



**PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA’
E ORGANIZZAZIONE (PIAO)**

2026 - 2028

INDICE

1. <i>PREMESSA GENERALE</i>	pag. 4
2. <i>SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE</i>	pag. 9
<i>2.1 Da dove veniamo</i>	
<i>2.2 Chi siamo</i>	
2.2.1 <i>Mission</i>	
2.2.2 <i>Vision</i>	
2.2.3 <i>Assistenza</i>	
2.2.4 <i>Ricerca e Innovazione</i>	
2.2.5 <i>Didattica e Formazione</i>	
<i>2.3 L'Azienda in cifre</i>	
3. <i>VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE</i>	pag. 20
<i>3.1 Quale valore pubblico</i>	
<i>3.2 Performance</i>	
<i>3.3 Rischi corruttivi e trasparenza</i>	
3.3.1 <i>Premessa</i>	
3.3.2 <i>Definizione di corruzione</i>	
3.3.3 <i>Contesto esterno</i>	
3.3.4 <i>Contesto interno</i>	
3.3.5 <i>Soggetti coinvolti nel sistema di prevenzione della corruzione aziendale</i>	
3.3.6 <i>Procedimento di formazione, predisposizione e adozione della Sottosezione</i>	
3.3.7 <i>Collegamento tra sistema di prevenzione e PNRR</i>	
3.3.8 <i>Obiettivi strategici specifici della prevenzione della corruzione e trasparenza</i>	
3.3.9 <i>Gestione del rischio corruzione e mappatura dei processi</i>	
3.3.10 <i>Programmazione dell'attuazione della trasparenza</i>	
3.3.11 <i>Monitoraggio, Relazione del Responsabile della prevenzione e note finali</i>	
4. <i>ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO</i>	pag. 67
<i>4.1 Modello organizzativo dell'A.O.U. Meyer IRCCS</i>	
<i>4.2 Strumenti organizzativi</i>	
<i>4.3 Organigramma</i>	
<i>4.4 Piano dei fabbisogni del personale</i>	
<i>4.5 Organizzazione del lavoro agile</i>	
4.5.1 <i>Dalla fase emergenziale alla fase strutturale</i>	
4.5.2 <i>Principali riferimenti normativi</i>	
4.5.3 <i>Modalità attuative: le condizionalità e i fattori abilitanti</i>	
4.5.4 <i>Individuazione preliminare delle attività "smartabili"</i>	

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 delle performance

4.6 La formazione come valore pubblico tra eccellenza e innovazione

4.6.1 Il nuovo ecosistema formativo tra ECM, CCNL e Direttive DFP

4.6.2 Le aree di competenza del Piano di formazione 2026

4.6.3 Le linee di indirizzo regionali per la costruzione del PAF 2026

4.6.4 Obiettivi strategici aziendali e strumenti per la trasparenza, parità di accesso e promozione dell'offerta formativa

4.6.5 Obiettivo aziendale: innovazione organizzativa, tecnologica e ricerca

4.6.6 Obiettivo aziendale: qualità, sicurezza e umanizzazione delle cure

4.6.7 Rete pediatrica regionale, la continuità assistenziale, il rapporto ospedale-territorio

4.6.8 Progetti formativi

4.6.9 L'analisi dei fabbisogni

4.6.10 Gli Animatori di Formazione

4.6.11 Il gestionale della formazione: WHR-Time

4.6.12 Dall'albo docenti dell'IRCCS Meyer all'elenco regionale formatori

4.6.13 Strumenti per la diffusione dell'offerta formativa

4.6.14 Strumenti e spazi per l'erogazione della formazione

5. MONITORAGGIO

pag. 112

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 - 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.

Si ricorda, come peraltro già specificato nei precedenti PIAO 2023 – 2025 e 2024-2026, che l'A.O.U. Meyer IRCCS è coinvolta in un processo di riorganizzazione fortemente impattante, conseguente al 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 con l'emanazione del decreto del Ministero della Salute in data 02 agosto 2022 che ha ufficialmente riconosciuto il carattere scientifico dell'Azienda Ospedaliera 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.

Nel precedente PIAO si prevedeva che nel corso del 2023 l'attività della Direzione Aziendale dell'A.O.U. Meyer IRCCS fosse 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.

Nel luglio 2023 si è concluso il percorso legislativo regionale di adeguamento della normativa regionale di riferimento (L.R. 20/07/2023 n. 29 di aggiornamento della L.R. 16/03/2023 n. 12) che ha introdotto nel sistema le norme in materia di istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici; nello specifico, oltre a recepire le previsioni normative nazionali in materia di organizzazione degli IRCCS pubblici, le disposizioni confermano che essi sono parte integrante del servizio sanitario regionale nel cui ambito svolgono funzioni di alta qualificazione relativamente alle attività assistenziali, di ricerca e di formazione, partecipando altresì al sistema della ricerca nazionale ed internazionale. L'art. 13 della citata Legge regionale prevede disposizioni transitorie per il passaggio del Meyer da Azienda Ospedaliero-Universitaria ad Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer IRCCS. Le modifiche apportate alla normativa regionale di riferimento ha consentito il concreto avvio del percorso di attuazione del nuovo assetto organizzativo dell'A.O.U. Meyer IRCCS formalizzato con deliberazione n. 653 del 14/12/2023 avente ad oggetto l'approvazione della proposta Regolamento di organizzazione e funzionamento, che andrà a sostituire lo Statuto Aziendale in vigore dal febbraio 2021. L'iter di adozione del citato Regolamento si è concluso con la Delibera DG AOU Meyer IRCCS n. 286 del 09/05/2024 avente ad oggetto "Adozione del regolamento di organizzazione e funzionamento dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer I.R.C.C.S. ai sensi dell'art. 50 novies della l.r.t. n. 40/2005 e s.m.i. a seguito pareri favorevoli di Giunta Regionale e Ministero della Salute".

A seguito di tale deliberazione, con delibera del DG AOU Meyer IRCCS n. 296 del 10/05/2024 è stato approvato l'organigramma aziendale e sono stati affidati gli incarichi correlati. Oltre a tale deliberazione è stato approvato una revisione dell'organigramma aziendale con delibera DG AOU Meyer IRCCS n. 666 del 14/11/2025.

Altro passaggio cruciale per garantire la sussistenza dei principi generali e delle regole normativamente previste e caratterizzanti un IRCCS, è costituito dall'ampliamento della governance aziendale con due ulteriori organi, ossia il Comitato di valutazione ed indirizzo (individuato con Deliberazione DG AOU Meyer IRCCS n. 566 del 14/10/2024) ed il Responsabile Scientifico (conferimento di incarico temporaneo come da Deliberazione DG AOU Meyer n. 344 del 05/06/2024).

Si rende inoltre necessario conformare alla nuova natura giuridica dell'Azienda secondo la disciplina degli IRCCS pubblici, gli accordi con l'Università attuativi del Protocollo d'intesa sottoscritto dalla Regione Toscana e le Università di Firenze, Pisa e Siena nella stesura aggiornata con DGRT n. 2102 del 30/10/2017, dando al contempo atto delle esperienze in corso e degli strutturati ed esistenti rapporti di collaborazione al fine di ulteriormente valorizzarli verso le rispettive mission: assistenziali e di ricerca

per l'IRCCS, di formazione, ricerca, assistenza e terza missione per l'Università, mettendo a fattore comune la propensione all'innovazione ed al trasferimento tecnologico propria di ambedue le parti.

Con Deliberazione DG AOU Meyer IRCCS n. 221 del 29/03/2024, è stato approvato l'accordo quadro per l'istituzione presso l'IRCCS una *"Piattaforma congiunta integrata di ricerca e di ricerca traslazionale IRCCS – Università"* finalizzata a facilitare la collaborazione tra Università ed IRCCS in programmi congiunti di ricerca, rafforzando il coordinamento delle reciproche attività di ricerca, integrando competenze e risorse umane, sia in coerenza con la programmazione dell'IRCCS approvata dal Ministero della Salute, sia nel rispetto delle programmazioni di ricerca dell'Università. Lo specifico accordo è stato stipulato in data 14 maggio 2024 con l'Università degli Studi di Firenze e vede le parti impegnate:

- a) ad integrare competenze, tecnologie e risorse umane nell'ambito degli obiettivi prioritari del Piano Sanitario Nazionale, del Piano Nazionale della Ricerca, del Piano nazionale della Ricerca Sanitaria, nel rispetto dell'area di riconoscimento dell'IRCCS e delle relative linee di ricerca, rafforzando il coordinamento delle reciproche attività di ricerca;
- b) a sviluppare laboratori e facilities condivise;
- c) a svolgere attività di comune interesse, finalizzate a favorire l'interazione fra le parti per il conseguimento di una migliore qualità nell'attività di ricerca biomedica, traslazionale e clinica;
- d) ad attivare forme di collaborazione con lo scopo di promuovere ed implementare l'approccio traslazionale alla ricerca scientifica sperimentale, clinica e applicata ai percorsi formativi di competenza dell'Università.

Inoltre sono state attivate le procedure per la selezione del personale della "piramide della ricerca" (ricercatori sanitari e collaboratori professionali della ricerca sanitaria) a seguito del contributo ricevuto dal Ministero della Salute nel novembre 2023.

Per quanto attiene alla formalizzazione e approvazione di un Piano aggiornato del fabbisogno del personale, si segnala che è in corso di deliberazione il nuovo Piano dei Fabbisogni di personale 2026-2028 specifico per la nostra Azienda a seguito dell'adozione della DGRT n. 49 del 26/01/2026.

Conseguentemente al quadro sopra descritto, questa Azienda ha ritenuto di adottare il PIAO aziendale alla data odierna offrendo una propria rappresentazione 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.

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 completezza, 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.

2. SCHEDA 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. È l'ospedale pediatrico che il commendatore Giovanni Meyer dedica alla moglie Anna Meyer precocemente deceduta, donandolo poi alla città.

È 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 Ospedaliera Universitaria Meyer IRCCS (IRCCS Meyer) è dotata di personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale, organizzativa e contabile.

L'A.O.U. Meyer IRCCS 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. Nel mese di marzo 2025 è programmata 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 1.370 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 sue finalità istituzionali, come già espresse al precedente Art. 1, sono la cura e il benessere dei bambini, un'assistenza clinica integrata con la ricerca scientifica, la didattica, nonché l'erogazione delle attività formative necessarie al trasferimento delle competenze pediatriche a studenti, medici in formazione specialistica e operatori pediatrici in una logica di integrazione con l'Università degli Studi di Firenze.

La mission aziendale - 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 - si è ampliata nel 2022 con il formale riconoscimento quale Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) pubblico da parte del Ministero della Salute.

È questo il nucleo essenziale e il significato profondo della mission aziendale che dà senso e motivazione a un team di professionisti e operatori orientato ad agire in maniera integrata e multidisciplinare volto a conseguire risultati clinici efficaci e un'esperienza positiva sia per i piccoli pazienti e le loro famiglie che per i professionisti stessi, anche grazie all'avanzamento delle frontiere della pediatria permesso dalle attività di ricerca e innovazione.

Una mission che punta sul rigore scientifico della ricerca e della cura, unitamente al valore delle relazioni umane ed esprime amorosa sollecitudine e senso del bene comune.

Un bene comune alimentato dalla collaborazione delle Associazioni di Volontariato e delle Associazioni dei Genitori che, insieme al ruolo speciale della Fondazione dell'Ospedale Pediatrico Anna Meyer Onlus, costituiscono un presidio fondamentale di accoglienza e ospitalità per i bambini e le loro famiglie.

L'IRCCS Meyer, 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 e le malattie rare.

Mission

Soddisfare i bisogni e le aspettative di salute dei cittadini minori e delle loro famiglie gestendo in modo efficiente ed efficace le risorse disponibili, attraverso l'investimento continuo e rigoroso sulla ricerca scientifica in campo pediatrico, mediante servizi sanitari di qualità e contribuendo alla realizzazione di un progetto sociale di salute globale e sostenibile.

Formare nuove generazioni di operatori ai bisogni di salute dei minori e delle loro famiglie.

2.2.2 *Vision*

La vision che l'IRCCS Meyer promuove e si impegna a perseguire, si aggancia e trae alimento da ciò che è stata la storia e il continuo divenire dell'Ospedale, dalla sua fondazione ad oggi.

Il ritorno alle radici, il "back to the roots" è funzionale al recupero e al rilancio di una propensione al futuro necessaria e assimilabile a un organismo vivente che cresce in altezza ed estensione, che accoglie le innovazioni da un lato e richiede manutenzione dall'altro.

Una vision che opera per ottenere risultati positivi nel breve periodo ma non rinuncia alla progettazione strategica per raggiungere risultati di eccellenza clinica, organizzativa, di ricerca e di didattica nel medio e lungo andare.

Una vision che ha il suo fondamento nelle persone che lavorano nell'Ospedale e che si sostanzia in un patto forte per esprimere condivisione sugli indirizzi e sui cambiamenti per gli anni a venire.

Una vision ancorata alla nostra mission mirata a offrire le cure migliori possibili ai piccoli pazienti e sostegno alle famiglie contando sulla collaborazione del mondo del volontariato da sempre presente nell'Ospedale che confluisce e arricchisce la dimensione di "comunità".

L'IRCCS Meyer s'impegna a rafforzare il lavoro di cura come paradigma medico-terapeutico, inteso nella sua dimensione "salutogenica", come fattore protettivo e 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 ricerca ed alla didattica, attività fondamentali e distintive dell'Azienda, che affiancano l'assistenza in maniera sinergica e richiedono attenzioni specifiche.

Frutto di un imprinting del management aziendale, la vision si armonizza con il sentire aziendale attraverso iniziative di ascolto che rendono possibile il formarsi di significati condivisi e di un modello di governance riconosciuta.

La vision è indissolubilmente agganciata alla sostenibilità di ruolo, funzioni e posizionamento di struttura pediatrica pubblica che opera, con logica di rete, nella cornice del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale. Ciò impone di utilizzare le risorse in maniera rigorosa per continuare a offrire cure di qualità e di potenziare un'offerta attiva per le famiglie attraverso iniziative e occasioni volte a promuovere la salute dei nostri piccoli pazienti.

Un'organizzazione che si fa carico dei bisogni, che propone e pratica soluzioni, che si responsabilizza complessivamente e agisce quindi con un ruolo da protagonista sul piano nazionale e internazionale e che sviluppa il capitale sociale attraverso il lavoro di connessione e rete.

In tale senso l'IRCCS Meyer realizza sinergie e collaborazioni in ambito clinico e di ricerca con Ospedali ed Istituzioni caratterizzati da una specificità pediatrica sia nazionali che internazionali, attivamente impegnandosi alla creazione di reti che potenzino le competenze professionali per una ricerca translazionale e per innovativi piani terapeutici.

Pur nella doverosa distinzione di ruoli, la Fondazione Meyer si pone come alleato fondamentale e sinergico per sviluppare le attività di accoglienza, per sostenere i progetti di ricerca scientifica e accompagnare la crescita complessiva dell'Ospedale.

Vision

Sviluppare integrazioni ed alleanze sia all'interno dell'organizzazione sia all'esterno, nelle dimensioni regionale, nazionale ed internazionale, per arricchire il capitale umano e professionale al fine di promuovere la ricerca e di migliorare tempestivamente l'offerta dei servizi per la salute, in un'ottica di tensione continua al miglioramento dei prodotti e dei risultati.

2.2.3 Assistenza

L'organizzazione dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer IRCCS è volta a garantire alti livelli qualitativi dell'assistenza ai pazienti in età pediatrica e alle loro famiglie.

L'IRCCS Meyer, per il conseguimento delle proprie finalità assistenziali, opera in base a piani, programmi e progetti, generali o parziali, annuali o pluriennali, volti a conseguire il costante miglioramento delle prestazioni e si organizza con metodi di funzionamento basati sul confronto permanente tra i risultati conseguiti e quelli programmati, al fine di pervenire ad un utilizzo ottimale delle risorse umane e materiali disponibili.

Cure tempestive, efficaci, sicure, sostenibili e accessibili sono assicurate grazie alla presenza di ottime competenze professionali, supportate da una continua innovazione tecnologica e organizzativa e sostenute da percorsi formativi di alto livello e dal continuo e strutturato confronto della pratica clinica con le migliori evidenze scientifiche, volto al conseguimento dell'eccellenza.

L'IRCCS Meyer persegue sempre l'obiettivo della totale presa in carico del minore e della sua famiglia, in tutte le fasi dalla prima diagnosi, alla cura, alla riabilitazione, nella gestione della cronicità e del fine vita. Il supporto psicologico è presente in tutte le fasi.

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, e tramite il lavoro in equipe multiprofessionali 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 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.

L'impegno nella ricerca tecnologica e nell'adozione di modelli organizzativi innovativi rappresenta la vocazione al miglioramento continuo per il perseguimento dell'eccellenza.

2.2.4 Ricerca e Innovazione

Il Meyer, per la sua vocazione nonché per la sua natura di Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), riconosce il valore strategico delle attività di ricerca, innovazione, formazione e la loro traduzione nella pratica clinica inscindibili dai compiti di assistenza, che costituiscono condizione essenziale per il compimento della propria missione anche nella logica di integrazione con l'Università degli Studi di Firenze. Dall'attività clinica e l'elaborazione di dati, la ricerca trae le informazioni e l'ispirazione per lo sviluppo di progetti, trials e studi funzionali di laboratorio al fine di restituire alla pratica clinica risultati per diagnosi e cure migliori.

L'obiettivo primario dell'attività scientifica dell'Azienda è quello di generare nuove conoscenze, promuovere l'innovazione e contribuire al progresso della pediatria, nel rispetto dei principi etici, nonché degli standard e migliori pratiche a livello nazionale e internazionale.

L'IRCCS Meyer, in tal senso, riconosce l'importanza strategica dello sviluppo delle applicazioni di tecnologia a base di Intelligenza Artificiale (AI) alle pratiche clinico- sanitarie.

L'IRCCS Meyer si adopera per sostenere le pratiche di trasferimento tecnologico, riconosce il valore della tutela della proprietà intellettuale dei risultati delle attività di ricerca e promuove, inoltre l'attivazione di forme di collaborazione con soggetti pubblici e privati che creino opportunità di fattiva relazione con settori produttivi e di mercato, al fine di favorire lo svolgimento delle attività di ricerca, innovazione e trasferimento tecnologico

L'IRCCS Meyer promuove ogni sforzo affinché le potenzialità del sistema di ricerca e innovazione possano essere realizzate appieno nell'ambito della propria organizzazione, stimolando la ricerca,

accogliendo in modo tempestivo, efficace e compatibile le innovazioni e contribuendo, laddove possibile, a orientarne le applicazioni verso i bisogni assistenziali prioritari in un'ottica di sostenibilità del sistema sanitario stesso.

L'IRCCS Meyer in conformità alla normativa vigente in materia di ricerca, si adopera per salvaguardare la sicurezza, anche in riferimento alla protezione delle informazioni personali il benessere dei partecipanti durante lo svolgimento delle attività di ricerca. L'IRCCS è dotato di specifiche articolazioni organizzative volte a promuovere e facilitare la ricerca di qualità, a garantirne la conformità alle norme etiche e legali, a favorire la collaborazione tra i ricercatori e a costruire relazioni con istituzioni nazionali ed estere attive nella ricerca specialistica e di alto valore in pediatria.

Promuove la formazione continua dei ricercatori e favorisce la collaborazione e lo scambio di conoscenze tra i ricercatori interni ed esterni.

L'IRCCS Meyer si impegna a fornire risorse e infrastrutture adeguate a sostenere la ricerca, compresi spazi di laboratorio, apparecchiature scientifiche, personale di supporto e finanziamenti.

Le attività di ricerca e di innovazione potranno altresì essere sviluppate in complessi organizzati specificamente dedicati, realizzati dall'IRCCS Meyer e dotati di avanzate infrastrutture tecnologiche, gestite anche attraverso strumenti organizzativi dedicati.

L'Azienda promuove la divulgazione responsabile e trasparente dei risultati della ricerca, , incentivando attività di dissemination, attraverso conferenze e altri mezzi di comunicazione, al fine condividere le scoperte con la comunità scientifica.

Le attività di ricerca dell'IRCCS Meyer rientrano nell'area tematica principale della “Pediatria” e si affiancano alle attività assistenziali, rivolte ai pazienti pediatrici sino al raggiungimento della loro maggiore età nel rispetto, comunque, del principio della continuità assistenziale.

Le linee di ricerca dell'IRCCS Meyer riconosciute per il triennio 2025-2027 sono le seguenti:

1. Pediatria internistica e dell'emergenza
2. Neuroscienze e genetica umana
3. Chirurgia – oncoematologia pediatrica

Le linee di ricerca rappresentano il principale strumento di programmazione con l'obiettivo di governare lo sviluppo di vecchie e nuove progettualità facendole convergere in queste tre tematiche portanti che rispondono alla programmazione triennale degli IRCCS approvata dal Ministero della Salute e recepita dall'IRCCS Meyer con Delibera del Direttore Generale n. 43 del 30/01/2025.

2.2.5 Didattica e Formazione

- Le risorse umane costituiscono il più importante patrimonio dell'IRCCS Meyer 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 (persone, 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 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'AOU Meyer IRCCS 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 se 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 aziendale, anzi deve diventare uno strumento imprescindibile attraverso il quale esse si realizzano.
- L'IRCCS Meyer garantisce lo svolgimento delle attività formative programmate dalla Scuola di Scienze della Salute Umana dell'Università degli Studi di Firenze. Pur nella specificità dei ruoli, dei contenuti disciplinari e dei destinatari, l'IRCCS Meyer e l'Università, di concerto tra loro, definiscono il proprio piano annuale di formazione e di didattica in modo integrato, secondo quanto condiviso e sottoscritto con atto convenzionale, e condiviso anche con altre sedi di formazione pediatriche regionali, nazionali ed internazionali con i seguenti comuni obiettivi:
 - centralità del paziente nella cura;
 - programmazione didattica e piani formativi;
 - partecipazione dell'Università all'attività assistenziale;
 - 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 caregivers;
 - aggiornamento e consolidamento in termini culturali della collaborazione interprofessionale e multidisciplinare.

2.3 L'Azienda in cifre

L'attività caratteristica dell'AOU Meyer si può affermare che sia tornata ai livelli pre pandemici per quanto riguarda l'attività di ricovero ordinario e diurno, e ne è dimostrazione l'ammontare dei ricavi della produzione 2024 che è ulteriormente incrementata rispetto al 2023 che aveva già superato la valorizzazione dell'anno 2019 (ad invarianza tariffaria), mentre per l'esercizio 2025 assistiamo ad una notevole riduzione dell'attività di specialistica ambulatoriale sia in termini quantitativi sia economici per effetto dell'applicazione del nuovo nomenclatore regionale in vigore dal 15/11/2024.

Per quanto attiene alla linea produttiva ricovero ordinario si assiste ad un incremento rispetto all'anno 2024 (+ 134 dimessi) e sotto di 193 rispetto all'anno 2019, con una diminuzione della complessità della casistica dimessa di 0,06 punti DRG rispetto all'anno 2024 (con pesatura regionale, mentre la pesatura da DM 2008 vede un decremento di 0,04 punti DRG) pur attestandosi a -0,10 punti DRG rispetto all'anno 2019 (e -0,08 rispetto al peso ministeriale sempre relativo al 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 2025 abbiamo registrato un decremento della degenza media (-0,06 giorni rispetto al 2024) in coerenza con la riduzione della complessità della casistica dimessa, mentre per quanto attiene il tasso di utilizzo dei posti letto ordinari si rileva una sostanziale invarianza registrando il valore del 85,21% rispetto al 85,20% del 2024, rispetto al 82,07% del 2023, al 82,89% del 2022 ed al 78,74% del 2021. 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 un forte decremento pari a - 3.007 giornate rispetto all'anno 2024. Questo valore rispetto all'anno 2019 risulta sotto di circa 7.501 accessi day hospital.

Per quanto attiene la produzione chirurgica siamo passati dai 6.756 casi del 2019, ai 4.098 casi del 2020, ai 5.203 del 2021, ai 5.306 casi del 2022, ai 5.839 casi del 2023, ai 6.120 del 2024, ai 6.311 del 2025 con un incremento complessivo di 191 casi rispetto all'anno precedente, prevalentemente concentrati nella casistica ordinaria (+169 casi rispetto all'anno 2024).

La linea produttiva "specialistica ambulatoriale" ha registrato un notevole decremento sia quantitativo che economico nell'anno 2025 per effetto dal passaggio al nuovo nomenclatore della specialistica ambulatoriale (entrato in vigore, come sopra detto, il 15/11/2024) passando dalle 874 mila prestazioni effettive del 2024 alle 666 mila del 2025, con un decremento a livello economico pari ad oltre 14,5 milioni di euro (-39,3%) rispetto all'anno 2024 quasi esclusivamente dovute alle attività laboratoristiche.

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, al 8,86% del 2022, al 8,82% del 2023, al 8,69% del 2024; fino al valore del 2025 pari a 9,31%; dato strettamente correlato agli accessi in PS passati dai 43.111 del 2019, ai 24.906 del 2020, ai 32.969 del 2021, ai 39.995 del 2022, ai

40.063 del 2023, ai 40.456 del 2024, ai 37.740 del 2025 (-2.740 accessi in meno rispetto all'anno precedente pari a -6,71%).

Infine, occorre ricordare l'andamento dell'attrazione extraregionale, che anche se in riduzione nell'anno 2025 rispetto al 2024, rappresenta sempre un elemento da sempre caratterizzante l'attività della AOU Meyer. Come è possibile analizzare dalle tabelle sottostanti (ed in particolare dalla seconda), 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 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). Per l'anno 2022 si rileva un dato complessivo relativo all'attrazione extraregionale pari al 23,19% (composto da un 26,01% relativo al ricovero ordinario e da un 21,56% del DH). Per l'anno 2023 si rileva un dato complessivo pari al 22,78% (composto da un 25,26% relativo al ricovero ordinario e da un 21,31% del DH). Per l'anno 2024 si registra un valore complessivo del 23,85% (composto da un 27,48% relativo al ricovero ordinario valore più elevato dal 2015 ad oggi e da un 21,87% del DH). Per l'anno 2025 registriamo invece una sostanziale riduzione dell'attrazione extraregionale su tutte e tre le linee produttive ed in particolare: un valore complessivo del 22,03% (composto da un 23,85% relativo al ricovero ordinario e da un 21,00% del DH).

Occorre sottolineare per l'anno 2025 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".

Sintesi Scheda di Budget					Controllo di Gestione					
Indicatore	Consolidato 2016	Consolidato 2017	Consolidato 2018	Consolidato 2019	Consolidato 2020	Consolidato 2021	Consolidato 2022	Consolidato 2023	Consolidato 2024	Preconsuntivo 2025
N. Dimessi ordinari	8.762	8.652	9.029	9.094	6.866	8.060	8.308	8.787	8.767	8.901
Peso Medio DRG (dimessi ordinari)	1,45	0,99	0,97	0,94	0,95	0,90	0,88	0,87	0,90	0,84
Peso medio DM 2008 (dimessi ordinari)	1,19	1,17	1,15	1,12	1,14	1,08	1,05	1,06	1,08	1,04
Posti letto medi ricovero ordinario	167,53	170,80	172,60	171,00	160,64	164,52	169,04	175,81	173,82	167,35
Tasso Utilizzo posti letto ordinari %	92,15	92,20	88,34	88,94	75,77	78,74	82,89	82,07	85,20	85,21
Degenza Media dimessi ricovero ordinari	6,30	6,19	6,13	5,96	6,36	5,74	6,02	5,61	5,76	5,70
% attrazione extraregionale ricoveri ordinari	26,50	26,66	27,35	26,69	25,98	24,71	26,01	25,26	27,48	23,85
DH Giornate Cicli Aperti	38.558	40.089	37.848	39.214	28.914	34.954	34.322	33.675	34.720	31.713
% attrazione extraregionale ricoveri day hospital	22,67	23,94	24,34	26,15	20,17	21,19	21,56	21,31	21,87	21,00
Analisi % attrazione extraregionale ricoveri (Ordinari e DH)	23,65%	24,43%	25,20%	26,32%	22,15%	22,41%	23,19%	22,78%	23,85%	22,03%
Casi Chirurgici Totali	6.151	6.369	6.717	6.756	4.098	5.203	5.306	5.839	6.120	6.311
Casi Chirurgici DH	2.620	2.733	2.994	3.056	1.434	2.036	2.202	2.331	2.674	2.696
Casi Chirurgici Ordinari	3.531	3.636	3.723	3.700	2.664	3.167	3.104	3.508	3.446	3.615
N. sale operatorie	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
N. trapianti	21	26	29	30	22	24	21	24	36	17
- di cui allogenici	9	11	15	19	15	10	15	13	19	13
- di cui autologi	12	15	14	11	7	14	6	11	17	4
N. accessi pronto soccorso	44.417	42.923	41.328	43.111	24.906	32.969	39.995	40.063	40.456	37.740
PS % esito ricovero	6,51	6,63	6,40	6,58	11,86	10,66	8,86	8,82	8,69%	9,31%
N. prestazioni effettive totali erogate (q.tà) escluso Farmaci	690.338	701.896	730.073	768.258	647.111	798.314	773.285	800.440	873.884	666.473
N. dipendenti (tempo indeterminato e determinato)	1.068	1.156	1.158	1.206	1.284	1.317	1.295	1.281	1.262	1.288
Valore della produzione (comprensivo dei tetti di attività dall'anno 2012 al 2017 compreso) in migliaia di euro	118.759	125.854	131.061	138.608	158.253	150.874	160.110	164.579	174.032	174.864
Costo della produzione (in migliaia di euro)	116.404	120.311	128.219	132.903	143.840	152.048	158.161	163.379	171.624	179.655

Nella tabella sottostante vengono inoltre rappresentati i dati relativi all'attrazione extraregionale per linea produttiva per il periodo 2016-2025 (fonte Cruscotto Direzionale interno).

Sintesi Scheda di Budget					Controllo di Gestione					
Indicatore	Consolidato 2016	Consolidato 2017	Consolidato 2018	Consolidato 2019	Consolidato 2020	Consolidato 2021	Consolidato 2022	Consolidato 2023	Consolidato 2024	Preconsuntivo 2025
% attrazione extraregionale ricoveri ordinari	26,50	26,66	27,35	26,69	25,98	24,71	26,01	25,26	27,48	23,85
% attrazione extraregionale ricoveri day hospital	22,67	23,94	24,34	26,15	20,17	21,19	21,56	21,31	21,87	21,00
Analisi % attrazione extraregionale ricoveri (Ordinari e DH)	23,65%	24,43%	25,20%	26,32%	22,15%	22,41%	23,19%	22,78%	23,85%	22,03%
% attrazione extraregionale specialistica ambulatoriale	14,48%	16,05%	16,27%	15,59%	15,60%	13,73%	16,00%	15,59%	17,83%	11,34%

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 IRCCS, 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 IRCCS 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 IRCCS 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 perseguire il trend di crescita quali-quantitativo della produzione 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.

Costituisce un esempio la deliberazione DG AOU Meyer IRCCS n. 679 del 02/12/2024 avente ad oggetto “Accordo quadro ESTAR “fornitura in noleggio di sistemi chirurgici robotici con il relativo materiale di consumo (n.1 lotto) per le AA.SS. della Regione Toscana” CIG 98417916DB - APPROVAZIONE ADESIONE” e la deliberazione DG AOU Meyer n. 518 del 13/09/2024 avente ad oggetto “Approvazione dello schema di convenzione da stipulare con l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna I.R.C.C.S. per attività di collaborazione di chirurgia mini invasiva e robotica”, che rappresentano la linea strategica aziendale verso lo sviluppo della chirurgia robotica e mininvasiva.

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 all'Azienda 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
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”)	<i>Ospedale pediatrico regionale</i> 1. <i>Sviluppo di nuovi spazi per collocare le attività specialistiche ambulatoriali</i> 2. <i>Incremento dotazione posti letto</i> , sviluppo di nuove linee assistenziali e introduzione di approcci terapeutici innovativi 3. <i>Allargamento di attività didattica</i> 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
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.	Finanziamento per: <i>Parco della Salute:</i> Attrezzature necessarie alla completa fruizione dell'immobile Villanova <i>Family Center:</i> Struttura per l'accoglienza (punto famiglia)
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”	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
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	Atto aziendale 2021 Sistemizzazione 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.
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. DGRT 909 del 6.08.18 – estensione del programma di screening neonatale regionale di cui alla dgrt 420/2018 per alcune malattie lisosomiali e per immunodeficienze severe combinate 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	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. 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) Si incrementa il panel delle patologie di cui alla DGRT n. 420/2018 con l'Atrofia muscolare spinale (SMA)
DGRT n. 1550 del 09/12/2019 “DGRT 1337/2018 “Rete regionale delle Cure Palliative – Incremento numero posti letto negli Hospice della Toscana	Incremento posti letto Hospice Pediatrico

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.

B) IRCCS

Il Meyer ha ottenuto, ad agosto 2022¹, il riconoscimento quale Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) che, pur lasciando intatta la sua funzione di Azienda Ospedaliera 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), ha portato 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 “Pediatrica” permette 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, consente, 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.

Gli IRCCS rivestono un ruolo determinante nella promozione e nel rafforzamento del settore della ricerca scientifica in campo sanitario, asset strategico del nostro Paese.

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

L'IRCCS Meyer, a seguito del riconoscimento del carattere scientifico, ha intrapreso un percorso di crescita volto al potenziamento delle attività di ricerca.

Nel triennio, i principali filoni di attività di ricerca riguarderanno tre linee di ricerca all'interno dell'Area tematica "Pediatria", secondo quanto stabilito con la programmazione triennale degli IRCCS approvata dal Ministero della Salute e recepita dall'IRCCS Meyer con Delibera del Direttore Generale n. 43 del 30/01/2025 ed indicata al paragrafo 2.2.4 del presente atto.

Finanziamenti dedicati

I fondi dedicati alle attività di ricerca dell'IRCCS Meyer includono risorse economiche provenienti da numerose fonti di seguito riportate.

FONDO RICERCA CORRENTE

E' di particolare rilevanza il finanziamento per la Ricerca Corrente, attraverso il quale il Ministero della Salute co-finanzia la ricerca istituzionale di ciascun ente con un contributo annuale, che è calcolato sulla effettiva performance e profilazione di ciascun IRCCS basate su indicatori raggruppati in cinque categorie principali (produzione scientifica, capacità di attrarre risorse, attività assistenziale, capacità di operare in rete, trasferimento tecnologico), che coprono le attività di ricerca e assistenziali attese per ciascun Istituto dato il suo riconoscimento tematico.

FONDO PIRAMIDE DELLA RICERCA

Si tratta di un finanziamento dedicato al reclutamento del personale del ruolo della ricerca sanitaria e delle attività di supporto alla ricerca sanitaria (c.d. Piramide) (di cui all'art. 1, comma 424 della L. 27 dicembre 2017, n. 205), che rende possibile implementare ulteriormente le attività di ricerca scientifica dell'IRCCS Meyer supportando la valorizzazione di professionalità specializzate nell'ambito della ricerca. Grazie al Fondo Piramide, sono state espletate numerose procedure per il reclutamento di numerose figure di personale di ricerca e supporto alla ricerca, dedicate al potenziamento delle attività di progettazione e conduzione di ricerche cliniche, biomediche e traslazionali e delle attività regolatorie e tecnico-amministrative, correlate alla ricerca sanitaria.

FONDO 5 PER MILLE

Ulteriore tipologia di fondi per le attività di ricerca sono i Fondi dal 5 per Mille (per la ricerca sanitaria e la ricerca scientifica) e gli utili provenienti dalla valorizzazione dei risultati della ricerca.

FONDI DA BANDI COMPETITIVI

I bandi competitivi per la presentazione di progetti di ricerca rappresentano un'importante opportunità per l'IRCCS Meyer al fine di ottenere finanziamenti a sostegno della realizzazione di proposte progettuali dei ricercatori, nelle quali si individua la necessità di acquisizione di professionisti dotati di peculiari competenze.

FONDI DA STUDI CLINICI (TRIAL) PROFIT

La sperimentazione clinica “profit” rappresenta un’ulteriore importante risorsa per l’azienda grazie ai proventi messi a disposizione da sponsor privati per le attività correlate agli studi clinici. Tali proventi rappresentano un valore aggiunto non solo ai fini dello studio clinico specifico, ma anche per la possibilità dei ricercatori di poterne reinvestire una quota parte per eventuali ulteriori attività di ricerca.

Le risorse sono utilizzate secondo le regole peculiari a ciascuna fonte di finanziamento a copertura delle attività descritte.

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.

Reti e collaborazioni strategiche nazionali ed internazionali

L’IRCCS Meyer promuove le collaborazioni dei propri ricercatori sia a livello nazionale che transnazionale.

L’ospedale partecipa ad importanti progetti di ricerca e studi clinici a livello nazionale, europeo ed internazionale, strumenti strategici per promuovere l’innovazione tecnologica e l’integrazione tra sanità e ricerca.

L’IRCCS Meyer partecipa altresì ad alcune reti regionali, nazionali ed internazionali:

- Ha aderito alla **Rete IDEA** (Rete Italiana Salute dell’Età evolutiva), costituita per promuovere e tutelare la salute nell’infanzia e nell’adolescenza che ha come obiettivo quello di promuovere la ricerca scientifica e tecnologica sui temi legati alla salute in età evolutiva, l’educazione e l’informazione per favorire la qualità della vita del bambino e la sua piena crescita psicofisica;
- Sono state avviate le pratiche di adesione alla **Rete RIN** (Rete delle neuroscienze e della riabilitazione), la quale promuove e agevola la ricerca scientifica e tecnologica e le attività di formazione, favorendo lo scambio di dati e risultati delle attività di ricerca, l’accesso a tecnologie complesse e lo sviluppo di progetti comuni per migliorare prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle malattie specifiche (neurologiche, neuro-psichiatriche e patologie connesse) e di trasferire i risultati delle ricerche nella filiera industriale (technology transfer).

L’Azienda ha aderito al **Consortium GARR**, Associazione che gestisce la rete telematica nazionale a banda ultra-larga, ad altissime prestazioni atta a garantire la connettività al Sistema di Reti accademiche e della ricerca mondiali.

Al fine di implementare l'informatizzazione dei processi gestionali della ricerca, si è inoltre aderito al **CBIM** (Consorzio di Bioingegneria e Informatica Medica), Ente di Ricerca la cui missione principale è la progettazione di servizi innovativi basati su Tecnologie ICT applicate all'ambito sanitario.

In quanto IRCCS, il Meyer ha inoltre ottenuto la possibilità di accedere a “Bibliosan”, la rete delle Biblioteche degli Enti di Ricerca Biomedici Italiani, che integra importanti risorse bibliografiche e banche dati, con quelle già disponibili tramite convenzione con l'Università degli Studi di Firenze.

L'IRCCS Meyer ha ottenuto l'endorsement ministeriale per la partecipazione alla rete europea delle malattie rare, ed è, attualmente, parte integrante di **12 ERN**.

L'Ospedale è altresì rappresentante italiano in European Children's Hospital Organization (**ECHO**), organizzazione che promuove la salute dei bambini e il loro accesso a cure di altissima qualità attraverso la collaborazione tra ospedali pediatrici europei. La rete rappresenta molti dei principali ospedali pediatrici in Europa che si prendono cura di alcuni dei pazienti più complessi nel territorio e nel mondo ed instaura relazioni e collabora con un'ampia gamma di parti interessate, al fine di contribuire alla creazione di soluzioni ad alcune delle sfide più grandi nel campo dell'assistenza sanitaria.

Articolazioni organizzative

L'IRCCS è dotato di specifiche articolazioni organizzative volte a promuovere e facilitare la ricerca di qualità.

Nell'ambito dei rapporti con l'Università degli studi di Firenze, l'IRCCS Meyer ha siglato uno specifico Accordo Quadro con l'Università degli Studi di Firenze, per la creazione di una piattaforma integrata cosiddetta “**PIATTAFORMA DELLA RICERCA**”, approvata con Deliberazione del Direttore Generale 221/2024, che ha la finalità di facilitare la collaborazione tra Università e IRCCS in programmi congiunti di ricerca, rafforzando il coordinamento delle reciproche attività attraverso l'integrazione di competenze e risorse. Il nuovo organigramma, approvato con Delibera del Direttore Generale n. 666 del 14/11/2025 evidenzia la nuova organizzazione della Direzione Scientifica con le articolazioni della SOSD Coordinamento ricerca, Biblioteca e della Biobanca.

- a) La **SOSD Coordinamento della ricerca** (Struttura Organizzativa Sanitaria Dipartimentale) si adopera nel supporto di tutte le attività di ricerca dell'IRCCS ed è costituita da personale direttamente assegnato ed organizzato in uffici qui di seguito elencati:
 - *Clinical Trial Office* - si occupa del supporto amministrativo, regolatorio e scientifico e statistico agli studi clinici;

- *Rapporti internazionali trial clinici* - si occupa della contrattazione con i finanziatori e gli sponsor di studi clinici, oltre che della redazione di accordi di trasferimento di dati e campioni previsti all'interno di studi clinici;
 - *Grant Office* - si occupa della gestione dei progetti finanziati regionali, ministeriali, nazionali in genere e internazionali (europei e non europei). Tale gestione include la rendicontazione e la contabilità;
 - *Trasferimento Tecnologico* - si occupa delle procedure di brevetto e di trasferimento tecnologico in genere;
 - *Digital Health* - si occupa di sanità digitale e di applicazioni di tecnologia a base di Intelligenza Artificiale (AI) a pratiche sanitarie;
 - *Data analytics center & AI* - si occupa di tecnologie informatiche a supporto della certificazione e qualità del dato, preparazione database degli studi clinici e liste di randomizzazione e gestisce i registri di patologia esistenti presso il Meyer IRCCS;
 - *Ricerca Corrente e Bibliometria* - si occupa della gestione, monitoraggio e rendicontazione delle attività di Ricerca Corrente e della valutazione e del monitoraggio della produzione scientifica dell'Azienda.
- b) **Biblioteca** per quanto attiene la Biblioteca, l'azienda sta reclutando una figura di Bibliotecario che dovrà gestire il processo di implementazione di una nuova Biblioteca aziendale e che dovrà collaborare con l'ufficio Bibliometria.
- c) **Biobanca**: una struttura sanitaria che supporta i ricercatori e l'IRCCS, definendo con rigore i sistemi di produzione e archiviazione dei campioni, garantendone la qualità e la conservazione e gestendo gli scambi con singoli ricercatori e istituti di ricerca. Con il fondamentale contributo della Fondazione Meyer si provvederà a costituire la struttura fisica della biobanca, mentre gli uffici preposti dell'IRCCS Meyer si stanno adoperando nella stesura dei regolamenti e del supporto documentale previsto.

Attività regolatoria

Circa l'attività regolatoria relativa all'attività di ricerca, in linea con le prescrizioni di legge, nel corso del 2025 sono stati adottati, tra gli altri, il Regolamento Albo Partner Industriali, di prossima attuazione, il Regolamento aziendale sulla destinazione dei proventi delle attività degli studi clinici ed è stata approvata l'Integrazione Regolamento in materia di missioni e rimborsi spese per la ricerca inoltre aggiornate le procedure operative per le richieste di acquisizione di beni, servizi e personale agli uffici amministrativi e la procedura di richiesta di sottomissione dei lavori scientifici alle riviste.

Sono stati infine avviati i progetti di attuazione per la costituzione della Biobanca e della Biblioteca, strutture fondamentali a supporto delle attività degli IRCCS.

I principali obiettivi per il triennio 2026/2028 relativi alla ricerca ed innovazione si articolano in obiettivi di natura gestionale e amministrativa legati all'organizzazione della Direzione Scientifica ed obiettivi scientifici specifici della ricerca nell'area pediatrica in coerenza con il riconoscimento del carattere scientifico.

C) AZIONI POSITIVE PER LA PARITÀ E LA NON DISCRIMINAZIONE

L'Azienda con Delibera del Direttore Generale n. 629 del 30.11.2023 ha istituito il "Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni" (CUG), per il cui funzionamento e modalità di organizzazione nonché per le sue finalità è stato approvato apposito Regolamento in data 21.05.2019. In questo modo, l'AOU Meyer IRCCS garantisce la parità e pari opportunità per l'accesso al lavoro e per il trattamento sul lavoro, contrastando ogni forma di discriminazione per quanto concerne l'occupazione e le condizioni di lavoro, adottando tutte le misure in materia di pari opportunità, contrasto alle discriminazioni ed alla violenza morale o psichica. Il CUG costituisce nell'AOU Meyer IRCCS l'organismo di natura propositiva, consultiva e di verifica finalizzato al raggiungimento degli scopi di cui al precedente capoverso. Gli obiettivi del CUG sono:

- assicurare nell'ambito del lavoro pubblico, parità e pari opportunità di genere, rafforzando la tutela dei lavoratori e delle lavoratrici e garantendo l'assenza di qualunque forma di violenza morale o psicologica e di discriminazione, diretta ed indiretta, relativa al genere, all'età, all'orientamento sessuale, alla razza, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione ed alla lingua;
- favorire l'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico, migliorando l'efficienza delle prestazioni lavorative, anche attraverso la realizzazione di un ambiente di lavoro caratterizzato dai principi di pari opportunità, di benessere organizzativo e di contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale e psichica nei confronti dei lavoratori e delle lavoratrici;
- razionalizzare e rendere efficiente ed efficace l'organizzazione della Pubblica Amministrazione anche in materia di pari opportunità e contrasto alle discriminazioni, tenendo conto delle novità introdotte dal D. lgs. n. 150/2009 in materia di riforma della disciplina del rapporto di lavoro dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni.

Al fine di realizzare gli scopi cui è preposto, il CUG riproduce nei suoi rapporti con le strutture organizzative aziendali la multidisciplinarietà che lo caratterizza al suo interno. Infatti, il predetto Comitato risulta essere un organismo paritetico composto da membri, di pari nomina aziendale e sindacale, inseriti all'interno di diversi servizi e strutture aziendali, quali l'Ufficio Formazione, la SOC Psicologia Clinica e il servizio di ascolto psicologico, vari servizi tecnici, sanitari e infermieristici. Per la sua natura trasversale, il CUG collabora con molteplici strutture dell'Ospedale tra le quali la SOC SPP,

la SOC Benessere Organizzativo, la SOC Risorse Umane ecc. per iniziative di contrasto alle aggressioni al personale, per la gestione dello stress lavoro-correlato e la prevenzione del *burnout*, o più generalmente al fine di promuovere il benessere organizzativo e aver cura dei rapporti tra operatori e professionisti che condividono il medesimo luogo di lavoro.

Il Comitato Unico di Garanzia, per tutto l'anno 2025 si è riunito con cadenza trimestrale lavorando in sottogruppi al fine di concretizzare parallelamente le iniziative individuate e condivise con la Direzione aziendale.

È stato realizzato un corso di formazione in due giornate dal titolo "Stereotipi, molestie e violenza di genere" con l'obiettivo di far fronte a specifiche emergenze sanitarie. In parallelo è stato organizzato un corso di formazione sul Linguaggio di genere.

In collaborazione con la Fondazione e il Cinema Stensen sono stati proposti 4 appuntamenti che hanno previsto la visione e la discussione di Film d'autore su temi connessi con la cura, i pregiudizi, le discriminazioni.

Sono state organizzate 2 giornate di trekking per riscoprire il territorio Toscana con alcuni spunti di riflessione sui temi promossi dal CUG e per riscoprire il valore delle relazioni umane tra colleghi che lavorano in diversi ambiti e che sul posto di lavoro spesso sono finalizzate all'utilità e all'operatività, ma che invece in contesti come questi si arricchiscono della bellezza di un tempo leggero trascorso insieme.

Il CUG, attraverso il Consigliere di fiducia, ha raccolto e gestito le segnalazioni provenienti dal personale dipendente riguardo a condotte ritenute discriminatorie, fornendo consulenza per la risoluzione delle criticità emerse.

Dall'attività dei sottogruppi di cui sopra, è in atto una collaborazione con varie strutture organizzative e i responsabili al fine di proseguire le iniziative per il prossimo triennio:

<u>SPORTELLO PER I DIRITTI DEI DIPENDENTI</u>	
Obiettivo	Facilitare la diffusione dei diritti del lavoratore. Da segnalazioni al CUG è emerso come i dipendenti non siano consapevoli ovvero pienamente a conoscenza dei propri diritti rispetto alle tematiche contrattuali e supporto alle azioni sul benessere organizzativo.
Azioni	Promuovere delle giornate di orientamento.
Attori Coinvolti	Si propone di coinvolgere l'ufficio del personale e i colleghi del gruppo di lavoro sul benessere organizzativo.

<u>CORSO DI FORMAZIONE "LINGUAGGIO DI GENERE"</u>	
Obiettivo	Organizzazione di un evento formativo sul linguaggio di genere.
Azioni	Giornata di formazione sul linguaggio e la cultura di genere.
Attori	Ufficio formazione e CUG.

Coinvolti	
------------------	--

<u>INIZIATIVE PER IL BENESSERE DEL PERSONALE</u>	
Obiettivo	Organizzazione attività/iniziativa rivolte al benessere dei dipendenti.
Azioni	Creare uno “spazio di comunità” aziendale ricreativo (cinema e trekking).
Attori	Direzione Aziendale, ufficio personale e CUG.
Coinvolti	

3.2 Performance

Traccianti strategici della Direzione Aziendale

L'A.O.U. Meyer IRCCS ha definito il proprio piano strategico 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.

L'Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer IRCCS di Firenze si distingue come centro di eccellenza nel campo della pediatria, impegnata a garantire servizi sanitari di alta qualità per i bambini e le loro famiglie. Per il triennio 2026-2028, gli obiettivi strategici mirano a consolidare e innovare l’offerta assistenziale, con un approccio integrato tra ricerca, clinica e formazione, in linea con la missione istituzionale - definita nell’ambito della Legge Regionale Toscana n. 84 del 28/12/2015 che le attribuisce anche un ruolo strategico di coordinamento della Rete Pediatrica Regionale - e le esigenze del territorio secondo quanto previsto dal Piano Socio Sanitario Integrato Regionale triennale.

Obiettivi Strategici

1. Produzione, performance, attrazione e complessità

L’Azienda conferma la propria vocazione a svolgere attività di alta specializzazione con particolare riferimento alle discipline che l’hanno resa polo di attrazione nazionale per l’attività pediatrica.

Accanto al consolidamento di alcune aree quali le scienze pediatriche e perinatali, le malattie del sistema nervoso, neurogenetiche e neurometaboliche, la neurochirurgia, le malattie immunomediate, le malattie infettive, l’oncologia e le malattie rare in genere che hanno reso negli anni il Meyer un punto di riferimento indiscusso del Sistema Sanitario Nazionale, lo sforzo dell’Azienda è rivolto anche al

potenziamento delle discipline chirurgiche – con particolare riguardo alla chirurgia robotica e alle nuove tecniche chirurgiche mininvasive – del segmento testa-collo, dell'ortopedia e della traumatologia.

In generale si conferma la propensione verso approcci diagnostici, terapeutici e organizzativi innovativi che possano migliorare le risposte di cura in termini di efficacia ed appropriatezza offrendo ai piccoli pazienti le migliori cure disponibili ed anticipare – attraverso il costante orientamento alla ricerca – le opzioni terapeutiche del futuro.

Si prevede inoltre una particolare attenzione orientata allo sviluppo e all'ottimizzazione dei percorsi di cura, attraverso l'introduzione di percorsi clinico-assistenziali personalizzati per migliorare la gestione delle patologie croniche e complesse. In linea con le indicazioni Ministeriali e Regionali, sarà portato avanti il lavoro di potenziamento dell'attività finalizzato alla riduzione dei tempi di attesa. Questo risultato sarà raggiunto attraverso l'implementazione di nuove soluzioni organizzative e tecnologiche – in particolare la gestione più efficiente della fase di prenotazione (completamento della riorganizzazione delle agende di prenotazione, ottimizzazione dell'indice di saturazione, ecc.) e l'allineamento dell'offerta alla domanda - per garantire un accesso tempestivo alle cure in linea con quanto previsto nel Nuovo Sistema di Garanzia.

Particolare attenzione sarà inoltre dedicata alla gestione delle sale operatorie attraverso la revisione dei processi organizzativi finalizzata allo smaltimento delle liste di attesa, al miglior utilizzo delle risorse disponibili e alla riduzione dei tempi di inattività, anche mediante strumenti di programmazione condivisa e monitoraggio delle performance.

Al fine di favorire l'attrazione extraregionale e internazionale, la Direzione aziendale, già a partire dal 2026, sta promuovendo l'incremento della complessità della casistica chirurgica trattata (nr. interventi con DRG > 1,5) e il trasferimento delle attività chirurgiche a minore priorità presso le sedi della rete pediatrica regionale, per perseguire i seguenti obiettivi:

- migliorare i tempi di attesa a fronte delle numerose richieste di interventi di chirurgia minore in ambito pediatrico
- ottimizzare la capacità produttiva orientando le risorse ospedaliere (posti letto e sale operatorie) a favore dell'attività chirurgica a maggiore complessità.

Parallelamente, verrà promossa una migliore gestione della casistica nei corretti setting assistenziali, attraverso il monitoraggio sistematico di specifici indicatori di appropriatezza (ricoveri evitabili, tasso di conversione verso setting a minore intensità, utilizzo appropriato dei DH e degli accessi ambulatoriali). L'obiettivo è garantire l'erogazione delle prestazioni nel setting più adeguato, migliorando l'efficienza organizzativa e l'esperienza del paziente, senza compromettere la qualità e la sicurezza delle cure.

Nel 2026 è inoltre prevista la realizzazione di almeno 10 trapianti allogenici, includendo almeno un paziente proveniente dall'estero, attraverso il rafforzamento dei percorsi clinico-assistenziali e l'integrazione con reti nazionali e internazionali di riferimento.

Un ulteriore asse centrale del piano riguarda l'ottimizzazione della gestione dei posti letto, mediante azioni mirate alla riduzione della degenza media e all'aumento del turnover, nel rispetto della complessità clinica dei pazienti trattati. Tali azioni includeranno il miglioramento dei percorsi di presa in carico, la programmazione anticipata delle dimissioni e il potenziamento dell'integrazione ospedale-territorio.

2. Sviluppo dell'edilizia ospedaliera

Per poter accompagnare il potenziamento dell'offerta ambulatoriale e di ricovero, nel prossimo triennio saranno centrali gli investimenti nell'ambito dell'edilizia ospedaliera dell'Azienda.

L'attuale ospedale, infatti, è stato inaugurato alla fine del 2007 e – alla luce della crescita esponenziale delle attività avuta negli ultimi anni – è stato oggetto di numerosi interventi che si sono succeduti nel tempo finalizzati ad individuare sempre più spazi da destinare all'attività sanitaria.

Una volta esaurito, però, lo spazio interno all'Ospedale, risulta pertanto fondamentale individuare nuove zone di espansione attraverso la realizzazione di interventi di edilizia ospedaliera siano essi di recupero di spazi sanitari collocati in edifici limitrofi anche attraverso l'accordo con altre Aziende Sanitarie della zona che attraverso nuove edificazioni.

In questa direzione, il primo intervento previsto è quello che porterà alla realizzazione di un nuovo polo ambulatoriale. Nella zona circostante il nostro Ospedale sono presenti alcuni edifici, sia pubblici che privati, che attualmente accolgono o hanno accolto in passato attività sanitarie. Attraverso l'accordo con una o più di queste realtà, l'Azienda potrà aggiungere nuovi spazi nei quali trasferire l'attività ambulatoriale rivolta a pazienti esterni che ad oggi occupa una quantità considerevole di locali dell'Ospedale principale. La disponibilità di un nuovo polo ambulatoriale permetterà quindi sia lo sviluppo e il potenziamento dell'attività ambulatoriale istituzionale ma anche un volano per la riqualificazione delle aree interne per attività più adeguate ad un ospedale di terzo livello.

Infatti, dal recupero degli spazi dedicati all'attività ambulatoriale sarà possibile ottenere il potenziamento delle aree di ricovero con la realizzazione di nuove zone di degenza con aumento del numero dei posti letti da destinare ad attività di ricovero ordinario e DH. Sarà inoltre possibile, nella zona attualmente chiamata degli "ambulatori ovali", realizzare nuove aree di supporto (laboratori, officina sangue, ecc.). Di conseguenza sarà possibile ipotizzare anche l'ampiamiento dell'area dedicata alle cure intensive oltre che l'ampiamiento del Pronto Soccorso e delle relative degenze di Osservazione Breve Intensiva.

Per quanto riguarda le nuove edificazioni, nei prossimi anni sarà possibile realizzare un nuovo padiglione ospedaliero. La previsione urbanistica contenuta nel “Piano Unitario di Careggi 2020” recentemente confermata dal Comune di Firenze, prevede per l’Azienda Meyer la possibilità di realizzare un nuovo edificio dentro il confine del parco dell’ospedale nominato “Villa Pepi B”. Questo edificio di oltre 6000 mq di SUL permetterà di concretizzare un importante sviluppo edilizio permettendo la realizzazione di una nuova area di ricovero, un nuovo blocco operatorio e servizi di supporto.

Sempre nell’ottica del potenziamento dei servizi di supporto, trova la sua collocazione la realizzazione di nuovi laboratori presso il Meyer Health Campus. Questo progetto, già in fase di realizzazione, permetterà di ricollocare alcuni servizi di laboratorio attualmente ospitati presso gli spazi dell’Università di Firenze e AOU Careggi presso spazi di proprietà Meyer. Oltre alla ricollocazione questo progetto permetterà anche un ampliamento degli stessi con la conseguenza di permettere anche nuovi investimenti tecnologici a supporto di laboratori di ricerca e di terapie d’avanguardia.

- **Investimenti strutturali e impiantistici**

La programmazione dell’Azienda Meyer dei prossimi 3 anni sarà principalmente orientata al consolidamento del ruolo di IRCCS. Lo scenario futuro vedrà infatti un forte incremento delle attività ad altissima intensità e componente tecnologica, quali quella chirurgica, di terapia intensiva e sub intensiva, di oncologia, di ricerca, di laboratorio. In questa direzione si pone il progetto per i nuovi laboratori presso il Meyer Health Campus, che permetterà di lasciare i locali ad oggi utilizzati in comodato presso l’Azienda di Careggi e di realizzare un’area di laboratorio totalmente interna alle proprietà aziendali. Per fare questo è in corso la progettazione che andrà a definire la ristrutturazione di una porzione del Campus di circa 600 mq disposta su tre livelli.

Oltre a questo importante intervento il 2026 vedrà una riorganizzazione dei percorsi chirurgici che saranno riuniti in un’unica area dell’ospedale per ottimizzare e rendere più efficace l’assistenza.

Sono inoltre previsti significativi trasferimenti di attività che comporteranno adeguamenti e riqualificazioni di intere zone dell’ospedale da destinarsi ad altre funzioni.

3. **Qualità e sicurezza delle cure**

L’AOU Meyer IRCCS, oltre all’accreditamento istituzionale previsto dalla Regione Toscana, ha avviato negli ultimi anni il percorso di accreditamento con il metodo Joint Commission International (JCI) che è esitato nel riconoscimento dell’Accreditamento da parte del prestigioso Ente Internazionale nel 2020.

Tale riconoscimento è stato rinnovato nel 2025 a seguito di un intenso e impegnativo lavoro che ha comportato la lettura dei processi dell'intera organizzazione (gestionali, clinico-assistenziali, tecnico-amministrativi) ponendo il focus sugli aspetti di qualità e sicurezza.

Nell'anno appena iniziato è previsto il rinnovo dell'accreditamento JCI per il triennio 2025-2028.

Nel prossimo triennio è previsto inoltre il potenziamento della rete aziendale dei facilitatori qualità e sicurezza, un lavoro intenso finalizzato alla prevenzione e contrasto alle ICA.

Sono inoltre previsti il rinnovo dei contratti di alcuni servizi ospedalieri strategici (gara pulizie, sterilizzazione, ristorazione, ecc.). La gestione di questi appalti sarà sempre orientata ad offrire la migliore qualità ai pazienti accolti al Meyer.

Nel quadro del rafforzamento della governance clinica, il 2026 vedrà la Direzione impegnata a promuovere il corretto utilizzo del consenso informato da parte di tutti gli operatori sanitari, quale elemento fondamentale di tutela del paziente e del professionista, in conformità con la normativa vigente e secondo quanto previsto dalla procedura aziendale. Saranno inoltre implementate azioni di formazione mirata, controllo e verifica, al fine di garantire uniformità, completezza e tracciabilità della documentazione, in linea con i requisiti normativi e con i principi di qualità e trasparenza.

4. Innovazione tecnologica e digitale

L'AOU Meyer IRCCS prevede una serie di acquisizioni tecnologiche che supporteranno un marcato sviluppo di alcune specialità mediche e chirurgiche, consentendo la possibilità di offrire ai pazienti maggiori possibilità diagnostiche ed assistenziali aumentando nel contempo la sicurezza per pazienti ed operatori.

La previsione di sviluppo tecnologico dell'ospedale, frutto di un'attenta pianificazione degli investimenti basata sia sulla richiesta di innovazione per soddisfare le necessità della popolazione pediatrica sia sul governo dei processi che del controllo della spesa, riguarderà prioritariamente i settori della Diagnostica per Immagini, della Farmacia Ospedaliera e dei Laboratori generale e specialistici.

Nell'ambito di questo potenziamento del parco tecnologico sarà previsto il rinnovo delle apparecchiature per la diagnostica per immagini e saranno destinati importanti investimenti mirati all'acquisizione e al mantenimento delle competenze specifiche dei chirurghi e degli operatori di sala operatoria sia nell'ambito della chirurgia mini-invasiva sia nell'ambito della robotica. La chirurgia video-assistita robotica è in grande espansione, ed oggetto di continui aggiornamenti e studi per essere utilizzata con la massima appropriatezza possibile. In particolare, il robot Da Vinci consente ai chirurghi di avere una visione 3D ad alta definizione del campo operatorio e un sistema intuitivo di gestione e controllo degli strumenti che consenta di eseguire tutti quegli interventi che comportano spazi ristretti di manovra, migliorando le performance e favorendo il miglior recupero del paziente.

Non solo nuove tecnologie ma anche digitalizzazione dei processi clinici. Nel prossimo anno sarà adottata la nuova versione cartella clinica elettronica. La Cartella Pediatrica Elettronica in uso al Meyer è divenuta nel corso dell'ultimo anno cartella unica regionale. Questo importante risultato è stato il frutto di lunghi anni di sviluppi e ricerca nell'ambito della digitalizzazione della documentazione sanitaria.

La nuova versione della CPE porterà anche alla digitalizzazione integrale del percorso chirurgico. Questo processo sarà accompagnato dal miglioramento dell'interoperabilità dei sistemi informativi per una gestione più efficiente dei dati clinici e amministrativi.

Nei prossimi anni sarà centrale anche l'utilizzo dell'intelligenza artificiale (AI). Gli strumenti di AI sono ormai l'attualità della medicina in particolar modo per la diagnosi precoce delle malattie e il supporto decisionale clinico.

In seguito alla pandemia, la telemedicina e teleconsulto hanno trovato ampio impiego nel Sistema Sanitario Nazionale. La televisita è una prestazione riconosciuta e garantita dal Servizio Sanitario Nazionale e rappresenta ormai uno strumento convalidato di controllo clinico a distanza costantemente utilizzato nei processi ambulatoriali di molti settori della pediatria (es. immunologia, dermatologia, diabetologia, allergologia, anestesia, neuroanestesia, oncologia e neurooncologia).

A partire dal 24 dicembre 2025 è entrato inoltre in funzione il teleconsulto pediatrico di secondo livello. Si tratta di un servizio innovativo attivo in via sperimentale in tutta la Toscana e rivolto ai medici di continuità assistenziale i quali, in caso di necessità, potranno avvalersi del supporto di pediatri ospedalieri attraverso una valutazione specialistica a distanza, contattando il numero telefonico della centrale operativa NEA 116117, con l'obiettivo di offrire ai pazienti pediatrici un'assistenza di qualità e di prossimità durante gli orari notturni, prefestivi e festivi in cui in non è attivo il servizio del Pediatra di Libera Scelta evitando accessi impropri al pronto soccorso.

Nei prossimi anni è prevista l'estensione dei servizi di teleassistenza per favorire il monitoraggio a distanza e la continuità delle cure, specialmente nelle aree rurali, periferiche e per i pazienti provenienti da lontano (in particolar modo i fuori Regione).

- Digitalizzazione dei percorsi sanitari.

Nell'ambito della nostra strategia di digitalizzazione, prevediamo di implementare un sistema informativo integrato per la gestione del percorso chirurgico. Questo consentirà di ottimizzare l'utilizzo delle risorse, ridurre i tempi di attesa per gli interventi e migliorare la qualità assistenziale, posizionandoci come struttura di riferimento per l'eccellenza chirurgica.

Attualmente, molti processi legati al percorso chirurgico sono ancora gestiti con metodi tradizionali, spesso basati su supporti cartacei e comunicazioni frammentate. Questa situazione comporta diverse problematiche.

Particolare attenzione è rivolta alla cartella anestesiologicala che attualmente è cartacea.

La digitalizzazione della cartella anestesilogica è un elemento chiave per la modernizzazione del percorso chirurgico. La sua integrazione in un sistema informativo completo porta benefici significativi in termini di sicurezza del paziente, efficienza operativa, qualità dell'assistenza e possibilità di ricerca e miglioramento continuo.

La cartella anestesilogica si integrerà con il sistema di gestione delle sale operatorie, permettendo una pianificazione efficiente degli interventi e l'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse.

- **Sistema dossier sanitario regionale.**

Sarà implementato, in collaborazione con ESTAR, il nuovo sistema di dossier regionale che sarà integrato con i software sanitari Regionale. Questo consentirà un notevole miglioramento per i clinici in quanto ogni referto prodotto da ogni azienda sanitaria sarà visibile all'interno della cartella clinica.

Tale progetto prevede anche una dematerializzazione dei consensi.

5. **Sviluppo attività scientifica e di ricerca**

L'Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer IRCCS, in seguito alla DGRT n. 1647 del 21/12/2020 che sottolineava il progressivo rilievo del ruolo dell'AOU Meyer sotto il profilo scientifico nell'ambito del Sistema Sanitario Regionale, ha avviato il percorso di riconoscimento ministeriale come Istituto Ricerca e Cure a carattere Scientifico (IRCCS).

Tale riconoscimento, ottenuto con il D.M. 2 agosto 2022, ha dato ulteriore impulso e rafforzato la vocazione dell'Ospedale a considerare l'attività scientifica e di ricerca come parte integrante della cura.

OBIETTIVI SCIENTIFICI

Gli **obiettivi scientifici specifici** della ricerca discendono direttamente dalla Programmazione Triennale delle Linee di Ricerca presentate al Ministero per il triennio 2025-2027, approvate e recepite dall'IRCCS Meyer con Delibera del Direttore Generale n. 43 del 30/01/2025, elencate di seguito:

- Linea di ricerca n. 1: PEDIATRIA INTERNISTICA E DELL'EMERGENZA;
- Linea di ricerca n. 2: NEUROSCIENZE E GENETICA UMANA;
- Linea di ricerca n. 3: CHIRURGIA-ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA

LINEA 1

Questa linea di ricerca comprende studi di base e clinici su diverse patologie pediatriche, con particolare attenzione a: 1. Vaccinazioni e diagnostica molecolare delle infezioni; 2. Cardiopatie congenite, cardiomiopatie e malattie rare cardiologiche; 3. Immunodeficienze congenite, malattie immunologiche, autoinfiammatorie, e allergiche; 4. Diagnosi e terapia delle epatopatie virali; 5. Malattie infettive, incluse

forme multiresistenti, HIV, leishmania, CMV, TBC e infezioni emergenti; 6. Patogenesi, diagnosi e terapia delle malattie renali rare, genetiche e autoimmuni; 7. Malattie infiammatorie croniche intestinali, diagnosi enteropatie; 8. Malattie broncopolmonari, asma e fibrosi cistica.

Nel prossimo triennio, gli obiettivi principali saranno:

1. Acquisire strumentazioni avanzate come piattaforme di sequenziamento genomico e tecnologie di imaging per migliorare diagnosi e ricerca;
2. Creare facilities per la produzione di modelli in vitro e organoidi;
3. Aumentare i trial clinici su terapie personalizzate per malattie rare e croniche;
4. Implementare e creare nuove biobanche;
5. Espandere collaborazioni internazionali per accelerare lo sviluppo di nuove terapie.

LINEA 2

Questa linea di ricerca combina competenze multidisciplinari volte a:

- Caratterizzare dal punto di vista clinico, neurofisiologico, di neuroimaging, genetico e biochimico pazienti con disturbi del neurosviluppo, neoplasie cerebrali o malattie neurometaboliche o neurocutanee.
- Sviluppare nuove tecnologie molecolari per il sequenziamento parallelo massivo e applicare algoritmi di rianalisi innovativi per la risoluzione di casi complessi o privi di diagnosi.
- Caratterizzare gli effetti funzionali di varianti genetiche identificate nei pazienti in modelli in vitro anche di derivazione umana.
- Integrare i dati ottenuti dalle diverse attività anche mediante l'uso di registri di malattia.

Nel prossimo triennio, gli obiettivi principali saranno:

1. Sviluppare profili morfofunzionali di patologia e su singolo individuo
2. Armonizzare i protocolli in studi multicentrici
3. Individuare biomarcatori funzionali in RM
4. Avviare precocemente i pazienti alla valutazione prechirurgica ed ottimizzare i risultati della chirurgia dell'epilessia
5. Acquisire strumenti per miniaturizzazione delle librerie omiche, trascrittomiche spaziale e caratterizzazione funzionale delle varianti
6. Utilizzare i registri di malattia per individuare biomarcatori di decorso clinico, risposta a terapie mirate e creazione di modelli sperimentali
7. Espandere le collaborazioni con istituzioni cliniche, accademiche, aziende farmaceutiche e associazioni di pazienti.

LINEA 3

Questa linea integra studi sperimentali e clinici per i pazienti in età evolutiva con patologie congenite, acquisite, oncologiche e malattie rare, attraverso modelli e tecniche sperimentali innovative, intelligenza artificiale e bioingegneria. La collaborazione di rete interdisciplinare di questa linea consentirà di creare un piano di ricerca globale nell'ambito di:

- 1.chirurgia e medicina rigenerativa.
- 2.meccanobiologia nelle malattie muscolo scheletriche.
- 3.neurochirurgia mini-invasiva, laser e stampa 3D.
- 4.neuro-anestesia.
- 5.ofthalmologia clinica e sperimentale.
- 6.neuropatologia.
- 7.neuro-oncologia e genetica oncologica.
- 8.oncoematologia sperimentale, disordini immunitari ed istiocitosi.

Nel prossimo triennio, gli obiettivi principali saranno:

1. Acquisire strumentazioni avanzate come piattaforme di sequenziamento genomico di tessuti patologici e tumorali e tecnologie 3D
2. Creare facilities per la produzione di modelli in vitro, modelli innovativi 3D e organoidi
3. Aprire nuovi trial clinici per terapie personalizzate e malattie rare e tumorali
4. Applicare le conoscenze di AI a studi innovativi
5. Utilizzare metodi basati su AI per la diagnosi e la valutazione dell'outcome chirurgico
6. Creare network nazionali e internazionali per consolidare lo sviluppo di nuovi studi sperimentali.

Nell'ultimo triennio i principali ambiti di attività di ricerca hanno riguardato le malattie rare, con particolare riferimento alla partecipazione alle European References Networks e alla conduzione di progetti di ricerca rivolte alla diagnosi e alla terapia. Sono stati inoltre svolti numerosi studi di fase 1 e studi pilota di popolazione per l'attività di screening neonatale continuando un percorso che ha consentito in Regione Toscana di inserire nei livelli essenziali di assistenza (LEA) lo screening neonatale per le malattie lisosomiali e lo screening neonatale per le immunodeficienze congenite severe combinate.

I principali ambiti di sviluppo per il prossimo triennio saranno le scienze pediatriche e perinatali, le malattie del sistema nervoso, neurogenetiche e neurometaboliche, malattie immunomediate e malattie infettive ed infine, oncologia e malattie rare, il tutto riferito all'ambito delle Linee di Ricerca.

Per quanto riguarda il focus sulle malattie rare, nel prossimo triennio sarà fondamentale proseguire nella promozione di progetti di ricerca dedicati alle malattie genetiche e rare, in sinergia con la rete IRCCS nazionale secondo le linee di indirizzo approvate dalla Direzione Scientifica dell'IRCCS.

COLLABORAZIONI INTERNAZIONALI

Saranno proseguite ed individuate nuove collaborazioni internazionali. Attraverso il rafforzamento delle partnership con istituti di ricerca e università europei ed extra europei sarà promosso lo sviluppo di studi clinici innovativi. Sarà inoltre consolidato il ruolo dell'ospedale nelle reti ERN e nella rete ECHO.

STUDI CLINICI

Come riportato sopra, il riconoscimento del Meyer come IRCCS, sprona l'Ospedale a proseguire il potenziamento degli studi clinici e della produzione scientifica.

Attraverso la realizzazione di sempre più numerosi e qualitativamente rilevanti studi clinici e l'aumento produzione scientifica il nostro Ospedale si pone l'obiettivo di rafforzare il proprio ruolo di riferimento nelle scienze pediatriche a vantaggio di tutto il Sistema Sanitario Nazionale.

PROGETTI DA BANDI COMPETITIVI

L'IRCCS Meyer prevede la prosecuzione dei progetti esistenti e incentiva la partecipazione dei ricercatori a nuovi bandi competitivi con l'obiettivo di potenziare le attività di ricerca.

INTELLIGENZA ARTIFICIALE

Riconosciutane l'importanza strategica, si prevede di proseguire nell'implementazione delle applicazioni di tecnologia a base di Intelligenza Artificiale (AI) alle pratiche clinico- sanitarie, approfondendo le nuove metodologie e le sue molteplici sfaccettature.

TRASFERIMENTO TECNOLOGICO

Un ulteriore risultato misurabile legato al potenziamento dell'attività scientifica sarà il trasferimento tecnologico. In questo senso, l'obiettivo dell'Azienda è quello della valorizzazione dei risultati della ricerca attraverso brevetti e applicazioni cliniche.

OBIETTIVI GESTIONALI E AMMINISTRATIVI

Per quanto attiene agli **obiettivi gestionali ed amministrativi** legati all'organizzazione dell'area della ricerca ed innovazione, il triennio 2026-2028 vedrà la prosecuzione delle attività di consolidamento delle specifiche articolazioni organizzative volte a promuovere e facilitare la ricerca di qualità al fine di strutturare maggiormente ed implementare le attività ed il personale afferente alla Direzione Scientifica e alle strutture da essa dipendenti. Importante sarà anche potenziare l'implementazione dell'informatizzazione dei processi gestionali della ricerca.

Da un punto di vista regolatorio, la prospettiva per il triennio 2026-2028 sarà quella di proseguire nelle attività di revisione/stesura ed attuazione dei regolamenti, procedure, linee di indirizzo al fine di garantire conformità rispetto alle normative di riferimento e portare avanti i processi di costituzione della Biobanca e della Biblioteca dell'IRCCS Meyer.

6. Centralità del paziente e della famiglia

Il nostro ospedale cura una categoria di pazienti molto speciali: le bambine e i bambini. Per un'Azienda orientata all'erogazione di prestazioni pediatriche, la necessità di prendersi carico oltre che del piccolo paziente anche del resto della famiglia è parte imprescindibile della propria missione.

Per questo motivo nel prossimo triennio sarà proseguita l'attività di supporto psicologico e sociale: saranno potenziati i servizi di supporto alle famiglie, con particolare attenzione agli aspetti psicologici, educativi e sociali.

Un altro obiettivo che perseguiamo per migliorare l'esperienza dei pazienti presso il nostro ospedale è quello dell'umanizzazione dell'ambiente ospedaliero. Da sempre la nostra Azienda è attenta alla creazione di spazi sempre più inclusivi e a misura di bambino, a garantire servizi quali la "Scuola in Ospedale" a potenziare le attività quali la Ludoteca. Il tutto favorendo il benessere dei piccoli pazienti.

Sempre più rilevante sta diventando il servizio di continuità tra ospedale e territorio. Con l'aumento delle malattie croniche legato alle migliori chance terapeutiche è fondamentale rafforzare il dialogo con i servizi territoriali al fine di garantire continuità di cure tra l'ospedale e l'ambiente domestico del piccolo paziente. In quest'ottica proseguirà nel prossimo triennio il lavoro congiunto con le ASL finalizzato a strutturare percorsi verso il territorio di residenza dei pazienti.

Tutto ciò confermando la volontà dell'Azienda a garantire la partecipazione attiva. L'obiettivo che l'Ospedale intende confermare è quello di rafforzare il ruolo delle Associazioni di Volontariato e delle Associazioni/Fondazioni di genitori all'interno dell'Ospedale anche attraverso forme di collaborazione costanti e strutturate quali il Comitato di Partecipazione, il Coordinamento delle Associazioni dei Genitori e il Consiglio dei Ragazzi. Con questi strumenti sarà perseguito il coinvolgimento dei pazienti e delle famiglie nella progettazione e valutazione dei servizi sanitari.

7. Formazione e aggiornamento professionale

Come Azienda Ospedaliera Universitaria e Istituto di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico, il Meyer riconosce come centrale nei propri obiettivi istituzionali la formazione e l'aggiornamento continuo dei propri professionisti.

Inoltre, l'IRCCS Meyer fa parte integrante della rete formativa e garantisce lo svolgimento delle attività educative programmate dalla Scuola di Scienze della Salute Umana dell'Università degli Studi di Firenze.

Nel prossimo triennio, l'Azienda pone come obiettivo quello di strutturare annualmente programmi di formazione continua. Centrale sarà l'implementazione di corsi di aggiornamento per il personale sanitario su temi emergenti come la medicina di precisione e le tecnologie digitali. Accanto a questi saranno consolidati i programmi di formazione professionale obbligatori previste dalle normative in vigore (sicurezza sul lavoro, antincendio, BLS etc.) con l'obiettivo strategico di raggiungere il 100% dei professionisti formati per quanto di propria competenza.

Per quanto riguarda lo sviluppo delle competenze pediatriche, saranno consolidati i programmi di specializzazione e master per medici, infermieri e altre figure sanitarie in ambito pediatrico.

Integrazione con l'università: Consolidamento della collaborazione con l'Università degli Studi di Firenze per una formazione multidisciplinare e innovativa.

8. **Sostenibilità e governance sanitaria**

Garantire la sostenibilità dell'Azienda è confermato essere un obiettivo centrale anche del prossimo triennio. A tal fine risulta di fondamentale importanza rafforzare la governance sanitaria attraverso gli strumenti del governo clinico.

Potenziamento strumenti di governo clinico: attraverso l'utilizzo dei flussi dati sanitari insieme agli strumenti di business intelligence e IA oggi è possibile raggiungere livelli di potenziamento del governo clinico di un Ospedale fino a ieri impensabili. Tali strumenti, oltre che garantire un controllo e una conoscenza sempre più puntuale e analitica dei processi ospedalieri, offrono grandi opportunità anche in termini di accountability e trasparenza nei confronti del sistema sanitario e dei pazienti. Nel prossimo triennio dunque è obiettivo dell'Azienda quello di dotarsi di strumenti sempre più sofisticati di analisi dei dati sanitari finalizzati al governo clinico, alla qualità e sicurezza delle cure, alla prevenzione delle malattie infettive oltre che a garantire l'accesso alle informazioni necessarie alla ricerca clinica.

Un ulteriore obiettivo è rappresentato dalla gestione sostenibile delle risorse. In quest'ottica sarà fondamentale l'ottimizzazione dei processi interni per ridurre gli sprechi e migliorare l'efficienza organizzativa.

Monitoraggio e valutazione: un ulteriore obiettivo sanitario del prossimo triennio è rappresentato dall'implementazione di sistemi di monitoraggio per verificare il raggiungimento degli obiettivi prefissati. Nella pianificazione strategica aziendale è necessario considerare gli obiettivi che la Regione Toscana assegna alle Aziende Sanitarie e che, pur variando annualmente in relazione alle azioni programmatiche regionali prioritarie, riguardano sostanzialmente aspetti correlati alle principali dimensioni di performance di un'Azienda Sanitaria. A questo scopo è stato elaborato a livello regionale, in collaborazione con Laboratorio Management e Sanità (MeS), un sistema di valutazione della performance costituito da un'ampia serie di indicatori che analizzano le attività clinico-assistenziali e che è stato integrato, dal 2019, con indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia e della griglia LEA per rendere il sistema degli obiettivi a livello regionale ancor più aderente al quello nazionale. Un costante confronto e una analisi periodica dell'attività sanitaria alla luce di questo sistema di monitoraggio aiuterà l'Azienda a migliorare le proprie performance e offrire ai piccoli pazienti prestazioni di maggior qualità.

9. **Rete pediatrica**

L'art. 33 bis della Legge Regionale n. 40/2005, così come modificata dalla Legge Regionale n. 84/2015, attribuisce all'Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer le funzioni di riorganizzazione e di coordinamento operativo della Rete Pediatrica Regionale, di concerto con i direttori generali delle aziende sanitarie.

Anche nel prossimo triennio l'AOU Meyer IRCCS rafforzerà ulteriormente l'impegno nei programmi avviati con l'obiettivo di fornire risposte omogenee ai bisogni di salute della popolazione pediatrica su tutto il territorio regionale e di favorire la cooperazione tra i professionisti pediatrici ospedalieri ed i pediatri di famiglia per assicurare percorsi clinico assistenziali integrati - ottimizzando il raccordo ospedale-territorio - oltre a elaborare programmi sul miglioramento dell'assistenza e sulla promozione della formazione e della ricerca.

In questa ottica, particolare rilievo, sarà rivestito dal consolidamento del sistema di teleconsulto: infatti l'operatività regionale, interaziendale e multidisciplinare richiedono nuove ed efficaci modalità di condivisione di conoscenze, competenze e informazioni capaci di supportare l'attività clinica, permettendo inoltre il consolidamento dei gruppi di lavoro della Rete. Lo sviluppo delle tecnologie informatiche, grazie ad un vero e proprio piano digitale, può rappresentare lo strumento che supporta e consente la realizzazione della rete: teleconsulto, telerefertazione e teleconsulenza contribuiscono a permettere un vero funzionamento integrato dei Servizi regionali, a indirizzare i pazienti attraverso i percorsi più appropriati, a facilitare il collegamento tra professionisti dei vari nodi della rete e quindi a favorire l'assistenza in prossimità del luogo di vita del paziente e della sua famiglia, realizzando un obiettivo primario della Rete pediatrica regionale.

10. **Percorsi integrati con ASL Toscana Centro e AOU Careggi**

L'AOU Meyer IRCCS ritiene fondamentale migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e dell'attività ambulatoriale svolta presso il proprio Ospedale orientato all'alta complessità, contribuire a valorizzare i professionisti e le competenze presenti nell'intero Sistema Sanitario Regionale con particolare riferimento alle Aziende Territoriali e nel contempo favorire l'accesso alle cure per i pazienti e le loro famiglie nei presidi più prossimi.

A tal fine nel prossimo triennio saranno potenziati i percorsi integrati con le Aziende Sanitarie Locali, in particolar modo la ASL Toscana Centro che è l'azienda territoriale di primo riferimento in quanto ha competenza sul bacino di utenza della Piana Firenze-Prato-Pistoia e con la quale la collaborazione è stata avviata già nel corso del 2024 mostrando già i primi risultati positivi.

Tali percorsi, fondati sulla reciproca collaborazione tra il nostro Ospedale e i Presidi Ospedalieri della ASL Toscana Centro e i relativi professionisti, permettono infatti di intervenire con efficacia sul

miglioramento dei percorsi diagnostico-terapeutici, sulla riduzione delle liste di attesa e dei costi oltre che portare il paziente dove possa essere meglio curato.

I primi ambiti di sviluppo di questi percorsi integrati sono cinque e includono: interventi nell'aritmologia pediatrica (progetto APE), odontoiatria per bambini con disabilità o odontofobia, progetto materno-infantile, le cure palliative ed infine la chirurgia con ricovero di un solo giorno.

Già nel 2024, infatti, è iniziato il progetto che prevede lo svolgimento di attività chirurgica in 'day surgery' da parte del personale dell'ospedale pediatrico fiorentino presso i locali del presidio Piero Palagi. La procedura è stata pensata per abbattere le liste di attesa per tutti quegli interventi programmati considerati di minore complessità clinica. L'obiettivo prossimo dell'Azienda è quello di favorire l'attivazione di percorsi analoghi presso altri Presidi Ospedalieri dell'ASL Toscana Centro.

Un'altra realtà importante di integrazione è quella in fase di consolidamento con l'Azienda Ospedaliero-universitaria Careggi che riguarda i percorsi di passaggio dall'età pediatrica all'età adulta nelle malattie rare e croniche. In quest'ottica saranno avviati quattro centri inter-aziendali.

Il Centro interaziendale di cardiologia si occuperà di tutte quelle malformazioni congenite del muscolo cardiaco che possono insorgere negli anni dell'infanzia e dell'adolescenza ma che necessitano di cure anche in età adulta, favorendo il cosiddetto processo di 'transizione'. Un impegno importante sarà profuso sul fronte della ricerca genetica molecolare.

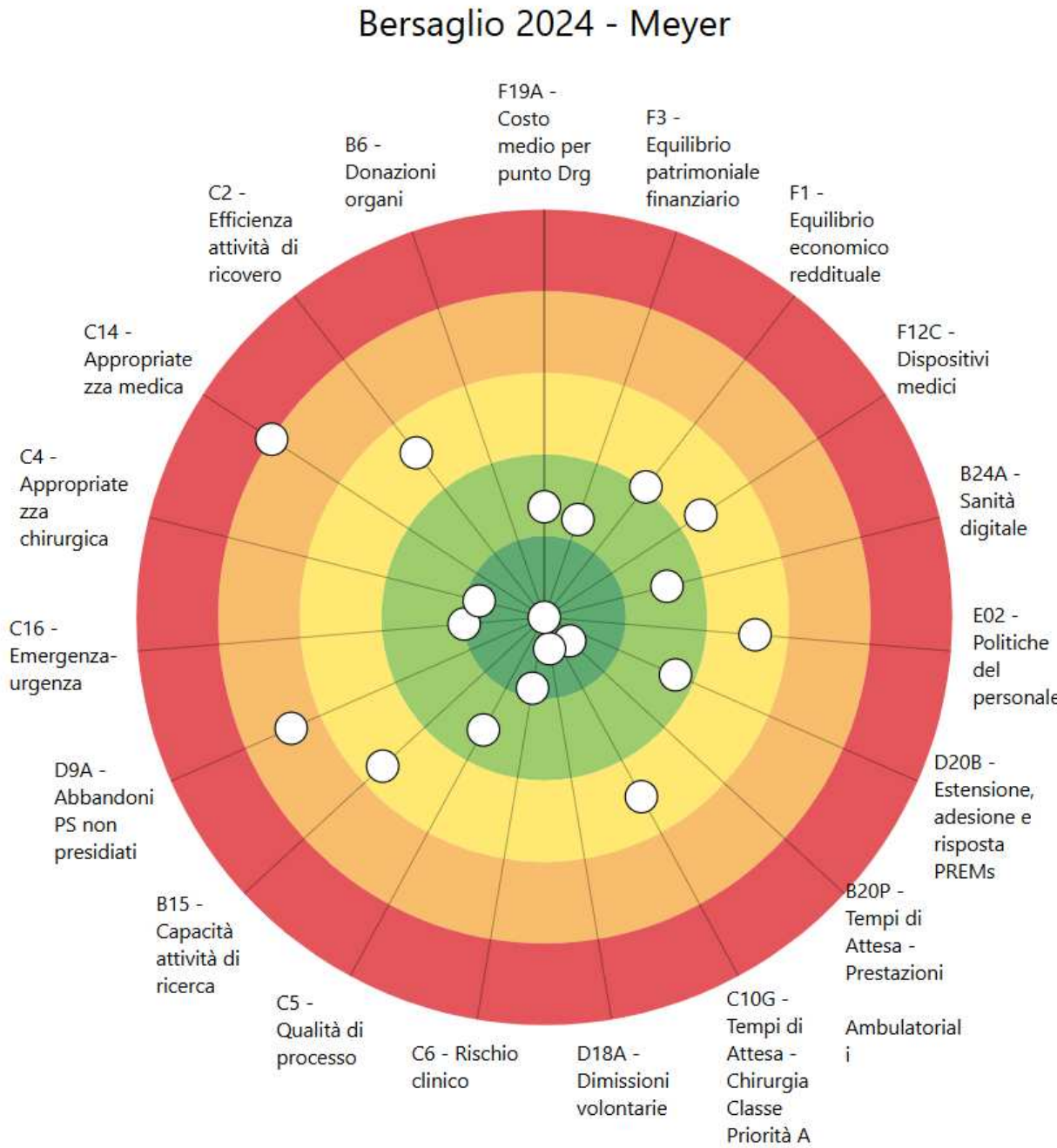
Il Centro interaziendale di urologia già esiste e consoliderà l'obiettivo di condividere competenze e attività di ricerca, tra cui la possibilità di utilizzare il robot chirurgico in tutti quegli interventi che ne richiedono l'impiego.

Il Centro interaziendale di radioterapia pediatrica accoglierà i bambini e gli adolescenti il cui piano terapeutico prevede la necessità di affrontare un trattamento radioterapico rafforzando la collaborazione già in essere tra le due Aziende nell'ambito dei percorsi oncologici.

Il Centro interaziendale di nefrologia sarà il punto di riferimento per i piccoli pazienti affetti da malattie rare che riguardano i reni. I progressi compiuti dalla medicina hanno reso possibile convivere con molte di queste patologie, permettendo a bambini e adolescenti di diventare adulti: il centro sarà un punto di riferimento anche per loro, prendendosi cura della transizione.

Gli obiettivi strategici delineati per il biennio 2026-2028 rappresentano un impegno concreto verso l'eccellenza e l'innovazione, con un focus costante sulla qualità delle cure, della ricerca e sulla centralità del paziente. L'Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer IRCCS di Firenze continuerà a consolidare il proprio ruolo quale punto di riferimento per la salute pediatrica, affrontando con determinazione le sfide del futuro consapevole anche del proprio ruolo nell'ambito del Sistema Sanitario Regionale e Nazionale pubblico rispetto alla crescita del quale vuol continuare a dare il proprio contributo a favore dei pazienti e del Paese.

Di seguito riportiamo il Bersaglio del Laboratorio MeS elaborato nell’ambito del sistema di valutazione delle Azienda Sanitarie Toscana per l’anno 2024 (in attesa dell’elaborazione per il 2025), 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:



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, quale Sottosezione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), 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.

A seguito di nuovo incarico conferito con Deliberazione del Direttore Generale n. 738 del 2025, dal 1 gennaio 2026, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza è la Dott.ssa Ilaria Lombardi.

Per un'analisi più approfondita sui risultati 2025 si rinvia alla Relazione Annuale del RPTC pubblicata nella relativa sezione di "amministrazione trasparente". La relazione ha tenuto conto delle attività poste in essere dal RPCT uscente, il Dott. Gianfranco Spagnolo, sino alla data del 30 settembre 2025. In sintesi, il 2025, ha confermato lo sviluppo delle seguenti linee di attività: formazione e rischio corruzione; conflitto di interessi; codice di comportamento; trasparenza, whistleblowing. I risultati principali sono stati:

- 1) **Analisi e gestione del rischio corruzione:** il consolidamento della nuova metodologia di gestione del rischio corruzione adottata nel corso del 2022 che ha portato contestualmente all'analisi di attività a rischio su processi inerenti alle aree della Ricerca scientifica e della gestione dei fondi PNRR;
- 2) **Formazione:** attività formativa di carattere generale sui temi della Prevenzione della Corruzione Anticorruzione e della Trasparenza attraverso la predisposizione del corso FAD "Etica, Trasparenza e prevenzione della Corruzione", in collaborazione con il Gruppo Regionale RPCT;
- 3) **Conflitto di interessi:** supporto nella gestione del conflitto di interessi su tutti gli ambiti normativi previsti (comunicazione e astensione, inconfiribilità ed incompatibilità, pantouflage, incarichi extra impiego e partecipazione come membri in commissioni di gara) attraverso l'utilizzo di una modulistica definita a livello regionale. La modulistica nel 2025 è stata aggiornata secondo le recenti modifiche in ordine all'ambito dei contratti pubblici e secondo le specifiche richieste dal contesto Aziendale;
- 4) **Trasparenza:** aggiornamento e monitoraggio continuo su "amministrazione trasparente" con particolare attenzione all'adozione dei nuovi schemi di pubblicazione di cui alla Delibera ANAC n. 495 del 2024;

- 5) **Wistleblowing:** Monitoraggio del canale interno istituito nel 2023 per la segnalazione delle condotte illecite e relativa documentazione (indicazioni operative ed informativa privacy), in ottemperanza alle nuove disposizioni del D. Lgs. n. 24/2023, adottato con deliberazione n. 401 del 12.07.2023 e pubblicata al seguente link su amministrazione trasparente <https://www.meyer.it/index.php/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/4813-segnalazione-condotte-illecite-whistleblower>;
- 6) **Inconferibilità ed incompatibilità dirigenza PTA:** In accordo con gli indirizzi regionali è continuata l'attività di raccolta delle dichiarazioni di assenza di cause di inconferibilità ed incompatibilità in relazione agli incarichi dirigenziali non sanitari. I modelli sono stati perfezionati nel corso del 2025, in occasione dei nuovi incarichi propri dalla nuova veste giuridica di IRCCS e dell'aggiornamento dell'Organigramma Aziendale. L'Ufficio dell'RPCT ha partecipato, inoltre, nel corso del 2025, ai lavori del Gruppo Regionale RPCT volti alla redazione delle "Linea guida per la verifica delle situazioni di inconferibilità e di incompatibilità nell'attribuzione degli incarichi previsti dal D.Lgs. 8/4/2013 n. 39".

La seguente Sottosezione, quindi, in una logica di continuità con i Piani Triennali precedenti e con i più recenti PIAO, aggiorna e attualizza le azioni e le misure intraprese avendo come riferimento il PNA 2019, gli “orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza 2022” Approvato dal Consiglio ANAC data 2 febbraio 2022 “sull’onda della semplificazione della trasparenza”, il PNA 2022 (Del. ANAC n. 7/2013) ed il relativo aggiornamento 2023 (Del. ANAC n. 605/2023), circoscritto alle modifiche della sezione speciale dei contratti pubblici 2022. Aggiornamento che riguarda sia nella gestione dei rischi corruzione che la digitalizzazione del sistema degli appalti in termini di trasparenza (comunicazione e pubblicazione). Il PIAO tiene anche conto delle recenti Delibere ANAC sul tema della Trasparenza, nello specifico sull’adozione dei nuovi schemi standard di pubblicazione su Amministrazione Trasparente e degli indirizzi successivi a riguardo.

Gli allegati richiamati nella presente sottosezione sono visionabili al seguente link:
<https://www.meyer.it/index.php/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/352-prevenzione-della-corruzione>

3.3.2. Definizione di corruzione

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 IRCCS. 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

Il presente Piano si colloca in una fase di superamento della diffusione della pandemia da Covid-19 caratterizzato da impegni assunti a livello nazionale con il PNRR. La gestione si contraddistingue per gli ingenti afflussi di denaro e per interventi normativi volti alla realizzazione di opere in tempi ristretti rispetto alla progettualità ordinaria. 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. Il settore particolarmente coinvolto da tale innovazione organizzativa riguarda in particolare il settore dei contratti pubblici alla luce dell'emanazione del Nuovo Codice degli Appalti con D. Lgs n 36 del 2023. Settore che continuerà ad essere un ambito di intervento in termini di azioni anche per il 2026 sul versante della comunicazione e pubblicazione in materia di trasparenza amministrativa, considerato soprattutto la disciplina sulla digitalizzazione del sistema degli appalti e dei regolamenti adottati da ANAC nel 2023.

Più in generale al fine di identificare gli ambiti di rischio maggiormente rilevanti e conseguentemente orientare le azioni e le misure di questa Sottosezione, sono richiamati 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 la Relazione annuale 2024 sull’attività svolta nel 2023 da parte di ANAC nella sezione dedicata al whistleblower. In particolare, nella parte relativa all’analisi dei dati - attestando che nel 2023 sono stati compiuti progressi significativi in questo ambito, tra cui il recepimento della direttiva europea e l’emanazione di Linee guida da parte di ANAC – l’Autorità rileva che nel corso dello stesso anno sono stati aperti n. 1035 fascicoli aventi ad oggetto segnalazioni dei *whistleblowers*, di cui n. 915 per pratiche acquisite da piattaforma informatica e n. 120 per pratiche acquisite dal protocollo informatico. A seguito dell’entrata in vigore della nuova normativa (15 luglio 2023), sono pervenute n. 786 segnalazioni di presunti illeciti, di cui n. 321 provenienti dal settore privato e n. 465 dal settore pubblico. Rispetto a tali segnalazioni, n. 435 sono state archiviate per improcedibilità, in quanto non sono state rilevate le condizioni per l’effettuazione delle segnalazioni esterne ai sensi dell’articolo 6 del d.lgs. n. 24/2023. Le violazioni hanno riguardato principalmente l’ambito degli appalti pubblici, quello delle procedure concorsuali, la gestione delle risorse pubbliche, la mancata attuazione della disciplina anticorruzione, nonché numerosi casi di *maladministration*, talvolta anche con ricadute penali.

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 2023. Emerge dai citati Rapporti che il lungo periodo di crisi economica e la successiva pandemia sanitaria hanno reso più debole e più esposto al rischio corruzione il sistema produttivo e sociale del Paese.

In particolare, il settore sanitario è stato investito direttamente dalla crisi emergenziale rappresentando la prima sede di applicazione della regolamentazione normativa d’urgenza, prestando il fianco al possibile propagarsi del fenomeno corruttivo laddove il grande ammontare di risorse è stato utilizzato mediante una gestione straordinaria degli appalti, con procedure accelerate e affidamenti diretti senza gara. Tale rischio permane con l’approvazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) in considerazione della velocità di spesa e della semplificazione delle procedure per l’utilizzo delle ingenti risorse messe a disposizione dal citato Piano.

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 fase successiva alla gestione dell'emergenza pandemica con i finanziamenti legati al PNRR.

3.3.4. Contesto interno

In un'ottica di continuità rispetto ai cambiamenti affrontati durante il 2023 con il cambio di Direzione ed il riposizionamento degli obiettivi strategici, il 2024 per il Meyer si è caratterizzato principalmente per le modifiche introdotte con l'adozione del Regolamento di organizzazione e funzionamento dell'Azienda con Delibera DG n. 286 del 09 maggio 2024. Dal 1 luglio 2024 sono stati avviati rilevanti cambiamenti organizzativi sia sul versante sanitario che tecnico amministrativo e la conseguente

ristrutturazione dell'Organigramma Aziendale.

Nell'ambito di tali cambiamenti facenti seguito alla nuova veste giuridica di IRCCS assunta dall'Azienda, si segnala la nomina del Direttore Scientifico f.f. avvenuta con Del. DG n. 344 del 5 giugno 2024 e la costituzione di nuovi organi di indirizzo e consultazione in ambito alla ricerca scientifica quali il Consiglio d'Indirizzo e Verifica ed il Comitato Tecnico Scientifico.

L'iter di trasformazione organizzativa ha portato all'adozione di un nuovo Organigramma Aziendale con Deliberazione del Direttore Generale n. 666 del 14.11.2025.

L'IRCCS Meyer si distingue per le attività di diagnosi, cura e riabilitazione di eccellenza rivolte a pazienti sino al raggiungimento della loro maggiore età nel rispetto, comunque, del principio della continuità assistenziale e per le attività di ricerca, prevalentemente clinica e traslazionale, nel campo biomedico ed in quello della organizzazione e gestione dei servizi sanitari, nonché nel campo della formazione medica, delle professioni sanitarie e delle specializzazioni.

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, a seguito dell'adozione del nuovo Regolamento, si rinvia alla sottosezione relativa alla performance e alla sezione organizzazione e capitale umano nonché 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.).

Rispetto al primo ambito, in continuità con quanto espresso in premessa nel paragrafo sulla "Vision", si ribadisce come per il Meyer IRCCS 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 il Meyer IRCCS, attraverso un percorso formativo 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. Dal punto di vista valoriale il nuovo Regolamento conferma i valori del Codice Etico e di Comportamento Aziendale, come di seguito evidenziato (*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”

Integrità della ricerca - Il rispetto dei principi e degli standard di integrità della ricerca, nonché il rispetto delle persone coinvolte nei percorsi della ricerca, costituiscono garanzia della qualità della ricerca stessa e contribuisce ad amplificare la rilevanza della scienza e a rafforzare le aspettative riposte in essa da parte della società civile, con importanti ricadute sullo sviluppo scientifico nonché sul benessere della società. L’integrità è pertanto presupposto essenziale per la realizzazione di progetti di ricerca di alta qualità e coerenti con principi e valori etici, doveri deontologici e standard riconosciuti a livello nazionale ed internazionale.

A fronte della nuova nomina a RPCT della Dott.ssa Lombardi, avvenuta a gennaio 2026, la programmazione delle attività riguardanti la prevenzione della Corruzione e l’attuazione degli obblighi Trasparenza per l’anno 2026, si pone in linea di continuità con il percorso già intrapreso negli ultimi anni da codesta Azienda.

Per ciò che attiene all’ambito finalizzato alla valutazione del rischio corruzione si evidenziano due dimensioni su cui orientare l’attività per il 2026. La prima è riconducibile agli incarichi legati al nuovo assetto organizzativo ed al nuovo organigramma aziendale, nonché alle misure aziendali volte sia alla gestione del conflitto di interessi, delle inconferibilità ed incompatibilità, sia all’aggiornamento ed alla pubblicazione dei dati e delle informazioni in amministrazione trasparente; la seconda dimensione si riferisce alla mappatura del rischio corruzione in ambiti specifici che presentano un maggiore livello di rischio. Ciò avverrà da un lato, ampliando l’insieme dei processi mappati grazie all’utilizzo di apposita metodologia adottata nel corso del 2022 e monitorando lo stato dell’arte delle misure inerenti ai

processi già mappati, dall'altro continuando a promuovere la formazione in materia di prevenzione della Corruzione.

Per ciò che attiene agli obiettivi su citati si richiamano i seguenti allegati:

- 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:** Sezione “Amministrazione Trasparente” - Elenco degli obblighi di pubblicazione vigenti aggiornate con le modalità di pubblicazione della sezione “Bandi di Gara e Contratti” tenendo conto dapprima delle indicazioni di cui all'allegato 9 delle disposizioni ANAC e successivamente del processo di digitalizzazione e all'istituzione della nuova Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici in funzione dal 01 gennaio 2024.

3.3.5. Soggetti coinvolti nel sistema di prevenzione della corruzione aziendale

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

Per realizzare gli obiettivi descritti in questa Sottosezione, l'Azienda Meyer IRCCS 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, dr.ssa Ilaria Lombardi.

I riferimenti sono aggiornati alle determinazioni derivanti dal Nuovo Regolamento di organizzazione e funzionamento aziendale entrato in vigore a maggio del 2024.

Il Gruppo è costituito dalle seguenti figure professionali:

- Salvatore Iannucci - Responsabile SOC Risorse Umane;
- Mariangela Ferrigno - SOSD Convenzioni e Affari generali;
- Elena Cinelli - SOSD Comunicazione e Relazione con l'Utenza
- Laura Belmonte - SOSD Rapporti Contrattuali;
- Giovanni Grazi - Responsabile SOC Area Tecnica;
- Antonino Sala - Direzione Sanitaria;
- Mirco Gregorini - Direttore Dipartimento delle Professioni Sanitarie;
- Donatella Accolla - Responsabile “Sviluppo Risorse Umane”;
- Salvatore De Masi - SOSD Coordinamento Ricerca
- Bruno Manno, Fortuna Pierro - Supporto al RPCT.

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

- Francesco Taiti – Responsabile SOC Gestione economico finanziaria e Controllo di gestione;
- Marco Curradi - Responsabile “Smart Technology Hospital”;
- Tiziana Romanelli - Referente “Formazione”;
- Antonietta Cucurachi – Responsabile dell’Anagrafe per la Stazione Appaltante (RSA);
- Stefania Gianassi – Responsabile SOSD “Qualità ed Accredimento”
- Simona Vergna – Responsabile SOSD “Bed Management e Continuità Ospedale-Territorio;
- 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, attenzionando gli 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 2026 sono confermati gli incontri mensili al fine di promuovere la collaborazione ed il confronto tra i vari RPCT operanti sul territorio regionale.

3.3.6. Procedimento di formazione, predisposizione e adozione della Sottosezione

La predisposizione di questa Sottosezione è il risultato della valutazione con la Direzione della Relazione del RPTC 2025 (pubblicata nella apposita sezione “Amministrazione trasparente” entro il 31 gennaio 2026) dove si sono evidenziati i risultati raggiunti nel 2025, le soluzioni di miglioramento prospettate per le aree a rischio corruzione per il 2026-2028 e le priorità di intervento 2026.

La consultazione pubblica per acquisire proposte e/o osservazioni sulla Bozza della sottosezione "Rischi corruzione e trasparenza" del PIAO dell'AOU Meyer IRCCS per il triennio 2026-2028 è stata attiva dal 11 dicembre 2025 al 17 gennaio 2026. Non sono pervenute proposte o osservazioni in merito.

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 seguito del riconoscimento 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

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 anche della nuova veste giuridica del Meyer IRCCS e dei suoi riflessi organizzativi prospettati e degli sviluppi nel campo della ricerca scientifica, si ritiene utile aggiornare la presente sezione del PIAO attraverso la definizione delle seguenti azioni:

Formazione: sviluppo delle attività attraverso il seguente “PROGRAMMA FORMAZIONE MEYER IRCCS ANNO 2026”, PAF 2026:

Titolo Evento	Obiettivo Formativo	Trimestre	Target Utenza	Durata	Mod alità
Etica, Trasparenza e prevenzione della Corruzione (Gruppo Regionale RPCT)	Argomenti di carattere generale Anticorruzione e Trasparenza	2026	Tutte gli operatori	4 ore	FAD
Prevenzione della corruzione e Codice di Comportamento: lo specifico ambito sanitario	Argomenti di carattere generale su aggiornamento Codice di Comportamento	Disponibile	Tutte le professioni	4 ore	FAD
Obblighi Antiriciclaggio in Sanità	Argomenti di carattere generale: novità normative relative alle tematiche della prevenzione del riciclaggio e del finanziamento al terrorismo, secondo quanto previsto dal DLgs 231/2007 e ss.mm.ii	Disponibile	Tutte le professioni	4 ore	FAD

Stato dell'arte: La Formazione, nel corso dell'ultimo triennio, si è focalizzata sulla mappatura del rischio corruzione e la gestione del conflitto di interessi in ambito sanitario.

Sotto il primo punto di vista, l'attenzione è stata rivolta ai processi inerenti all'area della Ricerca scientifica e alla gestione dei finanziamenti PNRR, affrontati grazie ad uno specifico Laboratorio in cui sono stati coinvolti direttamente i destinatari di ogni processo attenzionato, individuati dalla Struttura di competenza. I destinatari del corso hanno predisposto degli elaborati finali lavorando in gruppi di lavoro costituiti sia da componenti amministrativi che da componenti sanitari (*vedi elenco nel punto successivo*).

Sotto il profilo del conflitto di interessi, invece, sono state organizzate 3 edizioni annuali del Webinar *“La gestione del conflitto di interessi in ambito sanitario: riconoscere, valutare e gestire il conflitto di interessi”*, destinato a tutti i dipendenti che non avevano partecipato a corsi in materia di anticorruzione negli ultimi 5 anni. I Webinar hanno avuto contenuti specifici per la prevenzione e la gestione del conflitto di interessi in ambiti determinati.

Durante il 2025, tra l'altro, l'Ufficio del RPCT ha collaborato alla predisposizione del corso FAD *“Etica, Trasparenza e prevenzione della Corruzione”*, in collaborazione con il Gruppo Regionale RPCT, con un particolare coinvolgimento nella redazione delle Unità Didattiche relative alla Trasparenza Amministrativa e all'Accesso Civico.

Il Corso sarà fruibile nel 2026

Nel corso del 2026 vengono confermati i FAD attivi, concernenti le tematiche generali della Prevenzione della Corruzione, dell'attuazione della Trasparenza, del Conflitto di interessi e sul Codice di Comportamento. All'interno del contesto formativo, un obiettivo specifico per il 2026, è quello di organizzare incontri con le diverse Strutture Amministrative al fine di approfondire le tematiche inerenti alla Trasparenza e ai nuovi schemi obbligatori di pubblicazione introdotti con Delibera ANAC n. 495 del 2024. Gli incontri saranno finalizzati all'attuazione, nel tempo, dei nuovi schemi di pubblicazione delle informazioni su Amministrazione Trasparente.

Si segnala inoltre, nell'ambito della programmazione regionale, la messa a punto del corso FAD sugli *“Obblighi Antiriciclaggio in Sanità”* che è rivolto a tutte le professioni ed è disponibile già a partire dal 2024. A tal proposito verranno coinvolte le strutture aziendali al fine di individuare i destinatari che dovranno partecipare al Corso FAD.

Gestione del rischio corruzione: L'applicazione della nuova metodologia ha portato, a partire dal 2022, alla mappatura del rischio corruzione dei processi aziendali. Di questo si dà evidenza negli allegati 1 e 2 del presente PIAO. Si rinvia al Paragrafo 3.3.9 *Gestione del rischio corruzione e mappatura dei processi* per l'elenco dei processi mappati nel corso della Formazione specifica e la relativa metodologia.

Amministrazione trasparente: continuo e tempestivo aggiornamento dell'apposita sezione sul sito internet aziendale, aggiornamento dei referenti e delle strutture deputati alla pubblicazione e monitoraggio straordinario. È stata particolarmente attenzionata la sezione relativa al "Personale", con specifico riferimento al conferimento degli incarichi. A tal proposito, l'Ufficio del RPCT ha contribuito alla redazione delle "Linea guida per la verifica delle situazioni di inconferibilità e di incompatibilità nell'attribuzione degli incarichi previsti dal D.Lgs. 8/4/2013 n. 39", in collaborazione con il Gruppo Regionale dei Responsabili della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Nell'ambito delle attività inerenti alla Trasparenza, inoltre, è stata dedicata particolare attenzione all'attuazione dei nuovi schemi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente, di cui alla Delibera ANAC n. 495/2024, con il coinvolgimento delle Strutture destinatarie dei nuovi indirizzi ANAC.

Si segnala che l'AOU Meyer IRCCS ha recepito le indicazioni ANAC relative alla nuova sezione "bandi di gara e contratti" / PNRR, ampliando l'apposita sezione sul proprio sito aziendale in "Amministrazione Trasparente" e sta continuando l'opera di aggiornamento degli obblighi di pubblicazione nell'apposita tabella (vd. Allegato 3).

In relazione agli obblighi Trasparenza è da segnalare nel mese di ottobre 2024 l'avvio di un percorso condiviso a livello regionale con gli altri RPCT della regione toscana, volto a tentare di dare uniformità di pubblicazione alle informazioni di specifiche sotto sezioni in "Amministrazione Trasparente". Il Gruppo di lavoro, durante il 2025, ha analizzato gli iter di pubblicazione di alcune particolari sezioni e sottosezioni di AT di cui agli artt. 14,15,19 D.Lgs n. 33/2013.

Per la programmazione delle della attività da svolgere nel 2026 in relazione agli obblighi trasparenza, si rinvia al successivo punto *3.3.10 Programmazione dell'attuazione della Trasparenza*

Per quanto attiene gli obiettivi/attività specifiche delle singole strutture coinvolte nei processi di mappatura e gestione del rischio corruzione si fa riferimento all'Allegato 2 ed al PIAO 2024-2026.

In questa sezione si dà evidenza degli ulteriori aggiornamenti relativi alle attività svolte dalle singole Strutture, nel corso dell'ultima annualità, in tema di prevenzione della Corruzione, contestualmente alle nuove proposte per le azioni del 2026:

Struttura: Ufficio Formazione

Nel corso del 2025 l'Ufficio Formazione ha indirizzato i dipendenti dell'Azienda Aou Meyer IRCCS allo svolgimento dei corsi in materia di prevenzione del rischio anticorruzione, eventi inseriti nel Piano Annuale della Formazione (PAF 2025) su indicazione del Responsabile aziendale in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, monitorando il completamento dei corsi.

L'Ufficio Formazione ha inviato trimestralmente alle strutture presenti in Azienda un monitoraggio

relativo allo svolgimento dei corsi obbligatori, tra i quali il corso sul Codice di Comportamento.

Per il 2026 è prevista la prosecuzione delle attività di monitoraggio per i corsi in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza. - Organizzazione dei corsi presenti nel PAF 2026 proposti dal RPCT aziendale; convocazione del personale ancora da formare presente in Azienda; per i lavoratori che hanno svolto il corso nei 5 anni precedenti, l'Ufficio Formazione li convocherà per un retraining.

Struttura: SOSD Comunicazione e relazione con l'utenza

Come ogni anno, la gestione di reclami e segnalazioni avviene in base al Regolamento di Pubblica tutela, adottato con delibera aziendale n.576/19, e con procedura aziendale AZI036/2020 nell'ambito della quale si prevede l'invio della Relazione annuale di Pubblica tutela all'Anticorruzione e trasparenza.

La Relazione di pubblica tutela è trasmessa alle Direzioni oltre che pubblicata sulla intranet aziendale.

In relazione alle Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile del Piano di Prevenzione e corruzione, sono state organizzate 4 Assemblee del Comitato di partecipazione aziendale, a cui hanno partecipato il Direttore generale e il Direttore sanitario per informare e coinvolgere le Associazioni sulle azioni programmatiche aziendali. L'URP ha organizzato 4 incontri formativi riservati ai volontari delle associazioni sui temi della sicurezza delle cure e sicurezza dei volontari, della privacy e dell'accesso ai servizi.

Nella struttura è presente anche il Laboratorio Prevenzione e promozione del benessere nella comunità che inserisce le sue attività educative-informative-formative inerenti alla prevenzione e promozione alla salute di bambini e adolescenti nel Piano annuale della formazione e si attiene ai principi e alle procedure previste per le attività di formazione aziendali. Nel promuovere il coinvolgimento delle scuole nelle attività a loro destinate, si adopera per diffondere ampiamente le attività anche attraverso la collaborazione con l'Ufficio Scolastico Regionale che trasmette note specifiche a riguardo e a tutti gli istituti potenzialmente interessati. Per le attività di ricerca che il Laboratorio promuove e segue, osserva il massimo rigore scientifico ed etico.

La struttura ha sollecitato il Laboratorio Mes della Scuola Sant'Anna di Pisa che ha la responsabilità e presiede l'implementazione e gestione della piattaforma di restituzione dei risultati di PREMs-VOICES per identificare una modalità sistematica di analisi e restituzione delle informazioni ai professionisti a vari livelli.

I suddetti punti restano invariati per l'anno 2026.

Struttura: Dipartimento delle professioni sanitarie

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

- Si è completata la redazione e formalizzazione alla Direzione del Dipartimento delle Professioni, di elenchi di operatori di tutte le articolazioni aziendali che si ritengono a più alto coinvolgimento per essere individuati a partecipare a Commissioni di concorso/selezioni interni ed esterni, commissioni di gara, gruppi di lavoro internazionali, nazionali, regionali, aziendali (vedi allegato 1). Tali operatori oltre a possedere le competenze avanzate sulle materie di interesse della procedura, hanno tutti svolto il corso sulla Trasparenza ed Anticorruzione;
- Per quanto concerne i corsi aziendali sui rischi di corruzione, nessuno tra questi ha trattato nel 2025 tematiche specifiche di interesse per gli Incarichi di Funzione del Dipartimento delle Professioni Sanitarie.

Per il 2026 è previsto:

- L'aggiornamento e formalizzazione alla Direzione del Dipartimento delle Professioni Sanitarie degli elenchi dei nominativi di professionisti in tutte le articolazioni aziendali che si ritengono a più alto coinvolgimento per essere individuati a partecipare a Commissioni di concorso/selezioni interni ed esterni, commissioni di gara, gruppi di lavoro internazionali, nazionali, regionali, aziendali. L'aggiornamento si rende necessario visto l'alto numero di nuovi ingressi o uscite degli operatori dalle varie organizzazioni per cessazioni, nuove assunzioni, mobilità.
- Partecipazione di operatori del dipartimento ai vari livelli di responsabilità a futuri corsi specifici di Formazione in materia di rischi corruttivi; partecipazione a corsi non specifici in materia di rischi corruttivi di una parte degli operatori di linea.

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 5 anni;
- Formazione: partecipazione agli eventi formativi obbligatori in cui si è destinatari di corsi/webinar specifici;
- Amministrazione trasparente: aggiornamento dei referenti delle strutture la sottosezione coinvolti nelle attività di aggiornamento e pubblicazione dei dati.

3.3.9 Gestione del rischio corruzione e mappatura dei processi

Fermo restando quanto già ampiamente evidenziato nel paragrafo dedicato alla Formazione anche nel 2026, in una logica di approccio graduale e mirato, continua 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 2026 si

confermano l'area di intervento della ricerca scientifica e dell'integrazione dei codici etici e comportamentali. Altre aree di intervento potranno essere individuate a seguito dei risultati emersi nel corso degli eventi formativi e delle attività di mappatura già concluse.

Nell'ambito della mappatura del rischio corruzione, nel corso del 2026 l'Ufficio del RPCT concentrerà le attività sul possibile ampliamento dell'elenco dei processi mappati. Inoltre, sarà effettuato un monitoraggio sul grado di attuazione delle misure di prevenzione del rischio, inerenti ai processi già attenzionati.

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.

L'utilizzo della nuova metodologia, integrata con percorsi formativi mirati, ha portato oggi all'analisi ed alla mappatura dei seguenti processi aziendali, suddivisi per area generale di riferimento ed in continuo ampliamento (*vd. allegato 2 alla Sottosezione del PLAO*):

Area Amministrativa:

- a) Convenzioni e contratti di acquisto e fornitura di servizi sanitari;
- b) Amministrazione del personale: assegnazione borse di studio;
- c) Avvio e gestione contratti di servizio;
- d) Donazioni;
- e) Sponsorizzazioni;
- f) Convenzionamento con Istituti e Scuole di specializzazione;
- g) Acquisti software e hardware;
- h) Affidamento diretto lavori sotto soglia;

Area Sanitaria:

- i) Approvvigionamento beni e servizi sanitari;
- j) Programmazione chirurgica e gestione liste di attesa;

Area della Ricerca Scientifica:

- k) Sperimentazione clinica;
- l) Studi osservazionali farmacologici;

- m) Valutazione studio clinico da parte del CE
- n) Istruttoria valutazione studi clinici – CEP;
- o) Acquisizione beni e servizi innovativi per la ricerca – PNC;
- p) Database e Consulenza dati;
- q) Attivazione sperimentazione clinica no profit;
- r) Negoziazione del contratto in studio profit;
- s) Sottomissione progetti di ricerca;
- t) Valutazione funzionale varianti genetiche;
- u) Valutazione pubblicazioni scientifiche.

La mappatura ed il monitoraggio dei processi aziendali mediante l'utilizzo della su descritta metodologia è tuttora in continua evoluzione. Pertanto, l'elenco delle aree attenzionate e dei processi mappati 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 nei precedenti PIAO e Piani Triennali al seguente link:

<https://www.meyer.it/index.php/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/352-prevenzione-della-corruzione>.

3.3.10 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 IRCCS, visto non solo dal punto di vista dell'applicazione del D.Lgs. n. 33/2013 e smi, 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 in ambito agli adempimenti sulla trasparenza si veda l'**Allegato 3: 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 2026-2028, 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 SOSD Convenzioni e Affari Generali, 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 3, utilizzare un formato aperto o elaborabile (es. ods, csv, pdf elaborabili).

Nel 2026 la griglia, di cui all'Allegato 3, 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.

La griglia risentirà ancora della nuova strutturazione della sezione "Bandi di gara e contratti" in Amministrazione Trasparente. L'aggiornamento è iniziato nel corso del 2023 seguendo le indicazioni dell'Allegato 9 del PNA 2022, in cui si elencano per ogni procedura contrattuale, dai primi atti all'esecuzione, gli obblighi di trasparenza in materia.

La sezione "Bandi di gara e contratti" è stata pertanto ampliata prevedendo un'apposita sotto-sezione destinata a tutte le procedure originate dopo il 01 gennaio del 2024 nel quale confluiranno tutte le informazioni richieste dalla nuova normativa in vigore (vd. Allegato 3).

Le attività di aggiornamento e di monitoraggio delle pubblicazioni dei dati in "Amministrazione Trasparente" costituiscono obiettivi ordinari di budget 2026 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.

Per la programmazione 2026 in tema di Amministrazione Trasparente, sarà monitorato con attenzione il processo di pubblicazione a seguito dell'adozione dei nuovi schemi standard di cui alla Delibera ANAC n. 495 del 2024 "Approvazione di 3 schemi di pubblicazione ai sensi dell'art. 48 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai fini dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui al medesimo decreto - Messa a disposizione di ulteriori schemi", e sarà attenzionata anche la Delibera ANAC n. 481 del 2025 avente ad oggetto la modificazione della Delibera n. 495 del 25 settembre 2024. Nell'ambito dell'aggiornamento delle sezioni di AT, sarà oggetto di rilevante attività quanto previsto dalla Delibera ANAC n. 497 del 3 dicembre 2025, avente ad oggetto **l'approvazione di 5 nuovi schemi di pubblicazione ai sensi dell'art. 48 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33**. Tale attività verrà integrata dal processo formativo specifico che vedrà coinvolte le varie Strutture di volta in volta chiamate ad adempiere alle nuove modalità di pubblicazione.

In ambito alle attività di monitoraggio legate agli obblighi Trasparenza è anche da segnalare l'istituzione di un **monitoraggio straordinario**, in aggiunta a quello ordinario, a cadenza mensile al fine di verificare che le pubblicazioni siano complete, esatte ed aggiornate.

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 – Controlli e rilievi sull'amministrazione".

Per ciò che riguarda gli approfondimenti tematici sulle misure generali comuni si rinvia in questa sede a consultare il precedente Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2023-2025, con particolare evidenza all'Allegato 3 dedicato alle "Aree di intervento comuni e obbligatorie per tutti gli enti della pubblica amministrazione". Nel succitato Allegato 3 sono presenti gli approfondimenti sullo stato dell'arte e sugli obiettivi generali perseguiti in relazione ad aree comuni quali ad esempio la gestione del conflitto di interessi, il Codice di Comportamento, il pantouflage, il whistleblowing, ecc.

3.3.11 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 RPCT collabora con l'OIV ai fini della attestazione sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione che avviene di norma per il primo semestre di ogni anno, con verifica successiva al 30 novembre per superamento di eventuali criticità in termini di completezza e chiarezza e aggiornamento delle informazioni pubblicate. Lo stesso ha l'obbligo di segnalare i casi di mancato o ritardato adempimento. L'OIV, dal 2023, utilizza l'applicativo web fornito da ANAC per annotare gli esiti dell'attestazione e del monitoraggio.

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.

Nel rispetto dell'art. 1, comma 9, lett. g) della Legge 190/2012, l'Amministrazione ha implementato un sistema di monitoraggio del rispetto dei termini per la conclusione dei propri procedimenti.

Il monitoraggio è attuato sulla base delle tabelle pubblicate, in conformità all'art. 35, comma 1, lettera a) del D.lgs. 33/2013, all'interno della sezione "Attività e procedimenti/Tipologie di procedimento" del sito "Amministrazione Trasparente".

Tali tabelle, tuttora in fase di aggiornamento a seguito dell'adozione del Nuovo Organigramma Aziendale, riportano le informazioni relative a ciascun procedimento amministrativo e, in particolare, il termine fissato in sede di disciplina normativa per la conclusione con l'adozione di un provvedimento espresso e ogni altro termine procedimentale rilevante.

I Responsabili delle strutture aziendali, sono tenuti al monitoraggio dei procedimenti di propria competenza al fine di:

- verificare il rispetto dei suddetti termini previsti dalla legge o dai regolamenti;
- prevenire ritardi e criticità che possano costituire terreno favorevole per fenomeni corruttivi;
- garantire efficienza, trasparenza e responsabilità nei confronti dell'utenza.

In particolare, per ciascun procedimento di competenza, il Responsabile deve confrontare periodicamente il termine previsto con il termine effettivo di conclusione di ciascuna istanza, calcolando eventuali scostamenti. Le cause di ritardo, se presenti, devono essere documentate e analizzate.

Qualunque criticità dev'essere tempestivamente segnalata al RPCT in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 1, comma 9, lett. c) della Legge 190/2012.

I risultati del monitoraggio saranno utilizzati dal RPCT:

- per la revisione dei processi amministrativi;
- per l'aggiornamento del PIAO;
- come base per eventuali interventi organizzativi e formativi.

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 IRCCS è attualmente disciplinata dal regolamento di organizzazione e funzionamento adottato, d'intesa con il Rettore dell'Università degli Studi di Firenze, con deliberazione del Direttore Generale n. 286 del 09 maggio 2024 avente ad oggetto "Adozione del regolamento di organizzazione e funzionamento dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer I.R.C.C.S. ai sensi dell'art. 50 novies della l.r.t. n. 40/2005 e s.m.i. a seguito pareri favorevoli di Giunta regionale e Ministero della Salute", reperibile al seguente link: <https://www.meyer.it/images/pdf/statuto-aziendale/adozione-regolamento-organizzazione-funzionamento-2024.pdf>).

Con deliberazione del Direttore Generale n. 666 del 14.11.2025 sono state introdotte ulteriori misure di adeguamento all'assetto organizzativo dell'AOU Meyer IRCCS, finalizzate a rafforzare i processi di innovazione, a migliorare l'efficienza delle attività sanitarie e amministrative e a potenziare le iniziative di sviluppo della ricerca.

Sono Organi istituzionali dell'A.O.U. Meyer IRCCS il Direttore Generale, il Consiglio di Indirizzo e Verifica (CIV), il Direttore Scientifico, il Collegio Sindacale, il Collegio di Direzione.

La nomina, la durata in carica, le funzioni ed il compenso del Direttore Generale sono previsti e disciplinati dalle norme statali e regionali in vigore per le aziende del Servizio Sanitario Nazionale (D.Lgs. n. 171/2016, D.Lgs. n. 502/1992 e LRT n. 40/2005).

Il Direttore Generale è nominato dal Presidente della Giunta Regionale, sentito il Ministro della Salute, e acquisita l'intesa con il Rettore dell'Università degli Studi di Firenze, con le modalità di cui all'art. 2, commi 1 e 2 del D.Lgs. n. 171/2016, nel rispetto delle disposizioni di cui agli artt. 37, 38, 39 e 50 ter della LRT 40/2005. Il Direttore Generale deve essere in possesso dei requisiti di cui all'art. 11, comma 3 del D.Lgs. 288/2003 e ss.ii.mm. ed all'art. 1, comma 4, del D.Lgs. n. 171/2016 e ss.ii.mm.

L'incarico di Direttore Generale ha natura esclusiva, una durata non inferiore a tre e non superiore a cinque anni, rinnovabile, ed è disciplinato da apposito contratto di diritto privato stipulato in osservanza delle norme del titolo terzo del libro quinto del codice civile, secondo uno schema tipo approvato dalla Regione.

Ha la rappresentanza legale dell'IRCCS Meyer, ne assicura il perseguimento della missione, nonché la coerenza degli atti di gestione con gli indirizzi e con i programmi definiti dal Consiglio di Indirizzo e Verifica, avvalendosi degli strumenti organizzativi previsti dal presente Regolamento ed è responsabile della gestione complessiva, coadiuvato dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario.

Esercita i poteri organizzativi e gestionali attribuitigli dalle leggi coerentemente con i principi, gli obiettivi, gli indirizzi e le direttive definite dai diversi livelli di governo e di programmazione del Servizio Sanitario Toscano, del Ministero della Salute per gli ambiti della ricerca, e dell'Università degli Studi di Firenze per la didattica.

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 di indirizzo del Ministero per gli ambiti della ricerca e le linee programmatiche definite dall'Organo Paritetico nei rapporti ospedale-università.

Il Consiglio di Indirizzo e Verifica è nominato dal Presidente della Giunta regionale ed è composto da 5 membri, di cui:

- 2 direttamente individuati dal Presidente della Giunta;
- 1 individuato dal Rettore dell'Università degli Studi di Firenze;
- 2 individuati dal Ministero della Salute.

Il Presidente del Consiglio di Indirizzo e Verifica è individuato fra i componenti di nomina regionale.

I componenti del Consiglio di Indirizzo e Verifica devono essere scelti tra soggetti di provata competenza ed onorabilità, in possesso dei requisiti di cui all'articolo 6, comma 1 bis del d.lgs. 288/2003 e s.s.m.i., e durano in carica cinque anni.

I componenti del Consiglio di Indirizzo e Verifica devono possedere i requisiti previsti dalla normativa vigente, assicurando altresì l'assenza di conflitti di interesse.

Al Consiglio partecipano il Direttore Generale e il Direttore Scientifico senza diritto di voto, e, su invito, il Direttore Sanitario, il Direttore Amministrativo e ogni altro esperto che il Consiglio intenda invitare.

Il Consiglio di Indirizzo e Verifica determina gli indirizzi e gli obiettivi dell'attività dell'Istituto su base annuale e pluriennale e verifica la corrispondenza degli stessi alle attività svolte ed ai risultati raggiunti con particolare riferimento alle scelte strategiche dell'ente ed alla gestione e valorizzazione del patrimonio, nonché alle funzioni ed alle attività di cui all'articolo 8 "Funzioni di ricerca e assistenza", commi 4, 5 e 6 e all'articolo 9 "Attività strumentali" del d.lgs. 288/2003 e s.s.m.i.

Esprime parere preventivo e obbligatorio in merito agli atti del Direttore Generale aventi ad oggetto:

- bilancio preventivo e bilancio di esercizio;
- modifiche al presente Regolamento;
- atti di alienazione del patrimonio;
- provvedimenti in materia di costituzione o partecipazione a società, consorzi con altri enti ed associazioni.

Il Consiglio di Indirizzo e Verifica nomina i componenti del Comitato Tecnico-Scientifico, su proposta del Direttore Scientifico.

Le modalità di funzionamento e organizzazione dell'organo sono quelle indicate negli artt. 9 "Consiglio di Indirizzo e Verifica" e 10 "Convocazione e quorum" dello schema tipo di regolamento di organizzazione e funzionamento degli IRCCS allegato all'Atto di Intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano dell'1° luglio 2004 salvo che lo stesso proceda ad adottare un proprio regolamento.

Ai componenti del consiglio di indirizzo e verifica è attribuita una indennità pari al cinque per cento degli emolumenti del direttore generale dell'IRCCS. Agli stessi spetta il rimborso delle spese effettivamente sostenute nei limiti e secondo quanto previsto dalla normativa vigente per i dirigenti del servizio sanitario nazionale.

Il Direttore Scientifico è nominato dal Ministro della Salute, sentito il Presidente della Giunta regionale, nel rispetto delle disposizioni del regolamento emanato con decreto del Presidente della Repubblica 26 febbraio 2007, n. 42 (Regolamento recante disposizioni in materia di direttori scientifici degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico - IRCCS).

Il Direttore Scientifico promuove e coordina l'attività scientifica e di ricerca e ne gestisce il budget concordato con il Direttore Generale, la cui entità non può essere inferiore ai finanziamenti destinati all'Istituto per l'attività di ricerca e, complessivamente, all'ammontare dei conferimenti specificatamente destinati all'Istituto, in ragione del carattere scientifico del medesimo. Il Direttore Scientifico individua i responsabili di ciascun progetto di ricerca, come formulato nel contesto della programmazione delle specifiche linee della ricerca corrente, assegna loro il relativo specifico budget e ne verifica l'impiego.

Il Direttore Scientifico è direttamente coinvolto nella direzione strategica dell'IRCCS Meyer, al fine di potersi confrontare con il Direttore Generale, Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo, nonché con i responsabili delle strutture aziendali.

Il Direttore Scientifico presiede il comitato tecnico-scientifico i cui componenti sono nominati dal CIV su sua proposta e si rapporta con il Direttore Generale ai fini dell'integrazione dell'attività di ricerca con l'attività assistenziale e di formazione ed esprime parere obbligatorio al direttore generale sulle determinazioni e sulle delibere relative alle attività cliniche e scientifiche, le assunzioni e l'utilizzo del personale medico e sanitario non medico.

Il Direttore Scientifico definisce, d'intesa con il Direttore Generale, i programmi annuali e pluriennali di ricerca che devono integrarsi con l'attività clinico/assistenziale e di formazione in particolare per quanto riguarda l'utilizzo ottimale delle risorse aziendali.

Il Collegio Sindacale è nominato dal Direttore Generale, dura in carica tre anni ed è composto, fermo restando l'Articolo 16 della Legge 31 dicembre 2009 n. 196, da 3 membri, di cui:

- 1 designato dal Presidente della Giunta Regionale, previa deliberazione del Consiglio Regionale;
- 1 designato dal Ministro dell'Economia e delle Finanze;
- 1 designato dal Ministro della Salute.

I componenti del collegio sindacale sono scelti tra gli iscritti nel registro dei revisori legali istituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze, ovvero fra i funzionari del Ministero stesso che abbiano esercitato per almeno tre anni le funzioni di revisori dei conti o di componenti di collegi sindacali.

Il Direttore Generale convoca i sindaci entro il termine massimo di dieci giorni dalla nomina; nella prima seduta il Collegio procede all'elezione del Presidente tra i propri componenti.

Il Collegio Sindacale, a norma dell'Art. 50 septies della LRT 40/2005:

- verifica l'amministrazione dell'azienda sotto il profilo economico;
- vigila sull'osservanza della legge;
- accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili, ed effettua periodicamente verifiche di cassa.

Il Collegio Sindacale inoltre riferisce almeno trimestralmente alla Regione, al Ministero dell'Economia e delle Finanze e al Ministero della Salute, anche su loro specifica richiesta, sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti se vi è fondato sospetto di gravi irregolarità.

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 in modo da garantire la partecipazione di tutte le figure professionali presenti nell'Azienda come individuate dall'art. 40 ter LRT 40/2005; 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.

Il Collegio di Direzione è composto da:

- il Direttore Sanitario, che lo presiede;
- il Direttore Scientifico;
- i vice presidenti del Consiglio dei Sanitari;
- i Direttori dei Dipartimenti;

I membri (escluso il Direttore Sanitario e Scientifico) devono essere complessivamente in numero uguale per le componenti universitaria ed ospedaliera; a tal fine, ove si verificasse uno squilibrio tra le due componenti, il collegio di direzione è integrato dal numero di membri necessario per raggiungere la parità, designati dai dipartimenti tra i dirigenti laureati responsabili di strutture organizzative all'interno dei dipartimenti stessi.

Alle sedute del collegio di direzione partecipano altresì il Direttore Amministrativo, e il Direttore della farmacia ospedaliera.

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

La Direzione Aziendale è la sede di governo ove sono definite le strategie e le politiche aziendali sulla base della pianificazione nazionale e regionale ed è verificato il corretto impiego delle risorse assegnate rispetto al raggiungimento degli obiettivi prefissati attraverso lo svolgimento delle funzioni di indirizzo e controllo.

Tale ambito gestionale si caratterizza per la partecipazione e la collegialità nell'assunzione delle decisioni strategiche relativamente allo sviluppo dell'IRCCS Meyer e all'organizzazione dei servizi.

La Direzione Aziendale è supportata inoltre dall'Ufficio di Direzione.

4.2 Strumenti organizzativi

L'A.O.U. Meyer IRCCS 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.

Fermo restando le disposizioni di legge nazionale vigenti in materia di IRCCS e quanto contenuto nell'Atto di intesa Stato-regioni stipulato il 1° luglio 2004, l'IRCCS Meyer articola la propria organizzazione interna nel rispetto di quanto previsto dalla regione.

Il numero e la tipologia dei dipartimenti e delle unità operative complesse e semplici e la dotazione organica complessiva e specifica sono definite almeno ogni tre anni dal direttore generale con apposito atto di organizzazione. Nella definizione dell'assetto organizzativo, il direttore generale valuta espressamente le esigenze connesse all'attività di ricerca, alle collaborazioni in atto tra unità e tra laboratori, anche appartenenti a diverse unità operative e favorisce, su richiesta, la mobilità interna dei ricercatori. Sulle predette materie il direttore generale acquisisce il parere obbligatorio del direttore scientifico.

Il rapporto di lavoro del personale dell'IRCCS Meyer è disciplinato dalle disposizioni di cui al decreto legislativo n. 165/2001 e successive modifiche ed integrazioni, al decreto legislativo n. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni e dai CCNL di comparto vigenti.

L'Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer IRCCS gestisce le attività di propria competenza attraverso strumenti organizzativi volti a dare la migliore risposta alle esigenze di assistenza, di ricerca e di didattica.

Le attività di cura e di supporto sono gestite attraverso le articolazioni organizzative differenziate nell'ambito assistenziale e nell'ambito delle professioni sanitarie, tecnico amministrative e professionali che di seguito sono declinate.

Per quanto attiene alle attività di ricerca e di didattica, l'integrazione con l'assistenza, necessaria per i migliori esiti della ricerca e della didattica stesse, richiede l'utilizzo dell'articolazione organizzativa meglio rispondente alle necessità di gestione. Si ritiene in tal senso dare atto di come la ricerca traslazionale trovi origine in strutture deputate alla cura, così come molte attività formative debbono anch'esse essere esplesate in ambiti tipicamente assistenziali.

Le attività assistenziali/ricerca sono gestite attraverso le seguenti articolazioni organizzative:

1. Dipartimento ad Attività Integrata (DAI)
 - a. Struttura Organizzativa Complessa (SOC)
 - b. Struttura Organizzativa Semplice dipartimentale (SOSD)
 - c. Struttura Organizzativa Semplice (SOS)
 - d. Centro Specialistico
2. Incarico di programma
3. Area di Ricerca Avanzata (ARA)

L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di organizzazione e gestione con cui si dà attuazione al principio di partecipazione dei professionisti al processo decisionale, secondo i rispettivi ambiti di responsabilità al fine di assicurare l'esercizio integrato delle attività assistenziali, didattiche, e di ricerca.

Il Dipartimento è una struttura aziendale, sovraordinata rispetto alla Struttura Organizzativa relativamente agli aspetti gestionali, ed è costituito da strutture omogenee, affini o complementari, comprensive delle proprie articolazioni organizzative e funzionali, che perseguono comuni finalità e sono quindi tra di loro interdipendenti, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità in ordine agli aspetti clinico-assistenziali.

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

- Dipartimento PTA
- Area

- Struttura Organizzativa Complessa (SOC)
- Struttura Organizzativa Semplice (SOS)
- Ufficio e Unità Professionale
- Incarico di funzione.

Il personale, sia del comparto che della dirigenza, a cui non sono assegnati incarichi di natura gestionale, partecipa attivamente, nell'ambito del proprio profilo e area di appartenenza, alla realizzazione della mission aziendale, ciascuno per le specifiche competenze, anche attraverso gli incarichi professionali previsti all'interno della normativa di settore e nei CCNL vigenti.

Attraverso i Dipartimenti ad Attività Integrata, l'Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer IRCCS garantisce nel suo complesso le funzioni assistenziali e di ricerca come richiamate nella mission aziendale.

I DAI presentano nella loro struttura organizzativa un'alta integrazione tra unità operative a direzione universitaria ed ospedaliera. Il Direttore del DAI è nominato dal Direttore Generale, su base fiduciaria, tra i Direttori di Struttura complessa. I DAI a direzione universitaria sono nominati dal Direttore Generale d'intesa con il Rettore fra i Responsabili di Struttura complessa, sempre su base fiduciaria. La nomina del Direttore del Dipartimento viene effettuata sulla base di requisiti di capacità gestionale ed organizzativa, esperienza professionale e curriculum scientifico, ai sensi della vigente normativa e del vigente protocollo di intesa.

Il DAI sviluppa al suo interno, attraverso le proprie articolazioni organizzative, in coerenza con le linee di indirizzo aziendali, la massima integrazione dei professionisti per la migliore erogazione delle prestazioni sanitarie direttamente rese nel presidio ospedaliero e di quelle gestite attraverso le reti pediatriche regionale ed italiana degli IRCCS, nonché con le aziende sanitarie con cui l'IRCCS Meyer intrattiene rapporti convenzionali.

Costituisce, altresì, la più idonea sede per promuovere l'adozione di modelli assistenziali innovativi secondo principi di appropriatezza organizzativa e clinica, tramite l'applicazione di linee guida tecnico-professionali, per garantire coerenza e tempestività nell'erogazione delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative.

Rappresenta inoltre luogo nel quale deve essere sviluppata, in sinergia con il Direttore Scientifico la valorizzazione clinico-assistenziale della ricerca e della didattica.

Finalità e compiti dei dipartimenti sono i seguenti:

- favorire l'interdisciplinarietà e promuovere l'integrazione inter-professionale e il lavoro di gruppo;
- procedere alla definizione di standard di attività ed alla valutazione dei percorsi diagnostici - terapeutici in rapporto a linee guida predefinite;

- promuovere il reciproco scambio di competenze e professionalità nel rispetto dell'autonomia professionale;
- gestire le risorse assegnate in modo integrato con identificazione delle risorse comuni di dipartimento;
- definire i livelli di attività coerentemente agli indirizzi aziendali, alle risorse disponibili e negoziare il piano di budget;
- sviluppare e coordinare le attività di formazione continua del personale e promuovere l'accreditamento delle iniziative formative rivolte ad interni ed esterni;
- adottare, d'intesa con il Direttore Scientifico, tutti i provvedimenti necessari all'ottimale gestione ed integrazione dei piani di ricerca approvati ed in attuazione con le attività assistenziali e di didattica ed al trasferimento dei risultati della ricerca nella pratica clinica e assistenziale;
- realizzare programmi di promozione della salute rivolti agli operatori, agli utenti e ai loro familiari;
- individuare e promuovere innovazione in campo organizzativo, professionale e tecnologico, favorendo l'adozione di nuove modalità assistenziali, di nuovi modelli operativi e lo sviluppo di nuovi prodotti e servizi;
- promuovere e verificare periodicamente la qualità dell'assistenza fornita, sia in termini di qualità dei processi clinico-assistenziali e organizzativi sia in termini di risultati di efficacia, appropriatezza, efficienza, soddisfazione degli utenti e degli operatori;
- promuovere e garantire il rispetto dei requisiti di qualità procedurali ed organizzativi previsti a livello regionale, nazionale ed internazionale per l'Autorizzazione e l'Accreditamento ed i requisiti di sicurezza sul lavoro previsti dalla normativa vigente;
- promuovere e pubblicizzare le attività di pertinenza dei dipartimenti;
- favorire il collegamento con le relative attività extra-ospedaliere e l'eventuale proiezione sul territorio per assicurare la continuità assistenziale.

Le Strutture Organizzative Complesse (SOC) costituiscono le articolazioni organizzative di primo livello attraverso le quali si erogano al paziente le prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione. Esse rappresentano le strutture portanti di ciascun Dipartimento ed operano in piena autonomia per le specifiche competenze in campo clinico, assistenziale, scientifico, gestionale ed organizzativo, con responsabilità piena dell'utilizzo delle risorse assegnate e degli obiettivi stabiliti nel rispetto degli indirizzi aziendali e delle direttive dei Direttori DAI e di Area.

In particolare, le Strutture Organizzative Complesse si caratterizzano per:

- spiccata autonomia nella gestione della casistica assegnata caratterizzata da particolare complessità ed elevate soglie operative;

- rilevanza strategica delle attività di cura, di ricerca e didattiche svolte rispetto alla gestione aziendale complessiva anche in considerazione di obiettivi di particolare rilievo nella programmazione regionale;
- particolare idoneità nel soddisfacimento delle esigenze formative e professionalizzanti negli ambiti didattici che caratterizzano la mission aziendale, nonché la performance nella produzione scientifica;
- rapporti istituzionali ampiamente sviluppati con soggetti esterni anche a valenza nazionale ed internazionale.

Il dimensionamento delle SOC risponde a precisi parametri normativi caratterizzati da un bacino adeguato di popolazione di riferimento, adeguata casistica caratterizzante la specialità, numero di personale assegnato e tecnologia sanitaria gestita.

Attraverso le SOC sono gestite quindi le competenze professionali e tutte le risorse finalizzate ad assicurare le prestazioni sanitario/assistenziali da ricondursi a casistiche e patologie omogenee.

La programmazione periodica delle attività, mediante i piani di lavoro, è uno strumento indispensabile per ottimizzare le risorse e consentire la pianificazione dell'assistenza, della ricerca e della formazione.

Le Strutture Organizzative Semplici Dipartimentali (SOSD) rappresentano un dimensionamento dipartimentale relativo a settori di specializzazione di particolare valore aziendale, che non hanno un impatto di valenza di primo livello nell'assistenza pediatrica o rappresentano sistemi organizzativi meno complessi ma ugualmente significativi per l'IRCCS Meyer. Tale condizione può verificarsi sia per la cura di particolari condizioni patologiche complesse e rare, tecniche operatorie o di diagnosi rivolte anch'esse a casistica limitata ma di importante significato per l'assistenza e la ricerca. L'attivazione di una SOSD pertanto è sottodimensionata rispetto ad una SOC e deve comporsi di risorse professionali e strumentali assegnate e di un budget assegnato. Le competenze dei Responsabili di SOSD sono dettagliate nei rispettivi profili di ruolo e si differenziano da quelle di un Direttore di SOC per la minor complessità della struttura e le diverse condizioni giuridiche ed economiche dell'incarico, previste dalla normativa vigente.

L'articolazione della Struttura Organizzativa Semplice (SOS), ricompresa nella Struttura Organizzativa Complessa di riferimento, costituisce lo strumento di gestione di risorse professionali, strumentali ed economiche identificata dal Responsabile della SOC sovraordinata, ed affidate sotto la sua supervisione ad un professionista con specifiche competenze in ambito assistenziale, con la funzione di Responsabile, al fine di garantire specifiche attività cliniche assegnate, condividendo altresì le attività comuni di struttura complessa.

Il numero complessivo di SOC e SOSD soggiace a parametri normativi di riferimento nazionali, nonché ad una programmazione regionale.

Ai Direttori di SOC e ai Responsabili delle SOSD compete sia la gestione degli aspetti professionali specifici, sia la gestione delle risorse professionali e tecnologiche assegnate, sia il rispetto degli obiettivi concertati mediante il sistema budgettario.

I Centri Specialistici nascono quali strumenti organizzativi innovativi volti a dare il più ampio risalto, anche con finalità comunicative per l'utenza, alla presa in carico di pazienti affetti da patologie di particolare specificità e complessità.

I Centri Specialistici possono essere individuati quali centri di riferimento regionale, da parte della Regione Toscana. Essi rappresentano l'interfaccia specialistica con Centri di riferimento presso altri Ospedali pediatrici o Strutture specialistiche nazionali ed internazionali.

Nella dimensione dell'IRCCS Meyer, coinvolgono, ove necessario, specialisti di diverse discipline che garantiscono le attività cliniche di diagnostica, di cura e di riabilitazione della patologia di interesse, nonché la promozione di attività di prevenzione, di educazione sanitaria e di ricerca scientifica.

Tali centri possono avere una valenza organizzativa all'interno dell'IRCCS Meyer e in tal senso essere equiparati per il loro più corretto funzionamento alle strutture SOC, SOSD o SOS. Si diversificano per complessità, in relazione alla casistica attribuita, alle risorse assegnate, alla valenza strategica e autonomia. I centri possono altresì avere una valenza professionale di elevata specializzazione.

L'IRCCS Meyer può attivare una o più ARA in grado di garantire un accesso trasversale coordinato alle proprie facilities di biochimica clinica, medicina molecolare, riprogrammazione cellulare ed elettrofisiologia di base.

Esse rappresentano uno strumento innovativo dotato di autonomia gestionale, assimilabile a quella dell'AFO, all'interno del quale sono ampiamente sviluppate competenze multidisciplinari e multiprofessionali capaci di offrire livelli altamente qualificati di progettazione scientifica la cui priorità è di garantire una interfaccia funzionale altamente integrata fra diagnostica e sperimentazione. Questo approccio risponde ad esigenze prioritarie di medicina traslazionale e di precisione, soprattutto in un ambito, come quello pediatrico, in cui malattie rare e complesse sono cumulativamente predominanti e necessitano spesso di studi funzionali per la conferma di patogenicità dei dati prodotti dal laboratorio diagnostico. L'ARA può sviluppare l'attività svincolata dall'organizzazione assistenziale dei DAI e rispondere direttamente al Direttore Scientifico o essere incardinato all'interno di un DAI quando l'attività di ricerca sviluppata ha una spiccata valenza traslazionale in ambito clinico o diagnostico e quindi, per il raggiungimento dei propri obiettivi di ricerca, si integra pienamente con l'attività assistenziale del DAI di riferimento. Quindi trasformare i risultati ottenuti dalla ricerca di base in applicazioni cliniche (from bench to bedside) al fine di migliorare ed implementare i metodi di

prevenzione, diagnosi e terapia con particolare riferimento a patologie e percorsi clinici ad elevata complessità, in ordine ai quali l'IRCCS Meyer ha costituito e consolidato standard di eccellenza.

La progettualità scientifica e di ricerca può riguardare la ricerca di base, lo sviluppo di linee di ricerca di laboratori e ricerca sperimentale, applicata e clinica.

Alle ARA sono pertanto assegnate le competenze professionali e tutte le risorse finalizzate ad assicurare le prestazioni/attività che ne costituiscono la specifica mission.

Possono comprendere al loro interno più Strutture Complesse e/o Semplici dipartimentali e Centri Specialistici attraverso i quali viene gestita la interdisciplinarietà, in coerenza con le linee di indirizzo aziendali e della Direzione Scientifica.

Così come le strutture afferenti al Dipartimento, anche le ARA si avvalgono di una verifica periodica delle attività, mediante i piani di lavoro, come uno strumento indispensabile per ottimizzare le risorse e verificare i risultati raggiunti. Le ARA possono essere:

- afferenti direttamente alla Direzione Scientifica. Le ARA hanno, quale linea gerarchica apicale, il Direttore Scientifico, responsabile dei progetti di ricerca e secondariamente ricercatori referenti di singole linee di ricerca che rispondono al Direttore Scientifico delle attività svolte e che potranno essere indistintamente dipendenti dell'IRCCS Meyer o dell'Università degli Studi di Firenze, nel rispetto delle norme nazionali vigenti ed applicate agli IRCCS.
- incardinate all'interno di un DAI dell'IRCCS Meyer. Il Direttore del DAI opera in stretto rapporto con il Direttore Scientifico per la massima integrazione tra ricerca ed assistenza ed in relazione agli obiettivi scientifici sottoscritti.

Il Direttore di ARA dura in carica 3 anni rinnovabile, salva la diversa articolazione organizzativa che l'IRCCS Meyer possa adottare con il piano annuale/triennale di attività.

In linea generale l'IRCCS Meyer ritiene prioritario promuovere, sviluppare e supportare una modalità di forte integrazione, evitando duplicazioni e favorendo la condivisione delle risorse umane, strutturali e tecnologiche. Tutto ciò deve avvenire nel pieno rispetto delle norme nazionali in tema di contratti di lavoro, fonti di finanziamento e regolamentazione degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Le ARA rappresentano inoltre un importante riferimento anche per la rete nazionale pediatrica degli IRCCS, quella di Neuroscienze e Centri di riferimento internazionali garantendo la costante partecipazione a linee di ricerca e la condivisione dei risultati ottenuti dalla ricerca corrente.

I direttori delle ARA, titolari di budget, partecipano all'Ufficio di Direzione.

L'incarico di programma costituisce uno strumento finalizzato a integrare le attività assistenziali, di ricerca e di didattica e con particolare riguardo alle innovazioni tecnologiche ed assistenziali, nonché al coordinamento delle attività sistematiche di revisione e valutazione della pratica clinica ed assistenziale.

Per favorire pertanto l'integrazione tra le varie componenti professionali e disciplinari, è prevista la facoltà di attivare il "Programma", inteso come complesso di attività che, attraverso idonee soluzioni organizzative, assicura l'unitarietà della programmazione, della organizzazione e della valutazione di processi organizzativi o di percorsi assistenziali in ordine ad aree problematiche di interesse particolare che richiedono competenze specifiche appartenenti ad unità operative e dipartimenti diversi.

L'incarico di programma può essere attribuito indistintamente a personale dirigente sanitario del SSN ed universitario. Tale incarico può essere affidato ai professori ordinari dell'Università degli Studi di Firenze ai quali non sia stato conferito un incarico di direzione di struttura complessa o semplice, secondo le disposizioni di cui all'art. 5, comma 4, D. Lgs. 517/99 nonché, in relazione alla minore complessità e rilevanza degli stessi, anche ai professori associati ai quali non sia stato conferito un incarico di direzione semplice o complessa.

L'incarico di programma è assimilato all'incarico di struttura complessa o semplice autonoma in relazione alla complessità dei suoi contenuti e degli obiettivi assegnati.

4.3 Organigramma

Per l'analisi dell'organigramma si rimanda al seguente link: <https://www.meyer.it/ospedale/chisiamo/3461-organigramma>

4.4 Piano triennale dei fabbisogni del personale

Attraverso il Piano Triennale del Fabbisogno del Personale (PTFP), l'A.O.U. Meyer IRCCS 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 ha elaborato, nello scenario descritto in premessa, in relazione agli obiettivi quali-quantitativi definiti 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 2026-2028 le cui linee guida sono state individuate dalla Regione Toscana con la recente delibera di Giunta n. 1750 del 22/12/2025. Il testo che contiene la programmazione già espressa con il documento Piano Triennale dei Fabbisogno Personale 2026-2028 precedentemente adottato approvato dalla Regione Toscana con Delibera della GRT n. 28 del 20.01.2025 e dall'Azienda con delibera n° 41 del 30.01.2025 le cui linee guida sono state individuate dalla Regione Toscana con la delibera di Giunta n. 1499 del 09.12.2024.

Il processo di determinazione del fabbisogno, anche per i futuri anni di riferimento, è stato condizionato, dal Piano di sviluppo dell'Ospedale che ha registrato la progressiva apertura di nuovi spazi (Campus fine 2022, riassetto delle attività di degenza della Psichiatria dell'Infanzia con

spostamento nel plesso Ospedaliero 2023, Hospice Pediatrico (Casa Marta) 2026, ampliamento degli spazi ambulatoriali 2026) e dal percorso di riconoscimento del Meyer quale IRCCS, conclusosi con il Decreto del Ministero della Salute del 02/08/2022, che ha comportato il reclutamento di diverse unità e profili del personale dedicato alla Ricerca Sanitaria.

L'attività dell'AOU Meyer IRCCS continua ad essere caratterizzata infatti dal costante 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, perseguire tale trend e orientarlo al consolidamento e 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 e 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, costituiscono solide basi finalizzate, nel corso di validità del Piano Triennale Fabbisogno Personale a perseguire un significativo incremento dei volumi di produzione e dell'attrazione extraregionale soprattutto per le attività di alta complessità.

Le strategie inerenti al completamento del fabbisogno organico correlato alle molteplici professionalità, sia dirigenziali che del comparto, necessarie allo sviluppo e consolidamento sopra descritto 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 per tutto il 2026 con continuità rispetto alle politiche sulle risorse umane già in corso come descritte nel PTFP 2026-2028 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.

In particolare completerà il percorso la programmazione dei ruoli universitari da inserire in afferenza assistenziale se necessaria per potenziare alcuni ambiti strategici e per garantire la continuità nei settori in cui è indispensabile l'integrazione delle attività assistenziali con quelle didattiche e di ricerca.

Si prevede inoltre il completamento dell'assetto degli incarichi dirigenziali, mediante l'emissione di avvisi interni di selezione per i vari livelli organizzativi e di responsabilità declinati nello Statuto aziendale.

Relativamente invece al Personale del Comparto Sanità Triennio 2022-2024, siglato in data 27.10.2025, che ha previsto la possibilità di processi di valorizzazione del personale, nel corso del 2026 proseguiranno le azioni già attivate per l'assegnazione dei differenziali economici di professionalità e definite le regolamentazioni per la valorizzazione, mappatura ed assegnazione degli incarichi

organizzativi nonché per le selezioni verticali/orizzontali. Il processo vedrà sviluppo mediante le necessarie operazioni di confronto con le parti sindacali coinvolte e pertanto si rinvierà 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 Delibera della GRT n. 49 del 26/01/2026 che ha approvato il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale 2026 – 2028 dell'AOU Meyer IRCCS ed è in corso di adozione la delibera di recepimento dell'atto regionale da parte del Direttore Generale del Meyer.

Il Piano triennale dei fabbisogni del personale 2026-2028 è consultabile al seguente link:

<https://www.meyer.it/images/pdf/piano-triennale-personale-2026-2028.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 DG AOU Meyer 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, comma 1, 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;
- j) Monitoraggio della prestazione e valutazione dei risultati conseguiti;
- k) 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, comma 1, 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 ecc.). 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, 128 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 31 dicembre 2025 suddiviso per profilo:

Ruolo	N. DIPENDENTI IN LAVORO AGILE
Amministrativo - Comparto	80
Tecnico - Comparto	14
Sanitario - Comparto	12
Amministrativo - Dirigenza	1
Professionale – Dirigenza	0
Sanitario – Dirigenza Medica	7
Sanitario – Dirigenza non Medica	14
Totale dipendenti in lavoro agile	128

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	2026
			2026

		normative vigenti	
		Regolamento aziendale lavoro agile in coerenza a CCNL vigenti	

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, a seguito del nuovo CCNL Dirigenza Sanitaria, in coerenza con il nuovo Organigramma (adottato nel luglio 2024), 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 variabile riconosciuta ai dirigenti, che a fine incarico sono sottoposti a specifica valutazione professionale da parte del Collegio Tecnico.

4.6 La formazione come valore pubblico tra eccellenza e innovazione

L'IRCCS Meyer persegue l'eccellenza attraverso l'integrazione sinergica delle quattro dimensioni già precedentemente richiamate:

- assistenza,
- ricerca e innovazione
- didattica e formazione
- accoglienza, partecipazione e promozione della salute.

La formazione si configura come lo strumento principale per garantire l'alta specializzazione dei propri professionisti, supportando lo sviluppo della ricerca traslazionale e l'innovazione pediatrica, nonché per agire come polo di riferimento regionale (Rete pediatrica regionale) e nazionale, esportando modelli di cure e metodologie cliniche avanzate.

La formazione e lo sviluppo del capitale umano rappresentano l'architrave strategico per l'attuazione della mission dell'IRCCS Meyer perché è lo strumento per migliorare la qualità delle cure, garantire l'umanizzazione dei percorsi, orientando l'azione amministrativa verso la creazione di valore pubblico, ovvero la *“realizzazione di un progetto sociale di salute globale e sostenibile”* come indicato nella propria mission aziendale (Rif. Delibera del Direttore Generale n. 286 del 09-05-2024).

La formazione agisce quindi come catalizzatore in grado di tradurre l'eccellenza clinico-scientifica in valore pubblico, concetto fortemente introdotto dal Dipartimento della Funzione Pubblica con la sua recente Direttiva del 14 gennaio 2025 *“Valorizzazione delle persone e produzione di valore pubblico attraverso la formazione. Principi, obiettivi e strumenti”*. In linea con il percorso di riforma avviato nel 2023, la Direttiva 2025 pone la **“dimensione del valore”** al centro delle politiche formative, configurando l'aggiornamento del personale come un processo integrato capace di generare simultaneamente crescita professionale e di carriera per il dipendente, efficienza e consapevolezza organizzativa per l'Amministrazione e, in ultima analisi, la creazione di valore pubblico per cittadini e imprese."

4.6.1 Il nuovo ecosistema formativo tra ECM, CCNL e Direttive DFP

La formazione continua sin dall'introduzione del programma di Educazione Continua in Medicina è un pilastro storico per tutti i professionisti sanitari, che sono tenuti al conseguimento di almeno 150 crediti nei diversi trienni ECM. L'art. 16-quater del D. Lgs. n. 502/92 prevede che *“la partecipazione alle attività di formazione continua costituisce requisito indispensabile per svolgere attività professionale in qualità di dipendente o libero professionista, per conto delle aziende ospedaliere, delle università, delle unità sanitarie locali e delle strutture sanitarie private...”*. Senza il soddisfacimento del debito formativo, viene pertanto meno il presupposto stesso per operare per conto dell'Azienda, sia in regime di dipendenza che di libera professione.

Già nel CCNL della Dirigenza medica stipulato il 23 gennaio 2024 si prevede che nell'orario di lavoro siano previste quattro ore destinate ad attività non assistenziali, quali la formazione e l'aggiornamento professionale, obbligatorio o facoltativo, alla formazione continua ed ECM, nelle modalità previste, anche in modalità FAD, la partecipazione ad attività didattiche e la ricerca finalizzata, al fine di garantire l'assolvimento del debito formativo previsto dal sistema ECM oltre che a tendere verso gli obiettivi di miglioramento e aggiornamento continuo.

Con la Direttiva del 14 gennaio 2025 sopra richiamata, anche rinominata *Direttiva delle 40 ore*, il Ministero della Pubblica Amministrazione intende attribuire un'indicazione quantitativa delle ore di formazione necessarie, non solo per il personale sanitario, ma anche per il personale amministrativo e tecnico.

Infine è con il recentissimo rinnovo contrattuale del comparto sanità (rif. Contratto del Comparto Sanità 2022-2024 sottoscritto il 27/10/2025) che la formazione cessa di essere un adempimento settoriale per diventare un requisito strutturale del rapporto di lavoro.

L'art. 48 comma 3 dispone quanto segue:

"Ai dipendenti di tutti i ruoli sono garantite 24 ore annuali destinate alla formazione continua, alla formazione obbligatoria prevista dalle disposizioni di legge e alle altre attività formative previste nel piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) aziendale." Ed al comma 2 indica che

"L'Azienda e l'Ente garantisce la formazione per l'acquisizione dei crediti formativi previsti dalle vigenti disposizioni da parte del personale interessato nell'ambito della formazione obbligatoria, all'interno della quale il dipendente ha titolo a richiedere al proprio dirigente o responsabile, specifici percorsi di formazione coerenti con il proprio profilo di inquadramento fino ad un massimo del 30% dei crediti formativi annuali."

La *"Direttiva delle 40 ore"* deve quindi essere letta in relazione ai contratti collettivi di lavoro, come precisato dalla recente Direttiva a firma congiunta tra il Ministro Zangrillo e il Ministro Schillaci che precisa:

"...Per il settore della sanità, l'impegno formativo del personale deve essere oggetto di una lettura integrata non meramente quantitativa, ma tale da tener conto anche degli aspetti qualitativi degli impegni formativi già previsti, valorizzando l'ampiezza e la qualità delle attività svolte nel quadro ECM, in coerenza con la normativa vigente e i contratti collettivi di lavoro del comparto e della dirigenza che, in questo settore, costituiscono una priorità determinante. Segnatamente, per la formazione del personale sanitario e sociosanitario, si dovrà tener conto delle modalità già previste e delle attività programmate e finanziate, evitando sovrapposizioni con gli obblighi già esistenti e garantendo, prioritariamente e contestualmente l'erogazione dei servizi assistenziali essenziali. Nel complesso, pertanto, eventuali ulteriori iniziative formative dovranno essere armonizzate con i piani formativi aziendali, tenendo conto delle esigenze organizzative e delle risorse disponibili." (rif. Direttiva luglio 2025 *"Nuove indicazioni in materia di misurazione e di valutazione della performance individuale. integrazione direttiva del 28.11.2023 per l'area e il comparto sanità"*).

In coerenza con questo quadro, l'IRCCS Meyer pertanto per i lavoratori del comparto della sanità perseguirà l'obiettivo minimo di 24 ore per ciascun dipendente, come diritto-dovere contrattuale, mentre per la dirigenza sanitaria, si fa riferimento oltre alle 4 ore destinate ad attività non assistenziali, anche al dovere di aggiornamento continuo al fine di colmare il debito formativo annuo di 50 crediti.

La programmazione delle attività formative del presente PAF è tesa pertanto a garantire lo sviluppo delle competenze del personale in coerenza con il sistema ECM e con i CCNL e Direttive ministeriali affinché sia esigibile il diritto alla formazione dei propri dipendenti.

Il PAF 2026 manterrà una struttura dinamica per raccogliere, in corso d'anno, eventuali fabbisogni emergenti e assicurare a ogni dipendente il raggiungimento delle ore previste.

4.6.2 Le aree di competenza del Piano di formazione 2026

Al fine di sostenere le amministrazioni nel rafforzamento delle politiche e degli investimenti in materia di formazione del proprio personale, la nuova Direttiva del Ministro per la pubblica amministrazione definisce un framework delle cinque aree di competenza trasversali:

- le competenze di leadership e le soft skill;
- le competenze a sostegno di una consapevole attuazione delle transizioni digitale, amministrativa ed ecologica;
- le competenze relative ai valori e ai principi che contraddistinguono il sistema culturale di pubbliche amministrazioni moderne improntate all'inclusione, all'etica, all'integrità, alla sicurezza e alla trasparenza.



A queste competenze si affiancano quelle tecniche, imprescindibili nella formazione del personale sanitario.

L'IRCCS Meyer ha suddiviso il proprio Piano di Formazione 2026 in funzione del *framework* sopra indicato al fine di meglio esplicitare quali competenze intende sviluppare per accompagnare il personale nella crescita professionale. Per ogni tipologia di competenza è stata riportata le numerosità di eventi presenti nel PAF 2026. Per le competenze relative a principi e valori della PA, si è inoltre suddiviso gli eventi in relazioni ai principi e valori in materia di etica, inclusione, parità di genere e contrasto alla

violenza, privacy, prevenzione della corruzione (integrità e trasparenza), salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.

Nello schema sottostante è riportato in forma grafica la ripartizione per aree tematiche indicate dalla Direttiva del Ministro Zangrillo, così esplicitata:

- 12 eventi sulle competenze di leadership
- 19 eventi sulla transizione amministrativa
- 17 eventi sulla transizione digitale
- 2 eventi sulla transizione ecologica
- 153 eventi sulle competenze tecniche
- 59 eventi sui principi e valori della PA. Quest'ultimi sono ulteriormente suddivisi in:
 - 5 eventi sui temi etici
 - 6 eventi sull'inclusione
 - 4 eventi sull'integrità e trasparenza
 - 6 eventi sulla parità di genere e contrasto alla violenza
 - 2 eventi sulle tematiche della privacy
 - 36 eventi in materia di salute e sicurezza



4.6.3 Le linee di indirizzo regionali per la costruzione del PAF 2026

Il Piano della Formazione 2026 dell'IRCCS Meyer recepisce le linee di indirizzo regionali comunicate con nota del 7/11/2025 (rif. Ns.prot. 10742/2025).

Nello specifico si indica alle aziende del SSR di tenere conto:

A) Formazione prioritaria nell'ambito del PNRR – Missione Salute

A1) Investimento M6C2 – 1.3.1: Rafforzamento del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE): Il progetto, strategico per l'attuazione della transizione digitale della sanità, include percorsi formativi destinati a professionisti clinici, operatori ICT (Information and Communication Technology) e dirigenti. Nel 2026 è previsto:

- ✓ il completamento della formazione in modalità e-learning (FAD – Formazione A Distanza) per tutto il personale del SSR;
- ✓ ulteriori sessioni di formazione destinate alle figure apicali (responsabili di struttura);

Per l'anno 2026 l'IRCCS Meyer dovrà formare circa il 25% dei propri professionisti al fine raggiungere il 100% del personale in servizio formato.

A2) Investimento M6C2 – 1.3: Formazione su salute, ambiente, biodiversità e clima: l'iniziativa, coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), prevede la formazione continua, erogata in modalità FAD per tutto il 2026, sulle interazioni tra cambiamenti climatici e salute umana.

Sebbene al momento non siano stati comunicati target ed obiettivi specifici da raggiungere per l'IRCCS Meyer, tale obiettivo intercetta uno specifico obiettivo aziendale legato anche alla certificazione JCI.

A3) Attuazione della riforma dell'assistenza territoriale (DM 77/2022): l'implementazione dei nuovi modelli organizzativi territoriali richiede l'attivazione di percorsi formativi ECM (Educazione Continua in Medicina), accreditati con un valore di 0,3 crediti per ogni ora di formazione erogata.

A4) Telemedicina – Investimento M6C1 – 1.2.3.2: l'IRCCS Meyer garantirà la partecipazione dei propri professionisti ai percorsi previsti dalla misura indicata.

B) Iniziative PNRR in fase di completamento

In relazione alle iniziative sotto elencate, per ciascun progetto sono riportate le attività svolte nel 2025 e la relativa conclusione prevista per il 2026, con la programmazione prevista di livello aziendale.

- **Formazione sulle infezioni ospedaliere (Investimento 2.2 del PNRR):** l'IRCCS Meyer nell'anno 2025 ha raggiunto e superato il target definito da Regione Toscana di 286 professionisti da

formare, così come fatto nel 2024. La formazione del personale sulle infezioni correlate all'assistenza in Azienda è stata pertanto ampia.

□ **Formazione manageriale per il personale sanitario dirigente (Investimento 2.2 del PNRR):** la formazione ha interessato per l'annualità 2024-2025, 2 professionisti dirigenti, mentre per l'annualità 2025-2026 altri 3 dirigenti porteranno a compimento il percorso.

□ **Progetto “Syllabus” del Dipartimento della Funzione Pubblica, finalizzato alla digitalizzazione del personale della Pubblica Amministrazione:** l'IRCCS Meyer metterà a disposizione del proprio personale la formazione sulle competenze digitali previste dalla piattaforma Syllabus, così come peraltro già fatto nelle annualità precedenti.

C) Altre priorità regionali trasversali

- attività formative promosse e realizzate dal Laboratorio Formas, strumento regionale deputato all'aggiornamento professionale in ambito sanitario.

L'IRCCS Meyer ha già previsto all'interno del proprio PAF 2026 tra l'elenco degli eventi formativi, alcune attività formative in FAD, mentre per eventuali eventi in modalità sincrona e residenziali, saranno coinvolti i professionisti interessati a seguito delle comunicazioni ricevute di attivazione dei percorsi

- percorsi di formazione in simulazione organizzati dalla Rete Regionale di Formazione in Simulazione, finalizzati allo sviluppo di competenze tecnico-pratiche e relazionali mediante l'impiego di scenari simulati;

L'IRCCS Meyer è capofila di progetti presentati in favore della Rete Regionale di Formazione in Simulazione per le annualità 2026 e 2027, la cui ammissione e finanziamento sarà nota solo successivamente all'approvazione del presente PAF.

- iniziative formative collegate al Piano nazionale di riforma della disabilità, in corso di declinazione a livello regionale, che prevedono attività sia centralizzate sia aziendali.

L'IRCCS Meyer favorirà la partecipazione dei propri dipendenti alle iniziative promosse dagli Ordini ed altri Enti collegate al Piano nazionale di riforma delle disabilità.

D) Formazione obbligatoria per i dipendenti pubblici: si richiama la Direttiva del Dipartimento della Funzione Pubblica precisando che le attività ECM sono pienamente valide ai fini del raggiungimento delle ore previste, purché completate e con l'attestazione del superamento della verifica finale.

4.6.4 Obiettivi strategici aziendali e strumenti per la trasparenza, parità di accesso e promozione dell'offerta formativa

Gli obiettivi strategici della formazione aziendale trovano il loro fondamento nel binomio tra l'identità scientifica dell'IRCCS Meyer e la valorizzazione del personale. Seguendo le direttive nazionali sulla pubblica amministrazione e i CCNL di riferimento, la formazione diventa il motore per coniugare l'efficienza dei processi con lo sviluppo costante delle competenze cliniche e gestionali.

Gli obiettivi strategici aziendali per l'anno 2026 sono declinati in 3 macro obiettivi:



Ciascun macro obiettivo è declinato in sotto-obiettivi così come riportati negli schemi presenti in ciascun paragrafo dedicato. I sotto obiettivi sono a loro volta associati agli eventi previsti nel PAF 2026, definendone numerosità, tipologia di formazione, indicatori di processo e di esito.

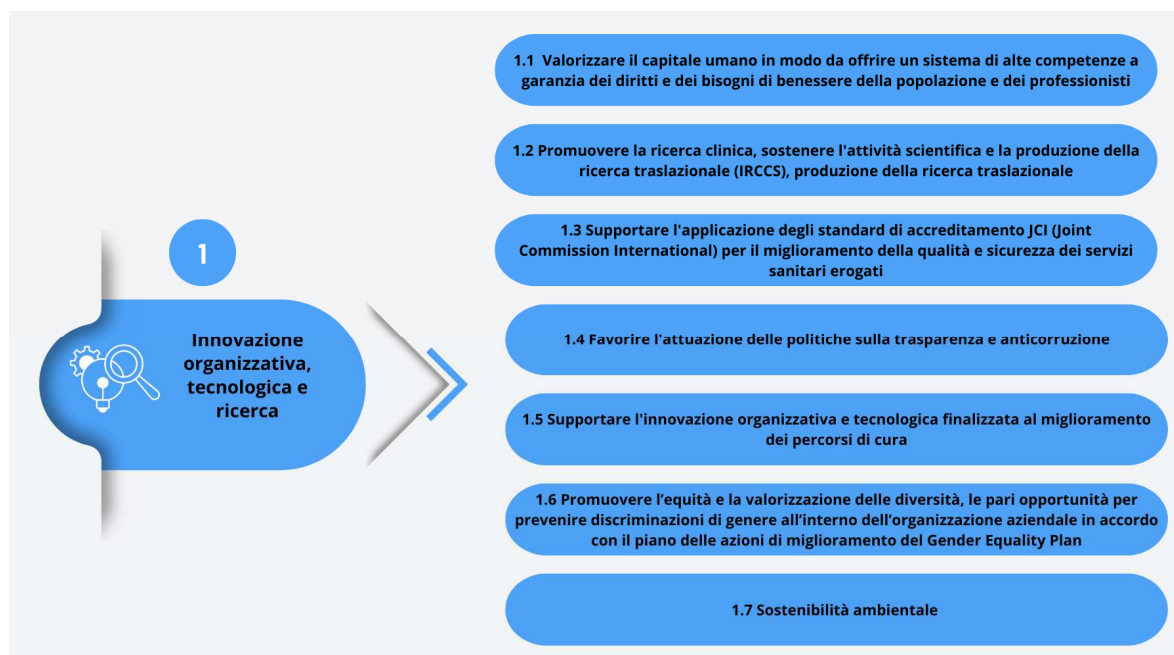
Si precisa che, in riferimento alla valutazione degli esiti, il raggiungimento degli obiettivi strategici è subordinato, in un sistema complesso come quello sanitario, ad una serie di componenti che determinano il miglioramento complessivo della performance aziendale, di cui la formazione rappresenta una minima parte. Per valutare la sua effettiva efficacia e quindi il calcolo dell'effettivo ROI (Return on Investment) dovrebbe essere effettuata un'analisi più ampia che coinvolga ulteriori risorse e processi aziendali. Per questo motivo gli indicatori sono riferibili solo ai risultati degli eventi in programmazione.

Si specifica inoltre che alcuni eventi sono associati a più di un sotto obiettivo e ambito di sviluppo.

4.6.5 Obiettivo aziendale: innovazione organizzativa, tecnologica e ricerca

L'Azienda si impegna a promuovere un'evoluzione sistemica che integri l'innovazione tecnologica e organizzativa con l'eccellenza della ricerca scientifica e traslazionale, ponendo il capitale umano al centro del processo di cura. Attraverso il consolidamento degli standard di sicurezza JCI, la promozione

dell'equità di genere e la sostenibilità ambientale, l'obiettivo mira a garantire servizi sanitari eccellenti, trasparenti e orientati al benessere della comunità e dei professionisti.



Di seguito si riporta la tabella che lega gli obiettivi strategici “**Innovazione organizzativa, tecnologica e ricerca**” con il numero e tipo di evento, unitamente a indicatori di processo e di esito, con le premesse indicate al paragrafo 4.

OBIETTIVI STRATEGICI E PRIORITÀ AZIENDALI	NUMERO, TIPOLOGIA E CONSISTENZA DEGLI EVENTI CORRELATI A CIASCUN OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORI DI PROCESSO	INDICATORI DI ESITO
1.1 Valorizzare il capitale umano in modo da offrire un sistema di alte competenze a garanzia dei diritti e dei bisogni di benessere della popolazione e dei professionisti	Tipo A Corso residenziale: 37 Tipo A Convegno: 2 Tipo A Corso con simulazione: 15 Tipologia B Training addestramento pratico: 7 Tipo B: Comando tecnico-scientifico: 1 Tipo C E-learning: 12 Tipo C FAD Sincrona: 4	N. eventi realizzati/N. eventi totali previsti dal PAF relativi al sotto obiettivo: 60% Grado di soddisfazione	Miglioramento delle competenze digitali, linguistiche, trasversali e tecniche del personale

	Tipo D Comunità di apprendimento o di pratica: 1 Tipo D Riunione permanente di aggiornamento professionale/gruppo di miglioramento: 24 Tipo D Simulazione DGR DGR 254/2013: 3 Tipo E Blended (A+C): 5	dei discenti 4 su 5 (range 0-5)	
1.2 Promuovere la ricerca clinica, sostenere l'attività scientifica e la produzione della ricerca traslazionale (IRCCS), produzione della ricerca traslazionale	Tipo A Corso residenziale: 14 Tipo A Convegno, congresso, simposio, conferenza: 1 Tipo C FAD E-learning: 1 Tipo C FAD Sincrona: 1 Tipo D Riunione permanente di aggiornamento professionale/gruppo di miglioramento: 5 Tipo G Ricerca: 3	N. eventi realizzati/N. eventi totali previsti dal PAF relativi al sotto obiettivo: 60% Grado di soddisfazione dei discenti 4 su 5 (range 0-5)	Miglioramento delle cultura della ricerca e incremento nella produzione delle pubblicazioni scientifiche e del trasferimento tecnologico (brevetti)
1.3 Supportare l'applicazione degli standard di accreditamento JCI (Joint Commission International) per il miglioramento della qualità e sicurezza dei servizi sanitari erogati	Tipo A Corso residenziale: 4 Tipo A Corsi con simulazione 1 Tipo C E-learning 7 Tipo D Riunione permanente di aggiornamento professionale/gruppo di miglioramento: 5 Tipo D Simulazione DGR 254/2013: 1	N. eventi realizzati/N. eventi totali previsti dal PAF relativi al sotto obiettivo: 80% Grado di soddisfazione dei discenti 3 (range 0-5)	Aderenza agli standard di sicurezza del paziente e degli altri standard essenziali previsti nel manuale JCI ultima versione

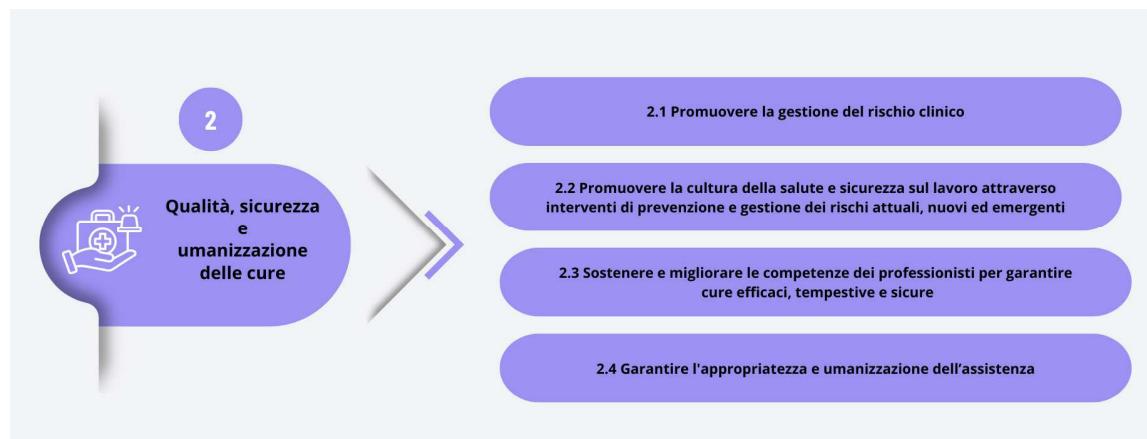
1.4 Favorire l'attuazione delle politiche sulla trasparenza e anticorruzione	Tipo C E-learning: 3	N. eventi realizzati/N. eventi totali previsti dal PAF relativi al sotto obiettivo: 60% Grado di soddisfazione dei discenti 3 (range 0-5)	Promuovere la cultura della trasparenza e il codice di comportamento in Azienda
1.5 Supportare l'innovazione organizzativa e tecnologica finalizzata al miglioramento dei percorsi di cura	Tipo A Corso residenziale: 19 Tipo A Corso con simulazione 6 Tipo A Convegno, Congresso, Simposio, Conferenza 1 Tipo B TOJ addestramento pratico: 2 Tipo C E-learning: 4 Tipo C Fad sincrona: 2 Tipo D Riunione permanente di aggiornamento professionale/gruppo di miglioramento: 1 Tipo E Blended (A+C): 3 Tipo E Blended (C+B): 1	N. eventi realizzati/N. eventi totali previsti dal PAF relativi al sotto obiettivo: 50% Grado di soddisfazione dei discenti 4 su 5 (range 0-5)	Miglioramento dei processi organizzativi e applicazione di nuove tecnologie nei percorsi di cura
1.6 Promuovere l'equità e la valorizzazione delle diversità, le pari opportunità per prevenire discriminazioni di genere all'interno dell'organizzazione aziendale in accordo con il piano delle azioni di miglioramento del	Tipo A Corso residenziale: 4 Tipo A Corso con simulazione 1 Tipo A Convegno, Congresso, Simposio, Conferenza 1 Tipo C: E-learning 2	N. eventi realizzati/N. eventi totali previsti dal PAF relativi al sotto obiettivo: 70% Grado di	Riduzione delle discriminazioni di genere e promozione delle pari opportunità

Gender Equality Plan		soddisfazione dei discenti 3 (range 0-5)	
1.7 Sostenibilità ambientale	Tipo C E-learning 2	N. eventi realizzati/N. eventi totali previsti dal PAF relativi al sotto obiettivo: 50% Grado di soddisfazione dei discenti 4 (range 0-5)	Aumentare la consapevole zza del personale sulle tematiche della sostenibilità ambientale per la riduzione dei consumi energetici e sprechi di materiale anche nell'ambito del progetto Meyer Green
Attori coinvolti e ripartizioni delle responsabilità	Aree specifiche di riferimento a cui i discenti fanno afferenza		
Tempistica	La tempistica di realizzazione del presente obiettivo strategico è di 1 anno per gli eventi di tipo A, B, C, D, E, F, mentre per gli eventi di tipologia G la tempistica può essere oltre la presente annualità, fino al termine dello studio/ricerca		

4.6.6 Obiettivo aziendale: qualità, sicurezza e umanizzazione delle cure

L'azienda persegue il costante innalzamento dei livelli di assistenza attraverso una gestione proattiva del rischio clinico e la promozione della salute e sicurezza sul lavoro, intese come precondizioni essenziali

per la qualità del servizio. L'obiettivo integra il consolidamento delle competenze professionali con l'adozione di modelli assistenziali basati sull'appropriatezza e sull'umanizzazione, garantendo risposte di cura che siano non solo tecnicamente efficaci e sicure, ma anche rispettose nei confronti dei piccoli pazienti.



Di seguito si riporta la tabella che lega gli obiettivi strategici “**Qualità, sicurezza e umanizzazione delle cure**” con il numero e tipo di evento, unitamente a indicatori di processo e di esito, con le premesse indicate al paragrafo 4.

OBIETTIVI STRATEGICI E PRIORITÀ AZIENDALI	NUMERO, TIPOLOGIA E CONSISTENZA DEGLI EVENTI CORRELATI A CIASCUN OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORI DI PROCESSO	INDICATORI DI ESITO
2.1 Promuovere la gestione del rischio clinico	Tipo A Corso residenziale: 2 Tipo C E-learning: 1 Tipo D Riunione permanente di aggiornamento professionale/gruppo di miglioramento: 1	N. eventi realizzati/N. eventi totali previsti dal PAF relativi al sotto obiettivo: 50% Grado di soddisfazione dei discenti 3 (range 0-5)	Riduzione degli infortuni e miglioramento della cultura della sicurezza e del rischio clinico
2.2 Promuovere la cultura della salute e sicurezza sul lavoro attraverso interventi di prevenzione e gestione dei rischi attuali, nuovi ed	Tipo A Corso residenziale: 12 Tipo A Corso con simulazione 4 Tipo B TOJ addestramento pratico: 1 Tipo C E-learning: 16	N. eventi realizzati/N. eventi totali previsti dal PAF relativi al sotto	Consolidamento delle competenze tecnico-professionali e di gestione del team

emergenti	Tipo C Fad sincrona: 2 Tipo D Riunione permanente di aggiornamento professionale/gruppo di miglioramento: 1 Tipo G Ricerca 1	obiettivo: 50% Grado di soddisfazione dei discenti 3 (range 0-5)	working
2.3 Sostenere e migliorare le competenze dei professionisti per garantire cure efficaci, tempestive e sicure	Tipo A Corso residenziale: 25 Tipo A Corso con simulazione: 36 Tipo A Convegno: 4 Tipo B TOJ addestramento con simulazione: 4 Tipo B TOJ addestramento pratico: 6 Tipo C E-learning: 8 Tipo C Fad sincrona: 4 Tipo D Riunione permanente di aggiornamento professionale/gruppo di miglioramento: 17 Tipo D Simulazione (DGR 254/2013): 11 Tipo E Blended (A+C) 5 Tipo E Blended (A+B) 3 Tipo E Blended (C+D) 1 Tipo E Blended (C+B) 1	N. eventi realizzati/N. eventi totali previsti dal PAF relativi al sotto obiettivo: 50% Grado di soddisfazione dei discenti 3 (range 0-5)	Miglioramento del percorso di cura e assistenza
2.4 Garantire l'appropriatezza e umanizzazione dell'assistenza	Tipo A Corso residenziale: 9 Tipo A Corso con simulazione: 1 Tipo A Convegno: 2 Tipo B TOJ addestramento pratico: 1 Tipo C E-learning: 3 Tipo C Fad sincrona: 3 Tipo D Riunione permanente di aggiornamento professionale/gruppo di miglioramento: 4 Tipo E: Blended (A+C): 2	N. eventi realizzati/N. eventi totali previsti dal PAF relativi al sotto obiettivo: 50% Grado di soddisfazione dei discenti 4 (range 0-5)	Favorire cure più appropriate e l'accoglienza, la presa in carico del paziente e della famiglia
Attori coinvolti e ripartizioni delle responsabilità	Aree specifiche di riferimento a cui i discenti fanno afferenza		

Tempistica	La tempistica di realizzazione del presente obiettivo strategico è di 1 anno per gli eventi di tipo A, B, C, D, E, F, mentre per gli eventi di tipologia G la tempistica può essere oltre la presente annualità, fino al termine dello studio/ricerca
-------------------	---

4.6.7 Rete pediatrica regionale, la continuità assistenziale, il rapporto ospedale-territorio

L'azienda si impegna a consolidare un modello di assistenza pediatrica diffusa, che garantisca la **continuità del percorso di cura** attraverso un raccordo sinergico tra ospedale, pediatri di famiglia e ospedalieri di altre Aziende del SSR, famiglie, associazioni ed istituzioni scolastiche. L'obiettivo punta a trasformare l'esperienza del paziente in un percorso fluido — dall'accoglienza al follow-up — potenziando, laddove possibile, l'uso della telemedicina e dei teleconsulti per offrire risposte specialistiche rapide e di prossimità, riducendo le distanze e migliorando l'integrazione socio-sanitaria.



Infine si riporta la tabella che lega gli obiettivi strategici “**Rete pediatrica regionale, la continuità assistenziale, il rapporto Ospedale-territorio**” con il numero e tipo di evento, unitamente a indicatori di processo e di esito, con le premesse indicate al paragrafo 4.

OBIETTIVI STRATEGICI E PRIORITÀ AZIENDALI	NUMERO, TIPOLOGIA E CONSISTENZA DEGLI EVENTI CORRELATI A CIASCUN OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORI DI PROCESSO	INDICATORI DI ESITO
3.1 Favorire l'integrazione tra i professionisti dei poli pediatrici e i pediatri di famiglia per stabilire i percorsi assistenziali e ottimizzare il raccordo ospedale-territorio e ospedale-scuola	Tipo A Corso residenziale: 4 Tipo A Corso con simulazione: 1 Tipo C E-learning: 1 Tipo C Fad sincrona: 2 Tipo D Riunione permanente di aggiornamento professionale/gruppo di miglioramento: 1 Tipo E Blended (A+C): 1	N. eventi realizzati/N. eventi totali previsti dal PAF relativi all'obiettivo 50% Grado di soddisfazione dei discenti 3 (range 0-5)	Miglioramento del percorso di continuità assistenziale
3.2 Migliorare i percorsi di cura dei piccoli pazienti: dall'ingresso in ospedale fino alla dimissione e all'eventuale follow-up	Tipo A Corso residenziale: 3 Tipo A Corso con simulazione: 1 Tipo A Convegno: 1	N. eventi realizzati/N. eventi totali previsti dal PAF relativi all'obiettivo 50% Grado di soddisfazione dei discenti 3 (range 0-5)	
3.3 Promuovere il benessere nella comunità	Tipo A Corso residenziale: 11 Tipo A Convegno: 1 Tipo C E-learning: 3 Tipo C Fad sincrona: 1 Tipo D Comunità di pratica: 1	N. eventi realizzati/N. eventi totali previsti dal PAF relativi all'obiettivo 60% Grado di soddisfazione dei discenti 3 (range 0-5)	Analisi e miglioramento del benessere emotivo degli adolescenti in dimissione dall'ospedale o sul territorio
Attori coinvolti e ripartizioni delle responsabilità	Professionisti dell'IRCCS Meyer, pediatri di famiglia, docenti, famiglie e caregiver		
Tempistica	La tempistica di realizzazione del presente obiettivo strategico è di 1 anno		

4.6.8 Progetti formativi

A seguito della presentazione delle proposte formative secondo le modalità e i tempi definiti dalle procedure interne di cui l'Ufficio Formazione si è dotato con il Manuale di Qualità, sono state presentate ed approvate dalla Direzione Aziendale **263 proposte formative**. Nel corso 2026 si procederà a promuovere lo strumento del dossier formativo per ampliare la numerosità dei dossier costituiti, anche mediante l'utilizzo di WHR-TIME.

4.6.9 L'analisi dei fabbisogni

L'analisi del fabbisogno è il punto di partenza per la costruzione del Piano di formazione aziendale: è il momento in cui si indaga sulle conoscenze e capacità possedute dei professionisti e si verifica quali siano le conoscenze e capacità attese dall'organizzazione e dallo stesso professionista. Fine ultimo di questa analisi è quello di intercettare i *gap* di competenze che devono essere colmati con mirate attività di formazione.

L'Ufficio Formazione nella costruzione del presente Piano ha inteso avviare un approccio top-down, sia bottom-up al fine di incrociare i fabbisogni indicati dai Direttori di Dipartimento con le richieste provenienti dai singoli professionisti.

L'indagine dei fabbisogni formativi è stata pertanto condotta a più livelli, coinvolgendo in riunioni *ad hoc* i singoli Direttori di Dipartimento o loro delegati per valutare gli interventi formativi più appropriati per le strutture di riferimento. Inoltre il supporto degli AdF è stato fondamentale per raccogliere fabbisogni specifici dei *setting* assistenziali.

Parallelamente lo stesso Ufficio Formazione ha proposto a tutti i professionisti del IRCCS Meyer un sondaggio, divulgato tramite la intranet aziendale, dal 9 di ottobre fino ad oltre la metà di novembre per indagare i fabbisogni formativi individuali.

L'indagine è stata anche l'occasione per comprendere alcune dinamiche relative all'aggiornamento individuale esterno, al fine di valutare l'efficacia dello strumento e la soddisfazione dei professionisti che vi hanno fatto ricorso.

Le risposte del sondaggio sono state analizzate dall'Ufficio Formazione e laddove possibile le risultanze sono state utilizzate o per accogliere le proposte promosse dai singoli oppure per rivalutare eventi già presenti, alla luce di quanto emerso dalla rilevazione.

Il presente Piano di Formazione è quindi il frutto delle iniziative proposte dai vari livelli aziendali.

4.6.10 Gli Animatori di Formazione

Gli Animatori di Formazione aziendali rappresentano la figura di raccordo tra l'Ufficio Formazione e i dipartimenti aziendali e come già fatto negli anni precedenti, sono stati coinvolti nella condivisione degli obiettivi strategici aziendali, condivisi con la Direzione Aziendale, anticipatamente all'avvio dell'inserimento dei progetti su WHR-TIME.

Nel 2025 sarà effettuato dall'Ufficio Formazione il monitoraggio delle attività svolte da ogni singolo AdF iscritto all'Albo aziendale (pubblicato nella intranet), prevista annualmente.

Nella presente annualità è prevista la modifica del regolamento aziendale degli AdF e una selezione interna per rinnovare l'albo attualmente presente. Gli animatori individuati, in conformità con la normativa regionale per essere iscritti all'albo degli AdF dovranno concludere il corso obbligatorio aziendale previsto dalla DGRT 616/2021.

4.6.11 Il gestionale della formazione: WHR-Time

L'attuale gestionale della formazione, entrato ufficialmente in uso dal 1° gennaio 2025, è il software unico regionale che tutti gli uffici formazione delle Aziende del SSR utilizzano per la formazione continua ECM. L'Ufficio Formazione è parte attiva negli incontri previsti dal gruppo regionale del GRU Modulo Formazione al fine di migliorare le funzionalità del software in relazione alle necessità d'uso.

Numerose le novità previste per il 2026 (lettere di incarico e conflitto interesse rilasciate su Portale Dipendenti e Portale Esterni, gestione formazione individuale esterna, accreditamento eventi direttamente su WHR-TIME), che dovranno essere testate, apprese sia dall'Ufficio Formazione per essere poi veicolate ai professionisti, siano essi docenti che discenti.

4.6.12 Dall'albo docenti dell'IRCCS Meyer all'elenco regionale formatori

Nel corso del 2025, Regione Toscana ha dato mandato a Formas di costituire l'elenco regionale qualificato di docenti per la formazione continua (rif. Prot. 9133 del 24 settembre 2025). I criteri di permanenza nell'elenco regionale saranno definiti da Regione Toscana, Formas, in accordo con le Aziende del SSR, così come il momento in cui l'utilizzo dell'elenco diventerà vincolante per le Aziende SSR.

L'elenco accoglierà le domande dei professionisti che intendono effettuare docenza nei percorsi di formazione continua del SSR.

L'IRCCS Meyer, che dispone attualmente di un proprio albo sia per i docenti interni che esterni, comunicherà nell'anno 2026 le modalità di passaggio dall'albo docenti all'elenco formatori Formas.

4.6.13 Strumenti per la diffusione dell'offerta formativa

L'offerta formativa del PAF si rivolge ad un'utenza multiprofessionale affinché tutti i professionisti possano assolvere l'obbligo formativo ECM e risultare quindi certificabili nel triennio ECM.

L'offerta formativa è diretta quindi a tutte le professioni sanitarie, così come a tutti i professionisti del Meyer.

Il presente Piano sarà diffuso al personale con le seguenti modalità:

- Pagina Formazione all'interno del Meyer Informa;
- Notizie nella Intranet aziendale nella sezione specifica dedicata alla Formazione;
- Prenotazioni online ai corsi attraverso il Portale Dipendente, previa autorizzazione del proprio Responsabile che dovrà validare la partecipazione direttamente da WHR-Time;
- Iscrizione diretta ai corsi da parte del proprio responsabile;
- Convocazione diretta del personale da parte dell'Ufficio Formazione per i corsi di formazione obbligatoria nelle quali esplicherà le modalità di accesso ai corsi e i relativi tempi entro cui effettuare i corsi.

Il sito web del Campus è utilizzato esclusivamente per promuovere i corsi rivolti agli esterni (convegni e corsi con il pagamento di quote). Non appena sarà disponibile il nuovo sito web del Meyer, la promozione degli eventi sarà effettuata nell'area specifica dedicata alla formazione sul nuovo sito web.

4.6.14 Strumenti e spazi per l'erogazione della formazione

Per meglio indirizzare il personale sulle modalità di erogazione della formazione presente nel presente PAF, si riportano qui di seguito gli strumenti e gli spazi che saranno utilizzati dal personale per lo svolgimento della formazione:

PIATTAFORMA E-LEARNING FAD FORMAS

<https://fad2.formas.toscana.it>

È la piattaforma di formazione a distanza del Laboratorio regionale per la Formazione in sanità. È utilizzata principalmente per l'erogazione dei corsi di formazione obbligatoria in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.

PIATTAFORMA E-LEARNING FAD MEYER

<https://fad.meyer.it>

L'IRCCS Meyer dispone di una propria piattaforma Moodle per rispondere in modo rapido ai fabbisogni specifici emergenti derivanti dall'applicazione degli standard di accreditamento JCI (Joint

Commission International) oppure a percorsi di formazione obbligatoria non presenti sulla piattaforma FORMAS.

La piattaforma è utilizzata anche per le iniziative del Laboratorio per la Prevenzione e promozione del benessere nella comunità rivolte a docenti e famiglie.

PIATTAFORMA E-LEARNING SYLLABUS - Dipartimento della Funzione Pubblica

<https://www.syllabus.gov.it/portale/web/syllabus/home>

È la piattaforma di formazione dedicata al capitale umano delle PA per sviluppare le competenze digitali e delle aree tematiche individuate dalla Direttiva Zangrillo. Offre ai dipendenti pubblici una formazione personalizzata, in modalità e-learning, a partire da una rilevazione strutturata e omogenea dei fabbisogni formativi, al fine di rafforzare le conoscenze e migliorare la capacità digitale nelle amministrazioni. È un'iniziativa promossa nell'ambito delle iniziative del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

L'accesso ai corsi è veicolato dall'Ufficio Formazione che può assegnare, in base a necessità o richieste specifiche, uno o più corsi presenti sulla piattaforma.

All'interno del presente PAF sono previsti su Syllabus i seguenti percorsi formativi:

- Il nuovo codice dei contratti pubblici d.lgs. 36/2023
- La digitalizzazione dei contratti pubblici
- Fondamenti di Project Management
- Syllabus Competenze Digitali

Le iscrizioni saranno possibili attraverso il Portale Dipendente WHR-TIME.

PIATTAFORMA E-LEARNING FAD TRIO - Regione Toscana

<https://www.progettotrio.it/>

TRIO è il sistema di web learning della Regione Toscana che mette a disposizione di tutti, in forma totalmente gratuita, prodotti e servizi formativi su argomenti trasversali o specialistici.

Nel presente PAF sono individuati due corsi su tale piattaforma per rispondere ai fabbisogni emersi (formazione su foglio elettronico, formazione igiene degli alimenti). Le iscrizioni saranno possibili attraverso il Portale Dipendente WHR-TIME.

Eventuali ulteriori corsi che il personale vorrà usufruire sulla piattaforma di e-learning non previste nel presente PAF, dovranno essere preventivamente autorizzati come aggiornamento esterno (in caso di richiesta di riconoscimento orario) oppure potrà essere fatto in forma volontaria al di fuori dell'orario di lavoro senza richiedere il riconoscimento orario.

PIATTAFORME PER LA FORMAZIONE A DISTANZA SINCRONA

Per l'erogazione degli eventi di formazione sincroni, l'IRCCS Meyer dispone di licenze per la gestione di eventi in videoconferenza e di webinar (Goto e Google Meet).

Per l'utilizzo di tali sistemi negli ambiti della formazione ECM, si rende necessario poter tracciare la presenza dei partecipanti attraverso reportistica *ad hoc*.

AULE PER LA FORMAZIONE RESIDENZIALE

L'IRCCS Meyer dispone presso il Campus di aule attrezzate per la formazione residenziale e la formazione in simulazione. Per la formazione in presenza sono utilizzati anche spazi presso il Family Center e presso la sede centrale, che ospita corsi per singoli reparti, oppure training on the job e simulazione in situ.

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;
- monitoraggio e verifica a campione delle attività e degli adempimenti, 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 Aziendale e delle singole strutture per un confronto tra i servizi, i dipartimenti e la Direzione stessa. 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 3.3.11 del presente documento, si precisa che il sistema di monitoraggio periodico e annuale è volto alla verifica dell'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza.

Nel corso del 2026, continua il processo di 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

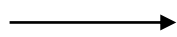
ALLEGATO 1 ALLA SOTTOSEZIONE PROGRAMMAZIONE:

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 alla 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>GLÀ ESISTENTI</i>	<i>NUOVE DA ADOTTARE (fattibili)</i>

TEMPI DI ATTUAZIONE: _____

PROCESSO: _____

EVENTO DA PREVENIRE: _____

[illegible]



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:

Area Amministrativa

Scheda Mappatura_ Convenzioni e contratti di acquisto e fornitura di servizi sanitari

Scheda Mappatura_ Amministrazione del personale: assegnazione borse di studio

Scheda Mappatura_ Avvio e gestione contratti di servizio

Scheda Mappatura_ Donazioni

Scheda Mappatura_ Sponsorizzazioni

Scheda Mappatura_ Convenzionamento con Istituti e Scuole di specializzazione

Scheda Mappatura_ Acquisti software e hardware

Scheda Mappatura_ Affidamento diretto lavori sotto soglia

Area Sanitaria

Scheda Mappatura_ Approvvigionamento beni e servizi sanitari

Scheda Mappatura_ Programmazione chirurgica e gestione liste di attesa

Area Ricerca Scientifica

Scheda Mappatura_ Sperimentazione clinica

Scheda Mappatura_ Studio osservazionale farmacologico

Scheda Mappatura_ Valutazione studio clinico da parte del CE

Scheda Mappatura_ Istruttoria valutazione studi clinici - CEP

Scheda Mappatura_ Acquisizione beni e servizi innovativi per la ricerca - PNC

Scheda Mappatura_ Database e Consulenza dati

Scheda Mappatura_ Attivazione sperimentazione clinica no profit

Scheda Mappatura_ Negoziazione del contratto in studio profit

Scheda Mappatura_ Sottomissione progetti di ricerca

Scheda Mappatura_ Valutazione funzionale varianti genetiche

Scheda Mappatura_ Valutazione pubblicazioni scientifiche

NOTA: La mappatura ed il monitoraggio dei processi aziendali mediante l'utilizzo della metodologia acquisita nel corso del 2022 e consolidata durante il 2023/2024 è tuttora in continua evoluzione, tenendo conto soprattutto della nuova veste giuridica dell'Azienda, divenuta Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS).

Pertanto, l'elenco delle aree attenzionate e dei processi mappati 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 nei precedenti PIAO e Piani Triennali al seguente link:

<https://www.meyer.it/index.php/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/352-prevenzione-della-corruzione>

AREA	ICT - INFORMATICA
PROCESSO	ACQUISTI SOFTWARE / HARDWARE
RESPONSABILE PROCESSO	MARCO CURRADI
EVENTO CORRUTTIVO	FAVORIRE UN FORNITORE

ATTIVITÀ	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			RESPONSABILE DELLA MISURA Il soggetto che si occupa di realizzare la misura indicata
			MISURA NUOVA 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	INDICATORE DI MONITORAGGIO Dato da rilevare per verificare l'attuazione o meno della misura	
Ricevo il modulo di acquisto	Mancanza di standardizzazione Mancata segregazione di funzioni	E' necessaria la firma della Direzione				
Istruttoria (ammissibilità, copertura economica)	Discrezionalità Mancata segregazione di funzioni					

Acquisto diretto sul MEPA	Discrezionalità Mancata segregazione di funzioni	C'è un regolamento per gli acquisti	Report annuale acquisti	Ogni anno	Predisposizione report dettagliato come allegato nella delibera acquisti	Ufficio acquisti
Oppure – trattativa diretta: capitolato / relazione	Discrezionalità nel predisporre il capitolato	Codice di comportamento	Controllo a campione (5%) da parte di altra struttura	Ogni anno	Controlli effettuati (si/no)	Altro ufficio acquisti con competenza
Indizione gara (invito o aperta)	Discrezionalità Mancanza di procedure scritte	Pubblicazione degli atti	Deve essere regolamentato indicando i gg. Minimi anche per piccoli importi	Giugno 2025	Report annuale sugli acquisti (dettagliato)	Ufficio acquisti
Valutazione gara	Discrezionalità (soprattutto nella valutazione qualitativa)	Pubblicazione degli atti	--	--	--	
Collaudo o Accettazione	Posso falsificare il collaudo dichiarando il falso	Ci sono più soggetti coinvolti	--	--	--	--

Gruppo di lavoro: Marco Curradi e Gabriele Lazzeri

AREA	AREA TECNICA
GRUPPO DI LAVORO	Grazi G., Calamai M., Calamai S., Corbo C.
PROCESSO	AFFIDAMENTO DIRETTO LAVORI SOTTO SOGLIA < 150.000,00 €
RESPONSABILE PROCESSO	RESPONSABILE UNICO DEL PROGETTO
EVENTO CORRUTTIVO	FAVORIRE L'O.E

ATTIVITÀ	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			RESPONSABILE DELLA MISURA Il soggetto che si occupa di realizzare la misura indicata
			MISURA NUOVA 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	INDICATORE DI MONITORAGGIO Dato da rilevare per verificare l'attuazione o meno della misura	
RICHIESTA DELLA DIREZIONE DELLA NECESSITA' (FORMA SCRITTA O VERBALE)	1. Mancanza di una richiesta formale (scritta) 2. Tempistiche ristrette		1-2. Programmazione di dettaglio e di lungo periodo delle richieste; Individuazione di un referente della Direzione che definisce e partecipa alla programmazione;	giugno 2025	Provvedimento aziendale programmatico	Dirigente Area Tecnica

VALUTAZIONE FATTIBILITA' ALL'INTERNO DELL'UT	1. Pressione del professionista/i interessati	1. Gruppo di valutazione interno interdisciplinare con nullaosta finale della Direzione Sanitaria	//	//	N richieste approvate/ N totali	Coordinatore gruppo di valutazione
PROCEDURA DI AFFIDAMENTO DIRETTO	1. Totale discrezionalità della scelta dell'OE	1. Relazione del RUP da approvare con atto aziendale 1. Principio di rotazione (codice appalti)	Utilizzo portali regionali per la tracciabilità della scelta dell'OE e rispetto principio rotazione Scarico annuale degli affidamenti diretti	Giugno 2025	% di utilizzo dei portali regionali >95% Report annuale degli affidamenti diretti	RUP
FASE ESECUZIONE/GESTIONE CONTABILE	1. Mancanza di controllo/verifica sull'esecuzione 2. Mancato controllo sulla gestione contabile	1. Verbalì e evidenze scritte di controlli e ispezioni con periodicità definita (es. ogni 15 giorni) 2. Ufficio permanente di supporto al RUP	Programmare le ispezioni	Giugno 2025	Numero di ispezioni anno	RUP/DL

Gruppo di lavoro: Giovanni Grazi, Sara Calamai, Massimo Calamai, Caterina Corbo

AREA	STUDI CLINICI
PROCESSO	ATTIVAZIONE DI UNA SPERIMENTAZIONE CLINICA NO PROFIT CON SUPPORTO ESTERNO
RESPONSABILE PROCESSO	CLINICAL TRIAL OFFICE
EVENTO CORRUTTIVO	FAVORIRE L'ATTIVAZIONE E LA CONDUZIONE DI UNO STUDIO

ATTIVITÀ	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			RESPONSABILE DELLA MISURA Il soggetto che si occupa di realizzare la misura indicata
			MISURA NUOVA 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	INDICATORE DI MONITORAGGIO Dato da rilevare per verificare l'attuazione o meno della misura	
RICEZIONE RICHIESTA DEL PI/SUPPLIER	FORTEN INTERESSE DEL SUPPLIER ESTERNO CONFLITTO DI INTERESSI	PROCEDURE OPERATIVE STANDARD CHE PREVEDONO RISPETTO DELLE TEMPESTICHE DI GESTIONE DELLE RICHIESTE	Pubblicazione FAQ (trasparenza esterna)	2025	Presenza sul sito	CLINICAL TRIAL OFFICE
ATTIVITA' PRELIMINARI ALLA SOTTOMISSIONE	DISCREZIONALITÀ NELLA VALUTAZIONE DELLA FATTIBILITÀ	PROCEDURE OPERATIVE STANDARD CHE PREVEDONO				

ETICO REGOLATORIA (valutazione definizione fattibilità, budget, contratto, altra documentazione)		ATTIVAZIONE DEI VARI INTERLOCUTORI AZIENDALI (collegialità)				
AUTORIZZAZIONE AZIENDALE ALLA CONDUZIONE DELLO STUDIO	/	/				
MONITORAGGIO CLINICO DELLO STUDIO	MONOCRATICITÀ CONFLITTO DI INTERESSI DEL MONITOR	PROCEDURE OPERATIVE STANDARD; CONTROLLO FORMALE SU DICHIARAZIONE DEL CONFLITTO DI INTERESSI DEL MONITOR	REPORTISTICA ANNUALE SU ESITI MONITORAGGIO E DEVIAZIONI	2025	INVIO A DIREZIONE/REST AREA	CLINICAL TRIAL OFFICE
GESTIONE DATABASE, ANALISI DEI DATI	INTERESSE DALL'O SPONSOR AD AVERE I DATI MANCANZA DI MISURE DI CONTROLLO SU MODIFICHE DEI DATI	CATENA DI CONTROLLI SU AFFIDABILITÀ DEL DATO				

AREA	AMMINISTRATIVA - DIDATTICA
PROCESSO	RAPPORTI DI CONVENZIONAMENTO TRA AZIENDA E ISTITUTI SEDI DELLE SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE DI PSICOTERAPIA
RESPONSABILE PROCESSO	SOC AFFARI LEGALI, AFFERENZA ASSISTENZIALE E DIDATTICA MARIO SAVASTANO
EVENTO CORRUTTIVO	SELEZIONE DISCREZIONALE DEGLI ISTITUTI

ATTIVITÀ	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			RESPONSABILE DELLA MISURA Il soggetto che si occupa di realizzare la misura indicata
			MISURA NUOVA 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	INDICATORE DI MONITORAGGIO Dato da rilevare per verificare l'attuazione o meno della misura	
Ricezione mail di richiesta convenzionamento	Unico soggetto a visualizzare la richiesta	Spesso arriva PEC - Condivisione con dirigente e deliberazione a conclusione processo				
Condivisione richiesta con responsabile psicologia per valutazione interesse	Possibilità di omettere alcune richieste pervenute (non a mezzo pec)	Condivisione con dirigente e responsabile psicologia (numero limitato di richieste)				

Restituzione interesse o meno all'istituto	Possibile ottenere un vantaggio personale per dare ok	Pubblicità dei rapporti convenzionali				
Richiesta documentale	/	Archiviazione e cartella condivisa				
Verifica dei requisiti (es. accreditamento MIUR)	Cattiva gestione, "chiudere un occhio" se ad es. dichiarano che lo avranno	Evidenza pubblica accreditamento MIUR				
Testo da concordare per stipula convenzione	Es. accettare più tirocinanti occupando spazi riservati ad altre specialità (ad es. per rispetto numero complessivo in reparto)	Valutazione dell'interesse aziendale da parte del tutor Evidenza pubblica				
Adozione delibera e sottoscrizione convenzione	/	/				

Autore: Mario Savastano

AREA	AMMINISTRATIVA - DIDATTICA
PROCESSO	RAPPORTI DI CONVENZIONAMENTO TRA AZIENDA E SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE UNIVERSITA' (convenzioni ad personam_ formazione extra-rete formativa)
RESPONSABILE PROCESSO	SOC AFFARI LEGALI, AFFERENZA ASSISTENZIALE E DIDATTICA MARIO SAVASTANO
EVENTO CORRUTTIVO	GESTIONE ARBITRARIA RICHIESTE INCOMING

ATTIVITÀ	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			RESPONSABILE DELLA MISURA Il soggetto che si occupa di realizzare la misura indicata
			MISURA NUOVA 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	INDICATORE DI MONITORAGGIO Dato da rilevare per verificare l'attuazione o meno della misura	
Ricezione mail	Unico soggetto a visualizzare la richiesta	Condivisione con dirigente e deliberazione a conclusione processo Ricezione tramite pec				
valutazione e inquadramento richiesta	Assenza di una procedura formalizzata	Iter consolidato e certificato da corrispondenza con Università				

		Tempistica definita dall'avvio del progetto				
Contatto con segreteria e dott.	/	/				
Richiesta documentale	/	Archiviazione e cartella condivisa				
Raccordo con strutture aziendali	/	Rilascio rispettivi nulla osta				
Verifica e/o predisposizione bozza convenzione	/	Procedura prevista e schema convenzione approvato con delibera	Verifica adempimenti anticorruzione (es. trasmissione Codice di comportamento)	2025	Presenza clausola nella convenzione	SOC AFFARI LEGALI, AFFERENZA ASSISTENZIALE E DIDATTICA
Check documentale (nulla osta)	Unico soggetto a visualizzare la documentazione	Condivisione con dirigente e deliberazione a conclusione processo				
Predisposizione delibera di approvazione schema convenzione	Non attuarlo nei tempi utili	Iter predeterminato				
Pubblicazione delibera e sottoscrizione convenzione + restituzione della stessa all'Università	/	Passaggi formali richiesti (più di uno)				
Comunicazione agli interessati della conclusione iter	/	Effettiva frequenza strutture aziendali				

Attivazione servizi aziendali di inizio attività	/	Schemi predisposti da collegghi dei servizi previsti				
--	---	---	--	--	--	--

Autore: Mario Savastano

AREA	Ricerca Clinica
PROCESSO	Accesso dati procedura “x”
RESPONSABILE PROCESSO	Centro data analytics
EVENTO CORRUTTIVO	Divulgazione di dati sensibili/personali

ATTIVITÀ	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			RESPONSABILE DELLA MISURA Il soggetto che si occupa di realizzare la misura indicata
			MISURA NUOVA 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	INDICATORE DI MONITORAGGIO Dato da rilevare per verificare l’attuazione o meno della misura	
Accesso alla base dati	Assenza di audit-trail strutturate	Basi dati con accesso nominale				
Estrazione	Mancato tracciamento dell’estrazione del dato	Corsi di formazione e sensibilizzazione sulla gestione dei dati				

Autore: Simone Aveotti

AREA	Ricerca Clinica
PROCESSO	Richiesta “consulenza” dati
RESPONSABILE PROCESSO	Centro data analytics
EVENTO CORRUTTIVO	- Produzione di risultati “manipolati” - Tempi di produzione

ATTIVITÀ	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			RESPONSABILE DELLA MISURA Il soggetto che si occupa di realizzare la misura indicata
			MISURA NUOVA 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	INDICATORE DI MONITORAGGIO Dato da rilevare per verificare l’attuazione o meno della misura	
Ricezione richiesta (email)	Mail personale (possibile cancellazione)		Protocollo interna	2025		
Valutazione ammissibilità/fattibilità	Discrezione personale	Informativa / DPO				

Assegnazione priorità	Discrezione personale		Ordine del protocollo			
Esecuzione del lavoro richiesto	/	/				
Produzione: dati, email, report	Mancanza di consapevolezza dell'utilizzo dato	Sensibilizzazione/informa zione sulla gestione del dato ad hoc e generale				

Autore: Simone Aveotti

AREA	SEGRETERIA TECNICO-SCIENTIFICA DEL COMITATO ETICO REGIONE TOSCANA - PEDIATRICO
PROCESSO	ISTRUTTORIA DELLE RICHIESTE DI VALUTAZIONE DI STUDI CLINICI
RESPONSABILE PROCESSO	RESPONSABILE SEGRETERIA TECNICO-SCIENTIFICA
EVENTO CORRUTTIVO	FAVORIRE UNA RAPIDA E POSITIVA VALUTAZIONE

ATTIVITÀ	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			RESPONSABILE DELLA MISURA Il soggetto che si occupa di realizzare la misura indicata
			MISURA NUOVA 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	INDICATORE DI MONITORAGGIO Dato da rilevare per verificare l'attuazione o meno della misura	
RICEZIONE RICHIESTE DA UNO SPONSOR	INVIO RICHIESTE PER EMAIL (NON PEC)	RISPOSTA ALLA MAIL DI RICEZIONE DEI DOCUMENTI ENTRO 48 ORE ACCESSO CONDIVISO DELL'INDIRIZZO EMAIL				

VALUTAZIONE CONGRUITA', ESATTEZZA E COMPLETEZZA DOCUMENTI	FORTE INTERESSE ESTERNO	PRESENZA DI CHECKLIST SUL SITO INTERNET, REDAZIONE SCHEDE ISTRUTTORIE DA PARTE DI DUE COMPONENTI	//	//	//	
INSERIMENTO STUDI O PRATICHE DI RICERCA NELLA PRIMA RIUNIONE DEL COMITATO	/	AVERE UNA DEADLINE	//	//	//	
ASSEGNAZIONE DEI RELATORI DEGLI STUDI	SCELTA DISCREZIONALE DI COMPONENTI che "non danno grattacapi"	PRESENZA DI UN ELENCO CONDIVISO CON IL COMITATO IN FASE DI INSEDIAMENTO IN CUI I COMPONENTI DICHIARANO LA TIPOLOGIA DI STUDI SU CUI SONO MAGGIORMENTE ESPERTI	//	//	//	
REDAZIONE PARERI E VERBALE	SCRITTURA DEL VERBALE PILOTATA VERSO DECISIONI CHE CI FANNO LAVORARE MENO	CONDIVISIONE DEL VERBALE TRA I COMPONENTI DELLA SEGRETERIA E DEL COMITATO	//	//	//	

Gruppo di lavoro: Maria Carmela Leo e Martina Falconi

AREA	Ricerca Clinica
PROCESSO	Sottoscrizione del contratto sperimentazione clinica farmacologica profit
RESPONSABILE PROCESSO	1) Responsabile della negoziazione e Responsabile del procedimento 2) Responsabile struttura con delega ai contratti di ricerca
EVENTO CORRUTTIVO	Favorire l'azienda che chiede la sperimentazione (tramite clausole più favorevoli allo sponsor dello studio o accelerazione della negoziazione del contratto) per l'attivazione del centro sperimentale presso l'IRCCS Meyer
NOME E COGNOME	Alessio Fabbiano

ATTIVITÀ	FATTORE ABILITANTE Elemento organizzativo, strutturale o di contesto che aumenta il rischio	MISURE GIÀ ATTUATE Azioni e dinamiche procedurali e organizzative che GIÀ neutralizzano i possibili eventi	MISURE NUOVE DA ATTUARE			RESPONSABILE DELLA MISURA Il soggetto che si occupa di realizzare la misura indicata
			MISURA NUOVA 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	INDICATORE DI MONITORAGGIO Dato da rilevare per verificare l'attuazione o meno della misura	
Proposta di contatto da parte dello sponsor o della CRO via email	Ricezione via email	Email spesso condivisa con collega o gruppo del Clinical Trial Office	Nessuna	N.A.	N.A.	N.A.

2) Negoziazione delle clausole problematiche (continuità terapeutica, regolamentazioni estere – in part. USA, Standard Contractual Clauses) del contratto con lo sponsor (società farmaceutica) o la CRO	Coincidenza RUP e responsabile negoziazione Conflitto di Interessi da parte di chi negozia il contratto Necessità (per ricerca)/urgenza (clinica) di attivare sperimentazioni di un nuovo medicinale esigenza, dettata anche da indicazioni nazionali o regionali, di incrementare la performance dell'IRCCS nell'attivazione di studi clinici Controllo parziale del Responsabile della firma del contratto per ragioni oggettive e soggettive, legate ai ruoli dei singoli soggetti coinvolti nella contrattualistica	Contratto tipo redatto da CCNCE presso AIFA con clausole già preimpostate Confronto su clausole problematiche con Responsabile struttura Pubblicazione del contratto concluso sull'Albo aziendale dell'IRCCS	Dichiarazione ad hoc per conflitto di interessi del personale a supporto della ricerca Verifica di possibili conflitti di interesse da parte degli uffici preposti Rotazione del responsabile della negoziazione del contratto	6 mesi	Verifica sulla dichiarazione dei conflitti di interesse	Responsabile struttura oppure Responsabile anticorruzione e trasparenza
---	--	---	---	---------------	--	--

3) negoziazione con i ricercatori responsabili di uno studio clinico	Relazioni strette con ricercatori sia per ragioni professionali sia per il contesto di lavoro Autorevolezza del ricercatore Comunicazioni verbali o informali	Comunicazioni scritte Confronto con Responsabile di struttura	Formazione specifica su anticorruzione e trasparenza nella ricerca verso tutti i ricercatori neoassunti, oltre che sui ricercatori già operativi Formazione su integrità ricerca Formazione sugli uffici preposti alla ricerca e sui ruoli a tutto il nuovo personale neoassunto nella ricerca	Per ricercatori già operativi, 12 mesi Per ricercatori neo-assunti, entro 2 mesi dalla presa di servizio	Numero corsi effettuati e numero di ricercatori coinvolti	Struttura Formazione e Responsabile anticorruzione e trasparenza
4) Pareri AIFA e Comitato Etico (fase esterna)	--	--	--	--	--	--
5) sottoscrizione del contratto	Ritardi nella sottoscrizione Modifiche del testo	Verifiche sul testo da sottoscrivere Tempistiche fissate per legge Pubblicazione atto	--	--	----	

Autore: Alessio Fabbiano

AREA	SETTORE GRANT
PROCESSO	Sottomissione progetti di ricerca
RESPONSABILE PROCESSO	Dott.ssa Katalin Majer Dott.ssa Marina Melandri
EVENTO CORRUTTIVO	Possibilità di favorire alcuni ricercatori piuttosto che altri

ATTIVITÀ	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			RESPONSABILE DELLA MISURA Il soggetto che si occupa di realizzare la misura indicata
			MISURA NUOVA 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	INDICATORE DI MONITORAGGIO Dato da rilevare per verificare l'attuazione o meno della misura	
Manifestazione di interesse via richiesta mail	Riceviamo la richiesta sulla mail personale aziendale, senza che altri ne vengano a conoscenza, se non a seguito dell'inoltro da parte della persona coinvolta Richieste eccedenti le possibilità di gestione	Condivisione nella riunione giornaliera del Settore Grant	Attivazione di un indirizzo ordinario di posta elettronica condiviso, con inoltro automatico agli indirizzi personali aziendali di riferimento	Entro un mese dalla data di conclusione del corso	Attivazione dell'account di posta elettronica	Settore Grant
Raccolta informazioni chiave e	Natura discrezionale delle decisioni su alcuni aspetti	Processi condivisi con i componenti degli uffici di riferimento	Creazione di una check—list generica adattabile ai singoli	Entro 6 mesi dalla data di conclusione del corso	Stesura della check-list	Settore Grant

verifiche di fattibilità aziendali, eventualmente coinvolgendo altre strutture aziendali			bandi per strutturare in dettaglio il processo			
Richiesta nulla osta al Direttore Scientifico via mail	Natura discrezionale della decisione					
A seguito del nulla osta, avvio iter di sottomissione con supporto nelle varie fasi, se richiesto	Natura discrezionale delle decisioni su alcuni aspetti	Processi condivisi e portati a termine collegialmente da parte del Settore Grant	--			
Validazione sulle piattaforma di riferimento, ove previsto dai singoli bandi	Natura discrezionale delle decisioni su alcuni aspetti	Processi condivisi e portati a termine collegialmente da parte del Settore Grant	--			

Gruppo di lavoro: Katalin Majer, Marina Melandri, Beatrice Casarella

AREA	Ricerca
PROCESSO	Valutazione funzionale varianti genetiche
RESPONSABILE PROCESSO	Direttore del Dipartimento e professionisti coinvolti
EVENTO CORRUTTIVO	'Pilotaggio' varianti da studiare (magari tra i pazienti c'è un conoscente di un medico) 'Pilotaggio' acquisti materiale di consumo per esperimenti 'Pilotaggio' persone da dedicare allo studio Falsificazione risultati per favorire carriere

ATTIVITÀ	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			RESPONSABILE DELLA MISURA Il soggetto che si occupa di realizzare la misura indicata
			MISURA NUOVA 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	INDICATORE DI MONITORAGGIO Dato da rilevare per verificare l'attuazione o meno della misura	
Ricevimento dei dati sulle varianti da analizzare	le varianti da analizzare possono essere scelte per favorire qualcuno (amici o parenti di medici e colleghi)	Esecuzione di riunioni collegiali (tra medici e biologi) in cui i casi vengono discussi e le varianti da analizzare vengono decise di comune accordo sulla base del potenziale				

		interesse scientifico campioni pseudonimizzati in modo da essere trattati tutti alla stessa maniera per non favorire pazienti specifici				
Pianificazione degli esperimenti e raccolta campioni	Nessuna	Mancanza di discrezionalità nella scelta dell'esperimento				
Acquisto del materiale di consumo da utilizzare per gli esperimenti	Conflitto di interessi	Acquisto in genere tramite ESTAR. Procedure chiare e codificate per l'acquisto del materiale (tre preventivi, unicità del prodotto ecc.). Presenza di commissione valutatrice per gli acquisti.				
Esecuzione degli esperimenti	Scelta discrezionale del personale da dedicare agli esperimenti	La scelta viene dettata dalle competenze specifiche del personale disponibile. Qualora le competenze non siano disponibili, viene identificato collegialmente il professionista da formare e l'ente formatore dove inviarlo				
Analisi dati	Falsificazione dei dati per dirigerli verso un risultato specifico che potrebbe favorire un	Esperimenti condotti in triplicato su campioni pseudonimizzati. Revisione risultati collegiale.	Aggiunta dei dati grezzi su repositories internazionali dove chiunque può accedere dopo la pubblicazione. Chiunque	Un mese dal momento della pubblicazione dell'articolo scientifico (2025)	"ricevuta" che indica l'avvenuto caricamento dei dati ed il momento del caricamento	Direttore del dipartimento o autore di riferimento dell'articolo

	avanzamento di carriera (delle persone coinvolte negli esperimenti e nella stesura degli articoli scientifici) o case farmaceutiche	Pubblicazione dati su riviste scientifiche peer reviewed (validazione risultati da parte di esperti nel settore).	può replicare i dati confermandone la veridicità			scientifico contenente i dati prodotti
--	---	---	--	--	--	--

Autore: Valerio Conti

AREA	RICERCA
PROCESSO	VALUTAZIONE PUBBLICAZIONI
RESPONSABILE PROCESSO	DIREZIONE SCIENTIFICA
EVENTO CORRUTTIVO	PILOTAGGIO PRECEDENZE E FINANZIAMENTO

ATTIVITÀ	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			RESPONSABILITÀ DELLA MISURA Il soggetto che si occupa di realizzare la misura indicata
			MISURA NUOVA 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	INDICATORE DI MONITORAGGIO Dato da rilevare per verificare l'attuazione o meno della misura	
Ricevimento email e tempistiche validazione	Invio richieste per email	Più persone	Protocollo delle domande	6 mesi	% di domande protocollate	Direzione Scientifica
Valutazione requisiti validazione per sottomissione	Linee guida del Ministero non chiare Valutazione da parte di un solo soggetto	Procedura operativa che integra le linee guida	Da migliorare procedura operativa confronto il con terzi (bibliosani) Collegialità nelle decisioni (almeno 1/3 richieste)	12 mesi	Procedura aggiornata (si/no) % valutazioni prese collegialmente	Direzione Scientifica
Pagamento	Precedenza pagamenti		Programmazione fondi e procedura di ripartizione	12 mesi	Adozione della procedura di ripartizione	Direzione Scientifica

Autore: Francesca Cheli

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
• 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.	• 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.

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• 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	NUOVE DA ADOTTARE
• 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).	• 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

SCHEDA DI LAVORO

ATTIVITÀ DA ANALIZZARE: **Negoziazione 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: **Negoziare 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
- 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	- 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	NUOVE DA ADOTTARE
- 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	- 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
	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: Meeting del venerdì che precede di 10 giorni la settimana da programmare: attualizzazione programmazione mensile e “staffaggio” sale operatorie					
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

SCHEDA DI LAVORO

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

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

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.

NUOVE DA ADOTTARE

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
	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
Negoziare contratti sperimentazioni cliniche	1. Negoziare clausole contrattuali favorevoli all’azienda farmaceutica sponsor della sperimentazione 2. Accelerare la negoziazione del contratto per l’attivazione del centro sperimentale presso l’AOU Meyer	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) 2. Mancanza di segregazione tra chi negozia il contratto e il Responsabile del procedimento. 3. Parzialità del flusso informativo nella modifica/integrazione delle clausole contrattuali da parte di chi negozia il	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	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.	

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

		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

PROCESSO	Ricerca Clinica (<i>Studio osservazionale farmacologico promosso da un ente profit – Azienda Farmaceutica</i>)
EVENTO	Sperimentatore induce prescrizione di un farmaco (<i>Nel caso di studi osservazionali con farmaco, il medico potrebbe indurre la prescrizione del farmaco oggetto dello studio al fine di coinvolgere il maggior numero di pazienti nello studio, visto che per ogni paziente coinvolto l'azienda farmaceutica paga un fee</i>) IPER PRESCRIZIONE DI FARMACI

ATTIVITÀ	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
Medico viene contattato da un Azienda Farmaceutica per chiedere disponibilità a partecipare ad uno studio osservazionale farmacologico	Partecipazione ad eventi/congressi/board che prevedono un compenso (conflitto di interessi)	Dichiarazione conflitto di interessi che dovrà essere valutata poi da un ente terzo (Comitato Etico)	-	-
Medico accetta di partecipare allo studio ed inizia a prescrivere il farmaco	Nessun controllo da parte del centro clinico sulle prescrizioni	Possibilità di prescrivere farmaci che siano presenti in ESTAR Presentazione di relazione clinica da parte del medico	-	-
Lo studio viene sottomesso alla valutazione da parte del CE	Criteri di inclusione allo studio poco chiari	Valutazione indipendente da parte del Comitato Etico Processo collegiale	-	-
Lo studio viene approvato e il medico inizia a coinvolgere pazienti	Paziente si affida al medico e si lascia guidare senza porsi troppe domande visto il senso di sudditanza che spesso si crea tra medico/paziente Asimmetria informativa	-	Sensibilizzazione e formazione su codice di comportamento	-

PROCESSO	Valutazione di uno studio clinico da parte del Comitato Etico (<i>Processo che segue la redazione dell'Ordine del Giorno e convocazione della riunione da parte della segreteria scientifica</i>)
EVENTO	Corruzione di un componente del Comitato Etico e favorire un particolare operatore

ATTIVITÀ	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
Selezione dei relatori di uno studio da parte della STS	Inserimento tra i relatori di un componente che presenta un conflitto di interessi con l'azienda farmaceutica che dà un finanziamento allo studio	I componenti hanno rilasciato una dichiarazione sul conflitto di interessi al momento della nomina	Valutazione dei conflitti di interessi dei componenti del CE da eseguire prima di ogni riunione, in base agli studi presenti all'OdG e da una commissione esterna e indipendente	<i>Essendo il CE un ente regionale, le tempistiche non sono prevedibili</i>
Discussione dello studio in seduta plenaria	Riunione con un numero di componenti esiguo che permette quindi al componente corrotto di aver maggiore possibilità di far valere le sue opinioni	Possibilità di svolgere le riunioni sia on-line che in presenza, in modo da avere il maggior numero possibile di componenti partecipanti	-	-
Redazione del verbale e dei pareri	Possibilità della mancata condivisione del materiale tra i componenti e la segreteria	La redazione dei pareri e del verbale avviene in maniera collegiale, il materiale e le osservazioni vengono sempre condivise tra tutti i componenti.	-	-

Gruppo di lavoro: Daniele Ciofi, Martina Falconi, Angelica Materassi.

PROCESSO	Assegnazione Borsa di studio
EVENTO Corruttivo	Favoreggiamento di un candidato

ATTIVITÀ	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 avanzata dalla struttura per l'assegnazione di una borsa di studio	Individuazioni di requisiti ad "hoc"	Richiesta autorizzazione alla Direzione aziendale; Revisione dei requisiti richiesti in base alle disposizioni del Regolamento aziendale relativo alla assegnazione delle borse di studio.	Validazione da parte di un soggetto gerarchicamente superiore e competente nella materia oggetto del bando della borsa di studio	Gennaio 2024
Approvazione con delibera dell'atto di indicazione della selezione con contestuale nomina della Commissione tecnica di valutazione	Nomina commissione con membri in conflitto di interessi	Commissione composta da più soggetti		
Pubblicazione Avviso con data di scadenza delle domande e data del colloquio.	<i>Non emergono elementi di rischio</i>			
Ricezione delle domande		Nell'Avviso è prevista la presentazione delle domande esclusivamente mediante Pec		

		Raccolta domande tramite Protocollo (segregazione della funzione)		
Svolgimento colloquio		Il colloquio si svolge a porte aperte; lo stesso giorno del colloquio, la Commissione tecnica provvede alla determinazione dei criteri per la valutazione dei candidati ed alla elaborazione delle domande.		
Valutazione del candidato	Conflitto di interessi	Collegialità della valutazione Verbalizzazione		
Elaborazione e pubblicazione. della graduatoria	<i>Non emergono elementi di rischio</i>	Trasparenza della graduatoria		
Assegnazione con delibera della borsa al candidato idoneo	<i>Non emergono elementi di rischio</i>			
Rivalutazione della borsa di studio		Obbligo di motivazione Approvazione dalla Direzione		

GRUPPO DI LAVORO: Donatella Accolla, Antonella Sorrenti, Alex Guarducci, Francesca Vestri, Marinella Sgariboldi, Salvatore Iannucci.

PROCESSO	Avvio e gestione di un contratto di servizio
EVENTO	Favorire un particolare fornitore

ATTIVITÀ	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
Redazione piano di intervento con verifica dei prodotti/servizi messi a disposizione dal fornitore (quando previsto)	Possibili monocraticità Conflitto di interessi	Il verbale di avvio viene condiviso (contraddittorio) in maniera collegiale tra più figure Approvazione da parte della Direzione	Attivazione di un doppio controllo, con un incaricato della direzione che supervisiona (* eventualmente possibile anche dare diffusione dell'avvio del servizio e del piano di intervento mediante delibera)	Brevi
Controlli periodici sul processo (con verbalizzazione)	Informativa anticipata sul controllo	Estrazione a sorte del settore sottoposto a controllo lo stesso giorno della verifica a campione Meccanismo di segnalazione Controlli possono essere fatti da più soggetti (collegialità)		Già in atto
Controlli di qualità	Mancata segnalazione non conformità di operatore in conflitto di interessi, che impedisce verifica puntuale (coordinatori reparto che per	Report periodici NON conformità	Redazione di un format ed introduzione di una procedura che renda "obbligatorio" per quanto periodico inviare un report con non conformità.	Medi

	fretta o convinti della mancata possibilità di incidere sui controlli non segnalano mancanze o difformità) Discrezionalità		Potrebbe essere utile, al momento dell'avvio del servizio, un incontro con i coordinatori delle strutture che utilizzano il servizio per informarli meglio sulle caratteristiche del contratto e sui momenti di controllo (con evidenza documentale)	

Partecipanti al gruppo di lavoro: Rossi Monica, Di Pede Mario, Mondovecchio Claudio, Cucurachi Antonietta, Palandri Stefano, Asprea Martina, Cummo Gioacchino, Francini Simona, Eustachio Parente

PROCESSO	Accettazione donazioni di attrezzature sanitarie
EVENTO	Beneficio diretto/indiretto del responsabile di struttura nel processo autorizzativo della donazione Favorire un particolare operatore

ATTIVITÀ	FATTORE ABILITANTE Elemento organizzativo, strutturale o di contesto che aumenta il rischio	MISURE GIÀ ATTUATE 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
Proposta di donazione indirizzata al direttore generale avanzata dal soggetto terzo (donante)	Scarse o parziali informazioni sulla futura spesa per consumabili e manutenzione e assenza dichiarazioni su conflitto di interesse		- Aggiornamento del regolamento sulle donazioni di cui alla delibera n 437/2018 con * la disciplina del conflitto di interessi nell'ambito del procedimento autorizzativo * Adozione di modulistica tipo per proposta di donazione, completa di dati sui costi indiretti (consumabili e assistenza) e dichiarazione assenza conflitto di interesse anche con fornitori di consumabili e assistenza	2024
Avvio dell'istruttoria a cura della struttura aziendale di riferimento per la tipologie di bene , tramite parere scritto dell'ufficio competente ed autorizzazione del	assenza dichiarazioni su conflitto di interesse di chi emette il parere tecnico e del responsabile del CDR (struttura ricevente)	Istruttoria tecnica su fattibilità della donazione tramite verifiche su valore del bene e costi consumabili, assistenza, installazione	Aggiornamento del modulo contenente -il riepilogo strutturato e circostanziato dell'istruttoria (evidenza documentale)	2024

Direttore sanitario, e successivo provvedimento/delibera di accettazione			-dichiarazioni del responsabile di struttura e del firmatario del parere tecnico su assenza di conflitto di interesse con donante, con fornitori di materiali e assistenza.	
			-	
Art 7 del regolamento parere scritto del responsabile della struttura per verificare l'interesse all'acquisizione del bene				

Mariangela Ferrigno, Franca Dattoli, Claudio Mondovecchio

PROCESSO	SPONSORIZZAZIONE EVENTO FORMATIVO
EVENTO CORRUTTIVO	VANTAGGIO DI UN PARTICOLARE OPERATORE ECONOMICO

ATTIVITÀ	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
ACQUISIZIONE RICHIESTA DI ORGANIZZAZIONE DI UN EVENTO SPONSORIZZATO DA PARTE DI UN RESPONSABILE SCIENTIFICO	CONFLITTO DI INTERESSI DEL PROPONENTE DIFFICILMENTE INTERCETTABILE	INSERIMENTO NEL PAF DI EVENTI SPONSORIZZATI, APPROVAZIONE DELLA DIREZIONE AZIENDALE DELLA DELIBERA DEL PAF E TRASMISSIONE DEL PAF A REGIONE TOSCANA SEGREGAZIONE DELLA FUNZIONE		
VALUTAZIONE SULLA RICHIESTA DI EVENTIO SPONSORIZZATO		INSERIMENTO NEL PAF DI EVENTI SPONSORIZZATI, APPROVAZIONE DELLA DIREZIONE AZIENDALE DELLA DELIBERA DEL PAF E TRASMISSIONE DEL PAF A REGIONE TOSCANA		

		SEGREGAZIONE DELLA FUNZIONE		
PREDISPOSIZIONE DI UN AVVISO PUBBLICO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE	LIMITE DI COMPETENZA DA PARTE DEL PERSONALE DELLA FORMAZIONE (CONTRIBUTO TECNICO) DISCREZIONALITÀ		SENSIBILIZZAZIONE E DIFFUSIONE CODICE E FORMAZIONE DI COMPORTAMENTO	
RACCOLTA PROPOSTE DI SPONSORIZZAZIONE VIA PEC E CON PROTOCOLLO DI RICEZIONE	CONFLITTO DI INTERESSE DELLA PERSONA CHE RACCOGLIE	VALUTAZIONE PROPOSTE DA EVENTUALE COMMISSIONE DI VALUTAZIONE IN CASO NON SIA POSSIBILE AVERE UNA SPONSORIZZAZIONE MULTISPONSOR		
VALUTAZIONE DELLE PROPOSTE	CONFLITTO DI INTERESSE	PROCESSO COLLEGIALE PREDISPOSIZIONE MODULO DI CONFLITTO DI INTERESSE DA PARTE DEL RESPONSABILE SCIENTIFICO	RENDERE PIÙ CHIARO IL MODULO MFORM18 FACENDO DEGLI ESEMPI	2024
INVIO ALLA SOCIETÀ DEL CONTRATTO DI SPONSORIZZAZIONE	PARTICOLARE COMPLESSITÀ DEL DOCUMENTO	INVIO CONTRATTO STANDARD AGENZIE FIRMATO DIGITALMENTE DAL DIRETTORE GENERALE PUBBLICAZIONE DEL CONTRATTO SUL SITO		
EROGAZIONE EVENTO FORMATIVO SPONSORIZZATO		APPLICAZIONE DELLA NORMATIVA ATTUALMENTE IN VIGORE E DI CIÒ CHE È STATO STABILITO NEL CONTRATTO DI SPONSORIZZAZIONE		

		CONTROLLO DA PARTE DELL'UFFICIO FORMAZIONE E DEL RESPONSABILE SCIENTIFICO		
RELAZIONE ANNUALE	<i>NON EMERGONO ELEMENTI DI RISCHIO</i>		INSERIMENTO NELLA RENDICONTAZIONE ANNUALE INVIATA ALLA DIREZIONE AZIENDALE E A REGIONE TOSCANA DEGLI EVENTI SPONSORIZZATI CON LE INDICAZIONI DI SPONSOR E RESPONSABILE SCIENTIFICO CON LA PUBBLICAZIONE DEGLI IMPORTI PERCEPITI O ATTREZZATURE INViate. QUALORA SI RILEVINO RIPETUTI EVENTI CHE HANNO LO STESSO SPONSOR/RESPONSABILE SCIENTIFICO, APPLICARE EVENTUALRE ROTAZIONE DEGLI SPONSOR	2024

Tiziana Romanelli, Laura Ammannati, Mariangela Ferrigno, Franca Dattoli

AREA	RICERCA
PROCESSO	INNOVAZIONE _ PI DI PROGETTO PNC
RESPONSABILE PROCESSO	DIREZIONE SCIENTIFICA
EVENTO CORRUTTIVO	Validare illecitamente acquisti, coinvolgimento personale, studi scientifici

ATTIVITÀ	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			RESPONSABILE DELLA MISURA Il soggetto che si occupa di realizzare la misura indicata
			MISURA NUOVA 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	INDICATORE DI MONITORAGGIO Dato da rilevare per verificare l’attuazione o meno della misura	
Gestione work package (rendicontazione attività e personale)	Discrezionalità Mancanza di team di lavoro Complessità del progetto	Modulo di auto-dichiarazione sostitutiva di notorietà Reportistica e lettera di incarico Controllo da parte del Ministero				

[illegible]

ALLEGATO 3) 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 e Referenti. (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	Ilaria Lombardi
	Atti generali	Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Riferimenti normativi su organizzazione e attività	Riferimenti normativi con i relativi <i>link</i> alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "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 - Ilaria Lombardi - Mariangela Ferrigno - Laura Belmonte - Giovanni Grazi - Salvatore Iannucci -Elena Cinelli - Francesco Taiti
			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 - Ilaria Lombardi - Mariangela Ferrigno - Laura Belmonte - Giovanni Grazi - Salvatore Iannucci -Elena Cinelli - Francesco Taiti
			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	Ilaria Lombardi
	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 - Ilaria Lombardi - Mariangela Ferrigno - Laura Belmonte - Giovanni Grazi - Salvatore Iannucci -Elena Cinelli - Francesco Taiti
		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 necessarie l'autorizzazione, la segnalazione certificata di inizio attività o la mera comunicazione)			

ALLEGATO 3) 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 e Referenti. (Competenti per l'elaborazione e la pubblicazione del dato)
Organizzazione	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.	
	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)	SOC Ricorse Umane - SOSD Comunicazione e Relazione con l'Utenza	Salvatore Iannucci - Elena Cinelli
		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)	SOSD Comunicazione e Relazione con l'Utenza	Staff Direzione - Elena Cinelli
		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)	SOSD Comunicazione e Relazione con l'Utenza	Staff Direzione - Elena Cinelli
	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)	SOSD Comunicazione e Relazione con l'Utenza	Staff Direzione - Elena Cinelli

ALLEGATO 3) 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 e Referenti. (Competenti per l'elaborazione e la pubblicazione del dato)
Consulenti e collaboratori	Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Consulenti e collaboratori (da pubblicare in tabelle)	Estremi degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa) con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SOC Risorse Umane - SOSD Legale, Gestione universitari e Didattica, SOC Area Tecnica - SOSD Convenzioni e Affari Generali - SOSD Rapporti Contrattuali	Salvatore Iannucci - Donatella Accolla - Tiziana Romanelli - Ilaria Lombardi Giovanni Grazi - Mariangela Ferrigno - Belmonte Laura
				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 Risorse Umane - SOSD Legale, Gestione universitari e Didattica, SOC Area Tecnica - SOSD Convenzioni e Affari Generali - SOSD Rapporti Contrattuali	Salvatore Iannucci - Donatella Accolla - Tiziana Romanelli - Ilaria Lombardi Giovanni Grazi - Mariangela Ferrigno - Belmonte Laura
		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 Risorse Umane - SOSD Legale, Gestione universitari e Didattica, SOC Area Tecnica - SOSD Convenzioni e Affari Generali - SOSD Rapporti Contrattuali	Salvatore Iannucci - Donatella Accolla - Tiziana Romanelli - Ilaria Lombardi Giovanni Grazi - Mariangela Ferrigno - Belmonte Laura
		Art. 15, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		3) compensi comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SOC Risorse Umane - SOSD Legale, Gestione universitari e Didattica, SOC Area Tecnica - SOSD Convenzioni e Affari Generali - SOSD Rapporti Contrattuali	Salvatore Iannucci - Donatella Accolla - Tiziana Romanelli - Ilaria Lombardi Giovanni Grazi - Mariangela Ferrigno - Belmonte Laura
		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 Risorse Umane - SOSD Legale, Gestione universitari e Didattica, SOC Area Tecnica - SOSD Convenzioni e Affari Generali - SOSD Rapporti Contrattuali	Salvatore Iannucci - Donatella Accolla - Tiziana Romanelli - Ilaria Lombardi Giovanni Grazi - Mariangela Ferrigno - Belmonte Laura

ALLEGATO 3) 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 e Referenti. (Competenti per l'elaborazione e la pubblicazione del dato)
		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 Risorse Umane - SOSD Legale, Gestione universitari e Didattica, SOC Area Tecnica - SOSD Convenzioni e Affari Generali - SOSD Rapporti Contrattuali	Salvatore Iannucci - Donatella Accolla - Tiziana Romanelli - Ilaria Lombardi Giovanni Grazi - Mariangela Ferrigno - Belmonte Laura
	Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice		Incarichi amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle)	Per ciascun titolare di incarico:			
		Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SOC Risorse Umane	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 Risorse Umane	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 Risorse Umane	Salvatore Iannucci
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SOC Risorse Umane	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 Risorse Umane	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 Risorse Umane	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 dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	SOC Risorse Umane	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 Risorse Umane	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 Risorse Umane	Salvatore Iannucci

ALLEGATO 3) 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 e Referenti. (Competenti per l'elaborazione e la pubblicazione del dato)
		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 Risorse Umane	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 Risorse Umane	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 Risorse Umane	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 distinguano 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 Risorse Umane	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 Risorse Umane	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 Risorse Umane	Salvatore Iannucci
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SOC Risorse Umane	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 Risorse Umane	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 Risorse Umane	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 Risorse Umane	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 Risorse Umane	Salvatore Iannucci

ALLEGATO 3) 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 e Referenti. (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 Risorse Umane	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 Risorse Umane	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 Risorse Umane	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 Risorse Umane	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 Risorse Umane	Salvatore Iannucci
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Nessuno	SOC Risorse Umane	Salvatore Iannucci
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno	SOC Risorse Umane	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 Risorse Umane	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 Risorse Umane	Salvatore Iannucci
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Nessuno	SOC Risorse Umane	Salvatore Iannucci
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Nessuno	SOC Risorse Umane	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 Risorse Umane	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 nonchè tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	RPCT	Ilaria Lombardi

ALLEGATO 3) 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 e Referenti. (Competenti per l'elaborazione e la pubblicazione del dato)
	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 Risorse Umane	Salvatore Iannucci
	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 Risorse Umane	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 Risorse Umane	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 Risorse Umane	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 Risorse Umane	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 Risorse Umane	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 Risorse Umane	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)	SOC Risorse Umane	Salvatore Iannucci 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)	SOC Risorse Umane	Salvatore Iannucci 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)	SOC Risorse Umane	Salvatore Iannucci Donatella Accolla
		Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Nominativi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SOC Risorse Umane	Salvatore Iannucci Donatella Accolla

ALLEGATO 3) 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 e Referenti. (Competenti per l'elaborazione e la pubblicazione del dato)
	OIV	Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	OIV	Curricula	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SOC Risorse Umane	Salvatore Iannucci Donatella Accolla
		Par. 14.2, delib. CiVIT n. 12/2013	(da pubblicare in tabelle)	Compensi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SOC Risorse Umane	Salvatore Iannucci 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 nonché i criteri di valutazione della Commissione e le tracce delle prove scritte	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SOC Risorse Umane	Salvatore Iannucci Donatella Accolla
Performance	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 SOC Risorse umane	Francesco Taiti - Donatella Accolla
	Piano della Performance	Art. 10, c. 8, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Piano della Performance/Piano esecutivo di gestione	Piano della Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009) Piano esecutivo di gestione (per gli enti locali) (art. 169, c. 3-bis, d.lgs. n. 267/2000)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SOC Gestione Economico Finanziaria e Controllo di Gestione - SOC Risorse umane	Francesco Taiti - Donatella Accolla
	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 Gestione Economico Finanziaria e Controllo di Gestione - SOC Risorse umane	Rossana Baronti - Salvatore Iannucci
				Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SOC Gestione Economico Finanziaria e Controllo di Gestione - SOC Risorse umane	Rossana Baronti - Salvatore Iannucci
	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)	SOC Risorse Umane	Salvatore Iannucci 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 - SOC 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 - SOC 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		

ALLEGATO 3) 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 e Referenti. (Competenti per l'elaborazione e la pubblicazione del dato)
Enti controllati	Società partecipate	Art. 22, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Dati società partecipate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle società di cui l'amministrazione detiene direttamente quote di partecipazione anche minoritaria, con l'indicazione dell'entità, delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate, ad esclusione delle società, partecipate da amministrazioni pubbliche, con azioni quotate in mercati regolamentati italiani o di altri paesi dell'Unione europea, e loro controllate. (art. 22, c. 6, d.lgs. n. 33/2013)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	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
		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		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
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (link al sito dell'ente)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	SOC Gestione Economico Finanziaria e Controllo di Gestione	Francesco Taiti
		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
	Provvedimenti	Art. 22, c. 1, lett. d-bis, d.lgs. n. 33/2013	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	

ALLEGATO 3) 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 e Referenti. (Competenti per l'elaborazione e la pubblicazione del dato)
	Enti di diritto privato controllati	Art. 22, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Enti di diritto privato controllati (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli enti di diritto privato, comunque denominati, in controllo dell'amministrazione, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Casistica attualmente non presente in azienda.	
				Per ciascuno degli enti:			
		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
				7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (link al sito dell'ente)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)		
	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)				
	Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Collegamento con i siti istituzionali degli enti di diritto privato controllati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)				
	Rappresentazione grafica	Art. 22, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Rappresentazione grafica	Una o più rappresentazioni grafiche che evidenziano i rapporti tra l'amministrazione e gli enti pubblici vigilati, le società partecipate, gli enti di diritto privato controllati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	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:			
		Art. 35, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	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

ALLEGATO 3) 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 e Referenti. (Competenti per l'elaborazione e la pubblicazione del dato)
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Tipologie di procedimento (da pubblicare in tabelle)	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

ALLEGATO 3) 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 e Referenti. (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: 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)	SOSD Convenzioni e Affari generali	Ferrigno Mariangela
	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)	SOSD Convenzioni e Affari generali	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			
Bandi di gara e contratti *			* In calce alla presente tabella trasparenza viene allegato l'elenco aggiornato degli obblighi di pubblicazione in materia di Bandi di gara e contratti adeguato al nuovo Codice degli appalti e alle Delibere ANAC n. 261, 264, 582 del 2023. Nell'elenco allegato degli obblighi sono contenuti ed evidenziati: 1) IN ROSSO i nuovi Obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente in vigore a partire dall’01/01/2024 o applicabili alle procedure avviate a partire dalla stessa data. 2) IN VERDE gli obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente in vigore a partire dall’01/01/2023 o applicabili alle procedure avviate a partire dalla stessa data. 3) IN NERO gli obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente in vigore fino al 31/12/2023, o applicabili alle procedure avviate entro la stessa data (concluse o non concluse).				

ALLEGATO 3) 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 e Referenti. (Competenti per l'elaborazione e la pubblicazione del dato)
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Criteri e modalità	Art. 26, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Criteri e modalità	Atti con i quali sono determinati i criteri e le modalità cui le amministrazioni devono attenersi per la concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari e l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	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
		Art. 27, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Per ciascun atto:			
		Art. 27, c. 1, lett. b), 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. c), 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. d), 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. e), d.lgs. n. 33/2013		4) ufficio e funzionario o dirigente responsabile del relativo procedimento amministrativo	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	SOC Centro Salute Globale	Maria Josè Pinilla
		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità seguita per l'individuazione del beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	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. 2, 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
				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
Bilanci	Bilancio preventivo e consuntivo	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
		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

ALLEGATO 3) 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 e Referenti. (Competenti per l'elaborazione e la pubblicazione del dato)
	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 Area Tecnica - SOSD Rapporti Contrattuali	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 Area Tecnica - SOSD Rapporti Contrattuali	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.AC.	RPCT	Ilaria Lombardi
				Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	SOC Risorse Umane	Salvatore Iannucci 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	SOC Risorse Umane	Salvatore Iannucci 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)	SOC Risorse Umane	Salvatore Iannucci 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)	SOSD Convenzioni e Affari Generali - 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 ancorchè non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	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 Comunicazione e Relazione con l'Utenza	Elena Cinelli
	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.	

ALLEGATO 3) 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 e Referenti. (Competenti per l'elaborazione e la pubblicazione del dato)
Servizi erogati		Art. 4, c. 2, d.lgs. n. 198/2009		Sentenza di definizione del giudizio	Tempestivo		
		Art. 4, c. 6, d.lgs. n. 198/2009		Misure adottate in ottemperanza alla sentenza	Tempestivo		
	Costi contabilizzati	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)	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)	SOSD Gestione delle attività Ospedaliere	Antonino Sala
	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 Comunicazione e Relazione con l'Utenza	Elena Cinelli
	Dati sui pagamenti	Art. 4-bis, c. 2, dlgs n. 33/2013	Dati sui pagamenti (da pubblicare in tabelle)	Dati sui propri pagamenti in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	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	Ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici	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

ALLEGATO 3) 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 e Referenti. (Competenti per l'elaborazione e la pubblicazione del dato)
Opere pubbliche	Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici	Art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni reative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici	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 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 Area Tecnica	Giovanni Grazi
	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 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	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 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	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 igrotipi, 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)		

ALLEGATO 3) 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 e Referenti. (Competenti per l'elaborazione e la pubblicazione del dato)
Informazioni ambientali		Art. 40, c. 2, 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 IRCCS	
			(da pubblicare in tabelle)	Accordi intercorsi con le strutture private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)		
Interventi straordinari e di emergenza		Art. 42, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Interventi straordinari e di emergenza (da pubblicare in tabelle)	Provvedimenti adottati concernenti gli interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente, con l'indicazione espressa delle norme di legge eventualmente derogate e dei motivi della deroga, nonché con l'indicazione di eventuali atti amministrativi o giurisdizionali intervenuti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SOSD Convenzioni e Affari Generali	Ferrigno Mariangela
		Art. 42, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SOSD Convenzioni e Affari Generali	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)	SOSD Convenzioni e Affari Generali	Ferrigno Mariangela
		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	Ilaria Lombardi
		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	Ilaria Lombardi

ALLEGATO 3) 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 e Referenti. (Competenti per l'elaborazione e la pubblicazione del dato)
Altri contenuti	Prevenzione della Corruzione		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	Ilaria Lombardi
		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	Ilaria Lombardi
		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	Ilaria Lombardi
		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	Ilaria Lombardi
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, nonchè 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	SOSD Convenzioni e Affari Generali /RPCT	Ferrigno Mariangela - Ilaria Lombardi
		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, nonchè modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	SOSD Convenzioni e Affari Generali /RPCT	Ferrigno Mariangela - Ilaria Lombardi
		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 nonchè del relativo esito con la data della decisione	Semestrale	SOSD Convenzioni e Affari Generali /RPCT	Ferrigno Mariangela - Ilaria Lombardi
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.dati.gov.it e http://basidati.agid.gov.it/catalogo gestiti da AGID	Tempestivo	SOC Comunicazione e Relazione con l'Utenza SOSD Rapporti contrattuali e Smart Technology	Elena Cinelli - 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 Comunicazione e Relazione con l'Utenza SOSD Rapporti contrattuali e Smart Technology	Elena Cinelli - Marco Curradi

ALLEGATO 3) 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 e Referenti. (Competenti per l'elaborazione e la pubblicazione del dato)
		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	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 Comunicazione e Relazione con l'Utenza SOD Rapporti contrattuali e Smart Technology	Elena Cinelli - Marco Curradi
Altri contenuti	Dati ulteriori	Art. 7-bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012	(NB: nel caso di pubblicazione di dati non previsti da norme di legge si deve procedere alla anonimizzazione dei dati personali	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 - Ilaria Lombardi - Mariangela Ferrigno - Laura Belmonte - Giovanni Grazi - Salvatore Iannucci- Elena Cinelli - Francesco Taiti - Gianluca Verdolini

TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE - AGGIORNAMENTO "BANDI DI GARA E CONTRATTI"							
Descrizione dell'obbligo							
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Tempistiche di aggiornamento stabilite da ANAC	Struttura - Ufficio di Controllo	Dirigente - Responsabile individuato. (Competenti per l'elaborazione e la pubblicazione del dato)
	Informazioni sulle singole	Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013; Art. 4 delib. Anac n. 39/2016	Dati previsti dall'articolo 1, comma 32, della legge 6 novembre 2012, n. 190. Informazioni sulle singole procedure	Codice Identificativo Gara (CIG)/SmartCIG, struttura proponente, oggetto del bando, procedura di scelta del contraente, elenco degli operatori invitati a presentare offerte/numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, aggiudicatario, importo di aggiudicazione, tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, importo delle somme liquidate Obbligo in vigore fino al 30/06/2023	Tempestivo	SOC Risorse Umane - SOD Legale, Gestione universitari e Didattica - SOD Rapporti contrattuali - SOC Area Tecnica - SOD Convenzioni e Affari Generali	Salvatore Iannucci - Ilaria Lombardi - Laura Belmonte - Giovanni Grazi - Antonietta Cucurachi - Tiziana Romanelli - Mariangela Ferrigno

ALLEGATO 3) 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 e Referenti. (Competenti per l'elaborazione e la pubblicazione del dato)
	procedure in formato tabellare	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	(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)	Tabelle riassuntive rese liberamente scaricabili in un formato digitale standard aperto con informazioni sui contratti relative all'anno precedente (nello specifico: Codice Identificativo Gara (CIG)/smartCIG, struttura proponente, oggetto del bando, procedura di scelta del contraente, elenco degli operatori invitati a presentare offerte/numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, aggiudicatario, importo di aggiudicazione, tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, importo delle somme liquidate) Obbligo in vigore fino al 30/06/2023	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
	Atti relativi alla progettazione e programmazione di lavori	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 Artt. 21, c. 7, e 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016 D.M. MIT 14/2018, art. 5, commi 8 e 10 e art. 7, commi 4 e 10 Art. 28 D.Lgs. n.36/2023	Atti relativi alla progettazione e programmazione di lavori, opere, servizi e forniture	Programma biennale degli acquisti di beni e servizi, programma triennale dei lavori pubblici e relativi aggiornamenti annuali. Comunicazione della mancata redazione del programma triennale dei lavori pubblici per assenza di lavori e comunicazione della mancata redazione del programma biennale degli acquisti di beni e servizi per assenza di acquisti (D.M. MIT 14/2018, art. 5, co. 8 e art. 7, co. 4) Modifiche al programma triennale dei lavori pubblici e al programma biennale degli acquisti di beni e servizi (D.M. MIT 14/2018, art. 5, co. 10 e art. 7, co. 10) Obbligo di pubblicazione su Amministrazione Trasparente in vigore fino al 31/12/2023.	Tempestivo	SOC Area Tecnica - SOSD Rapporti contrattuali e Smart Technology	Giovanni Grazi - Laura Belmonte
		Art. 30, D.lgs. n. 36/2023 Del. ANAC n. 264/2023 come modificata e integrata con delibera n. 601/2023	Uso di procedure automatizzate nel ciclo di vita dei contratti pubblici	Elenco delle soluzioni tecnologiche adottate dalla stazione appaltante ed enti concedenti per l'automatizzazione delle proprie attività Obbligo di pubblicazione su Amministrazione Trasparente in vigore a partire dall'01/01/2024.	Una tantum con aggiornamento tempestivo in caso di modifiche	SOC Area Tecnica - SOSD Rapporti contrattuali	Giovanni Grazi - Laura Belmonte - Marco Curradi
		Art. 4, co. 3 ALLEGATO I.5 al D.Lgs. 36/2023 Del. ANAC n. 264/2023 come modificata e integrata con delibera n. 601/2023	Completamento opere incomplete	Avviso finalizzato ad acquisire le manifestazioni di interesse degli operatori economici in ordine ai lavori di possibile completamento di opere incomplete nonché alla gestione delle stesse NB: Ove l'avviso è pubblicato nella apposita sezione del portale web del Ministero delle infrastrutture e dei trasporti, la pubblicazione in AT è assicurata mediante link al portale MIT Obbligo di pubblicazione su Amministrazione Trasparente in vigore a partire dall'01/01/2024.	Tempestivo	SOC Area Tecnica - SOSD Rapporti contrattuali	Giovanni Grazi - Laura Belmonte

ALLEGATO 3) 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 e Referenti. (Competenti per l'elaborazione e la pubblicazione del dato)
	programmazione di lavori, opere, servizi e forniture	Art. 5, co. 8; art. 7, co. 4 ALLEGATO I.5 al d.lgs. 36/2023 Del. ANAC n. 264/2023 come modificata e integrata con delibera n. 601/2023	Mancata redazione programma triennale lavori servizi e forniture	Comunicazione circa la mancata redazione del programma triennale dei lavori pubblici, per assenza di lavori. Comunicazione circa la mancata redazione del programma triennale degli acquisti di forniture e servizi, per assenza di acquisti di forniture e servizi. Obbligo di pubblicazione su Amministrazione Trasparente in vigore a partire dall'01/01/2024.	Tempestivo	SOC Area Tecnica - SOSD Rapporti contrattuali	Giovanni Grazi - Laura Belmonte
		Art. 168, D.lgs. n. 36/2023 Del. ANAC n. 264/2023 come modificata e integrata con delibera n. 601/2023	Procedure di gara con sistemi di qualificazione	Gli atti recanti norme, criteri oggettivi per il funzionamento del sistema di qualificazione, l'eventuale aggiornamento periodico dello stesso e durata, criteri soggettivi (requisiti relativi alle capacità economiche, finanziarie, tecniche e professionali) per l'iscrizione al sistema Obbligo di pubblicazione su Amministrazione Trasparente in vigore a partire dall'01/01/2024.	Tempestivo	SOC Area Tecnica - SOSD Rapporti contrattuali	Giovanni Grazi - Laura Belmonte
		Art. 169 D.Lgs.n.36/2023 Del. ANAC n. 264/2023 come modificata e integrata con delibera n. 601/2023	Procedure di gara regolamentate (SETTORI SPECIALI)	<u>Obbligo applicabile alle imprese pubbliche e ai soggetti titolari di diritti speciali esclusivi</u> Atti eventualmente adottati recanti l'elencazione delle condotte che costituiscono gravi illeciti professionali agli effetti degli artt. 95, co. 1, lettera e) e 98 (cause di esclusione dalla gara per gravi illeciti professionali) Obbligo di pubblicazione su Amministrazione Trasparente in vigore a partire dall'01/01/2024.	Tempestivo	SOC Area Tecnica - SOSD Rapporti contrattuali	Giovanni Grazi - Laura Belmonte
		Art. 11, co. 2-quater, l. n. 3/2003, introdotto dall'art. 41, co. 1, d.l. n. 76/2020.	Dati e informazioni sui progetti di investimento pubblico	<u>Obbligo previsto per i soggetti titolari di progetti di investimento pubblico</u> Elenco annuale dei progetti finanziati, con indicazione del CUP, importo totale del finanziamento, le fonti finanziarie, la data di avvio del progetto e lo stato di attuazione finanziario e procedurale Obbligo di pubblicazione su Amministrazione Trasparente in vigore a partire dall'01/01/2023.	Annuale	SOC Area Tecnica - SOSD Rapporti contrattuali Smart Technology	Giovanni Grazi - Laura Belmonte
		Art. 23 e 28 D.Lgs. 36/2023 Del. ANAC n. 261/2023 Del. ANAC n. 264/2023 come modificata e integrata con delibera n. 601/2023	Collegamento alla BDNCP e ad altre piattaforme di approvvigionamento digitale	Link alla singola procedura sulla BDNCP Eventuale Link alla singola procedura su piattaforme di approvvigionamento digitale contenenti documenti relativi Obbligo di pubblicazione su Amministrazione Trasparente applicabile a procedure avviate dal 01/01/2024 e a procedure avviate entro il 31/12/2023 e non ancora concluse al 31/12/2023.	Tempestivo	SOC Area Tecnica - SOSD Rapporti contrattuali	Giovanni Grazi - Laura Belmonte

ALLEGATO 3) 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 e Referenti. (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; DPCM n. 76/2018 D.Lgs. n.36/2023	Trasparenza nella partecipazione di portatori di interessi e dibattito pubblico	Progetti di fattibilità relativi alle grandi opere infrastrutturali e di architettura di rilevanza sociale, aventi impatto sull'ambiente, sulle città e sull'assetto del territorio, nonché gli esiti della consultazione pubblica, comprensivi dei resoconti degli incontri e dei dibattiti con i portatori di interesse. I contributi e i resoconti sono pubblicati, con pari evidenza, unitamente ai documenti predisposti dall'amministrazione e relativi agli stessi lavori (art. 22, c. 1) Informazioni previste dal D.P.C.M. n. 76/2018 "Regolamento recante modalità di svolgimento, tipologie e soglie dimensionali delle opere sottoposte a dibattito pubblico" Obbligo di pubblicazione su Amministrazione Trasparente applicabile a procedure avviate entro il 31/12/2023.	Tempestivo	SOC Area Tecnica - SOSD Rapporti contrattuali Smart Technology	Giovanni Grazi - Laura Belmonte
		Art. 40, c.3 e c.5, D.lgs. n. 36/2023 Allegato I.6 al d.lgs. 36/2023 Del. ANAC n. 264/2023 come modificata e integrata con delibera n. 601/2023	Dibattito pubblico	1) Relazione sul progetto dell'opera (art. 40, co. 3 D. Lgs. 36/2023 e art. 5, co. 1, lett. a) e b) allegato I.6) 2) Relazione conclusiva redatta dal responsabile del dibattito (con i contenuti specificati dall'art. 40, co. 5 D. Lgs. 36/2023 e art. 7, co. 1 dell'allegato I.6) 3) Documento conclusivo redatto dalla SA sulla base della relazione conclusiva del responsabile (solo per il dibattito pubblico obbligatorio) ai sensi dell'art. 7, co. 2 dell'allegato I.6 Per il dibattito pubblico obbligatorio, la pubblicazione dei documenti di cui ai nn. 2 e 3, è prevista sia per le SA sia per le amministrazioni locali interessate dall'intervento Obbligo di pubblicazione su Amministrazione Trasparente per procedure avviate a partire dal 01/01/2024.	Tempestivo	SOC Area Tecnica - SOSD Rapporti contrattuali	Giovanni Grazi - Laura Belmonte
		Art. 82, d.lgs. 36/2023 Art. 85, co. 4, d.lgs. 36/2023 Allegato II.7 Del. ANAC n. 264/2023 come modificata e integrata con delibera n. 601/2023	Documenti di gara	Documenti di gara. Che comprendono, almeno: Delibera a contrarre Bando/avviso di gara/lettera di invito Disciplinare di gara Capitolato speciale Condizioni contrattuali proposte Obbligo di pubblicazione su Amministrazione Trasparente per procedure avviate a partire dal 01/01/2024.	Tempestivo	SOC Area Tecnica - SOSD Rapporti contrattuali	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 D.Lgs. n.36/2023	Avvisi di preinformazione	SETTORI ORDINARI Avvisi di preinformazione per i settori ordinari di cui all'art. 70, co. 1, d.lgs. 50/2016 SETTORI SPECIALI Avvisi periodici indicativi per i settori speciali di cui all'art. 127, co. 2, d.lgs. 50/2016 Obbligo di pubblicazione su Amministrazione Trasparente applicabile a procedure avviate entro il 31/12/2023.	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 D.Lgs. n.36/2023	Delibera a contrarre	Delibera a contrarre o atto equivalente Obbligo di pubblicazione su Amministrazione Trasparente applicabile a procedure avviate entro il 31/12/2023.	Tempestivo	SOC Area Tecnica - SOSD Rapporti contrattuali Smart Technology	Giovanni Grazi - Laura Belmonte

ALLEGATO 3) 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 e Referenti. (Competenti per l'elaborazione e la pubblicazione del dato)
Bandi di gara e contratti		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016, d.m. MIT 2.12.2016	Avvisi e bandi	SETTORI ORDINARI-SOTTOSOGLIA Avviso di indagini di mercato (art. 36, c. 7 e Linee guida ANAC n.4) Bandi ed avvisi (art. 36, c. 9) Avviso di costituzione elenco operatori economici e pubblicazione elenco (art. 36, c. 7 e Linee guida ANAC) Determina a contrarre ex art. 32, c. 2, con riferimento alle ipotesi ex art. 36, c. 2, lettere a) e b) SETTORI ORDINARI- SOPRASOGLIA Avviso di preinformazione per l'indizione di una gara per procedure ristrette e procedure competitive con negoziazione (amministrazioni subcentrali) (art. 70, c. 2 e 3) Bandi ed avvisi (art. 73, c. 1 e 4) Bandi di gara o avvisi di preinformazione per appalti di servizi di cui all'allegato IX (art. 142, c. 1) Bandi di concorso per concorsi di progettazione (art. 153) Bando per il concorso di idee (art. 156) SETTORI SPECIALI Bandi e avvisi (art. 127, c. 1) Per procedure ristrette e negoziate- Avviso periodico indicativo (art. 127, c. 3) Avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione (art. 128, c. 1) Bandi di gara e avvisi (art. 129, c. 1) Per i servizi sociali e altri servizi specifici- Avviso di gara, avviso periodico indicativo, avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione (art. 140, c. 1) Per i concorsi di progettazione e di idee - Bando (art. 141, c. 3) Obbligo di pubblicazione su Amministrazione Trasparente applicabile a procedure avviate entro il 31/12/2023.	Tempestivo	SOC Area Tecnica - SOSD Rapporti contrattuali Smart Technology	Giovanni Grazi - Laura Belmonte
		Art. 134, co. 4, d.lgs. 36/2023	Contratti gratuiti e forme speciali di partenariato	Affidamento di contratti di sponsorizzazione di lavori, servizi o forniture per importi superiori a quarantamila 40.000 euro: 1) avviso con il quale si rende nota la ricerca di sponsor per specifici interventi, ovvero si comunica l'avvenuto ricevimento di una proposta di sponsorizzazione, con sintetica indicazione del contenuto del contratto proposto. Obbligo di pubblicazione su Amministrazione Trasparente applicabile a procedure avviate a partire dal 01/01/2023	Tempestivo	SOC Pianificazione Investimenti e Area Tecnica - SOC Supporto Amministrativo al Funzionamento dell'Ospedale	Giovanni Grazi - Laura Belmonte
		Art. 48, c. 3, d.l. 77/2021 D.Lgs. n.36/2023	Procedure negoziate afferenti agli investimenti pubblici finanziati, in tutto o in parte, con le risorse previste dal PNRR e dal PNC e dai programmi cofinanziati dai fondi strutturali dell'Unione europea	Evidenza dell'avvio delle procedure negoziate (art. 63 e art.125) ove le S.A. vi ricorrono quando, per ragioni di estrema urgenza derivanti da circostanze imprevedibili, non imputabili alla stazione appaltante, l'applicazione dei termini, anche abbreviati, previsti dalle procedure ordinarie può compromettere la realizzazione degli obiettivi o il rispetto dei tempi di attuazione di cui al PNRR nonché al PNC e ai programmi cofinanziati dai fondi strutturali dell'Unione Europea Obbligo di pubblicazione su Amministrazione Trasparente applicabile a procedure avviate dal 01/01/2023 al 31/12/2023.	Tempestivo	SOC Area Tecnica - SOSD Rapporti contrattuali Smart Technology	Giovanni Grazi - Laura Belmonte
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 Art. 28 D.Lgs. n. 36/2023	Commissione giudicatrice	Composizione della commissione giudicatrice, curriculum dei suoi componenti.	Tempestivo	SOC Area Tecnica - SOSD Rapporti contrattuali Smart Technology	Giovanni Grazi - Laura Belmonte

ALLEGATO 3) 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 e Referenti. (Competenti per l'elaborazione e la pubblicazione del dato)
	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 I dati si devono riferire a ciascuna procedura contrattuale in modo da avere una rappresentazione sequenziale di ognuna di esse, dai primi atti alla fase di esecuzione	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016 D.Lgs. n.36/2023	Avvisi relativi all'esito della procedura	SETTORI ORDINARI- SOTTOSOGLIA Avviso sui risultati della procedura di affidamento con l'indicazione dei soggetti invitati (art. 36, c. 2, lett. b), c), c-bis). Per le ipotesi di cui all'art. 36, c. 2, lett. b) tranne nei casi in cui si procede ad affidamento diretto tramite determina a contrarre ex articolo 32, c. 2 Pubblicazione facoltativa dell'avviso di aggiudicazione di cui all'art. 36, co. 2, lett. a) tranne nei casi in cui si procede ai sensi dell'art. 32, c. 2 SETTORI ORDINARI-SOPRASOGLIA Avviso di appalto aggiudicato (art. 98) Avviso di aggiudicazione degli appalti di servizi di cui all'allegato IX eventualmente raggruppati su base trimestrale (art. 142, c. 3) Avviso sui risultati del concorso di progettazione (art. 153, c. 2) SETTORI SPECIALI Avviso relativo agli appalti aggiudicati (art. 129, c. 2 e art. 130) Avviso di aggiudicazione degli appalti di servizi sociali e di altri servizi specifici eventualmente raggruppati su base trimestrale (art. 140, c. 3) Avviso sui risultati del concorso di progettazione (art. 141, c. 2) Obbligo di pubblicazione su Amministrazione Trasparente applicabile a procedure avviate fino al 31/12/2023.	Tempestivo	SOC Pianificazione Investimenti e Area Tecnica - SOC Supporto Amministrativo al Funzionamento dell'Ospedale	Giovanni Grazi - Laura Belmonte
		d.l. 76, art. 1, co. 2, lett. a) (applicabile temporaneamente) D.Lgs. n.36/2023	Avviso sui risultati della procedura di affidamento diretto (ove la determina a contrarre o atto equivalente sia adottato entro il 30.6.2023)	Per gli affidamenti diretti per lavori di importo inferiore a 150.000 euro e per servizi e forniture, ivi compresi i servizi di ingegneria e architettura e l'attività di progettazione, di importo inferiore a 139.000 euro: pubblicazione dell'avviso sui risultati della procedura di affidamento con l'indicazione dei soggetti invitati (non obbligatoria per affidamenti inferiori ad euro 40.000) Obbligo di pubblicazione su Amministrazione Trasparente applicabile a procedure avviate dal 01/01/2023 al 31/12/2023.	Tempestivo	SOC Area Tecnica - SOSD Rapporti contrattuali Smart Technology	Giovanni Grazi - Laura Belmonte
		d.l. 76, art. 1, co. 1, lett. b) (applicabile temporaneamente) D.Lgs. n.36/2023	Avviso di avvio della procedura e avviso sui risultati della aggiudicazione di procedure negoziate senza bando (ove la determina a contrarre o atto equivalente sia adottato entro il 30.6.2023)	Per l'affidamento di servizi e forniture, ivi compresi i servizi di ingegneria e architettura e l'attività di progettazione, di importo pari o superiore a 139.000 euro e fino alle soglie comunitarie e di lavori di importo pari o superiore a 150.000 euro e inferiore a un milione di euro: pubblicazione di un avviso che evidenzia l'avvio della procedura negoziata e di un avviso sui risultati della procedura di affidamento con l'indicazione dei soggetti invitati Obbligo di pubblicazione su Amministrazione Trasparente applicabile a procedure avviate dal 01/01/2023 al 31/12/2023.	Tempestivo	SOC Area Tecnica - SOSD Rapporti contrattuali Smart Technology	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 D.Lgs. n.36/2023	Verbal delle commissioni di gara	Verbal delle commissioni di gara (fatte salve le esigenze di riservatezza ai sensi dell'art. 53, ovvero dei documenti secretati ai sensi dell'art. 162 e nel rispetto dei limiti previsti in via generale dal d.lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii. in materia di dati personali). Obbligo di pubblicazione su Amministrazione Trasparente applicabile a procedure avviate dal 01/01/2023 al 31/12/2023.	Successivamente alla pubblicazione degli avvisi relativi agli esiti delle procedure	SOC Area Tecnica - SOSD Rapporti contrattuali Smart Technology	Giovanni Grazi - Laura Belmonte

ALLEGATO 3) 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 e Referenti. (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 D.Lgs. n.36/2023	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) Obbligo di pubblicazione su Amministrazione Trasparente applicabile a procedure avviate entro il 31/12/2022.	Tempestivo	SOC Area Tecnica - SOSD Rapporti contrattuali Smart Technology	Giovanni Grazi - Laura Belmonte
		Art. 47, co. 2, e 9 d.l. 77/2021, convertito con modificazioni dalla l. 108/2021 D.P.C.M. 20 giugno 2023 art. 1, co. 8, allegato II.3, d.lgs. 36/2023	Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici, nel PNRR e PNC e nei contratti riservati	<u>Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici PNRR e PNC e nei contratti riservati:</u> Copia dell'ultimo rapporto sulla situazione del personale maschile e femminile prodotto al momento della presentazione della domanda di partecipazione o dell'offerta da parte degli operatori economici tenuti, ai sensi dell'art. 46, del d.lgs. n. 198/2006 alla sua redazione (operatori che occupano oltre 50 dipendenti)(art. 47, c. 2, d.l. 77/2021) Obbligo di pubblicazione su Amministrazione Trasparente in vigore a partire dall'01/01/2023.	Successivamente alla pubblicazione degli avvisi relativi agli esiti delle procedure	SOC Area Tecnica - SOSD Rapporti contrattuali Smart Technology	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 D.Lgs. n.36/2023	Contratti	Solo per gli affidamenti sopra soglia e per quelli finanziati con risorse PNRR e fondi strutturali, testo dei contratti e dei successivi accordi modificativi e/o interpretativi degli stessi (fatte salve le esigenze di riservatezza ai sensi dell'art. 53, ovvero dei documenti secretati ai sensi dell'art. 162 e nel rispetto dei limiti previsti in via generale dal d.lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii. in materia di dati personali). Obbligo di pubblicazione su Amministrazione Trasparente applicabile a procedure avviate fino al 31/12/2023.	Tempestivo	SOC Area Tecnica - SOSD Rapporti contrattuali Smart Technology	Giovanni Grazi - Laura Belmonte
		D.l. 76/2020, art. 6 Art. 29, co. 1, d.lgs. 50/2016 Art. 215 e ss. e All. V.2, d.lgs. 36/2023	Collegi consultivi tecnici	Composizione del Collegio consultivo tecnici (nominativi) CV dei componenti Obbligo di pubblicazione su Amministrazione Trasparente in vigore a partire dall'01/01/2023.	Tempestivo	SOC Area Tecnica - SOSD Rapporti contrattuali Smart Technology	Giovanni Grazi - Laura Belmonte
		Art. 47, co. 3, co. 3-bis, co. 9, l. 77/2021 convertito con modificazioni dalla l. 108/2021 D.P.C.M. 20 giugno 2023 Art. 1, co. 8, allegato II.3, d.lgs. 36/2023	Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici, nel PNRR e PNC e nei contratti riservati	<u>Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici PNRR e PNC e nei contratti riservati:</u> 1) Relazione di genere sulla situazione del personale maschile e femminile consegnata, entro sei mesi dalla conclusione del contratto, alla S.A./Ente concedente dagli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti (art. 47, c. 3, d.l. 77/2021) 2) Certificazione di cui all'art. 17 della legge 12 marzo 1999, n. 68 e della relazione relativa all'assolvimento degli obblighi di cui alla medesima legge e alle eventuali sanzioni e provvedimenti disposti a carico dell'operatore economico nel triennio antecedente la data di scadenza della presentazione delle offerte e consegnate alla stazione appaltante/ente concedente entro sei mesi dalla conclusione del contratto (per gli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti) Obbligo di pubblicazione su Amministrazione Trasparente in vigore a partire dall'01/01/2023.	Tempestivo	SOC Area Tecnica - SOSD Rapporti contrattuali Smart Technology	Giovanni Grazi - Laura Belmonte

ALLEGATO 3) 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 e Referenti. (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 D.Lgs. n.36/2023	Fase esecutiva	Fatte salve le esigenze di riservatezza ai sensi dell'art. 53, ovvero dei documenti secretati ai sensi dell'art. 162 del d.lgs. 50/2016, i provvedimenti di approvazione ed autorizzazione relativi a: - modifiche soggettive - varianti - proroghe - rinnovi - quinto d'obbligo - subappalti (in caso di assenza del provvedimento di autorizzazione, pubblicazione del nominativo del subappaltatore, dell'importo e dell'oggetto del contratto di subappalto). Certificato di collaudo o regolare esecuzione Certificato di verifica conformità Accordi bonari e transazioni Atti di nomina del direttore dei lavori/direttore dell'esecuzione/componenti delle commissioni di collaudo Obbligo di pubblicazione su Amministrazione Trasparente applicabile a procedure avviate dal 01/01/2023 al 31/12/2023.	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 Art. 28 D.Lgs. n. 36/2023	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione. Il resoconto deve contenere, per ogni singolo contratto, almeno i seguenti dati: data di inizio e conclusione dell'esecuzione, importo del contratto, importo complessivo liquidato, importo complessivo dello scostamento, ove si sia verificato (scostamento positivo o negativo). Obbligo di pubblicazione su Amministrazione Trasparente applicabile a procedure avviate fino al 31/12/2023.	Annuale (entro il 31 gennaio) con riferimento agli affidamenti dell'anno precedente	SOC Area Tecnica - SOSD Rapporti contrattuali Smart Technology	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; D.Lgs. n.36/2023	Concessioni e partenariato pubblico privato	Tutti gli obblighi di pubblicazione elencati nel presente allegato sono applicabili anche ai contratti di concessione e di partenariato pubblico privato, in quanto compatibili , ai sensi degli artt. 29, 164, 179 del d.lgs. 50/2016. Con riferimento agli avvisi e ai bandi si richiamano inoltre: Bando di concessione, invito a presentare offerte (art. 164, c. 2, che rinvia alle disposizioni contenute nella parte I e II del d.lgs. 50/2016 anche relativamente alle modalità di pubblicazione e redazione dei bandi e degli avvisi) Nuovo invito a presentare offerte a seguito della modifica dell'ordine di importanza dei criteri di aggiudicazione (art. 173, c. 3) Nuovo bando di concessione a seguito della modifica dell'ordine di importanza dei criteri di aggiudicazione (art. 173, c. 3) Bando di gara relativo alla finanza di progetto (art. 183, c. 2) Bando di gara relativo alla locazione finanziaria di opere pubbliche o di pubblica utilità (art. 187) Bando di gara relativo al contratto di disponibilità (art. 188, c. 3) Obbligo di pubblicazione su Amministrazione Trasparente applicabile a procedure avviate dal 01/01/2023 al 31/12/2023.	Tempestivo	SOC Area Tecnica - SOSD Rapporti contrattuali Smart Technology	Giovanni Grazi - Laura Belmonte

ALLEGATO 3) 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 e Referenti. (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 D.Lgs. n.36/2023	Affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile	Gli atti relativi agli affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile, con specifica dell'affidatario, delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie (art. 163, c. 10) Obbligo di pubblicazione su Amministrazione Trasparente applicabile a procedure avviate fino al 31/12/2023.	Tempestivo	SOC Pianificazione Investimenti e Area Tecnica - SOC Supporto Amministrativo al Funzionamento dell'Ospedale	Giovanni Grazi - Laura Belmonte
		Art. 140 D.Lgs.n.36/2023 Comunicato del Presidente ANAC del 19 settembre 2023	Procedure in caso di somma urgenza e di protezione civile	Atti e documenti relativi agli affidamenti di somma urgenza a prescindere dall'importo di affidamento. In particolare: 1) verbale di somma urgenza e provvedimento di affidamento; con specifica indicazione delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie; 2) perizia giustificativa; 3) elenco prezzi unitari, con indicazione di quelli concordati tra le parti e di quelli dedotti da prezzi ufficiali; 4) verbale di consegna dei lavori o verbale di avvio dell'esecuzione del servizio/fornitura; 5) contratto, ove stipulato. Obbligo di pubblicazione su Amministrazione Trasparente per procedure avviate a partire dal 01/01/2024.	Tempestivo	SOC Area Tecnica - SODS Rapporti contrattuali	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 D.Lgs. n.36/2023	Affidamenti in house	Tutti gli atti connessi agli affidamenti in house in formato open data di appalti pubblici e contratti di concessione tra enti nell'ambito del settore pubblico (art. 192, c. 1 e 3) Obbligo di pubblicazione su Amministrazione Trasparente applicabile a procedure avviate fino al 31/12/2023.	Tempestivo	SOC Area Tecnica - SODS Rapporti contrattuali Smart Technology	Giovanni Grazi - Laura Belmonte
		Art. 193, D.lgs. n. 36/2023 Del. ANAC n. 264/2023 n. 264/2023 come modificata e integrata con delibera n. 601 del 19 dicembre 2023	Finanza di progetto Procedura di affidamento	Il provvedimento conclusivo della procedura di valutazione della proposta del Promotore relativa alla realizzazione in concessione di lavori o servizi Obbligo di pubblicazione su Amministrazione Trasparente per procedure avviate a partire dal 01/01/2024.	Tempestivo	SOC Area Tecnica - SODS Rapporti contrattuali	Giovanni Grazi - Laura Belmonte
	Elenchi ufficiali di operatori economici riconosciuti e certificazioni	Art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016 D.Lgs. n.36/2023	Elenchi ufficiali di operatori economici riconosciuti e certificazioni	<u>Obbligo previsto per i soli enti gestiscono gli elenchi e per gli organismi di certificazione</u> Elenco degli operatori economici iscritti in un elenco ufficiale (art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016) Elenco degli operatori economici in possesso del certificato rilasciato dal competente organismo di certificazione (art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016) Obbligo di pubblicazione su Amministrazione Trasparente in vigore fino al 31/12/2023.	Tempestivo	SOC Area Tecnica - SODS Rapporti contrattuali Smart Technology	Giovanni Grazi - Laura Belmonte