC Gestione Economico-Finanziaria e Controllo di Gestione	Francesco Taiti	
	Carta dei servizi e standard di qualità	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)	SOC Organizzazione dei processi di partecipazione, comunicazione ed umanizzazione delle cure	Daniela Elettra Papini
	Class action	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	Casistica attualmente non presente in azienda.	
		Art. 4, c. 2, d.lgs. n. 198/2009		Sentenza di definizione del giudizio	Tempestivo		

ALLEGATO 4) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Struttura-Ufficio di controllo	Dirigente - Responsabile individuato. (Competenti per l'elaborazione e la pubblicazione del dato)
Servizi erogati		Art. 4, c. 6, d.lgs. n. 198/2009		Misure adottate in ottemperanza alla sentenza	Tempestivo		
	Costi contabilizzati	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)	SOC Gestione Economico-Finanziaria e Controllo di Gestione	Francesco Taiti
	Liste di attesa	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)	SOS Bed Management e Flussi dei Pazienti	Simona Vergna
	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 resi all'utente, anche in termini di fruibilità, accessibilità e tempestività, statistiche di utilizzo dei servizi in rete.	Tempestivo	SOC Organizzazione dei processi di partecipazione, comunicazione ed umanizzazione delle cure	Daniela Elettra Papini
	Dati sui pagamenti	Art. 4-bis, c. 2, d.lgs n. 33/2013	Dati sui pagamenti pubblicare in tabelle)	(da 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)	SOC Gestione Economico-Finanziaria e Controllo di Gestione	Francesco Taiti
	Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale	Art. 41, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Dati sui pagamenti in forma sintetica e aggregata (da pubblicare in tabelle)	Dati relativi a tutte le spese e a tutti i pagamenti effettuati, distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	SOC Gestione Economico Finanziario e Controllo di Gestione	Francesco Taiti
	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)	SOC Gestione Economico Finanziario e Controllo di Gestione	Francesco Taiti
				Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	Trimestrale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	SOC Gestione Economico Finanziario e Controllo di Gestione	Francesco Taiti
			Ammontare complessivo dei debiti	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	SOC Gestione Economico Finanziario e Controllo di Gestione	Francesco Taiti	
IBAN e pagamenti informatici	Art. 36, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005	IBAN e pagamenti informatici	Nelle richieste di pagamento: i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SOC Gestione Economico Finanziario e Controllo di Gestione	Francesco Taiti	
Opere pubbliche	Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici	Art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici (art. 1, l. n. 144/1999)	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici, incluse le funzioni e i compiti specifici ad essi attribuiti, le procedure e i criteri di individuazione dei componenti e i loro nominativi (obbligo previsto per le amministrazioni centrali e regionali)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SOC Pianificazione Investimenti e Area Tecnica	Giovanni Grazi
	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 (<i>link</i> 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)	SOC Pianificazione Investimenti e Area Tecnica	Giovanni Grazi

ALLEGATO 4) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Struttura-Ufficio di controllo	Dirigente - Responsabile individuato. (Competenti per l'elaborazione e la pubblicazione del dato)
	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)	SOC Pianificazione Investimenti e Area Tecnica	Giovanni Grazi
		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 l'Autorità nazionale anticorruzione)	Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	SOC Pianificazione Investimenti e Area Tecnica	Giovanni Grazi
Pianificazione e governo del territorio		Art. 39, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Pianificazione e governo del territorio (da pubblicare in tabelle)	Atti di governo del territorio quali, tra gli altri, piani territoriali, piani di coordinamento, piani paesistici, strumenti urbanistici, generali e di attuazione, nonché le loro varianti	Tempestivo (art. 39, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Sezione non di competenza delle aziende ospedaliere.	
		Art. 39, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Documentazione relativa a ciascun procedimento di presentazione e approvazione delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in variante allo strumento urbanistico generale comunque denominato vigente nonché delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in attuazione dello strumento urbanistico generale vigente che comportino premialità edificatorie a fronte dell'impegno dei privati alla realizzazione di opere di urbanizzazione extra oneri o della cessione di aree o volumetrie per finalità di pubblico interesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
Informazioni ambientali		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)	Per le informazioni ambientali si rimanda all'Agenzia Regionale per la Protezione Ambientale della Toscana ARPAT	
			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		Art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013	Strutture sanitarie private accreditate	Elenco delle strutture sanitarie private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)	La casistica non è applicabile all'azienda A.O.U. Meyer.	
			(da pubblicare in tabelle)	Accordi interscisi con le strutture private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 42, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Interventi straordinari e di emergenza	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)	SOC Affari Generali e Sviluppo	Ferrigno Mariangela

ALLEGATO 4) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Struttura-Ufficio di controllo	Dirigente - Responsabile individuato. (Competenti per l'elaborazione e la pubblicazione del dato)
Interventi straordinari e di emergenza		Art. 42, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Interventi straordinari e di emergenza (da pubblicare in tabelle)	Termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SOC Affari Generali e Sviluppo	Ferrigno Mariangela
		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)	SOC Affari Generali e Sviluppo	Ferrigno Mariangela
Altri contenuti	Prevenzione della Corruzione	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	RPCT	Gianfranco Spagnolo
		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	RPCT	Gianfranco Spagnolo
			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	RPCT	Gianfranco Spagnolo
		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)	RPCT	Gianfranco Spagnolo
		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	RPCT	Gianfranco Spagnolo
		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	RPCT	Gianfranco Spagnolo
Altri contenuti	Accesso civico	Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 2, c. 9-bis, l. 241/90	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	SOC Affari Generali e Sviluppo / RPCT	Ferrigno Mariangela - Gianfranco Spagnolo
		Art. 5, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Accesso civico "generalizzato" concernente dati e documenti ulteriori	Nomi Uffici competenti cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	SOC Affari Generali e Sviluppo / RPCT	Ferrigno Mariangela - Gianfranco Spagnolo
		Linee guida Anac FOIA (del. 1309/2016)	Registro degli accessi	Elenco delle richieste di accesso (atti, civico e generalizzato) con indicazione dell'oggetto e della data della richiesta nonché del relativo esito con la data della decisione	Semestrale	SOC Affari Generali e Sviluppo / RPCT	Ferrigno Mariangela - Gianfranco Spagnolo
Altri contenuti	Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati	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	SOC Organizzazione dei processi di partecipazione, comunicazione ed umanizzazione delle cure - Ufficio Smart Technology	Daniela Elettra Papini - Marco Curradi
		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	SOC Organizzazione dei processi di partecipazione, comunicazione ed umanizzazione delle cure - Ufficio Smart Technology	Daniela Elettra Papini - Marco Curradi
		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)	SOC Organizzazione dei processi di partecipazione, comunicazione ed umanizzazione delle cure - Ufficio Smart Technology	Daniela Elettra Papini - Marco Curradi

ALLEGATO 4) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Struttura-Ufficio di controllo	Dirigente - Responsabile individuato. (Competenti per l'elaborazione e la pubblicazione del dato)
Altri contenuti	Dati ulteriori	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		TUTTI I DIRIGENTI RESPONSABILI - ciascuno per le materie di propria competenza.	Direzione - Carla Bini - Ferrigno Mariangela - Belmonte Laura- Giovanni Grazi - Salvatore Iannucci- Daniela Papini - Francesco Taiti - Giulia Bazzani