

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE 2023-2025



Servizio Sanitario Nazionale
Regione Marche

**Azienda Sanitaria Territoriale
di Macerata**

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

DOTT. ANTONIO DRAISCI

Il Sub-Commissario Amministrativo

Dott. Milco Coacci

Il Sub-Commissario Sanitario

Dr.ssa Daniela Corsi

SEZIONE 1 SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE	9
Sottosezione 1.1 SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI STAKEHOLDER ESTERNI	9
1.1 Mandato istituzionale e missione, attività caratteristiche e principali aree di intervento.....	9
1.2 I principi.....	12
1.3 Le risorse economiche e strumentali disponibili	13
SEZIONE 2- VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	16
Sottosezione 2.1 - VALORE PUBBLICO.....	16
Sottosezione 2.2 - PERFORMANCE	23
2.2.1 Presentazione del Piano della Performance: finalità e principi	23
2.2.2 L'AST di Macerata	24
2.2.3 Analisi del contesto esterno e delle risorse	26
Il territorio e la popolazione assistita	26
Analisi del contesto esterno	28
Le risorse economiche e finanziarie	29
Le risorse professionali	33
La struttura dell'offerta	34
I servizi sanitari erogati.....	39
2.2.4 Il ciclo di gestione della performance	41
2.2.5 Il Piano della Performance 2023-2025	45
Obiettivi strategici (generali).....	45
Gli obiettivi specifici e la performance organizzativa.....	47
Piano degli indicatori e dei risultati attesi.....	52
Sottosezione 2.3 - RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA.....	54
Premessa	54
Definizione di Corruzione	58
Organigramma e funzioni dell'AST di Macerata.....	59
Obiettivi strategici di prevenzione della corruzione e integrati con la Performance.....	60
2.3.1 Valutazione di impatto del contesto esterno	62

Le fonti e la normativa.....	63
Ulteriori strumenti legislativi di riferimento:	64
La Corruzione in Sanità	66
Il fenomeno corruttivo a livello regionale	67
Situazione economica del contesto esterno	68
I soggetti che interagiscono con l'AST di Macerata.....	69
2.3.2 Valutazione di impatto del contesto interno.....	69
Il processo di elaborazione della prevenzione della corruzione: soggetti interni, ruoli e responsabilità	69
La centralità del RPCT ed il nuovo ruolo proattivo.....	69
Poteri di interlocuzione e di controllo	71
Supporto conoscitivo e operativo al RPCT.....	72
Referenti del RPCT	72
COMPITI DEI REFERENTI DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA - struttura organizzativa di supporto	73
COMPITI DEI REFERENTI SPECIFICAMENTE INDIVIDUATI PER GLI ADEMPIMENTI IN MATERIA DI TRASPARENZA.....	74
CABINA DI REGIA	74
DIRETTORI DI DIPARTIMENTO E DI STRUTTURA.....	75
MECCANISMI DI RACCORDO E COMUNICAZIONE	75
RAPPORTI CON I DIPENDENTI.....	76
RESPONSABILITA'	76
Analisi della struttura organizzativa e capitale umano	77
La Rete Ospedaliera.....	78
Assistenza Territoriale	78
Cure Domiciliari e Telemedicina	79
2.3.3 Mappatura dei processi e metodologia di analisi del rischio.....	80
Mappatura dei processi e criteri di valutazione del rischio.....	80
Indice di Valutazione della Probabilità	84
Indice di Valutazione dell'impatto.....	85
2.3.4 Identificazione e valutazione dei rischi potenziali e concreti	87

2.3.4a Misure Trasversali e obbligatorie (Generali)	87
Obiettivi e misure principali	87
Ulteriori misure	88
Ridurre il rapporto tra politica e sanità	88
Rendere trasparenti le forme di utilizzo delle risorse pubbliche	88
Aumentare l'efficienza ed intensificare i controlli	89
Etica quale azione di contrasto a forme di corruzione non percepite	89
Aumentare controlli sulle procedure di appalto e sulla esecuzione dei contratti	89
Pubblicare indicatori di attività e di outcome	90
Rafforzare i controlli sulle strutture accreditate	90
Promuovere il Whistleblowing	91
Rendere pubblici i pagamenti effettuati	91
Prevenire il rischio di infiltrazione del crimine organizzato negli appalti	91
Codice di comportamento	91
Applicabilità del Codice	92
Rapporti con le altre fonti normative e con gli altri strumenti di gestione	92
Strumenti di informazione e pubblicità	92
Sanzioni degli obblighi derivanti dal Codice di Comportamento	93
Soggetti responsabili del monitoraggio della misura	93
La gestione dei conflitti di interesse - dichiarazioni pubbliche di interessi	93
Formazione obbligatoria generale e specifica	94
Whistleblowing	96
2.3.4b Misure Specifiche	98
Incarichi e nomine	98
Conferimento incarichi dirigenziali	98
Rotazione degli incarichi	100
Incompatibilità e inconfiribilità	102
Pantouflage	104
Gestione entrate, spese e patrimonio	106
Bilancio e Gestione dei pagamenti	106

Area Patrimonio e Servizi Manutentivi.....	107
Attività di vigilanza, controlli, ispezioni	115
Attività ALPI	116
Liste di attesa.....	118
Controlli nelle strutture convenzionate	119
Spesa farmaceutica convenzionata ed interna	121
Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero	123
2.3.4c II PNRR E I CONTRATTI PUBBLICI	124
Contratti Pubblici in Sanità	124
Patto di Integrità e RASA	126
Procedure di gara, affidamenti diretti. Disciplina derogatoria in materia e PNRR	127
Analisi per singola fase delle procedure di gara	131
Procedure di gara per la fornitura di farmaci e presidi	140
Affidamenti servizi esternalizzati.....	143
Procedure di acquisto di materiale economale.....	144
Procedure di acquisto di hardware, software e licenze d'uso	145
Procedure di gara per le tecnologie sanitarie	145
2.3.5 Monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure.....	145
Indicatori per il monitoraggio	145
Integrazione anticorruzione con i sistemi di controllo interno	146
2.3.6 Programmazione dell'attuazione della Trasparenza	146
Premessa	146
Obiettivi strategici in materia di trasparenza e rapporti con gli stakeholder	148
Il collegamento con il Codice di Comportamento	149
Iniziative di diffusione della Trasparenza e dei dati pubblicati	149
Il Responsabile per la Trasparenza	150
I Referenti per la Trasparenza	151
I Responsabili della pubblicazione ed aggiornamento dei dati	151
Il Sistema di monitoraggio e verifiche	152
L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)	153

L'istituto dell'Accesso Civico.....	154
La Formazione del personale in materia di Trasparenza.....	155
Griglia degli Obblighi di Pubblicazione - modulo di accesso civico e assenza di conflitto interessi	155
Società partecipate.....	156
Carta dei servizi	156
Piano di comunicazione aziendale.....	157
La trasparenza degli interventi finanziati con i fondi del PNRR.....	158
Cronoprogramma delle attività trasparenza e anticorruzione.....	159
2.3.7 Antiriciclaggio	159
SEZIONE 3 - ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO.....	161
Sottosezione 3.1 - STRUTTURA ORGANIZZATIVA	161
Sottosezione 3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE	161
3.2.1 Evoluzione normativa	162
3.2.2 Accesso al lavoro agile	164
3.2.3 Accordo individuale per lo svolgimento dell'attività di lavoro in modalità agile.....	165
3.2.4 Criteri e modalità di svolgimento dell'attività lavorativa in modalità agile	166
3.2.5 Modalità e criteri di misurazione della prestazione	167
3.2.6 Modalità di rilevazione delle presenze e ricognizione attività lavorativa in modalità Lavoro agile	167
3.2.7 Formazione.....	167
3.2.8 Obiettivi dell'azienda e contributo al miglioramento della performance.....	168
Sottosezione 3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE.....	168
3.3.1 Riferimenti normativi	169
3.3.2 Il Piano Triennale dei fabbisogni del personale.....	169
3.3.3 Riduzione della spesa del personale con rapporto di lavoro flessibile e stabilizzazione del precariato	171
3.3.4 Assunzioni L.68/99	172
3.3.5 Progressioni verticali tra le aree del personale del comparto	173
3.3.6 Piani Azioni Positive e Comitati Unici di Garanzia	173
3.3.7 Dotazione organica	173

3.3.8 Rispetto vincolo di spesa ex art. 2 L. n. 191/2009 rivisto ex art. 11, c.1, del D.L. n. 35/2019	174
3.3.9 Rispetto del budget di spesa aziendale assegnato	174
Sottosezione 3.4 – FORMAZIONE DEL PERSONALE	175
3.4.1 Riferimenti normativi	175
3.4.2 Piano formativo aziendale.....	177
3.4.3 Linee guida per il Piano formativo triennale	180
3.4.4 Piano formativo regionale e PNRR.....	180
Piano formativo regionale 2022-2024.....	180
PNRR	181
SEZIONE 4 - MONITORAGGIO	184
Sottosezione 4.1 – IL MONITORAGGIO DELLE MISURE DEL PIAO	184
Sottosezione 4.2 – Monitoraggio della trasparenza e attestazione OIV	184
Sottosezione 4.2 – IL SISTEMA DEI CONTROLLI E LA FUNZIONE DI INTERNAL AUDIT	185
Sottosezione 4.4 - RIEPILOGO RESPONSABILI	185
ELENCO ALLEGATI	186

SEZIONE 1 SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

Sottosezione 1.1 SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI STAKEHOLDER ESTERNI

1.1 Mandato istituzionale e missione, attività caratteristiche e principali aree di intervento

Con Deliberazione della Giunta Regionale Marche (di seguito anche DGRM) nr 1502 del 21/11/2022 (modificata con DGRM 1561 del 28/11/2022) è stata costituita, a partire dal 1 gennaio 2023, l'Azienda Sanitaria Territoriale (AST) di Macerata avente autonoma personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale, organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica con sede legale in Via Domenico Annibali, 31 L - 62100 Macerata (MC).

La costituzione della AST di Macerata è avvenuta ai sensi della Legge regionale 8 agosto 2022 n. 19 concernente "Organizzazione del Servizio Sanitario Regionale", pubblicata sul Bollettino ufficiale della Regione Marche in data 11 agosto 2022 e entrata in vigore il giorno 12 agosto 2022.

La Legge 19/2022 nasce principalmente dalla necessità di rivedere l'assetto e il modello organizzativo attualmente adottato, favorendo il passaggio da una a più aziende sanitarie territoriali. La legge disciplina l'organizzazione del Servizio sanitario regionale, in armonia con la normativa statale vigente, al fine di assicurare ai cittadini i livelli uniformi ed essenziali di assistenza sanitaria, nonché eventuali ulteriori livelli integrativi di assistenza sanitaria in rapporto alle risorse messe a disposizione in ambito regionale.

L'attuazione della legge 19/2022 è demandata alla Regione e ai Comuni, ciascuno per il proprio ambito di competenza. L'assetto organizzativo prevede che gli Enti del Servizio Sanitario Regionale provvedano all'organizzazione dei servizi, all'erogazione delle prestazioni e allo svolgimento delle relative attività.

Alla determinazione e al perseguimento delle finalità del Servizio sanitario regionale concorrono inoltre le Università delle Marche, l'Istituto zooprofilattico sperimentale dell'Umbria e delle Marche, nonché tutti gli enti sanitari e assistenziali pubblici e i soggetti privati accreditati operanti nel territorio regionale.

Nella nuova organizzazione, gli Enti del Servizio Sanitario Regionale sono rappresentati dalle Aziende Sanitarie Territoriali (AST); dall'Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche; dall'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico per anziani (INRCA) di Ancona. Le nuove cinque Aziende Sanitarie Territoriali (AST) sono l'AST di Ancona; l'AST di Ascoli Piceno; l'AST di Fermo; l'AST di Macerata; l'AST di Pesaro-Urbino.

Per ciascuna AST è prevista una delimitazione territoriale, riportata in allegato alla legge, con l'elenco dei Comuni che riprende l'articolazione delle precedenti Aree Vaste.

In coerenza con il decreto legislativo n. 502/1992, gli organi degli Enti del SSR sono il direttore generale; il collegio di direzione; il collegio sindacale. Il Direttore Generale è coadiuvato nell'esercizio delle proprie funzioni dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario.

Nelle AST il Direttore Generale è coadiuvato anche da un Direttore Socio-Sanitario con compiti di direzione e di coordinamento delle attività di integrazione socio-sanitaria.

L'AST di Macerata si articola in Distretti e Dipartimenti, tra cui il Dipartimento di prevenzione, ed il Presidio ospedaliero unico suddiviso in più stabilimenti.

I distretti sono articolazioni territoriali della AST di Macerata che assicurano i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie, nonché il coordinamento delle proprie attività con quelle dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri.

Nei distretti sono presenti: Case della Comunità, Ospedali della Comunità, Centrali Operative Territoriali, Unità di Continuità Assistenziali, Infermieri di Famiglia o di Comunità, Consulori familiari e altre funzioni a tutela dei bisogni di salute, come definite dalla normativa statale vigente e nel rispetto degli standard da essa previsti, in particolare dal recente decreto 23 maggio 2022 n. 77 del Ministero della Salute.

L'organizzazione dipartimentale costituisce il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività degli Enti del servizio sanitario regionale.

Il dipartimento è un'organizzazione integrata di più strutture operative omogenee, affini o complementari, che perseguono comuni finalità e sono tra loro interdipendenti, pur mantenendo autonomia tecnico-professionale, nonché autonomia gestionale nei limiti degli obiettivi e delle risorse attribuiti.

Il dipartimento di prevenzione è la struttura dell'AST preposta all'organizzazione e alla promozione della tutela e della salute della popolazione e al miglioramento della qualità della vita, attraverso azioni tendenti a conoscere, prevedere e prevenire gli infortuni, le malattie e le disabilità.

Il dipartimento di prevenzione deve garantire le funzioni di prevenzione collettiva e sanità pubblica, veterinaria e sicurezza alimentare.

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

La Legge 19/2022 provvede alla ridefinizione degli strumenti di programmazione e monitoraggio sia a livello regionale che locale, in coerenza con i principi di cui al d.lgs. 502/1992, con le intese e gli strumenti della programmazione nazionale.

Gli strumenti della programmazione a livello regionale sono il Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) e l'Atto di definizione degli obiettivi sanitari annuali dell'attività degli Enti.

Gli strumenti della programmazione a livello locale sono: i Piani Attuativi degli Enti del Servizio Sanitario Regionale, di durata pari al PSSR; il Programma delle Attività Territoriali (PAT) del distretto, da aggiornare annualmente; i Piani annuali di Attività dei dipartimenti.

Per la valutazione e il monitoraggio della programmazione regionale, vengono adottati i seguenti strumenti annuali: la relazione sanitaria regionale; la relazione sanitaria degli Enti del servizio sanitario regionale.

La L.R.19/2022, inoltre, sempre in coerenza con quanto stabilito dal decreto legislativo 502/1992, prevede la presenza di organismi espressione delle autonomie locali e delle formazioni sociali presenti sul territorio, rappresentati: dalla Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale, che svolge le proprie competenze e funzioni in raccordo con il Consiglio delle autonomie locali (CAL).

La Conferenza permanente, tra le altre cose, esprime parere in merito al progetto di Piano socio sanitario regionale, alle proposte di legge e di regolamento in materia sanitaria, alle proposte di atti di rilievo regionale riguardanti l'alta integrazione socio-sanitaria, agli accordi con le università; dalla Conferenza dei Sindaci composta dai Sindaci, o dagli Assessori da essi delegati, dei Comuni compresi nel territorio di ogni Azienda Sanitaria Territoriale, che è espressione dei bisogni della collettività nel campo dei servizi alla persona e funge da raccordo con altri servizi rispondenti a bisogni contigui a quelli sanitari; dal Comitato dei sindaci di distretto, che è l'organismo di partecipazione alla programmazione socio-sanitaria a livello distrettuale composto da tutti i sindaci dei comuni e dai presidenti delle circoscrizioni facenti parte del Distretto.

Concorre alla verifica del raggiungimento dei risultati di salute definiti dal Programma delle Attività Territoriali anche mediante il coinvolgimento delle organizzazioni dei cittadini e dei soggetti impegnati in ambito socio- sanitario.

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

In conclusione, L'AST ha come principale mandato istituzionale quello di garantire in modo costante ed uniforme la tutela della salute dei cittadini residenti nell'intero territorio della provincia di Macerata.

La dimensione provinciale dell'AST la caratterizza nell'obiettivo di rendere omogenea ed equamente accessibile l'offerta dei servizi, attraverso una lettura

unica e coerente dei bisogni di salute, garantendo risposte appropriate su più livelli di complessità, sempre attenta alle peculiarità ed alle problematiche locali.

L'AST di Macerata intende realizzare un sistema efficiente, snello e capace di risposte rapide, in grado di produrre economie ed ottimizzazioni di sistema al fine di liberare risorse da destinare alla qualificazione (quali-quantitativa) sempre maggiore dell'offerta, in un'ottica di compatibilità e sostenibilità economica dell'intero sistema socio-economico provinciale.

L'Azienda sanitaria territoriale, attraverso il costante "ascolto" delle istituzioni locali, delle organizzazioni sindacali, delle associazioni degli utenti e del terzo settore promuove modalità di lavoro di rete ed il concetto di sussidiarietà con un livello di confronto e consultazione che permetta di verificare il livello dei servizi rispetto alla evoluzione della domanda e alle aspettative della comunità locale.

La **visione** strategica dell'AST di Macerata è rivolta a consolidare un sistema organizzativo improntato sull'adeguatezza, sulla continuità e sulla qualità dei servizi offerti ai cittadini rispetto ai loro bisogni ed attese.

Tale sistema è rivolto alla ricerca della soddisfazione dei cittadini e degli operatori, in un contesto di efficiente gestione delle risorse disponibili su soluzioni condivise dei problemi, di miglioramento continuo della qualità dei servizi offerti e di valorizzazione delle risorse professionali.

Per l'assolvimento della **missione** e la realizzazione della propria visione strategica, l'AST si configura come un'organizzazione di tipo reticolare, differenziata ed integrata internamente, adatta a supportare le caratteristiche di appropriatezza, di tempestività, di efficacia, di adeguatezza, di qualità e di privacy dei servizi offerti ai cittadini.

La partecipazione dei professionisti alle decisioni aventi rilevanza strategica, organizzativa e gestionale costituisce connotazione fondamentale dell'azione aziendale ed è assicurata attraverso il Collegio di Direzione, i Comitati di Dipartimento, gli Uffici di Coordinamento delle Attività Distrettuali.

1.2 I principi

Il servizio sanitario regionale, in coerenza con i principi e i valori della Costituzione e dello Statuto regionale, conforma la propria attività ai seguenti principi:

- a) centralità e partecipazione della persona, in quanto titolare del diritto alla salute e soggetto attivo del percorso assistenziale;
- b) universalità e parità di accesso ai servizi sanitari;
- c) garanzia dei livelli uniformi ed essenziali di assistenza sulla base della normativa vigente e degli atti di programmazione nazionale e regionale;
- d) efficacia, imparzialità, pubblicità, trasparenza e accessibilità;

- e) adeguatezza dell'assetto organizzativo e dell'erogazione dei servizi, nel rispetto delle peculiarità e dell'identità territoriale delle zone montane, delle zone disagiate e di confine;
- f) finanziamento pubblico dei livelli essenziali e uniformi di assistenza;
- g) sussidiarietà istituzionale e pieno coinvolgimento degli enti locali nelle politiche di promozione della salute;
- h) sussidiarietà orizzontale e valorizzazione delle formazioni sociali;
- i) concorso dei soggetti istituzionali e partecipazione delle parti sociali.

1.3 Le risorse economiche e strumentali disponibili

Premesso che il contesto normativo di riferimento è quello definito con:

- Legge Regionale n.47 del 19/11/1996 - Norme in materia di programmazione, contabilità e controllo delle Aziende Sanitarie e s.m.i.;
- Legge Regionale n.19 del 08/08/2022 - Organizzazione del Servizio Sanitario Regionale;
- Accordo Stato-Regioni del 23/03/2005 sui nuovi adempimenti del SSN – Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131, in attuazione dell'articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n.131 (di cui alla Nota della Presidenza del Consiglio dei Ministri Atto rep. n.2271 del 23/03/2005);
- Legge n.266 del 23/12/2005 – Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge Finanziaria 2006);
- Decreto del Ministero della Salute 17/09/2012, - Decreto in materia di certificabilità dei bilanci sanitari, G.U. n.238 del 11/10/2012;
- Decreto del Ministero della Salute del 20/03/2013 - Modifica degli schemi dello Stato patrimoniale, del Conto economico e della Nota integrativa delle Aziende del Servizio Sanitario nazionale, G.U. del 15/04/2013;
- L.R. n.19 del 08/08/2022 – Organizzazione del servizio sanitario regionale;
- Legge n.234 del 30/12/2021 - Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024 (Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024)

per quanto riguarda le risorse economiche a disposizione dell'AST di Macerata, in coerenza con le assegnazioni regionali di cui alla DGRM n. 1851 del 30/12/2022 di autorizzazione provvisoria alla gestione 2023, sono state individuate le risorse per il triennio 2023-2025. Non vi sono ulteriori informazioni circa le risorse 2024-2025 che, di conseguenza, si ritiene possano essere considerate nella misura del 2023.

Il totale dei costi, al netto degli scambi infragruppo, autorizzato con la Gestione Provvisoria 2023 alla AST di Macerata è pari a: Euro 567.259.005 (di cui Euro 24.605.227 di mobilità passiva interregionale ed internazionale).

Il totale degli investimenti finanziati con risorse correnti autorizzato con la Gestione Provvisoria 2023 alla AST di Macerata è pari a: Euro 4.366.350.

Il livello dei costi così autorizzati deve essere finanziato dalla AST di Macerata con un valore delle entrate proprie pari a: Euro 12.838.302.

Occorre precisare che, così come esplicitato nella motivazione della predetta DGRM 1851/2022, il suddetto totale dei costi autorizzati delle AST, di cui all'Allegato A di tale deliberazione, non tiene conto degli accantonamenti e del costo degli ammortamenti non sterilizzati.

Sono infatti state trattenute a livello regionale risorse per Euro 37.076.974 corrispondenti ai costi del bilancio 2021 dell'ASUR relativi agli accantonamenti fondi rischi (per Euro 23.174.538), alla svalutazione crediti (per Euro 4.211.438) e per ammortamenti non sterilizzati (per Euro 4.600.944) ed agli accantonamenti a fondo rischi dell'anno 2021 dell'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord (per euro 5.090.055).

Il totale dei costi autorizzati delle AST sarà aggiornato, ricomprendendo tali partite, successivamente alla definizione della ripartizione di tali costi tra le stesse.

I costi che sino all'anno 2022 erano imputati alla Direzione Generale di ASUR in quanto indivisibili e non attribuibili alle singole Aree Vaste (servizi appaltati, manutenzioni, locazioni e spese generali) sono ricompresi nel livello dei costi autorizzati dell'AST di Ancona.

Al momento di redazione del presente Piano, pertanto, la programmazione circa l'utilizzo dei fattori produttivi può essere definita esclusivamente sulla base dell'autorizzazione alla gestione provvisoria di cui alla DGRM 1851/22 che, come detto, prevede - al netto delle successive integrazioni regionali - un aggregato economico di costi pari ad euro 567.259.005 per l'AST di Macerata.

Con riferimento invece ai costi da destinare agli investimenti ai sensi del D. Lgs. 118/2011, l'AST di Macerata è autorizzata ad effettuare investimenti per un importo al momento definito al massimo in euro 4.366.350.

Si rinvia al successivo paragrafo 2.2.3 per ulteriori approfondimenti.

La Legge regionale 8 agosto 2022, n. 19 concernente Organizzazione del servizio sanitario regionale ha previsto:

all'Art. 7 che La Regione promuove e favorisce lo sviluppo delle attività innovative e di ricerca;

all'Art. 43 che l'ARS avrà la funzione di promozione della ricerca, dello sviluppo, dell'innovazione in materia sanitaria e di integrazione socio-sanitaria.

La Regione Marche di conseguenza ritiene la citata funzione ("Ricerca, Innovazione e Sviluppo") strategica per la sua "mission", anche con l'obiettivo di attivare un processo omogeneo, che miri alla realizzazione di progetti in grado d'intercettare maggiori risorse pubbliche e private (considerato anche il nuovo ciclo di programmazione dei fondi di finanziamento dell'Unione Europea e dei Fondi strutturali a disposizione del territorio marchigiano).

Per affrontare questa sfida, nelle more della definizione dell'assetto aziendale, la AST di Macerata intende dotarsi di una propria organizzazione che, mediante un processo di valorizzazione delle risorse umane, possa coordinare la rete dei dirigenti e funzionari interni, dirigenti e personale degli enti collegati (Regione, altre aziende sanitarie e Comuni) e rappresentanti dell'Università e degli Enti di ricerca.

Nella funzione sono comprese le seguenti attività:

- analisi dei bisogni e del potenziale interno;
- supervisione dei progetti di ricerca aziendali strategici;
- studio delle opportunità di finanziamento e programmazione di iniziative;
- individuazione di modalità di "fund raising" per sostenere lo sviluppo delle iniziative di eccellenza, con maggiore accesso in particolare alle risorse nazionali, europee ed internazionali messe a disposizione per il settore;
- raccordo con le Fondazioni per una loro partnership integrata e solidale con i servizi aziendali;
- valutazione delle iniziative di partenariato pubblico privato, anche attraverso la promozione e gestione del modello di pre-commercial procurement e degli appalti innovativi;
- monitoraggio, raccolta, analisi e diffusione interna delle informazioni sulle ultime novità relative ai bandi per accesso ai finanziamenti;
- promozione di una azione di networking con altre istituzioni.

SEZIONE 2- VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

Sottosezione 2.1 - VALORE PUBBLICO

Il Valore pubblico è l'aumento del benessere reale della collettività aziendale e territoriale e rappresenta un'innovazione sostanziale, mai previsto nei vari piani precedenti. Si tratta di un concetto che non va limitato agli obiettivi finanziari/monetizzabili ma comprensivo anche di quelli socio-economici.

Il valore pubblico si crea in senso stretto quando impatta in modo migliorativo sulla prospettiva di benessere rispetto alla fase iniziale; in senso ampio quando, motivando e coinvolgendo i dipendenti, migliora la performance che incide sull'impatto sociale.

Il Valore Pubblico significa valorizzare e condividere le best practices nell'ambito delle amministrazioni, così come alla modernizzazione dei servizi ai cittadini e alle imprese tenendo in considerazione il loro livello di soddisfazione.

In ambito sanitario, questo "valore" è già incardinato nella **mission** del sistema sanitario italiano, che pone la salute come "bene pubblico" da garantire a tutta la popolazione.

Non a caso, l'innovazione del Piano Nazionale della Prevenzione (PNP 2020-2025) consiste proprio nella scelta di sostenere il riorientamento di tutto il sistema della prevenzione verso un approccio di promozione della salute, favorendo lo sviluppo di strategie di empowerment e capacity building.

La promozione della salute non è solo intervenire su condizioni patologiche ma creare nella comunità competenze e capacità di controllo che mantengano o migliorino il capitale di salute.

Il PNP 2020-2025 rafforza il concetto di salute come "risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente (One Health) che, riconoscendo che la salute delle persone, degli animali e degli ecosistemi sono interconnesse, promuove l'applicazione di un approccio multidisciplinare, intersettoriale e coordinato per affrontare i rischi potenziali o già esistenti che hanno origine dall'interfaccia tra ambiente animali-ecosistemi. Dieci sono le categorie che determinano Il Valore Pubblico:

✓ **Prevenzione della corruzione, antiriciclaggio e trasparenza**

Le riforme introdotte con il PNRR e con la disciplina sul Piano integrato di organizzazione e Attività (PIAO) hanno importanti ricadute in termini di predisposizione degli strumenti di programmazione delle misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Obiettivo principale del legislatore è quello di mettere a sistema e massimizzare l'uso delle risorse a disposizione delle pubbliche amministrazioni (umane, finanziarie e strumentali) per perseguire con rapidità gli obiettivi posti con il PNRR, razionalizzando la disciplina in un'ottica di massima semplificazione e al

contempo migliorando complessivamente la qualità dell'agire delle amministrazioni.

Il PIAO è, altresì, misura che concorre all'adeguamento degli apparati amministrativi alle esigenze di attuazione del PNRR.

Ciò significa anche ridurre gli oneri amministrativi e le duplicazioni di adempimenti e, come affermato dal Consiglio di Stato, "evitare la autoreferenzialità, minimizzare il lavoro formale, valorizzare il lavoro che produce risultati utili verso l'esterno, migliorando il servizio dell'amministrazione pubblica".

Tali fondamentali obiettivi di semplificazione e razionalizzazione del sistema, non devono tuttavia andare a decremento delle iniziative per prevenire corruzione e favorire la trasparenza.

La corretta ed efficace predisposizione di misure di prevenzione della corruzione, tra l'altro, contribuisce ad una rinnovata sensibilità culturale in cui la prevenzione della corruzione non sia intesa come onere aggiuntivo all'agire quotidiano delle amministrazioni, ma sia essa stessa considerata nell'impostazione ordinaria della gestione amministrativa per il miglior funzionamento dell'amministrazione al servizio dei cittadini e delle imprese.

L'Autorità Nazionale Anticorruzione sostiene che, se le attività delle pubbliche amministrazioni hanno come orizzonte quello del valore pubblico, le misure di prevenzione della corruzione e per la trasparenza sono essenziali per conseguire tale obiettivo e per contribuire alla sua generazione e protezione mediante la riduzione del rischio di una sua erosione a causa di fenomeni corruttivi.

In quest'ottica, la prevenzione della corruzione è dimensione del valore pubblico e per la creazione del valore pubblico e ha natura trasversale a tutte le attività volte alla realizzazione della missione istituzionale di una amministrazione o ente.

Nel prevenire fenomeni di cattiva amministrazione e nel perseguire obiettivi di imparzialità e trasparenza, la prevenzione della corruzione contribuisce, cioè, a generare valore pubblico, riducendo gli sprechi e orientando correttamente l'azione amministrativa.

Lo stesso concetto di valore pubblico è valorizzato attraverso un miglioramento continuo del processo di gestione del rischio, in particolare per il profilo legato all'apprendimento collettivo mediante il lavoro in team.

Anche i controlli interni presenti nelle amministrazioni ed enti, messi a sistema, così come il coinvolgimento della società civile, concorrono al buon funzionamento dell'amministrazione e contribuiscono a generare valore pubblico.

Per questo la AST di Macerata considera nella mappatura dei processi anche quelli correlati agli obiettivi di valore pubblico e se gli stessi sono presidiati da misure di prevenzione della corruzione.

Il contrasto e la prevenzione della corruzione sono funzionali alla qualità delle istituzioni e quindi presupposto per la creazione di valore pubblico anche inteso come valore riconosciuto da parte della collettività sull'attività dell'amministrazione in termini di utilità ed efficienza.

Nella stessa ottica si pongono le misure di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo che le pubbliche amministrazioni sono tenute ad adottare ai sensi dell'art. 10 del d.lgs. n. 231/2007 (cd. decreto antiriciclaggio). Tali presidi, al pari di quelli anticorruzione, sono da intendersi come strumento di creazione di valore pubblico, essendo volti a fronteggiare il rischio che l'amministrazione entri in contatto con soggetti coinvolti in attività criminali.

Nell'attuale momento storico, l'apparato antiriciclaggio, come quello anticorruzione, può dare un contributo fondamentale alla prevenzione dei rischi di infiltrazione criminale nell'impiego dei fondi rivenienti dal PNRR, consentendo la tempestiva individuazione di eventuali sospetti di sviamento delle risorse rispetto all'obiettivo per cui sono state stanziare ed evitando che le stesse finiscano per alimentare l'economia illegale.

Questa ampia nozione di valore pubblico ha importanti conseguenze sulla struttura del PIAO in termini di rapporto/integrazione fra le varie sezioni e ha effetti anche operativi e in termini di collaborazione fra gli attori coinvolti.

✓ **Centralità e partecipazione della persona**

Il principio della centralità della persona costituisce uno dei cardini dell'ordinamento costituzionale italiano ed il diritto alla salute ne realizza un elemento caratterizzante.

La centralità della persona nell'ambito del Servizio sanitario nazionale si estrinseca in una serie di diritti fondamentali esercitabili da parte dei singoli utenti.

Un primo diritto è quello di scegliere liberamente il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta; la libertà di opzione riconosciuta agli utenti può essere esercitata entro il limite massimo di assistiti per medico.

Un secondo è il diritto di informazione e di partecipazione, al fine di favorire l'orientamento dei cittadini nel Servizio sanitario nazionale.

L'AST di Macerata intende implementare un efficace sistema di informazione sulle prestazioni erogate, sulle tariffe, sulle modalità di accesso ai servizi utilizzando tutti gli strumenti di diffusione delle informazioni di cui dispone.

Un altro importante diritto è quello di opposizione ai sensi dell'art. 14, comma 6, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e sue modifiche, il quale prevede che il direttore sanitario e il dirigente sanitario del servizio, a richiesta degli assistiti, adottino le misure necessarie per rimuovere i disservizi che incidono sulla qualità dell'assistenza.

Infine, il paziente ha diritto ad essere informato sulla precisa tipologia del trattamento, sulle sue modalità di esecuzione nonché su eventuali rischi correlati.

✓ **Sussidiarietà istituzionale e orizzontale**

In sintesi, la legge stabilisce un obbligo per le istituzioni di creare le condizioni ideali per permettere ai singoli e alle aggregazioni sociali di svolgere liberamente la propria attività.

L'intervento dei livelli territoriali superiori è previsto soltanto in caso di necessità, e deve comunque essere temporaneo, finalizzato a restituire l'autonomia di azione ai livelli più bassi.

In altre parole, l'esercizio delle pubbliche funzioni destinate alla cittadinanza segue una gerarchia che parte dal basso, ovvero dal livello territorialmente più vicino ai cittadini.

I livelli superiori intervengono soltanto nei casi in cui si palesino esigenze di miglioramento non gestibili e assecurabili dai livelli gerarchicamente più bassi.

✓ **Sostenibilità**

Salute, benessere e sostenibilità sono strettamente interconnessi: per "assicurare la salute e il benessere per tutti e per tutte le età" (OMS) è fondamentale proteggere il nostro pianeta per garantire la prosperità globale, promuovendo una vita sana e uno sviluppo socio-economico basato sull'utilizzo sostenibile delle risorse ambientali. Una maggiore attenzione a

- risparmio energetico
- rifiuti
- mobilità dei dipendenti

rappresenterebbe una sfida per la sostenibilità.

✓ **Digitalizzazione**

La digitalizzazione è un incentivo alla modernizzazione della pubblica amministrazione e allo sviluppo di strategie di e-government tese a migliorare i rapporti con gli utenti, capace di sovvertire l'organizzazione ottocentesca per affermare una PA moderna basata su principi legati alla partecipazione attiva, cultura di servizio, flessibilità.

Il futuro della Sanità non può prescindere da una forte iniezione di innovazione, pur riscontrando una notevole difficoltà a dare seguito a normative relative alla digitalizzazione. Ridurre la trasformazione digitale ad una mera adozione di tecnologie digitali o alla digitalizzazione dei processi è un grave errore metodologico.

Un fattore causa del ritardo è l'assenza di una cultura digitale; secondo il "Rapporto sull'informatizzazione delle Amministrazioni Locali" redatto dalla Banca D'Italia 2017, la mancanza di competenze rientra tra gli ostacoli che

maggiormente influiscono sulla difficoltà ad aumentare il ricorso alle nuove tecnologie.

La digitalizzazione incide sulla qualità di vita del cittadino favorendo efficienza, trasparenza e semplificazione e determina un processo di valorizzare delle risorse umane, attraverso l'ammmodernamento degli strumenti e dei contenuti formativi e lo sviluppo delle competenze tecnico-professionali, digitali e manageriali dei professionisti del SSN.

L'evoluzione in atto della dinamica demografica, e la conseguente modificazione dei bisogni di salute della popolazione, con una quota crescente di anziani e patologie croniche, rendono necessario un ridisegno strutturale ed organizzativo della rete dei servizi, soprattutto nell'ottica di rafforzare l'ambito territoriale di assistenza.

L'innovazione tecnologica può contribuire a una riorganizzazione della assistenza sanitaria, in particolare sostenendo lo spostamento del fulcro dell'assistenza sanitaria dall'ospedale al territorio, attraverso modelli assistenziali innovativi incentrati sul cittadino e facilitando l'accesso alle prestazioni sul territorio nazionale. Le modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie abilitate dalla telemedicina sono fondamentali in tal senso, contribuendo ad assicurare equità nell'accesso alle cure nei territori remoti, un supporto alla gestione delle cronicità, un canale di accesso all'alta specializzazione, una migliore continuità della cura attraverso il confronto multidisciplinare e un fondamentale ausilio per i servizi di emergenza-urgenza

L'AST di Macerata, in tal senso intende raggiungere almeno un livello minimo di competenze e abilità per ciascun dipendente, in maniera tale da poter partecipare alla trasformazione digitale; necessità questa ancor più pressante laddove l'intenzione sia quella di affrontare al meglio l'avvio dei processi legati al PNRR, alla telemedicina, alla teleassistenza, all'integrazione di piattaforme, ciò al fine di:

- facilitare l'accesso all'assistenza sanitaria e migliorarne la qualità;
- diffondere gli strumenti ed i servizi digitali, per essere a portata di tutti i possibili utilizzatori.

In continuità con il percorso intrapreso fino al 2022, si sta procedendo alla realizzazione di piattaforme che prestano particolare attenzione alla interoperabilità dei dati già in possesso dell'Azienda (es. DSEO, SIRTE, ecc.).

✓ **Semplificazione amministrativa**

Al termine dello stato di emergenza pandemica, si sono ripristinate le tradizionali procedure e percorsi; spostamenti da un ufficio all'altro, consegna manuale di documenti, attese davanti agli sportelli ecc. sono ancora percorsi prevalenti.

Spesso le procedure non tengono conto dell'impegno che viene richiesto all'utente ma vengono delineate sulla base delle esigenze degli operatori.

Già da tempo il Ministro per la Pubblica Amministrazione ha promosso la consultazione pubblica "SEMPLIFICHIAMO!" per raccogliere segnalazioni, problemi, proposte di semplificazione e capire quali sono i veri problemi che cittadini e imprese incontrano quando si relaziona con la PA.

Dall'esito della consultazione le maggiori difficoltà riscontrate riguardano problematiche trasversali quali:

- diffusione insufficiente di soluzioni digitali nel rapporto tra amministrazione e cittadino
- richiesta di informazioni già in possesso dell'amministrazione
- Procedure arcaiche non in modalità digitale.

L'AST di Macerata intende dar seguito ad alcuni percorsi di semplificazione già in parte avviati dall'ASUR e altri su iniziativa della stessa AST e tra i più impattanti processi di semplificazione ci sono:

- la realizzazione Guida ai Servizi online connessa con possibilità di sviluppo di una APP dedicata;
- la scelta e revoca del MMG/PLS;
- la richiesta di protesi e ausili;
- la richiesta di rimborsi;
- il potenziamento dell'utilizzo di video call (tramite appuntamento) per i servizi che prevedono l'accertamento del soggetto;
- l'eliminazione delle code attraverso prenotazione online di appuntamenti che consenta di prenotare direttamente l'accesso ai servizi di sportello
- il potenziamento del pagamento online delle prestazioni,
- consegna referto on line,
- ecc.

✓ **Diversità e inclusione**

Lo svantaggio sociale rappresenta il principale fattore di rischio per salute e qualità della vita. La povertà intesa come carenza, economica, sociale e personale, espone ad una maggiore vulnerabilità che mina la resilienza delle persone, soprattutto nelle fasce più deboli.

Il tema della diversità e inclusione esige processi di avvicinamento che vanno dalla mediazione linguistica al riconoscimento del "diverso" come unico portatore di bisogni, all'atteggiamento proattivo per coinvolgere chi sta ai margini del sistema.

L'inclusione è l'intenzione di recuperare coloro che non si avvicinano al SSN in maniera volontaria facendo arrivare interventi di prevenzione anche a queste categorie di persone; almeno per gli screening oncologici e gli stili di vita.

Conformemente all'art. 1 della L.R. 19/2022, la AST di Macerata assicura l'adeguatezza dell'assetto organizzativo e dell'erogazione dei servizi, nel rispetto delle peculiarità e dell'identità territoriale delle zone montane, delle zone

disagiate e di confine; in tal senso viene attuata anche la strategia Aree interne della Regione Marche

✓ **“Nuove fragilità”, con un focus sui minori e sugli anziani**

Per quanto riguarda l’anziano il PNRR prevede il potenziamento delle attività distrettuali in un’ottica di integrazione tra l’ospedale ed il territorio e tra aspetti sanitari e aspetti sociali.

La nuova sfida per fronteggiare la cronicità sarà data dall’approccio multidisciplinare e intersettoriale dove l’obiettivo non sarà esclusivamente quello di ricondurre una persona malata alla condizione di sana, ma piuttosto quella di favorire il massimo benessere possibile coordinando agli interventi sanitari la rete familiare o di vicinato, il terzo settore, contributi economici ecc...

Per i minori invece con l’approccio life course, si prediligono interventi di prevenzione nei primi anni di vita per ottenere risultati di salute permanenti.

✓ **“Sport”**

All’interno del contesto Promozione della salute, la Regione Marche, il CONI delle Marche e l’Ufficio Scolastico Regionale sono da tempo impegnati nella realizzazione di progetti quali “Marche in Movimento” con la collaborazione del CIP Comitato Paralimpico Italiano e del CSI Centro Sportivo Italiano.

L’attenzione è rivolta alle prime, seconde e terze classi delle scuole primarie della Regione Marche, statali e paritarie.

✓ **“Lavoro e sviluppo economico imprenditoriale”**

Queste due categorie vengono trattate insieme perché correlate tra loro; nel raggiungimento degli obiettivi di sviluppo sostenibile dell’Agenda 2030, la cultura assume un ruolo determinante. Sono infatti sempre più numerosi i progetti che dimostrano come la cultura influenzi positivamente la qualità della vita degli individui e delle comunità.

Sottosezione 2.2 - PERFORMANCE

2.2.1 Presentazione del Piano della Performance: finalità e principi

Ai sensi delle linee guida ad oggi diffuse, il PIAO include la sottosezione di programmazione Sottosezione di programmazione - Performance. Secondo le citate linee guida tale sottosezione va predisposta secondo le logiche di performance management, di cui al Capo II del decreto legislativo n. 150 del 2009 e secondo le Linee Guida emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica.

Pertanto, in conformità a quanto previsto dalla normativa di riferimento, la presente sottosezione, in continuità con le edizioni precedenti del Piano della Performance, individua per il triennio 2023-2025 gli indirizzi, gli obiettivi strategici ed operativi (generalisti e specifici), nonché gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'Azienda AST.

Così come previsto dal D. Lgs. 150/2009 il Piano della performance dà avvio al Ciclo di Gestione della performance e costituisce il documento programmatico attraverso il quale, in conformità con le risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria nazionale e regionale, sono individuati gli obiettivi da perseguire.

Il Piano è stato predisposto recependo le indicazioni di cui alle linee guida del Dipartimento della funzione Pubblica n.1/2017. Tali linee guida sono redatte ai sensi del D.lgs. 150/2009, così come modificato dal D. Lgs n. 74/2017, che attribuisce al Dipartimento della Funzione Pubblica le funzioni di indirizzo, coordinamento e monitoraggio in materia di ciclo della performance.

Il nuovo approccio, di tipo interattivo e conoscitivo illustrato nelle linee guida di cui sopra, mira a mostrare concretamente come il Piano e il ciclo della performance possano diventare strumenti per:

1. supportare i processi decisionali, favorendo la verifica di coerenza tra risorse e obiettivi, in funzione del miglioramento del benessere dei destinatari diretti e indiretti (creazione di valore pubblico);
2. migliorare la consapevolezza del personale rispetto agli obiettivi dell'amministrazione, guidando i percorsi realizzativi e i comportamenti dei singoli;
3. comunicare anche all'esterno (accountability) ai propri portatori di interesse (stakeholder) priorità e risultati attesi.

La misurazione e la valutazione della performance rappresentano strumenti di miglioramento, di crescita e di responsabilizzazione di tutto il personale oltre che pongono in essere percorsi di miglioramento continuo delle performance. Il documento esplicita e declina la programmazione strategica anche al fine di consentire a tutti coloro che sono interessati di avere conoscenza degli elementi utili per la valutazione della performance aziendale.

Il processo sviluppato dall'Azienda Sanitaria Territoriale di Macerata rafforza la natura del Piano delle Performance, quale linea guida di riferimento anche per i processi di performance interni; il riferimento è al mutato quadro normativo intervenuto, da ultimo, con la Legge Regionale n.19 dell'8 agosto 2022 che conferma l'AST come unità amministrativa autonoma ai fini della contrattazione integrativa, che avviene tra la delegazione trattante di parte pubblica nominata dal Direttore Generale e quella di parte sindacale.

2.2.2 L'AST di Macerata

La legge regionale 8 agosto 2022 n. 19 concernente "Organizzazione del Servizio Sanitario Regionale" è stata pubblicata sul Bollettino ufficiale della Regione Marche in data 11 agosto 2022 e, ai sensi dell'articolo 50 della medesima legge, è entrata in vigore il giorno 12 agosto 2022.

L'art. 42 comma 9 della L.R. n. 19/2022 ha previsto la soppressione, a decorrere dal 31/12/2022, dell'ASUR e la contestuale istituzione dal 1 gennaio 2023 di n.5 Aziende Sanitarie Territoriali (AST), nonché l'incorporazione dell'AO Ospedali Riuniti Marche Nord a decorrere dall'1/1/2023 nell'AST di Pesaro-Urbino.

L'art. 23 della L.R. 19/2022 individua le Aziende Sanitarie Territoriali (AST) che assicurano le prestazioni incluse nei livelli essenziali di assistenza (LEA) e l'equo accesso ai servizi e alle funzioni di tipo sanitario, sociale e di elevata integrazione socio-sanitaria organizzate nel territorio.

Al comma 1 del predetto art. 23 vengono individuate le seguenti AST:

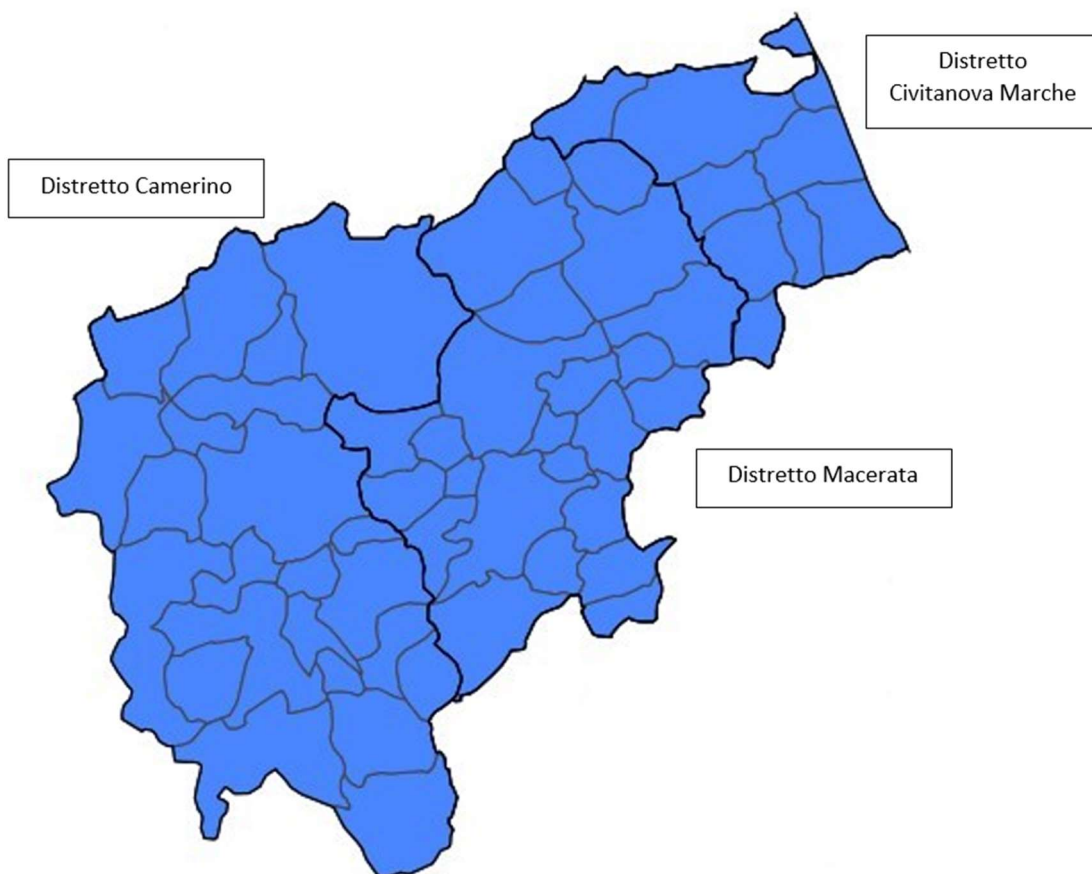
- Azienda sanitaria territoriale di Ancona
- Azienda sanitaria territoriale di Ascoli Piceno;
- Azienda sanitaria territoriale di Fermo;
- Azienda sanitaria territoriale di Macerata;
- Azienda sanitaria territoriale di Pesaro-Urbino.

Ai sensi del comma 2 del suddetto art. 23 gli ambiti territoriali di riferimento delle Aziende sanitarie territoriali risultano coincidenti con quelli delle Aree Vaste di riferimento della soppressa Azienda Sanitaria Unica Regionale.

Con DGRM 1502 del 21/11/2022 è stata costituita, con decorrenza 01/01/2023 l'Azienda Sanitaria Territoriale (AST) di Macerata avente autonoma personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale, organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica con sede legale a Piediripa di Macerata, Via Annibali 31.

L'Azienda Sanitaria Territoriale di Macerata è articolata su tre Distretti di seguito rappresentati (Fig. 1)

Fig. 1- Mappa Azienda Sanitaria Territoriale



In tale contesto, la mission dell'ATS, ai sensi dell'art. 23 della LR 19/2022; è di assicurare le prestazioni incluse nei livelli essenziali di assistenza (LEA) e l'equo accesso ai servizi e alle funzioni di tipo sanitario, sociale e di elevata integrazione socio-sanitaria organizzate nel territorio, di garantire la continuità delle cure attraverso un modello integrato tra servizi territoriali e servizi ospedalieri e il coordinamento delle prestazioni correlate alle condizioni di salute del singolo.

Sulla base della mission, dei principi e delle finalità definiti dal comma 3 art.1 e comma 4 art.2 della LR n. 19/2022, l'obiettivo strategico dell'ATS è pertanto quello di realizzare un sistema efficiente, snello e capace di risposte rapide, in grado di produrre economie ed ottimizzazioni di sistema al fine di garantire la compatibilità e sostenibilità economica dell'intero sistema socio-economico regionale, peraltro messo a forte rischio dalla netta riduzione dei trasferimenti statali.

Nel caso siano liberate risorse, queste saranno destinate alla qualificazione dell'offerta. In questa prospettiva, l'AST assume il ruolo di protagonista rispetto a nuove forme di governance nel proprio ambito territoriale, quale garante dei servizi da fornire e gestore delle strutture e delle organizzazioni all'uopo deputate.

Per perseguire tali finalità strategiche, l'assetto organizzativo-funzionale aziendale sarà previsto nell'atto aziendale di cui al comma 1 bis dell'articolo 3 del d.lgs. 502/1992 e che ai sensi dell'art. 24 comma 2 della LR n. 19/2022 dovrà essere definito in modo da assicurare l'esercizio unitario delle funzioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, nonché il coordinamento e l'integrazione dell'attività dei servizi territoriali dei distretti presenti nelle Aziende sanitarie territoriali con quella dei presidi ospedalieri e degli altri soggetti erogatori pubblici e privati.

2.2.3 Analisi del contesto esterno e delle risorse

Il territorio e la popolazione assistita

L'Azienda Sanitaria Territoriale di Macerata (AST Macerata) si estende su un territorio di 2.564,3 Km² (27,44% del territorio regionale) con struttura geomorfologica differenziata. La popolazione assistita al 01/01/2022 è pari a 293.306¹ distribuita in 52 Comuni e in 3 Distretti, con una densità di 114,38 abitanti per Km². La popolazione per Azienda Sanitaria Territoriale di Macerata e classe di età è riportata nella tabella seguente.

Tab.1

AST - MACERATA	TOTALE POPOLAZIONE ALL' 1/01/2022	CLASSI DI ETÀ'							
		NEONATI	1-4 anni	5-14 anni	15-44 anni Maschi	15-44 anni Femmine	45-64 anni	65-74 anni	>=75 anni
DS 08 - Civitanova Marche	121.822	855	3.727	11.244	20.456	19.760	36.845	13.977	14.958
DS 09 - Macerata	128.008	825	3.551	11.021	20.397	19.765	38.069	15.835	18.545
DS 10 - Camerino	43.476	259	1.080	3.399	6.702	6.345	12.973	5.894	6.824
TOTALE	293.306	1.939	8.358	25.664	47.555	45.870	87.887	35.706	40.327

Nella provincia di Macerata la speranza di vita alla nascita è di 80,8 anni per gli uomini e di 85,2 per le donne, valori sostanzialmente allineati al dato regionale, che è di 81,1 anni per gli uomini e di 85,2 per le donne e più alti

¹ Fonte: Istat

rispetto al dato medio nazionale che è di 80,3 per gli uomini e di 84,8 per le donne (dati Istat 2021).

L'indice di vecchiaia, determinato come rapporto tra il numero di ultra-sessantacinquenni e la popolazione tra 0 e 14 anni è pari al 211%, valore allineato al dato regionale che è di 213% e al di sopra di 23 punti percentuali rispetto al dato nazionale, che si attesta a 188%. Al 01/01/2022 gli ultra-sessantacinquenni dell'AST Macerata sono 76.033 e rappresentano il 25,9% della popolazione residente, dato sostanzialmente allineato alla media regionale che è al 25,68% e superiore al dato italiano che si attesta al 23,8%.

Nel 2022 il saldo naturale dei primi dieci mesi della provincia di Macerata è risultato negativo, per -1.957 unità, con un incremento di 113 unità rispetto ai primi dieci mesi del 2021 incremento imputabile in parte ancora all'emergenza Sanitaria Covid-19.

Il grafico in basso, detto "Piramide delle Età", rappresenta la distribuzione della popolazione delle Marche per età e sesso al 1° gennaio 2022. La popolazione è riportata per classi quinquennali di età sull'asse Y, mentre sull'asse X sono riportati due grafici a barre a specchio con i maschi (a sinistra) e le femmine (a destra). In generale, la forma di questo tipo di grafico dipende dall'andamento demografico di una popolazione, pertanto la base piuttosto "stretta", un segmento mediano più allargato ed un vertice "appiattito" testimonia un calo delle nascite ed un aumento della popolazione più anziana, in particolare si evidenzia la maggiore longevità femminile degli ultrasessantenni, che evidenzia l'attesa di vita maggiore.

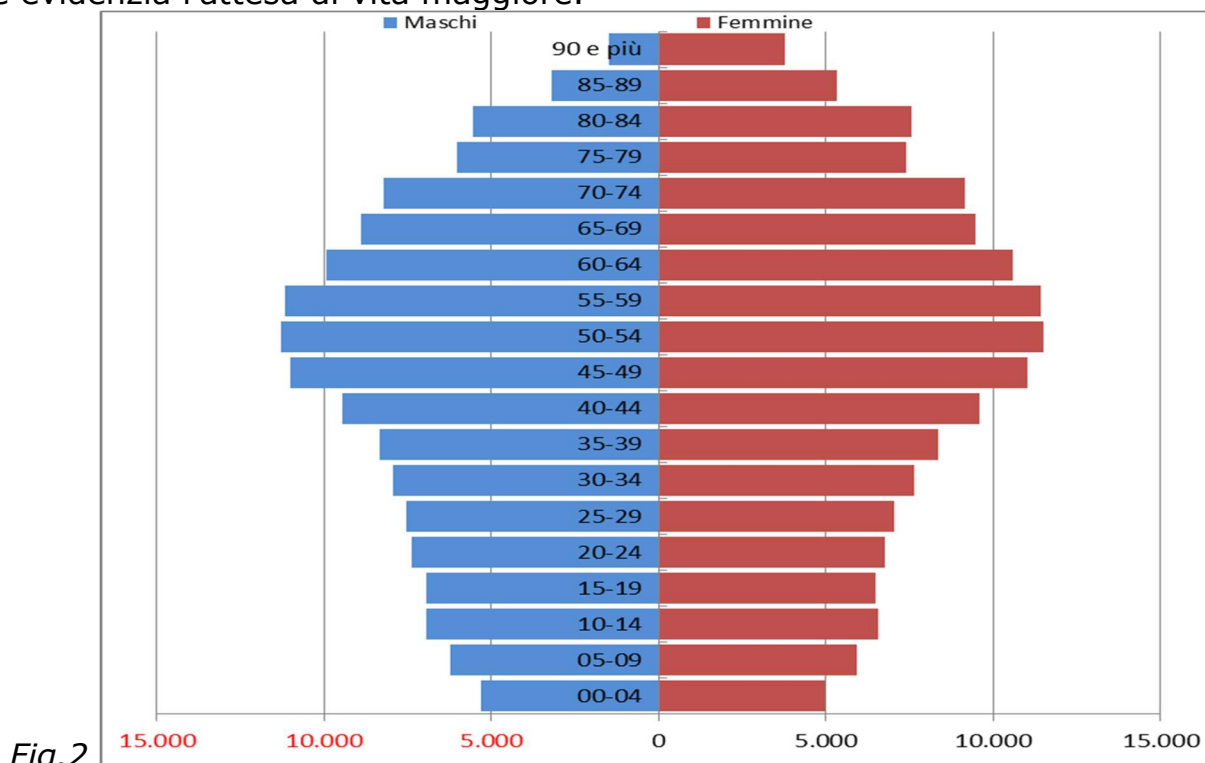


Fig.2

La piramide evidenzia in sintesi come i valori più bassi si rilevano nelle classi di età della prima infanzia riflettono il calo delle nascite registrato negli ultimi anni. Invece, tra i valori più alti figurano quelli relativi alle coorti superstiti tra i nati del 1961-1976, che oggi presidiano la popolazione in tarda età attiva.

Una delle sfide più complesse è quindi rappresentata dall'ottimizzazione, da parte dei sistemi sanitari, delle risorse disponibili, al fine di rispondere alla complessità delle domande di salute indotte dalla continua crescita delle patologie cronico-degenerative. Il mondo della cronicità, in particolare per le fasce più anziane della popolazione, è un'area in progressiva crescita, che comporta un sempre maggiore impegno di risorse, richiedendo continuità di assistenza per periodi di lunga durata e una forte integrazione dei servizi sanitari con quelli sociali.

La struttura del nucleo familiare (e le sue modifiche nel tempo) costituisce un parametro fondamentale nella politica del welfare, sicuramente fattore rilevante per la programmazione e l'organizzazione sociale e sanitaria aziendale; a questo proposito, il numero medio di componenti delle famiglie con almeno un nucleo nell'anno 2022 è risultato per le Marche pari a 2,96 unità, valore sostanzialmente allineato alla media nazionale che si attesta a 3,01.

Analisi del contesto esterno

La programmazione aziendale 2023-2025 è fortemente condizionata dalle dinamiche del Fondo Sanitario Nazionale dovendo garantire l'equilibrio di bilancio; nell'ultimo biennio tale sostenibilità economica è però messa in discussione sia dallo stato di emergenza COVID-19 sia della crisi energetica globale in atto.

In particolare, così come indicato nella DGRM 1851 del 30/12/2022 di assegnazione provvisoria del Budget dell'anno 2023, il livello del finanziamento del servizio sanitario nazionale (SSN) a cui concorre lo Stato per l'anno 2023 è previsto dalla Regione pari a Euro 126.580 milioni di Euro, ossia pari a quello approvato con la legge statale di bilancio 2022 (L. 234/2021) di 126.061 milioni di euro, a cui sono state aggiunti euro 200 milioni per gli incrementi destinati al Fondo dei farmaci innovativi (comma 259) ed euro 360 milioni per gli incrementi destinati ai contratti di formazione specialistica medica (comma 260).

Sulla base di tale programmazione economica regionale, la Regione Marche ha autorizzato l'AST di Macerata alla gestione provvisoria del proprio Bilancio economico preventivo 2023, assegnando tetto di spesa per l'anno 2023 pari a 567.259.005 euro (comprensivo di 24.605.227 euro di mobilità passiva extra-regionale e internazionale).

Il totale degli investimenti finanziati con risorse correnti autorizzato con la Gestione Provvisoria 2023 è pari ad euro 4.366.350.

Il livello dei costi autorizzati deve essere finanziato con un valore delle entrate proprie pari ad euro 12.838.302.

Di seguito i valori di budget per AST approvati con DGRM 1851/22.

DGRM 1851/22	AST PESARO	AST ANCONA	AST MACERATA	AST FERMO	AST ASCOLI
BUDGET COSTI	644.120.967	744.860.568	567.259.005	270.667.868	405.595.048
DI CUI MOBILITA' PASSIVA SSN	48.170.798	31.888.620	24.605.227	13.934.264	19.448.359
INVESTIMENTI	4.903.625	5.932.335	4.366.350	2.112.467	3.210.223
BUDGET ENTRATE	21.838.888	16.719.116	12.838.302	5.650.143	10.245.034

Le risorse economiche e finanziarie

Il paragrafo descrive l'AST in termini di volume e tipologia di risorse finanziarie ed economiche gestite; a tal fine vengono rappresentati e posti a confronto le grandezze come segue:

- bilancio consuntivo anno 2020
- bilancio consuntivo anno 2021
- budget definitivo anno 2022 (approvato con determina n.987/2022)
- il budget provvisorio anno 2023 (assegnato con DGR 1851/2022) rappresentato per aggregati complessivi nelle more della declinazione ai singoli fattori produttivi,

Più in particolare la tabella sottostante evidenzia il volume dei costi gestiti per gli anni 2020-2022 in termini di costi d'esercizio, quota d'investimento con fondi correnti ed entità delle entrate proprie introitate, così come rappresentate nell'ultimo Bilancio d'esercizio 2021 approvato dall'ex ASUR (Allegato E.1) per le annualità 2020-2021 e nelle assegnazioni di Budget definitivo per l'annualità 2022.

**Azienda Sanitaria Territoriale
di Macerata**

Cod	Descrizione	BILANCIO CONSUNTIVO 2020	BILANCIO CONSUNTIVO 2021	BUDGET DEFINITIVO 2022
A2	TOTALE COSTI	537.585.276	553.448.353	568.053.496
A21	PERSONALE	192.773.390	192.043.084	195.477.112
A211	PERSONALE DIRIGENTE	73.749.152	73.337.157	71.409.636
A212	PERSONALE COMPARTO	115.095.100	114.606.799	118.853.090
A213	ALTRI COSTI PERSONALE DIPENDENTE	3.347.651	2.771.423	3.707.055
A214	RET.TIFICA COSTI DEL PERSONALE DIPENDENTE (-)	-	626.848	520.508
A215	PERSONALE NON DIPENDENTE	1.331.870	1.954.553	2.027.839
A22	BENI	104.515.813	111.784.928	114.823.117
A220	FARMACI	70.165.183	75.437.419	77.360.198
A221	BENI SANITARI	32.734.193	34.692.337	35.424.397
A222	BENI NON SANITARI	1.616.437	1.655.172	2.038.522
A23	SERVIZI	40.770.516	45.764.277	51.745.839
A231	APPALTI	24.467.810	25.814.357	26.679.027
A232	MANUTENZIONI	5.428.483	5.422.984	5.857.152
A233	UTENZE	4.736.837	7.378.308	11.455.923
A234	CONSULENZE AMMINISTRATIVE E GESTIONALI	-	-	-
A235	CONSULENZE SANITARIE	-	-	-
A236	MODIMENTO BENI DI TERZI	5.004.773	5.887.163	6.405.429
A237	COSTI GENERALI	1.132.614	1.261.467	1.348.308
A238	IMPOSTE DI ESERCIZIO	-	-	-
A24	OSP. CONVENZIONATA E ACQUISTO DI RICOVERI	36.060.343	37.793.957	36.188.588
A241	ACQUISTO DI RICOVERI DA AZIENDE PUBBL. INTRA-REGIONALI	-	-	-
A242	ACQUISTO DI RICOVERI DA AZIENDE PUBBL. EXTRA-REGIONALI	-	-	-
A243	ACQUISTO DI RICOVERI DA AZIENDE PRIVATE	36.060.343	37.793.957	36.188.588
A25	SPECIALISTICA ESTERNA	14.841.327	16.708.976	16.585.342
A251	SPECIALISTICA ESTERNA DA AZIENDE PUBBL. INTRA-REGIONALI	-	-	-
A252	SPECIALISTICA ESTERNA DA AZIENDE PUBBL. EXTRA-REGIONALI	53.749	92.660	4.620
A253	SPECIALISTICA ESTERNA DA AZIENDE PRIVATE	14.787.578	16.616.316	16.580.722
A26	SPECIALISTICA INTERNA	3.824.392	3.511.213	3.618.158
A261	SPECIALISTICA INTERNA	3.824.392	3.511.213	3.618.158
A27	FARMACEUTICA	41.656.061	41.307.542	41.066.539
A271	FARMACEUTICA DA AZIENDE PUBBL. INTRA-REGIONALI	-	-	-
A272	FARMACEUTICA DA AZIENDE PUBBL. EXTRA-REGIONALI	-	-	-
A273	FARMACEUTICA DA AZIENDE PRIVATE	41.656.061	41.307.542	41.066.539
A28	MEDICINA DI BASE	35.079.700	34.518.862	34.745.657
A281	MEDICINA DI BASE DA AZIENDE PUBBL. INTRA-REGIONALI	-	-	-
A282	MEDICINA DI BASE DA AZIENDE PUBBL. EXTRA-REGIONALI	-	-	-
A283	MEDICINA DI BASE DA AZIENDE PRIVATE	35.079.700	34.518.862	34.745.657
A29	ALTRE PRESTAZIONI	63.543.755	63.489.079	70.135.375
A291	ALTRE PRESTAZIONI DA AZIENDE PUBBL. INTRA-REGIONALI	-	-	-
A292	ALTRE PRESTAZIONI DA AZIENDE PUBBL. EXTRA-REGIONALI	59.631	126.426	165.471
A293	ALTRE PRESTAZIONI DA AZIENDE PRIVATE	63.484.125	63.362.653	69.969.903
A293a	Prestazioni di assistenza integrativa e protesica	8.600.031	8.618.273	9.242.095
A293b	Prestazioni di assistenza alle persone dipendenti da sostanze stupefacenti, psicotropo o da alcool e persone con infezione da HIV	1.887.031	1.977.287	2.321.595
A293c	Prestazioni di assistenza alle persone con disabilità psichiche	4.242.373	4.339.617	4.520.446
A293d	Prestazioni di assistenza alle persone anziane e disabili	19.750.938	19.319.768	21.119.867
A293e	Prestazioni di assistenza riabilitativa ex art. 26 Legge 833/78	26.535.285	25.476.218	28.478.426
A293f	Convenzioni per assistenza infermieristica e altri	111.941	-	-
A293g	Acquisito di prestazioni di assistenza domiciliare integrata (ADI)	221.694	289.087	337.671
A293h	Altre prestazioni (altre prestazioni sanitarie, convenzioni sanitarie, termale, consultoriale, contributi agli assistiti e enti)	2.134.833	3.342.403	3.949.804
A30	LIBERA PROFESSIONE	2.749.217	3.379.844	3.239.643
A301	LIBERA PROFESSIONE	2.749.217	3.379.844	3.239.643
A31	AMMORTAMENTI	-	-	-
A311	AMMORTAMENTI	-	-	-
A312	STERILIZZAZIONE AMMORTAMENTI (-)	-	-	-
A32	ACCANTONAMENTI	-	-	-
A321	ACCANTONAMENTI RINNOVI PERSONALE	-	-	-
A322	ACCANTONAMENTI RINNOVO CONVENZIONE MEDICI	-	-	-
A323	ACCANTONAMENTI RINNOVO CONVENZIONE SUMAI	-	-	-
A324	ALTRI ACCANTONAMENTI	-	-	-
A33	TRASFERIMENTI	23.319	23.768	23.768
A331	TRASFERIMENTI	23.319	23.768	23.768
A34	ONERI FINANZIARI	2.114	-	5.381
A341	ONERI FINANZIARI	2.114	-	5.381
A35	ONERI STRAORDINARI	1.745.329	3.122.821	398.976
A351	SOPRAVV. PASSIVE, INSUSSISTENZE DEL PASSIVO E RIVALUTAZIONI	1.724.791	3.122.821	398.976
A352	MINUSVALENZE	20.538	-	-
A36	COSTI INTRA-AZIENDA	-	-	-
A361	RIBALTIMENTO COSTI GENERALI	-	-	-
A362	COSTI PER PRESTAZIONI SANITARIE INTERAZIENDALI	-	-	-
TOTALE AGGREGATO COSTI		537.585.276	553.448.353	568.053.496
TOTALE INVESTIMENTI FONDI CORRENTI			3.410.801	6.176.274
TOTALE COSTI D'ESERCIZIO + INVESTIMENTI FONDI CORRENTI			556.859.154	574.229.770

LIVELLO DEI RICAVI MINIMI

Cod	Descrizione	BILANCIO CONSUNTIVO 2020	BILANCIO CONSUNTIVO 2021	BUDGET DEFINITIVO 2022
	UTILIZZO QUOTE CONTRIBUTI ANNI PRECEDENTI	-	6.701.673	-
C_PRE	UTILIZZO QUOTE CONTRIBUTI ANNI PRECEDENTI	-	6.701.673	-
	ALTRI RICAVI	11.288.866	14.363.976	13.623.422
C_PRIV	di cui: altri contributi in conto esercizio	90.113	2.152.523	920.363
	di cui: ricavi per entrate proprie (senza libera professione) al netto dei seguenti conti:			
ENTR_P	Conven amm. gest SSR (ex conti 72 30 05/40), Conv sanitarie SSR (ex conti 72 35 05/40) e plusv da alienaz ord imm.ni (ex conto 81 05 05) (*)	7.964.836	8.186.326	8.577.931
LIB_PRC	di cui: libera professione	3.233.917	4.025.128	4.125.128
PROV	PROVENTI STRAORDINARI	3.270.505	5.664.850	15.407.188
	TOTALE LIVELLO RICAVI MINIMI	14.559.371	26.730.500	29.030.610

La successiva tabella evidenzia invece il confronto dei medesimi valori economici con quelli assegnati provvisoriamente con il Budget 2023

Descrizione	BILANCIO CONSUNTIVO 2020	BILANCIO CONSUNTIVO 2021	BUDGET DEFINITIVO 2022	BUDGET PROVVISORIO 2023
TOTALE AGGREGATO COSTI	537.585.276	553.448.353	568.053.496	567.259.205
TOTALE INVESTIMENTI FONDI CORRENTI		3.410.801	6.176.274	4.366.350
TOTALE COSTI D'ESERCIZIO + INVESTIMENTI FONDI CORRENTI		556.859.154	574.229.770	571.625.555

LIVELLO DEI RICAVI MINIMI

Descrizione	BILANCIO CONSUNTIVO 2020	BILANCIO CONSUNTIVO 2021	BUDGET DEFINITIVO 2022	BUDGET PROVVISORIO 2023
TOTALE LIVELLO RICAVI MINIMI	14.559.371	26.730.500	29.030.610	12.838.302

Come già anticipato al precedente paragrafo 1.3, il totale dei costi autorizzati alla AST di Macerata sarà aggiornato, ricomprendendo le partite degli accantonamenti e degli ammortamenti non sterilizzati, nonché quei costi che sino all'anno 2022 erano imputati alla Direzione Generale di ASUR in quanto indivisibili e non attribuibili alle singole Aree Vaste.

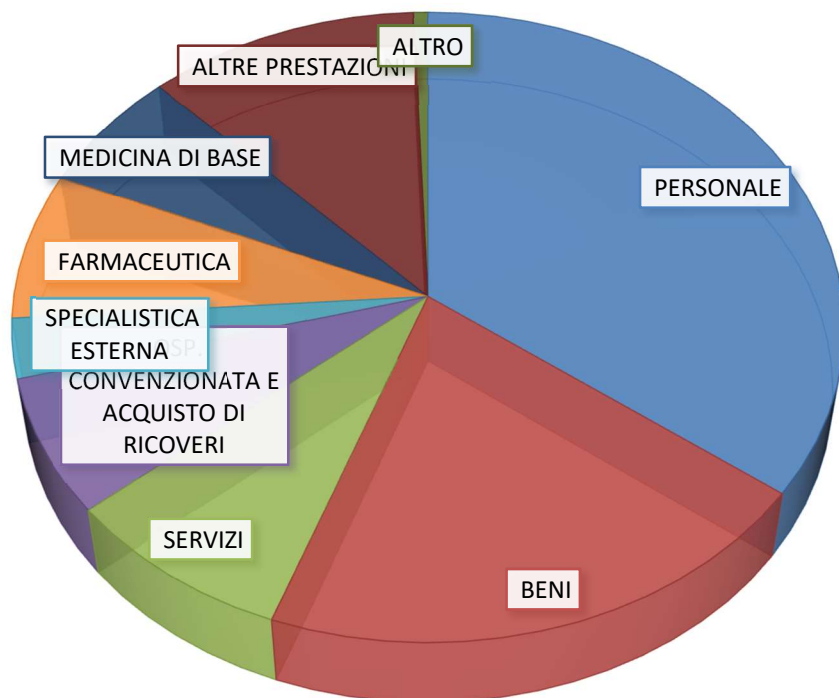
Al momento di redazione del presente Piano, pertanto, la programmazione circa l'utilizzo dei fattori produttivi deve essere definita nei limiti dell'autorizzazione alla gestione provvisoria di cui alla DGRM 1851/22 che, come più volte detto, prevede - al momento - un aggregato economico di costi pari ad euro 567.259.005 per l'AST di Macerata.

Per quanto concerne l'analisi di dettaglio delle risorse utilizzate, prendendo a riferimento il Bilancio 2021, l'Azienda Sanitaria Territoriale di Macerata gestisce un volume complessivo di costi di ben oltre 550 milioni di Euro.

La successiva tabella riepiloga l'indice di composizione dei costi.

Descrizione	BILANCIO CONSUNTIVO 2021	%
PERSONALE	192.043.084	34,7%
BENI	111.784.928	20,2%
SERVIZI	45.764.277	8,3%
OSP. CONVENZIONATA E ACQUISTO DI RICOVERI	37.793.957	6,8%
SPECIALISTICA ESTERNA	16.708.976	3,0%
SPECIALISTICA INTERNA	3.511.213	0,6%
FARMACEUTICA	41.307.542	7,5%
MEDICINA DI BASE	34.518.862	6,2%
ALTRE PRESTAZIONI	63.489.079	11,5%
LIBERA PROFESSIONE	3.379.844	0,6%
TRASFERIMENTI	23.768	0,0%
ONERI STRAORDINARI	3.122.821	0,6%
Totale Aggregato Costi	553.448.353	100,0%

Dalla successiva rappresentazione grafica si rileva come il costo del personale rappresenti con quasi il 35% dei costi complessivi l'elemento più incisivo; segue l'aggregato "Beni" (composto dai fattori produttivi "farmaci" e "beni sanitari e non sanitari") con oltre il 20%. Nell'aggregato "altre prestazioni", pari all'11,5% sul costo complessivo, insistono i costi sostenuti per "prestazioni da aziende private".



Le risorse professionali

L'AST Macerata conta 3.496 dipendenti alla data del 31/12/2021, così suddivisi per profilo contrattuale e rappresentati nelle tabelle e figure che seguono.

Tab.2

DOTAZIONE ORGANICA		AST MC	
RUOLO	AREA	Teste al 31/12/2020	Teste al 31/12/2021
sanitario	dirigenza medica	550	547
	dirigenza sanitaria non medica	75	75
	comparto san	1.889	1.857
professionale	dirigenza prof	2	4
	comparto prof	4	4
tecnico	dirigenza tecn	3	3
	comparto tec	635	660
amministrativo	dirigenza amm	13	13
	comparto amm	333	333
totale		3.504	3.496

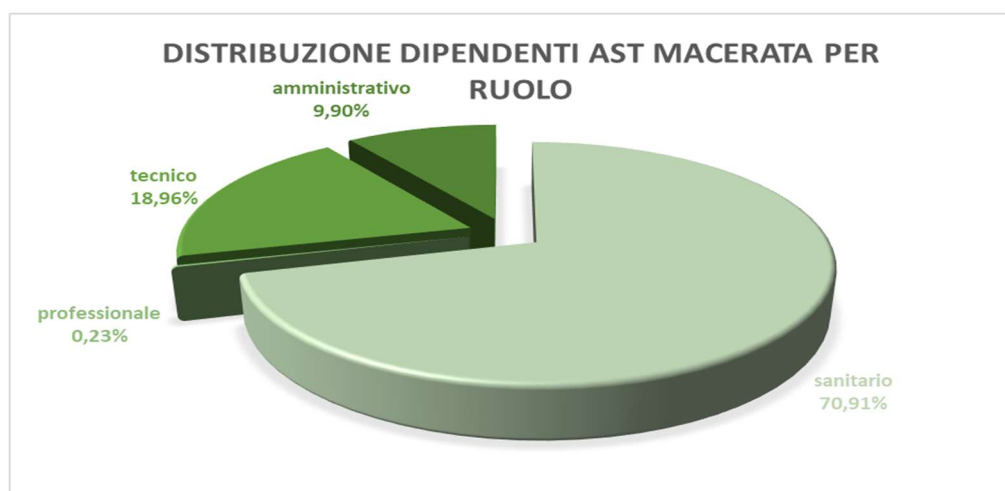


Fig.3

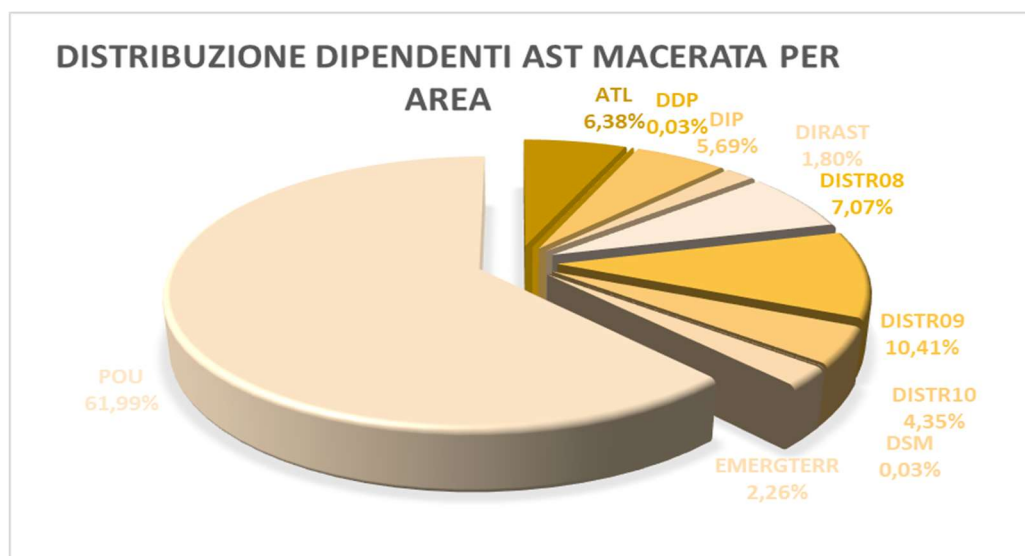


Fig.4

Inoltre, con riferimento alla medicina di base, l'Azienda opera mediante 184 medici di base, che assistono complessivamente una popolazione pari a 293.306 unità, e 33 pediatri di libera scelta, che assistono 29.329 assistiti (Fonte: Modello FLS 12, Anno 2022).

La struttura dell'offerta

Per quanto attiene alla struttura dell'offerta ospedaliera sul territorio, si descrive di seguito la numerosità e dislocazione delle strutture sanitarie ospedaliere (Presidi e stabilimenti ospedalieri pubblici e Case di cura private), specialistiche (suddivise per tipologia di attività svolta: clinica, diagnostica per immagini, laboratori analisi, consultori e attività psichiatrica), residenziali e semiresidenziali.

L'Azienda opera mediante un Presidio Unico comprendente quattro stabilimenti ospedalieri. A questi si aggiungono due Case di Cura Private accreditate e un Istituto di Riabilitazione. Sul territorio aziendale sono altresì presenti quattro Case della salute, derivanti dalla riconversione di ex ospedali minori.

Fig.5



Tab.3 - Strutture Pubbliche (Fonte Modello HSP 11 e HSP 11bis anno 2022)

CODICE STRUTTURA	DESCRIZIONE STRUTTURA	CODICE STABILIMENTO	DESCRIZIONE STABILIMENTO
110003	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO	01	STABILIMENTO DI CIVITANOVA M.
		02	STABILIMENTO DI MACERATA
		03	STABILIMENTO DI CAMERINO
		04	STABILIMENTO DI S. SEVERINO M.

Alle strutture ospedaliere pubbliche, si aggiungono tre Case di Cura Private accreditate, di cui due Multispecialistiche e una Struttura Riabilitativa ex art.26.

Tab.4 - Strutture private accreditate (Fonte Modello HSP 11 anno 2022)

CODICE STRUTTURA	codice stabilimento	Denominazione struttura	Tipologia struttura	Descrizione stabilimento
110077	01	CdC MARCHE - RETE IMPRESA AREA VASTA 3	Struttura multi- specialistica	CASA DI CURA VILLA PINI SANATRIX GESTION
110077	02	CdC MARCHE - RETE IMPRESA	Struttura multi- specialistica	CASA DI CURA DOTT. MARCHETTI SRL
110079	01	CENTRO OSPEDALIERO SANTO STEFANO	Struttura riabilitativa ex art. 26	CENTRO SANTO STEFANO - PORTO POTENZA

Nell'anno 2022 i posti letto direttamente gestiti sono pari a 890 unità, comprendenti 104 posti letto di DH/DS, 24 posti letto di riabilitazione e lungodegenza e, infine, 762 posti letto ordinari (incluso detenuti, nido e discipline ospedaliere per acuti).

Tab.5

Descrizione struttura	Descrizione Stabilimento	Day hospital	Day surgery	Degenza ordinaria Riab. E Lungod. (cod. 56-60)	Degenza ordinaria escluso precedenti	Totale
PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO	STABILIMENTO DI CAMERINO	2	6	4	89	101
	STABILIMENTO DI CIVITANOVA M.	12	12	0	249	273
	STABILIMENTO DI MACERATA	33	19	0	386	438
	STABILIMENTO DI S. SEVERINO M.	4	16	20	38	78
Totale complessivo		51	53	24	762	890

L'Azienda opera mediante 72 strutture territoriali a gestione diretta e 81 strutture territoriali convenzionate (Fonte STS 11). Le successive figure evidenziano la distribuzione territoriale delle attività di diagnostica, di laboratorio e clinica nonché la tipologia di assistenza erogata nel territorio dell'AST di Macerata.

Fig.6 - Attività diagnostica, laboratorio e clinica

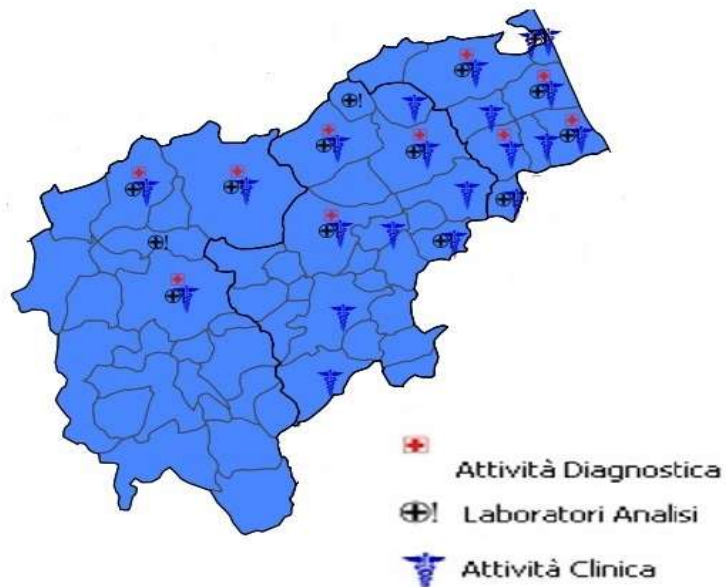
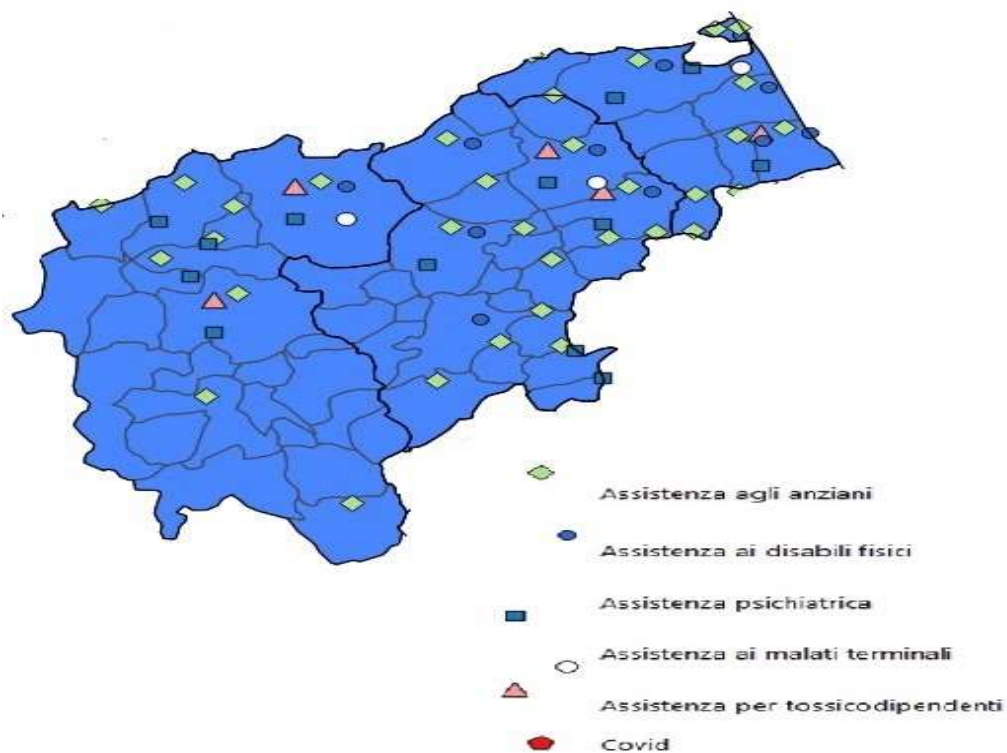


Fig.7 - Tipologia di assistenza



Le tabelle che seguono, invece, coerentemente con i flussi ministeriali STS 11 e 24, riportano il numero di strutture a gestione diretta e il numero delle strutture private convenzionate per il 2022 suddiviso per tipologia di struttura e tipo di assistenza erogata.

Tab.6

Numero di strutture a gestione diretta	Tipo struttura				
assistenza erogata	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE	AMBULATORIO E LABORATORIO	STRUTTURA RESIDENZIALE	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE	Totale complessivo
Assistenza agli anziani			6	1	7
Assistenza ai malati terminali			2		2
Assistenza per tossicodipendenti	3			1	4
Assistenza psichiatrica	6		6	6	18
Attività clinica	24	13			37
Attività di consultorio familiare	14				14
Attività di laboratorio	3	8			11
Diagnostica strumentale e per immagini	6	8			14
Vaccinazioni anti COVID-19	8				8
Totale	64	29	14	8	115

Tab.7

Numero di strutture convenzionate	Tipo struttura				
assistenza erogata	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE	AMBULATORIO E LABORATORIO	STRUTTURA RESIDENZIALE	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE	Totale complessivo
Assistenza agli anziani			33	1	34
Assistenza ai disabili fisici			3	9	12
Assistenza ai disabili psichici				1	1
Assistenza idrotermale	2				2
Assistenza per tossicodipendenti			4	2	6
Assistenza psichiatrica			1		1
Attività clinica		10			10
Attività di laboratorio		16			16
Diagnostica strumentale e per immagini		4			4
Vaccinazioni anti COVID-19	2				2
Totale	4	30	41	13	88

Di seguito la tabella mostra il numero di posti letto di assistenza residenziale e semiresidenziale attivi nel 2022.

Tab.8

POSTI LETTO PER STRUTTURA	Tipo di assistenza erogata	STRUTTURA RESIDENZIALE	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE	TOTALE
Strutture a gestione diretta ASUR	Assistenza agli anziani	134	10	144
	Assistenza ai malati terminali	20	-	20
	Assistenza per tossicodipendenti	-	-	-
	Assistenza psichiatrica	69	61	130
	Attività clinica	-	-	-
	Attività di consultorio familiare	-	-	-
	Attività di laboratorio	-	-	-
	Diagnostica strumentale e per immagini	-	-	-
	Vaccinazioni anti COVID-19	-	-	-
Totale		223	71	294
Strutture convenzionate	Assistenza agli anziani	1.073	25	1.098
	Assistenza ai disabili fisici	50	146	196
	Assistenza ai disabili psichici	-	52	52
	Assistenza idrotermale	-	-	-
	Assistenza per tossicodipendenti	-	-	-
	Assistenza psichiatrica	20	-	20
	Attività clinica	-	-	-
	Attività di laboratorio	-	-	-
	Diagnostica strumentale e per immagini	-	-	-
	Vaccinazioni anti COVID-19	-	-	-
		1.143	223	1.366
Totale complessivo		1.366	294	1.660

Come già anticipato al precedente paragrafo, relativamente alla medicina di base, l'AST Macerata opera mediante 184 medici di base, che assistono complessivamente una popolazione pari a 293.306 unità, e 33 pediatri di libera scelta, che assistono 29.329 assistiti (Fonte: Modello FLS 12, Anno 2022).

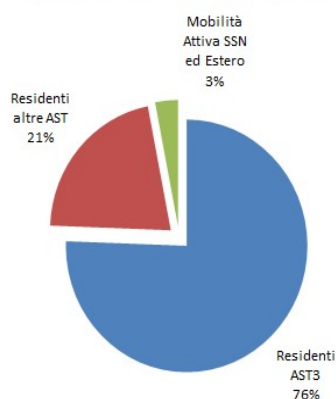
I servizi sanitari erogati

L'AST Macerata eroga livelli essenziali di assistenza alla popolazione assistita attraverso varie articolazioni organizzative (Distretti e Presidi Ospedalieri). Con riferimento all'assistenza ospedaliera, l'AST nel 2021 ha erogato complessivamente 27.417 ricoveri (comprensivi anche della quota di produzione dei privati accreditati), di cui 76% ai propri residenti, 21% a residenti di altre AST e 3% ai residenti di altre regioni.

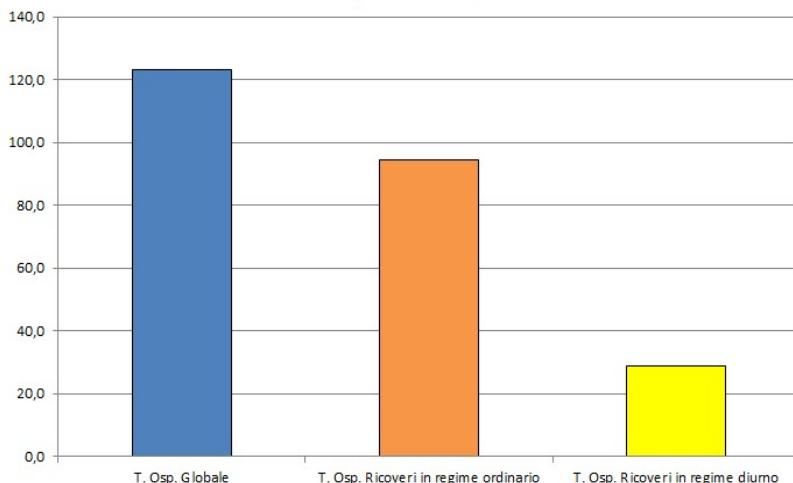
Il tasso di ospedalizzazione globale per acuti (numero di ricoveri per mille abitanti con la mobilità passiva extraregionale) è pari a 123,4 con un valore pari a 94,7 per i ricoveri in regime ordinario e 28,7 per quelli in regime diurno.

Figura 8

Produzione aziendale per area di residenza



Tasso di ospedalizzazione / 1000 ab

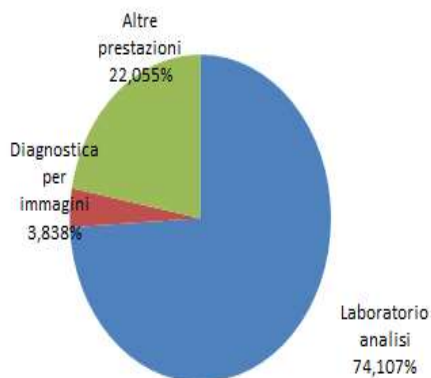


In merito all'assistenza specialistica, nel 2021 sono state globalmente erogate dall'azienda e dagli erogatori privati accreditati ad essa convenzionati 4.911.208 prestazioni, di cui 74% prestazioni di laboratorio analisi e 4% di diagnostica per immagini.

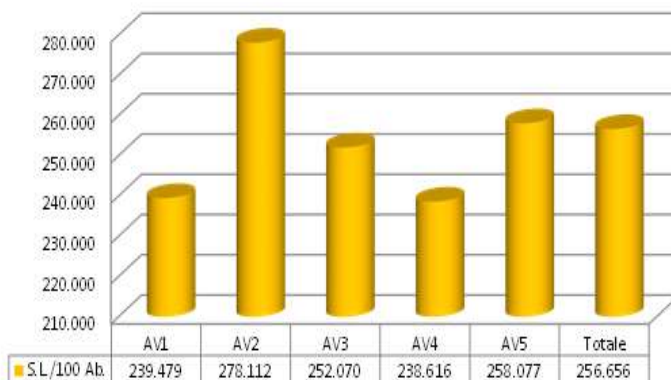
Sul versante dei consumi della popolazione residente, nell'anno di riferimento la spesa lorda pro-capite è stata pari a 252 mila euro ogni 1000 abitanti.

Figura 9

Ripartizione delle prestazioni per tipologia



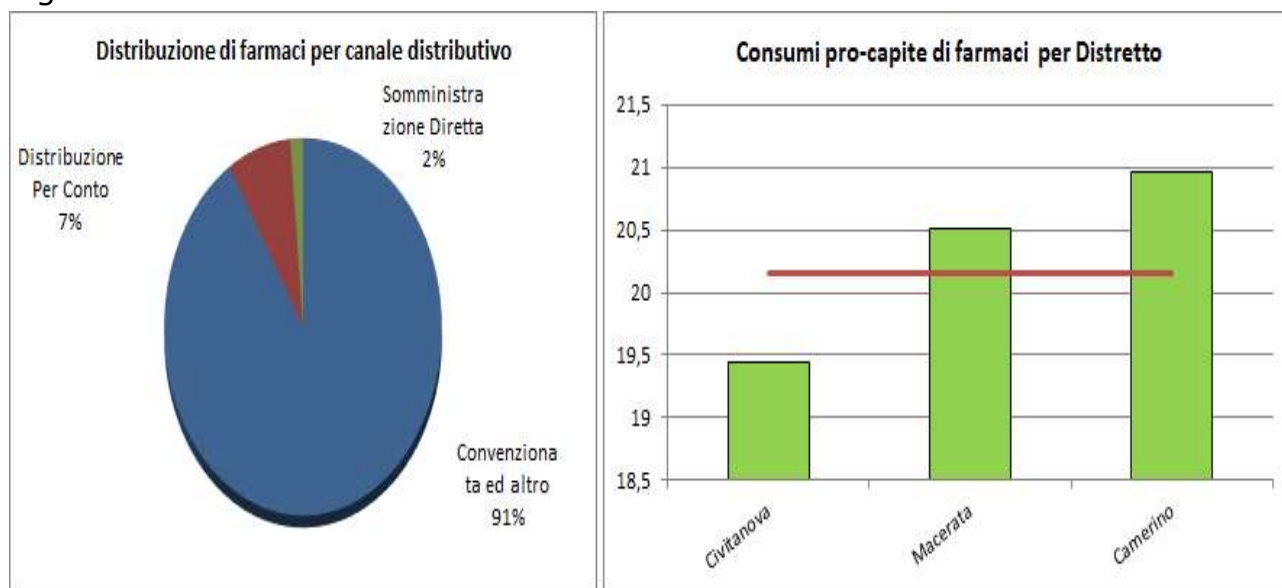
Spesa Lorda/1000 Abitanti Pesati



Per quanto riguarda l'assistenza farmaceutica, nell'esercizio corrente l'azienda ha erogato complessivamente 5.960.832 di farmaci. Il canale

distributivo predominante risulta essere quello della farmaceutica convenzionata, che include il 91% dei farmaci erogati; la restante quota fa riferimento alla somministrazione diretta da parte delle strutture aziendali (2%) ed alla distribuzione per conto da parte delle farmacie (7%), che acquista un peso maggiore.

Figura 10



2.2.4 Il ciclo di gestione della performance

Ai sensi dell'art 4. del D. Lgs 150/2009 così come modificato del D. Lgs 74/2017, le amministrazioni pubbliche sviluppano, in maniera coerente con i contenuti e con il ciclo della programmazione finanziaria e del bilancio, il ciclo di gestione della performance che si articola nelle seguenti fasi:

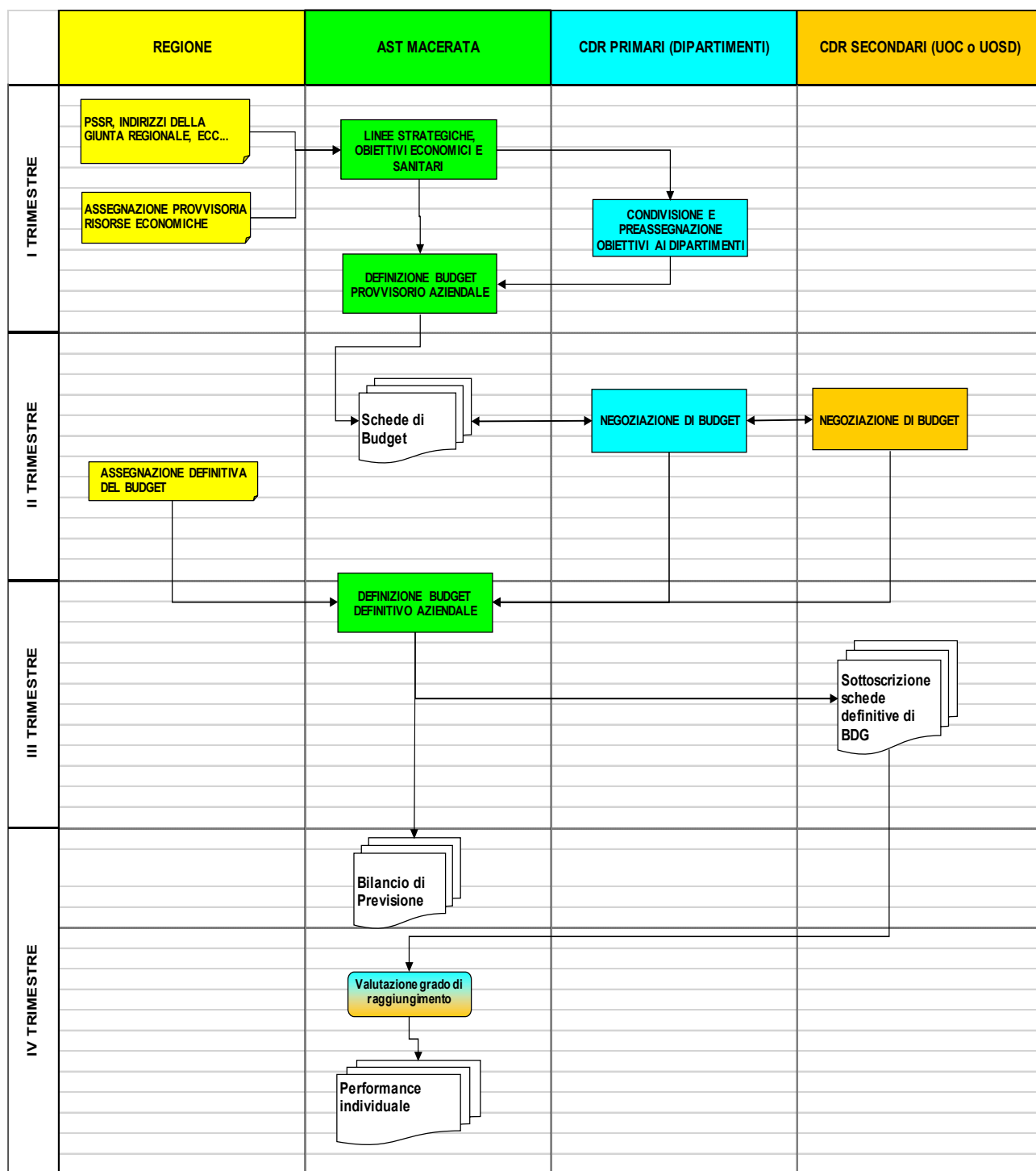
- definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori, tenendo conto anche dei risultati conseguiti nell'anno precedente, come documentati e validati nella relazione annuale sulla performance di cui all'articolo 10;
- collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;

f) rendicontazione dei risultati, nonché ai competenti organi di controllo interni ed esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

Di seguito è riportato lo schema del ciclo delle performance aziendale che risulta coerente con le fasi di cui al D. Lgs. 150/2009 (art. 4) e con lo schema di cui alle Linee guida del Dipartimento della Funzione pubblica per il Sistema di Misurazione e Valutazione della performance n. 2/2017.



Il ciclo della performance dell'AST, ispirato al circuito sopra riportato, è rappresentato nel grafico seguente, che evidenzia fasi e attori del processo.



In particolare, l'attività di programmazione strategica aziendale è avviata con la definizione delle risorse a disposizione per l'Azienda, così come stabilite dalla Giunta Regionale nella delibera di approvazione dell'esercizio provvisorio per l'anno di riferimento, nonché con l'analisi del contesto di riferimento in

termini di vincoli esterni derivanti da disposizioni vigenti a livello nazionale e regionale.

Sulla base di tali elementi, la Direzione Aziendale stabilisce le linee strategiche aziendali da perseguire nell'anno di riferimento, tenuto conto degli obiettivi strategici contenuti nel Piano Sanitario vigente nonché degli obiettivi sanitari assegnati all'Azienda dalla Regione (riferiti all'anno precedente se ancora non adottati per l'anno in corso).

Sulla base di tale quadro programmatico, in attesa della definizione del Budget definitivo da parte della Regione, la Direzione Aziendale assegna un tetto di spesa provvisorio ai Dipartimenti, che a loro volta lo declinano alle UOC e UOSD afferenti a ciascun dipartimento.

In seguito alla negoziazione delle proposte di Budget formulate dalla Direzione Aziendale vengono definiti gli obiettivi sanitari da perseguire nell'anno di riferimento per ciascuna articolazione territoriale, in coerenza con le risorse disponibili, rivedendo se necessario l'iniziale ripartizione delle risorse anche per effetto dell'assegnazione del budget definitivo.

La logica di budgeting è dunque quella di una negoziazione "a cascata", i Direttori definiscono un piano di attività annuale di AST e negoziano le schede di budget con i CDR primari (Direttori di Dipartimento, i Responsabili dell'Area ATL, i Direttori di Presidio Ospedaliero ed i Direttori di Distretto). I Centri di responsabilità primari negoziano le schede di budget con le UU.OO. di competenza (CDR secondari). Le schede di budget sono formulate sulla base dello schema riportato all'Allegato 2.2.1.

Nel momento in cui la Regione procede all'assegnazione definitiva del Budget alle Aziende del SSR, la Direzione Aziendale assegna il Budget definitivo ai CDR sulla base delle risorse disponibili e degli eventuali scostamenti registrati rispetto al budget provvisorio da parte dei singoli CDR.

Il Budget di attività e costi assegnato all'AST e, all'interno dell'AST, a ciascun CDR primario e secondario, è oggetto di monitoraggio periodico (almeno trimestrale); il Direttore dell'AST ed i Responsabili di CDR correlano i report ricevuti dal Controllo di Gestione con le considerazioni ritenute utili per un'esatta comprensione dei risultati raggiunti nel periodo di riferimento e nel caso in cui si rilevino scostamenti negativi, forniscono un'analisi dettagliata delle cause degli stessi, indicando gli opportuni interventi correttivi che si propongono per eliminare le non conformità rilevate.

A fine anno, appena disponibili i dati di chiusura del Bilancio di esercizio e di attività, si valuta il grado di raggiungimento degli obiettivi economici e sanitari della Direzione AST e dei CDR primari e secondari.

Al fine di effettuare la valutazione individuale dei Dirigenti, gli obiettivi concordati con la Direzione sono assegnati ai singoli dirigenti.

Il criterio di assegnazione degli obiettivi tiene conto della posizione organizzativa ricoperta dal Dirigente, in quanto vi deve essere coerenza fra obiettivo e funzione.

Definita l'assegnazione ad ogni dirigente degli obiettivi di BDG lo stesso sarà valutato sul grado di realizzazione degli obiettivi assegnati e sulle proprie performance individuali.

Il sistema di valutazione, descritto nel paragrafo che segue, genera delle concrete ricadute sia sul salario di risultato sia sulla valutazione professionale per lo sviluppo della carriera.

Si evidenzia che alla luce della disciplina introdotta con il D. Lgs 74/2017 si enfatizza il ruolo dell'OIV, lungo tutto il ciclo, un supporto metodologico volto ad assicurare efficacia, solidità e affidabilità al Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP), che dovrà, fornire parere vincolante sul SMVP adottato annualmente dall'Azienda (art. 7 D. Lgs 150/2009).

2.2.5 Il Piano della Performance 2023-2025

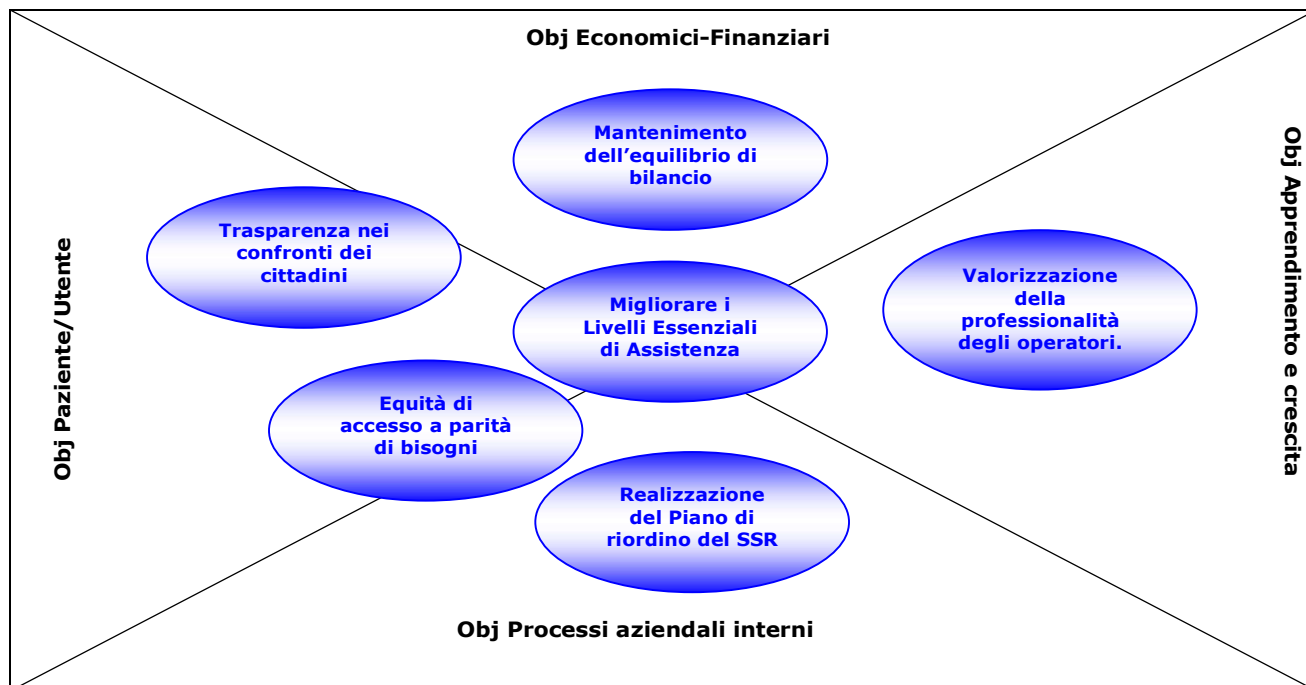
Obiettivi strategici (generali)

In questo paragrafo vengono descritti gli obiettivi strategici, così come previsto dall'art. 5 del D. Lgs n.150/2009 in collegamento alla **mission** aziendale.

Viene quindi descritta la logica che lega, appunto, la mission istituzionale, le aree strategiche e gli obiettivi strategici la cui valenza è pluriennale (triennale) e, pertanto, possono rappresentare gli obiettivi generali di cui all'art. 5 del D. Lgs. 150/2009.

In particolare, la strategia aziendale è tradotta in termini di obiettivi strategici esplicitando le azioni da realizzare nel triennio per ciascuna delle 4 prospettive seguenti:

- Prospettiva di paziente/utente;
- Prospettiva dei processi aziendali interni;
- Prospettiva economico-finanziaria;
- Prospettiva di apprendimento e crescita dell'organizzazione.



➤ **Mantenimento dell'equilibrio di bilancio**

Il mantenimento dell'equilibrio di bilancio costituisce fattore determinante per la sostenibilità del Servizio Sanitario Regionale e condizione necessaria per garantire nel tempo l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza.

In tal senso, l'azione aziendale è volta, da un lato, al monitoraggio continuo dei fattori di crescita della spesa sanitaria e, dall'altro, al recupero dei fattori di inefficienza del sistema al fine del loro reinvestimento.

➤ **Migliorare i Livelli Essenziali di Assistenza**

Nell'ambito delle risorse disponibili, l'azione aziendale è tesa alla ricerca continua di livelli più elevati di efficacia ed efficienza nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, anche con azioni finalizzate a garantire la continuità assistenziale ospedaliera e territoriale.

➤ **Realizzazione del Piano di riordino del SSR**

Attuazione della Riforma del SSR della LR n. 19/2022.

➤ **Equità di accesso ai servizi a parità di bisogni di salute**

L'obiettivo strategico di "riequilibrio territoriale" è quello di garantire pari e tempestiva opportunità di accesso alle prestazioni, ai servizi e agli strumenti messi a disposizione dall'Azienda, a parità di bisogno di salute espresso dai residenti nei diversi distretti.

➤ **Valorizzazione delle professionalità degli operatori**

La professionalità dei dirigenti e del comparto, non solo in senso tecnico, ma anche come capacità di interagire con i pazienti e rapportarsi con i colleghi nel lavoro di équipe, è determinante ai fini della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni.

➤ Trasparenza nei confronti dei cittadini

La trasparenza nei confronti dei cittadini è garantita mediante l'accessibilità totale alle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività dell'Azienda, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche a garanzia delle libertà individuali e collettive.

La valenza di tali obiettivi strategici è pluriennale, pertanto rappresentano gli obiettivi generali di cui all'art. 5 del D. Lgs 150/2009.

Gli obiettivi specifici e la performance organizzativa

Gli obiettivi specifici vengono successivamente descritti tenuto conto:

a) delle definizioni di cui alle linee guida al Piano del Dipartimento della Funzione Pubblica (n. 1/2017), della circolare n. 2/2019 sugli indicatori comuni relativi alle funzioni di supporto svolte dalle pubbliche amministrazioni;

b) delle indicazioni dell'art. 3 lett b) del decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 30/6/2022 sui contenuti "minimi", in quanto il PIAO deve contenere "almeno":

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

Inoltre, nella circolare n.2/2022 del Dipartimento della Funzione Pubblica ad oggetto "Indicazioni operative in materia di Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) di cui all'articolo 6 del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80", tutte le Pubbliche Amministrazioni sono invitate a inserire tra gli obiettivi della Sezione "Valore pubblico, performance, anticorruzione" del PIAO, specifici obiettivi legati all'efficientamento energetico.

Pertanto, ai sensi delle linee guida al Piano del Dipartimento della Funzione Pubblica (n. 1/2017) gli obiettivi dell'amministrazione definiti nel Piano della performance, su base triennale, possono essere riferiti sia al funzionamento dell'amministrazione che alle politiche di settore.

Per ciascun obiettivo specifico, in ogni ciclo triennale devono essere indicati i risultati da conseguire e quelli già conseguiti rilevanti per la definizione dei risultati e degli impatti attesi.

A tale definizione si correla quella di performance organizzativa che dovrà avere un multidimensionale.

Gli aspetti più rilevanti da tenere in considerazione attengono a: l'attuazione di politiche e il conseguimento di obiettivi collegati ai bisogni e alle aspettative della collettività; l'attuazione di piani e programmi; la rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi; la modernizzazione e il miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali; lo sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti e i destinatari dei servizi; l'efficienza nell'impiego delle risorse; la qualità e la quantità delle prestazioni e dei servizi erogati; il raggiungimento degli obiettivi di promozione delle pari opportunità (art. 8, d.lgs. 150/2009).

Le linee guida individuano inoltre la performance organizzativa quale elemento centrale del Piano. Essa è l'insieme dei risultati attesi, rappresentati in termini quantitativi con indicatori e target, che deve:

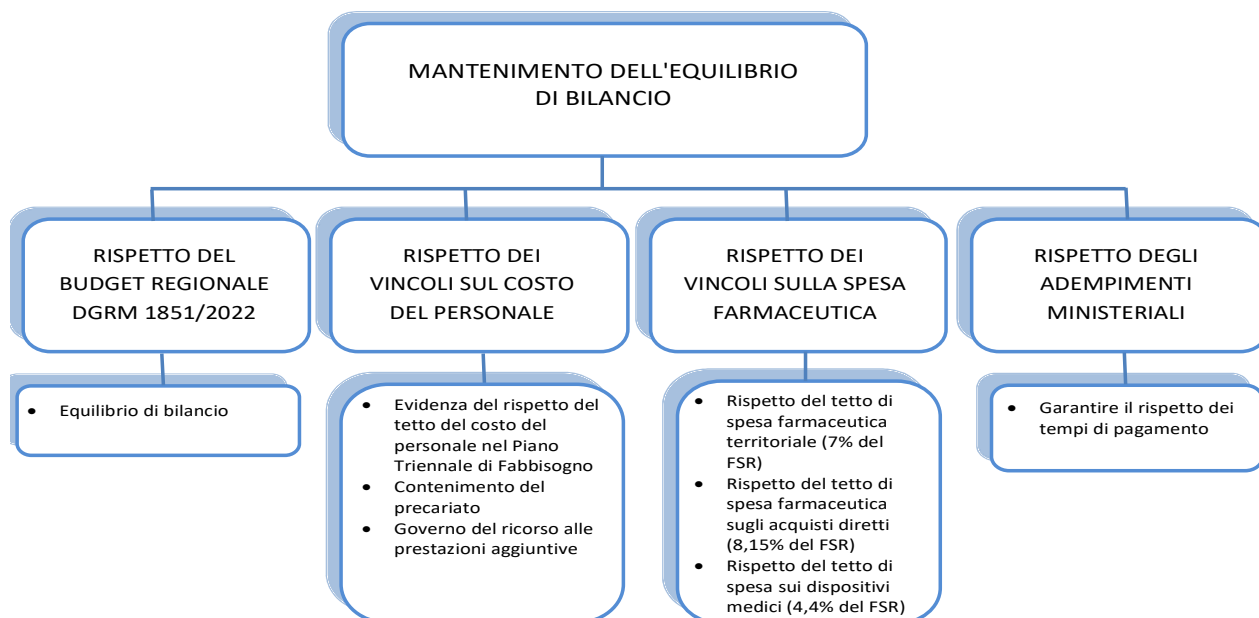
- considerare il funzionamento, le politiche di settore, nonché i progetti strategici o di miglioramento organizzativo di cui agli indirizzi regionali e ministeriali;
- essere misurabile in modo chiaro;
- tenere conto dello stato delle risorse effettivamente a disposizione o realisticamente acquisibili;
- avere come punto di riferimento ultimo gli impatti indotti sulla società al fine di creare valore pubblico, ovvero di migliorare il livello di benessere sociale ed economico degli utenti e degli stakeholder.

Nel presente Piano saranno quindi definiti gli obiettivi correlati alla mission istituzionale, alle aree strategiche e gli obiettivi strategici, che si rappresentano di seguito:

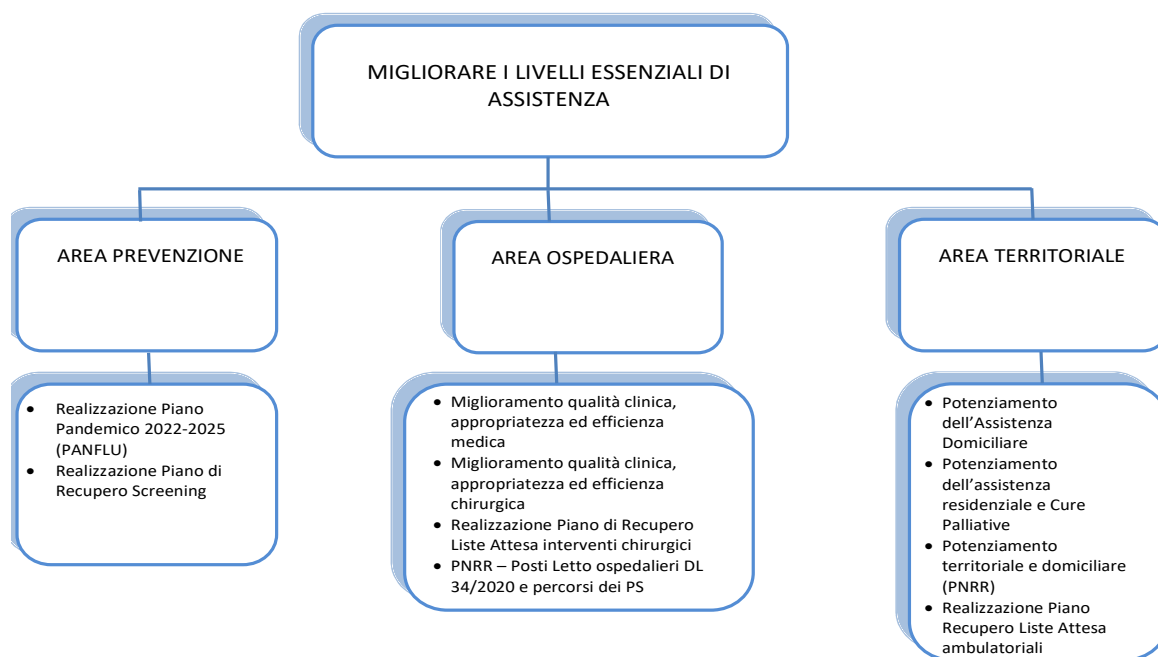
Area Economica - La sostenibilità economica delle scelte aziendali trova in questi obiettivi i punti di riferimento ed il perimetro entro cui l'Azienda deve operare le proprie scelte strategiche, ed hanno quindi, in un'ottica di sistema e di coerenza tra il ciclo di bilancio e quello della Performance, importanza primaria.

In questa area è stato inserito anche l'obiettivo previsto dalla circolare n.2/2022 del Dipartimento della Funzione Pubblica ad oggetto "Indicazioni

operative in materia di Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) di cui all'articolo 6 del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80"

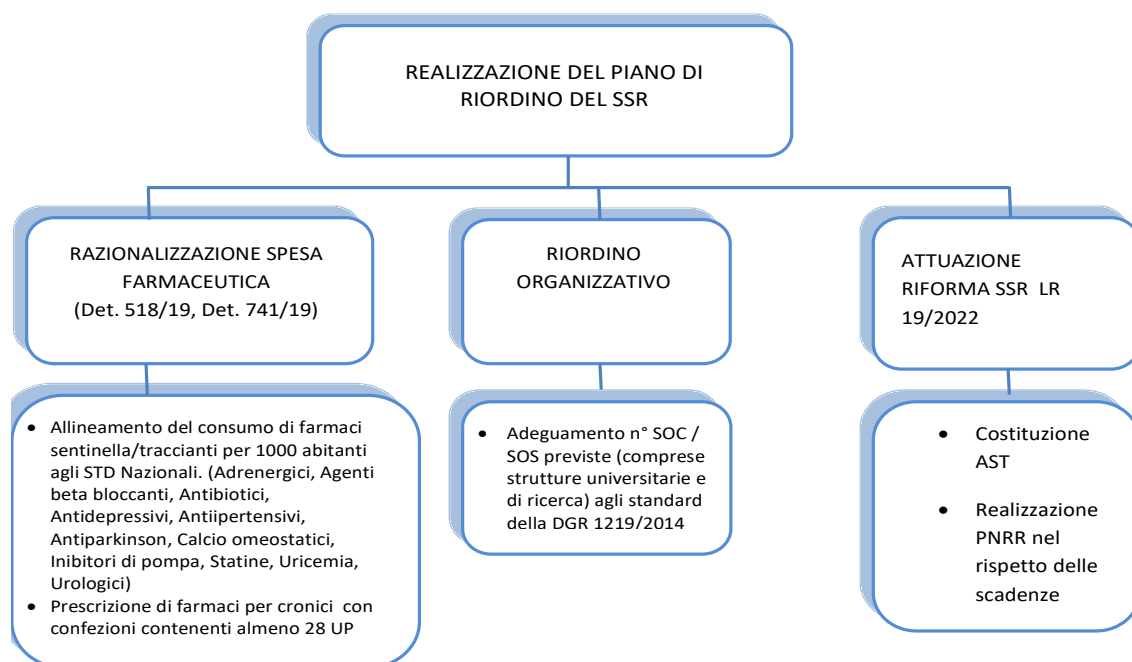


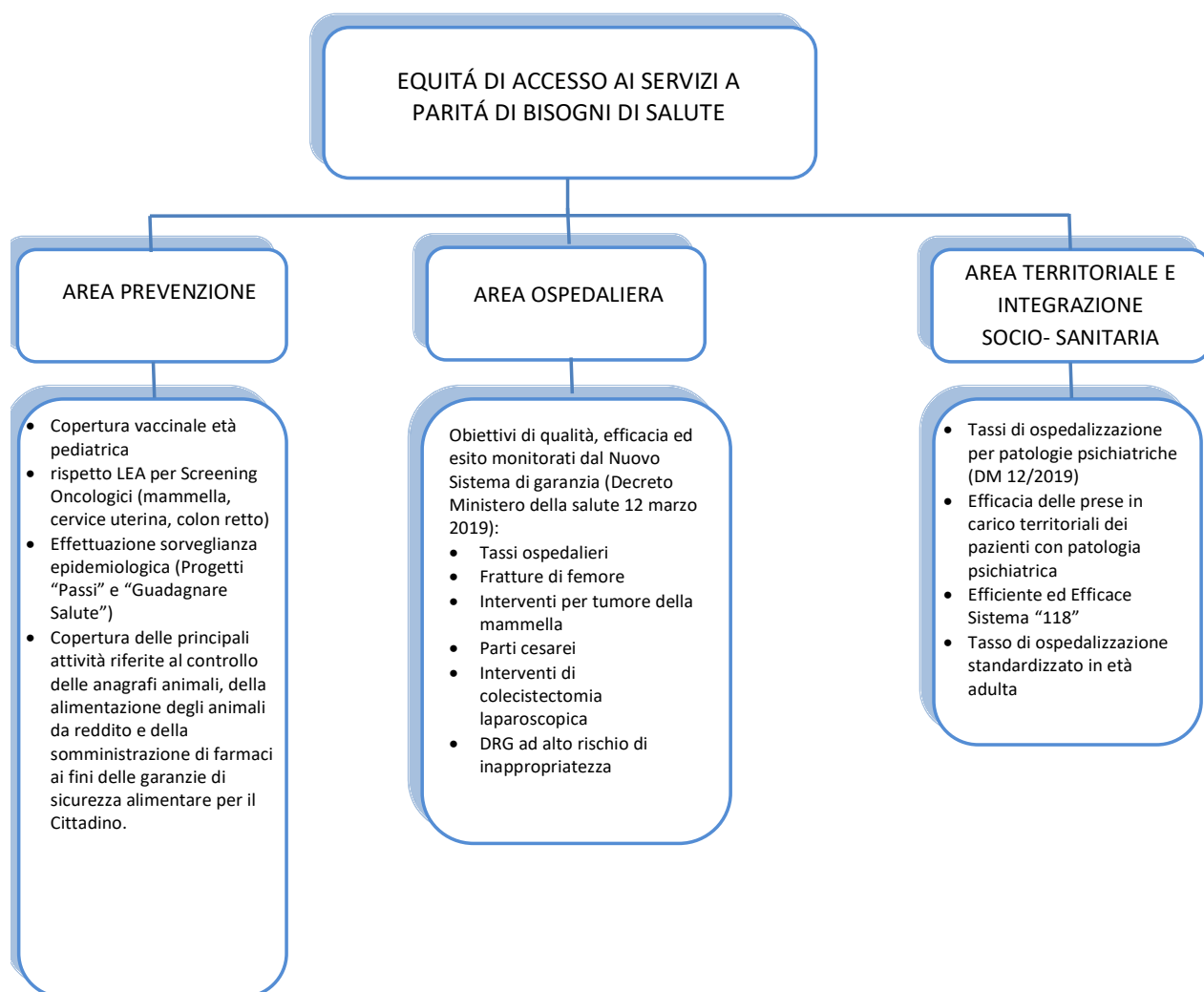
Miglioramento dei livelli essenziali di assistenza - Il miglioramento qualitativo e quantitativo delle prestazioni è obiettivo di tutte le UU.OO. afferenti ai diversi Dipartimenti, tenuto conto della costante ricerca dell'appropriatezza della risposta ai bisogni assistenziali e delle modalità di erogazione delle prestazioni.



Performance organizzativa, Equità di accesso ai servizi - L'accesso ai servizi sanitari avviene secondo logiche di equità e trasparenza, attraverso la facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero in ottemperanza alle normative regionali di riferimento, sia in termini di volume di prestazioni offerte, sia tramite la migliore organizzazione del percorso del paziente all'interno delle strutture aziendali.

In quest'area rientrano gli obiettivi in grado di esprimere la performance del governo della domanda e del grado di risposta che il sistema riesce a garantire.





Accessibilità e trasparenza - L'accessibilità ai servizi sanitari offerti dall'AST deve essere supportata da adeguata informativa e dalla massima trasparenza della gestione aziendale. La trasparenza nei confronti dei cittadini è garantita mediante l'accessibilità totale alle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività dell'Azienda, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche a garanzia delle libertà individuali e collettive.

TRASPARENZA NEI CONFRONTI DEI
CITTADINI

- Rispetto degli adempimenti previsti in tema di Anticorruzione e Trasparenza

Sviluppo della digitalizzazione dei processi aziendali - Al fine di migliorare la qualità dell'offerta e l'efficienza nella produzione di servizi, nonché dare attuazione al PNRR, risulta di fondamentale importanza il potenziamento della digitalizzazione dei processi e delle procedure aziendali, con il fine di supportare la semplificazione ed il miglioramento dell'accessibilità.

SISTEMI INFORMATIVI E SERVIZI DI
SUPPORTO

- Costituzione nucleo minimo FSE
- Ricette Dematerializzate
- Digitalizzazione DEA (PNRR)

Piano degli indicatori e dei risultati attesi

Gli obiettivi 2023, di cui all'Allegato 2.2.2 alla presente sezione, risultano provvisoriamente assegnati alle articolazioni dell'Azienda e sono stati definiti sulla base del mantenimento dei risultati assegnati nell'anno 2022 all'ex ASUR con DGRM 1284/2022.

Tali indicatori e risultati attesi saranno aggiornati sulla base degli obiettivi che la Regione assegnerà agli Enti del SSR per l'anno 2023 con apposita Delibera di Giunta e rendicontati nella Relazione sulla Performance 2023, così come previsto dall'art. 6 del D.Lgs. 150/2009 e successive modifiche ed integrazioni.

Per quanto riguarda gli obiettivi strategici di prevenzione della corruzione la sottosezione relativa alla Performance prevede, in maniera rafforzata, il raccordo con la presente sottosezione, attraverso la previsione degli obiettivi strategici-gestionali in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione dell'AST. Le azioni sono specificate ai paragrafi relativi agli "Obiettivi strategici (generali)" e agli "Obiettivi specifici e performance organizzativa", ai sensi dell'art. 1, co. 8 della L. 190/2012, al fine di garantire la coerenza e l'effettiva sostenibilità degli obiettivi posti. Tali obiettivi sono i seguenti:

- Adempimento degli obblighi di pubblicazione di competenza previsti dalla Griglia approvata (assolvimento di almeno il 95% degli adempimenti);
- Verifica indicatori di monitoraggio e stato dell'arte della pubblicazione dei dati sulla sezione "Amministrazione Trasparente" (invio report semestrali entro la fine del mese successivo);
- Trasmissione dati per la predisposizione della Relazione annuale del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione (da parte di ogni Dirigente di struttura entro la fine dell'anno);
- Aggiornamento della tabella dei rischi e invio questionari compilati per la mappatura dei processi per la Prevenzione della Corruzione (invio modulistica completa entro il 15/12/2023).

Inoltre, si evidenzia che la scheda di valutazione della performance individuale per la dirigenza di strutture complesse e dipartimentali prevede la verifica del rispetto degli obblighi di trasparenza, di pubblicazione, di collaborazione con il RPCT e delle norme in materia di anticorruzione.

Si aggiungono gli obiettivi di risparmio energetico (di cui alla circolare n.2/2022 del Dipartimento della Funzione Pubblica) che prevede l'inclusione, tra gli obiettivi della Sezione "Valore pubblico, performance, anticorruzione" del PIAO, di specifici obiettivi legati all'efficientamento energetico; saranno dunque previsti obiettivi quali l'adozione misure previste dal Regolamento Europeo 2022/1369 del 5 agosto 2022.

Infine, si precisa che la sezione Performance presenta 2 allegati come di seguito elencati:

- Allegato 2.2.1 alla Sezione Performance: Scheda di budget
- Allegato 2.2.2 Allegato alla Sezione Performance: Obiettivi, indicatori e risultati attesi per l'anno 2023

Sottosezione 2.3 - RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

Premessa

Il presente documento è destinato a coloro che prestano a qualunque titolo servizio presso l'amministrazione. La violazione delle misure di prevenzione previste è fonte di responsabilità disciplinare (art. 1, co. 14 L. 190/2012).

La presente sottosezione, risente, maggiormente delle altre, del mutato assetto istituzionale previsto nella legge regionale n. 19 del 8 agosto 2022 concernente "Organizzazione del Servizio Sanitario Regionale" pubblicata sul Bollettino ufficiale della Regione Marche in data 11 agosto 2022 e, ai sensi dell'articolo 50 della medesima legge, in vigore il giorno 12 agosto 2022. Tale normativa ha disposto, a far data dal 01/01/2023, la soppressione della Azienda Sanitaria Unica Regionale, della quale le Aree Vaste (compresa l'AV di Macerata) erano articolazioni territoriali, trasformando tali ultime in Aziende Sanitarie Territoriali. L'art. 23 della L.R. 19/2022 individua le Aziende Sanitarie Territoriali (AST), che assicurano le prestazioni incluse nei livelli essenziali di assistenza (LEA) e l'equo accesso ai servizi e alle funzioni di tipo sanitario, sociale e di elevata integrazione socio-sanitaria organizzate nel territorio. Al comma 1 del predetto art. 23 vengono individuate le seguenti AST:

- a) l'Azienda sanitaria territoriale di Ancona;
- b) l'Azienda sanitaria territoriale di Ascoli Piceno;
- c) l'Azienda sanitaria territoriale di Fermo;
- d) l'Azienda sanitaria territoriale di Macerata;
- e) l'Azienda sanitaria territoriale di Pesaro-Urbino.

Le Aziende sanitarie territoriali diventando operative dal 01/01/2023, devono dotarsi di una propria organizzazione, da includere nell'atto aziendale da emanarsi con le procedure previste nella medesima normativa.

La Delibera Giunta Regione Marche (di seguito DGRM) n. 1718 del 19/12/2023 prevede che *"...Le AST sono tenute a garantire – nella fase di prima operatività e sino a successive nuove determinazioni in merito da parte del Legale Rappresentante – la validità ed efficacia della normazione interna (Regolamenti, Atti generali, Codici, Accordi sindacali, Circolari e relative disposizioni di attuazione), allo stato vigente presso le Aziende soppresse. Per le AST di Ancona, Macerata, Fermo e Ascoli Piceno si fa riferimento alla normazione ASUR/Aree Vaste. Restano impregiudicati i doverosi adeguamenti dei suddetti atti a sopravvenute disposizioni di legge e regolamentari, statali e regionali..."*.

Come base di partenza per la predisposizione del PTPCT e della sezione anticorruzione e trasparenza, secondo una logica di miglioramento progressivo, sono considerati gli esiti del monitoraggio già valutati dalla soppressa ASUR, al

fine di evitare la duplicazione di misure e l'introduzione di misure eccessive, ridondanti e poco utili.

Con Determina del Direttore Generale n. 467 del 30/06/2022 l'ASUR ha approvato il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) anni 2022-2024, sostituendo il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione (PTPC) per gli anni 2022-2024, aggiornando quello approvato con Determina ASUR n. 195 del 31/03/2020, ai sensi dell'art. 1, co. 8 della L. n. 190/2012.

La legge n. 190/2012 prevede che la pianificazione di misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza sia svolta da numerosi soggetti pubblici e privati.

La disciplina sul PIAO ha a sua volta circoscritto alle sole amministrazioni pubbliche previste dal d.lgs. n. 165/2001 l'applicazione del nuovo strumento di programmazione. Il mutato quadro normativo oltre al mutato assetto istituzionale (con la soppressione della ASUR e la costituzione delle Aziende Sanitarie Territoriali) comporta, pertanto, che la AST di Macerata sia chiamata a programmare le strategie di prevenzione della corruzione non più nel PTPCT ma nel PIAO. **Il Consiglio di Stato, nel parere sullo schema di d.P.R. relativo al PIAO, ha chiarito che il processo di integrazione dei piani confluiti nel PIAO debba avvenire in modo progressivo e graduale anche attraverso strumenti di tipo non normativo come il monitoraggio e la formazione.** Ciò anche al fine di "limitare all'essenziale il lavoro "verso l'interno" e valorizzare, invece, il lavoro che può produrre risultati utili "verso l'esterno", migliorando il servizio delle amministrazioni pubbliche. L'intento del legislatore è quello di evitare un'impostazione del PIAO quale mera giustapposizione di Piani assorbiti dal nuovo strumento e di arrivare ad una reingegnerizzazione dei processi delle attività, in cui gli stessi siano costantemente valutati sotto i diversi profili della performance e dell'anticorruzione, assistiti da adeguate risorse sia finanziarie che umane. Ciò ha riflessi anche sul modo di lavorare dei vari soggetti che contribuiscono alla predisposizione del PIAO, necessariamente improntato ad una maggiore collaborazione.

Il Piano nazionale anticorruzione (PNA) è stato approvato definitivamente dal Consiglio di Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) il 17 gennaio 2023 con la delibera del 17 gennaio 2023, n. 7 a seguito del parere della Conferenza Unificata reso il 21 dicembre 2022 e di quello del Comitato interministeriale reso il 12 gennaio 2023. Il PNA si colloca in una fase storica complessa. Una stagione di forti cambiamenti dovuti alle molte riforme connesse agli impegni assunti dall'Italia con il Piano nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) per superare il periodo di crisi derivante dalla pandemia, oggi reso ancor più problematico dagli eventi bellici in corso nell'Europa dell'Est. L'ingente flusso di denaro a disposizione, da una parte, e le deroghe alla legislazione ordinaria introdotte per esigenze di celerità della realizzazione di molti interventi, dall'altra, ad avviso

dell'Autorità, richiedono il rafforzamento dell'integrità pubblica e la programmazione di efficaci presidi di prevenzione della corruzione per evitare che i risultati attesi con l'attuazione del PNRR siano vanificati da eventi corruttivi, con ciò senza incidere sullo sforzo volto alla semplificazione e alla velocizzazione delle procedure amministrative. Gli impegni assunti con il PNRR coinvolgono direttamente le pubbliche amministrazioni, incidono in modo significativo sull'innovazione e l'organizzazione e riguardano, in modo peculiare, il settore dei contratti pubblici, ambito in cui preminente è l'intervento dell'ANAC. Il PNA è suddiviso in due parti:

- Una parte generale, volta supportare i RPCT e le amministrazioni nella pianificazione delle misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza alla luce delle modifiche normative sopra ricordate che hanno riguardato anche la prevenzione della corruzione e la trasparenza. L'ANAC è intervenuta con orientamenti finalizzati a supportare i RPCT nel loro importante ruolo di coordinatori della strategia della prevenzione della corruzione e, allo stesso tempo, cardini del collegamento fra la prevenzione della corruzione e le altre sezioni di cui si compone il PIAO, prime fra tutte quella della performance, in vista della realizzazione di obiettivi di valore pubblico.
- Una parte speciale, incentrata sulla disciplina derogatoria in materia di contratti pubblici a cui si è fatto frequente ricorso per far fronte all'emergenza pandemica e all'urgenza di realizzare interventi infrastrutturali di grande interesse per il Paese. Detta parte, pur delineata nel quadro del vigente Codice dei contratti pubblici, è prevalentemente ancorata ai principi generali di derivazione comunitaria contenuti nelle direttive. Proprio per la diffusione di numerose norme derogatorie, l'Autorità ha, innanzitutto, voluto offrire alle stazioni appaltanti un supporto nella individuazione di misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza agili ma allo stesso tempo utili ad evitare che l'urgenza degli interventi faciliti esperienze di cattiva amministrazione, propedeutiche a eventi corruttivi e a fenomeni criminali ad essi connessi.

La sottosezione di programmazione denominata "Rischi corruttivi e Trasparenza" costituisce un atto organizzativo fondamentale in cui è definita la strategia di prevenzione della corruzione dell'azienda, all'interno del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) introdotto dal D.L. n. 80/2021, quale documento di programmazione annuale unitario dell'Ente che integra e coordina tutti gli strumenti di pianificazione delle attività dalla Prevenzione della corruzione al Valore pubblico, all'Organizzazione del lavoro agile, ai Fabbisogni del personale, fino alla Performance. La presente sottosezione definisce 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.

La sottosezione dedicata all'anticorruzione contiene i seguenti capitoli specifici relativi alla:

- Analisi e valutazione di impatto del contesto esterno: per evidenziare se le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente, culturale, sociale ed economico nel quale l'azienda AST di Macerata si trova ad operare possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi;
- Analisi e valutazione di impatto del contesto interno: per evidenziare se la mission dell'azienda e/o la sua struttura organizzativa, sulla base delle informazioni di cui alla sezione "Organizzazione e Capitale Umano", possano influenzare l'esposizione al rischio corruttivo della stessa;
- mappatura dei processi sensibili al fine di identificare le criticità che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività stessa, espongono l'amministrazione a rischi corruttivi con focus sui processi per il raggiungimento degli obiettivi di performance volti a incrementare il valore pubblico;
- identificazione e valutazione dei rischi corruttivi potenziali e concreti (quindi analizzati e ponderati con esiti positivi);
- progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio, sia generali sia specifiche per contenere i rischi corruttivi individuati;
- monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure;
- programmazione dell'attuazione della trasparenza.

Si precisa che quest'ultima misura fondamentale di prevenzione della corruzione si inserisce in un contesto amministrativo caratterizzato da una riorganizzazione aziendale di tutte le attività, non solo dell'area Amministrativa-tecnico-logistica (ATL), ma anche dei processi sanitari e professionali relativamente alla **costituzione dal 01/01/2023 della AST di Macerata**.

Oltre a ciò si evidenzia che la funzione di Internal Audit e PAC Compliant con la contestuale adozione del Manuale dei controlli interni, approvato con Determina ASUR n. 671 del 21/11/2019 e l'approvazione dei piani annuali delle attività relative ai controlli interni, che dovrà essere rimodulata relativamente alla costituzione dal 01/01/2023 della AST di Macerata.

La stesura della presente sottosezione è avvenuta in continuità con il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) anni 2022-2024 ASUR, emanato in attuazione dell'ultimo Piano Nazionale Anticorruzione (PNA), adottato dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) quale aggiornamento dei Piani precedenti, con la Delibera n. 1064 del 13/11/2019, che integra in un unico atto tutte le indicazioni, integrandole con gli orientamenti maturati nel tempo, oggetto di appositi atti regolatori.

Nella redazione si è tenuto conto del Piano nazionale anticorruzione (Pna) approvato definitivamente dal Consiglio di Anac il 17 gennaio 2023 con la delibera del 17 gennaio 2023, n. 7 a seguito del parere della Conferenza Unificata

reso il 21 dicembre 2022 e di quello del Comitato interministeriale reso il 12 gennaio 2023.

Il PNA costituisce atto di indirizzo per l'applicazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, ai sensi dell'art. 1, co. 2 bis della L. n. 190/2012, soprattutto a seguito delle modifiche introdotte con il D.Lgs. n. 97/2016, che hanno fortemente inciso sul sistema di prevenzione della corruzione a livello istituzionale. Nell'elaborazione della strategia di prevenzione della corruzione sono stati presi in considerazione i seguenti fattori principali:

1. La mission istituzionale dell'Azienda;
2. La struttura organizzativa e la sua articolazione funzionale;
3. La metodologia utilizzata nello svolgimento del processo di gestione del rischio;
4. Le modalità di effettuazione del monitoraggio.

Definizione di Corruzione

Per corruzione si intende il caso di abuso da parte del dipendente del potere a lui affidato al fine di ottenere indebiti vantaggi privati. Ai fini dell'ambito di applicazione della legge 6 novembre 2012, n. 190, le situazioni rilevanti sono più estese della fattispecie penalistica che, come noto, è disciplinata negli artt. 318, 319 e 319 ter del C.P., e sono tali da comprendere non solo l'intera gamma dei delitti contro la pubblica amministrazione disciplinati nel titolo II, capo I, del Codice penale, ma anche le situazioni in cui – a prescindere dalla rilevanza penale – venga in evidenza un malfunzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni attribuite o dei compiti attribuiti, che possono rivestire carattere amministrativo, tecnico o sanitario.

Sia per le Convenzioni ONU che per le altre predisposte da organizzazioni internazionali (OCSE, Consiglio d'Europa) la corruzione consiste in comportamenti soggettivi impropri di un pubblico funzionario che, al fine di curare un interesse proprio o un interesse particolare di terzi, assuma o concorra all'adozione di una decisione pubblica, deviando in cambio di un vantaggio (economico o meno), dai propri doveri d'ufficio, cioè dalla cura imparziale dell'interesse pubblico affidatogli.

Occorre, pertanto, prendere in considerazione atti e comportamenti che, anche se non consistenti in specifici reati, contrastano con la necessaria cura dell'interesse pubblico e pregiudicano l'affidamento dei cittadini nell'imparzialità delle amministrazioni e dei soggetti che svolgono attività di pubblico interesse, comportando inefficienze, sprechi e scarsa qualità dei servizi resi.

- ✓ Per corruzione si intende l'abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato al fine di ottenerne vantaggi privati.
- ✓ Il potere è l'esercizio della funzione affidata al dipendente pubblico;
- ✓ Il soggetto è il dipendente pubblico cui è affidata la funzione (funzionario, medico, professionista...)

- ✓ L'abuso si ha quando il potere non è esercitato nei termini previsti dalla delega;
- ✓ Il vantaggio privato è un beneficio finanziario o di altra natura, non necessariamente personale, ma che può riguardare anche soggetto terzi cui il soggetto è legato in qualche modo (famiglia, amicizia, etc.)

La legge, pertanto, mira a scongiurare, attraverso approcci prognostici, anche il semplice atteggiamento corruttivo, ossia quei comportamenti che si traducono in una disorganizzazione amministrativa o in malfunzionamento dei procedimenti e che trovano la loro origine nell'intento di favorire qualcuno.

Al fine di comprendere la reale portata della norma, al concetto di "corruzione" deve affiancarsi quello di "vantaggio privato"; con tale termine, infatti, il legislatore non ha evidentemente inteso riferirsi ai meri benefici economici derivanti dall'abuso del potere, ma a qualsiasi tipo di utilità che al soggetto titolare di tale potere potrebbe derivare dal suo scorretto esercizio.

La Corte dei Conti ribadisce un ulteriore concetto importante:

"Si ha colpa in presenza di una Gestione della cosa pubblica organizzata confusamente, gestita in modo inefficiente, non responsabile e non responsabilizzata."

La responsabilità dei dirigenti responsabili degli uffici dell'amministrazione risulta rafforzata dall'art. 43 del D.Lgs. n. 33/2013 come novellato dal sopra citato D.Lgs. n. 97/2016, secondo il quale gli stessi:

- garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge;
- controllano ed assicurano la regolare attuazione dell'accesso civico sulla base di quanto stabilito dal decreto.

Nell'ambito dell'attività di controllo della completezza, chiarezza ed aggiornamento delle informazioni pubblicate in "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale, sono previsti obblighi di segnalazione da parte del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione che svolge anche le funzioni di Responsabile della Trasparenza all'organo di indirizzo politico, all'Organismo indipendente di valutazione (OIV), all'ANAC e, nei casi più gravi, all'ufficio di disciplina in casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione.

Organigramma e funzioni dell'AST di Macerata

L'organigramma e le funzioni della AST di Macerata sono descritti nella SEZIONE 3 - ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO, Sottosezione 3.1 - STRUTTURA ORGANIZZATIVA, a cui si fa espressamente rinvio.

Obiettivi strategici di prevenzione della corruzione e integrati con la Performance

Il contrasto e la prevenzione della corruzione sono funzionali alla qualità delle istituzioni e quindi **presupposto per la creazione di valore pubblico** anche inteso come valore riconosciuto da parte della collettività sull'attività dell'amministrazione in termini di utilità ed efficienza.

La piena riconoscibilità delle informazioni riguardanti tutti gli aspetti dell'organizzazione, degli indicatori relativi all'andamento gestionale, dei risultati raggiunti, della misurazione e valutazione svolta dagli organi competenti, permette ai cittadini di valutare in modo semplice l'operato dell'Ente. In tale ottica, la pubblicazione dei documenti relativi alla Performance rappresenta un ulteriore obiettivo della trasparenza.

L'art. 1, co. 8 della L. 190/2012 nonché l'art. 6 del D.L. n. 80/2021 prevedono che l'organo di indirizzo definisca gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale.

La sottosezione relativa alla Performance prevede il raccordo con la presente sottosezione, attraverso la previsione degli obiettivi strategici-gestionali in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione dell'AST di Macerata.

Obiettivo STRATEGICO legato all'anticorruzione, è quello di identificare le misure organizzative volte a ridurre e contenere il rischio di assunzione di decisioni non imparziali e di favorire il miglioramento continuo dell'organizzazione, delle relazioni e dei comportamenti affinando gli strumenti di analisi utili alla comprensione e adozione delle misure idonee a prevenire, scoprire ed affrontare fenomeni di "malamministrazione".

Come richiesto anche dal PNA 2022 di ANAC, il primo obiettivo che va posto è quello del valore pubblico secondo le indicazioni che sono contenute nel DM n. 132/2022. L'obiettivo della creazione di **valore pubblico** può essere raggiunto avendo chiaro che la prevenzione della corruzione e della trasparenza sono dimensioni del e per la creazione del valore pubblico, di natura trasversale per la realizzazione della missione istituzionale di ogni amministrazione o ente.

Tale obiettivo generale va poi declinato in obiettivi strategici di prevenzione della corruzione e della trasparenza, previsti come contenuto obbligatorio dei PTPCT, e, quindi, anche della presente sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO. Per favorire la creazione di valore pubblico, si prevedono i seguenti obiettivi strategici che riguardano anche la trasparenza:

- rafforzamento dell'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con riguardo alla gestione dei fondi del PNRR;
- revisione e miglioramento della regolamentazione interna;
- miglioramento continuo dell'informatizzazione dei flussi per alimentare la pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione trasparente";

- miglioramento dell'organizzazione dei flussi informativi e della comunicazione al proprio interno e verso l'esterno;
- incremento della formazione in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza e sulle regole di comportamento per il personale dell'ente anche ai fini della promozione del valore pubblico;
- miglioramento del ciclo della performance in una logica integrata (performance, trasparenza, anticorruzione);
- promozione di strumenti di condivisione di esperienze e buone pratiche (ad esempio costituzione/partecipazione a Reti di RPCT in ambito territoriale);
- consolidamento di un sistema di indicatori per monitorare l'attuazione della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO integrato nel sistema di misurazione e valutazione della performance;
- integrazione tra sistema di monitoraggio della sezione Anticorruzione e trasparenza del PIAO e il monitoraggio degli altri sistemi di controllo interni;
- miglioramento continuo della chiarezza e conoscibilità dall'esterno dei dati presenti nella sezione Amministrazione Trasparente;
- rafforzamento dell'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione, con riguardo alla gestione degli appalti pubblici e alla selezione del personale;
- coordinamento con il gruppo dei Responsabili della prevenzione della corruzione e della trasparenza delle aziende sanitarie toscane della strategia di prevenzione della corruzione con quella di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo;
- reingegnerizzazione dei processi e adozione di un modello che adotti una logica di gestione delle azioni risk management based.

Pertanto lo scopo è quello di pervenire ad un sistema di gestione di tali rischi partendo dal presupposto che l'attuazione delle misure di trasparenza e di prevenzione della corruzione, contenute nel PIAO 2022-2024 a cui si rimanda per i dettagli, siano il presupposto per poter perseguire gli altri obiettivi.

Si pone in evidenza che le misure si raggruppano nelle seguenti tipologie:

- CONTROLLO;
- TRASPARENZA;
- DEFINIZIONE E PROMOZIONE DELL'ETICA E DI STANDARD DI COMPORTAMENTO;
- REGOLAMENTAZIONE;
- SEMPLIFICAZIONE DI PROCESSI/PROCEDIMENTI;
- FORMAZIONE;
- SENSIBILIZZAZIONE E PARTECIPAZIONE;
- ROTAZIONE;
- SEGNALEZIONE E PROTEZIONE;
- DISCIPLINA DEL CONFLITTO DI INTERESSI;
- GESTIONE DEL PANTOUFLAGE.

In risposta alle analisi legate alla mappatura dei processi del PNA 2022, le misure individuate nella presente Sezione assumono carattere di PRE-REQUISITO per accedere alla valutazione delle performances individuali nella parte che apprezza il valore del comportamento e delle competenze organizzative.

Le azioni sono specificate ai paragrafi relativi agli "obiettivi strategici e specifici", ai sensi dell'art. 1, co. 8 della L. 190/2012, al fine di garantire la coerenza e l'effettiva sostenibilità degli obiettivi posti. Tali obiettivi, assegnati a tutti i dirigenti, consistono nella realizzazione delle seguenti attività:

- ✓ Adempimento degli obblighi di pubblicazione di competenza previsti dalla Griglia approvata (almeno il 95% degli adempimenti di competenza);
- ✓ Verifica indicatori di monitoraggio e stato dell'arte della pubblicazione dei dati sulla sezione "Amministrazione Trasparente" (invio report 1° semestre entro il 31/07/23 e report 2° semestre entro il 31/01/2024);
- ✓ Trasmissione Relazione annuale del Referente sull'attività svolta (**provvisoriamente** rif. Determina n. 55/2018) entro il 15/11/2023;
- ✓ Aggiornamento della tabella dei rischi e invio questionari per la mappatura dei processi per l'anno successivo (invio modifiche alla tabella e questionari per la mappatura entro il 15/12/2023);
- ✓ Invio scheda ANAC compilata con i dati per la predisposizione della Relazione annuale del RPCT entro il 15/01/2024.

Inoltre la scheda di valutazione della performance individuale per la dirigenza di strutture complesse e dipartimentali prevede la verifica del rispetto degli obblighi di trasparenza, di pubblicazione, di collaborazione con il RPCT e delle norme in materia di anticorruzione.

In linea a quanto previsto dal PNA 2019 e PNA 2022, la AST di Macerata per la gestione dei rischi corruttivi ma anche di mal amministrazione ha seguito le classiche fasi di individuazione e soluzione dei rischi trattati:

Fase 1 Analisi del contesto:

- contesto esterno
- contesto interno

Fase 2 Mappatura Processi e Valutazione del rischio:

- mappatura dei processi
- identificazione del rischio
- analisi del rischio
- ponderazione del rischio

Fase 3 Trattamento del rischio:

- identificazione delle misure
- programmazione delle misure

2.3.1 Valutazione di impatto del contesto esterno

Le fonti e la normativa

Nell'analisi della presente sezione le fonti dati di riferimento sono state prese in considerazione:

- Raffaele Cantone, Mafie, corruzione e pubbliche amministrazioni
https://www.giustizia.it/cmsresources/cms/documents/Tavolo_4_Mafie_corruzione_e_pubbliche_amministrazioni.pdf
- Libera, Mafie e Covid: fatti l'uno per l'altro https://www.libera.it/schede-1524-mafie_e_covid_fatti_l_uno_per_l_altro
- Banca d'Italia, La corruzione e la mafia: una lunga storia
<https://www.bancaditalia.it/pubblicazioni/interventi-vari/int-var-2022/Trequattrini-29042022.pdf>
- Progetto "Misurazione del rischio di corruzione a livello territoriale e promozione della trasparenza"
<http://www.pongovernance1420.gov.it/it/progetto/misurazione-del-rischio-di-corruzione-a-livello-territoriale-e-promozione-della-trasparenza/>;
- ANAC Rapporto quadrimestrale sul mercato dei contratti pubblici
(<https://www.anticorruzione.it/-/rapporto-quadrimestrale-sul-mercato-dei-contratti-pubblici-2022>);
- Audizione del Presidente Giuseppe Busia: "Proposta di Piano nazionale di ripresa e resilienza – PNRR" - 5^a e 14^a Commissione del Senato della Repubblica;
- ANAC Relazione ANAC al Parlamento 23/06/2022;
- Portale ANAC Come misurare la corruzione
<https://www.anticorruzione.it/il-progetto>

Il documento non si configura come un'attività compiuta, con un termine di completamento finale, bensì con un ventaglio di strumenti finalizzati alla prevenzione che vengono progressivamente affinati, modificati, perfezionati o sostituiti in relazione al feedback ottenuto dalla loro applicazione, anche nella soppressa ASUR.

La legge 190/2012 disciplina i contenuti dei Piani (art. 1, comma 9) da adottare dagli enti pubblici con particolare riferimento ai seguenti aspetti:

- individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione, anche raccogliendo le proposte dei dirigenti, elaborati nell'esercizio delle competenze previste dal decreto legislativo n. 165 del 30 marzo 2001;
- previsione, per le attività individuate a rischio di corruzione, di meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni, idonei a prevenire il rischio di corruzione;
- previsione di obblighi di informazione nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione, chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano;

- monitoraggio del rispetto dei termini previsti dalla legge o dai regolamenti per la conclusione dei procedimenti;
- monitoraggio dei rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra titolari, amministratori, soci e dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'amministrazione;
- individuazione di specifici obblighi di trasparenza

Il sistema, così delineato, ha trovato il suo completamento nei decreti attuativi riferiti al rapporto tra dipendente pubblico/ente/cittadino:

- ✓ D.Lgs. n. 39 del 08/04/2013 recante "Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1, commi 49 e 50, L. 190/12;
- ✓ D.Lgs. n. 33 del 14/03/2013 sul "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità trasparenza e diffusione dell'informazione da parte delle pubbliche amministrazioni";
- ✓ Decreto Presidente Repubblica n. 62 del 16/04/2013 "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'art. 54 del D.Lgs. 30/03/2001, n. 165";
- ✓ Decreto Legislativo n. 97 del 25/05/2016 "Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della L. 190/2012 e del D.Lgs. 33/2013, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche.";
- ✓ Legge n. 179 del 30/11/2017 "Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato.".

Ulteriori strumenti legislativi di riferimento:

- ✓ Decreto Legislativo n. 165 del 30/03/2001 recante "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche";
- ✓ Regolamento Europeo Privacy – GDPR 2018 che aggiorna il Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003;
- ✓ Decreto Legislativo n. 150 del 27/10/2009 "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n.15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni";
- ✓ D.P.C.M. del 16/01/2013 "Istituzione del Comitato interministeriale per la prevenzione e il contrasto della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";

- ✓ Circolare n. 1 del 25/01/2013 Presidenza Consiglio dei Ministri-Dipartimento della Funzione Pubblica, avente ad oggetto: "Legge n. 190 del 2012 - Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";
- ✓ Linee di indirizzo per la predisposizione del Piano Nazionale Anticorruzione del "Comitato Interministeriale per la prevenzione e il contrasto della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" del 13/03/2013;
- ✓ Articoli da 318 a 322 del Codice Penale Italiano.

L'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), ad integrazione del sistema, ha approvato – quali presupposti per gli adempimenti delle pubbliche amministrazioni:

- ✓ il Piano Nazionale Anticorruzione (PNA), Delibera CIVIT n. 72 dell'11/09/2013;
- ✓ l'Aggiornamento 2015 al PNA, Determinazione ANAC n. 12 del 28/10/2015;
- ✓ l'Aggiornamento 2016 del PNA, Delibera ANAC n. 831 del 03/08/2016;
- ✓ l'Aggiornamento 2017 del PNA, Delibera ANAC n. 1208 del 22/11/2017;
- ✓ l'Aggiornamento 2018 del PNA, Delibera ANAC n. 1074 del 21/11/2018;
- ✓ l'Aggiornamento 2019 del PNA, Delibera ANAC n. 1064 del 13/11/2019;
- ✓ **l'Aggiornamento 2022 del PNA, Delibera ANAC n. 7 del 17/01/2023;**
- ✓ le Linee guida in materia di Codici di Comportamento delle pubbliche amministrazioni, Delibera ANAC n. 75 del 24/10/2013;
- ✓ le Linee Guida per l'adozione dei Codici di Comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale, Delibera ANAC n. 358 del 29/03/2017;
- ✓ l'interpretazione e l'applicazione del decreto legislativo n. 39/2013 nel settore sanitario, Delibera ANAC n. 149 del 22/12/2014;
- ✓ le Linee guida in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza da parte delle società e degli enti di diritto privato controllati e partecipati dalle PP.AA., Determinazione n. 8/2015;
- ✓ le Linee guida in materia di tutela del whistleblower, Determinazione n. 6 del 28/04/2015;
- ✓ le Linee guida in materia di trasparenza e attestazioni OIV, Delibera n. 141/2018;
- ✓ le Linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità ed incompatibilità del RPC e di vigilanza e poteri di accertamento dell'ANAC, Determinazione ANAC n. 833 del 03/08/2016;
- ✓ le Linee guida in materia di contratti pubblici per l'attuazione del D.Lgs. 18/04/2016, n. 50, aggiornato con il D.Lgs. 19/04/2017 n. 56;

- ✓ le Linee guida sugli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni di cui al D.Lgs. 33/2013 (Delibera n. 1310 del 28/12/2016);
- ✓ le Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui all'art. 5, co. 2 del D.Lgs. 33/2013 (Delibera n. 1309 del 28/12/2016);
- ✓ le Linee guida sulla tracciabilità dei flussi finanziari ai sensi dell'art. 3 della L. 136/2010 -aggiornamento determinazione n. 4/2011 al D.Lgs. 56/2017 (Delibera n. 556 del 31/05/2017);
- ✓ le "Nuove linee guida per l'attuazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza da parte delle società e degli enti di diritto privato controllati e partecipati dalle PP.AA. e degli enti pubblici economici" (Delibera 1134 dell'8/11/2017);
- ✓ le Linee guida n. 12 Affidamento dei servizi legali - Delibera numero 907 del 24 ottobre 2018;
- ✓ le Linee guida in materia di Codici di comportamento delle amministrazioni pubbliche, approvate con delibera n. 177 del 19 febbraio 2020;
- ✓ la Disciplina sanzionatoria in materia di trasparenza: Individuazione dell'autorità amministrativa competente all'irrogazione delle sanzioni relative alla violazione di specifici obblighi di trasparenza (art. 47 del d.lgs. 33/2013) - Delibera n. 10 del 21/01/2015;
- ✓ il Regolamento ANAC del 14/07/2015 in materia di esercizio del potere sanzionatorio ai sensi dell'articolo 47 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33;
- ✓ il Regolamento ANAC del 29/03/2017 sull'esercizio dell'attività di vigilanza sul rispetto degli obblighi di pubblicazione di cui al decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33;
- ✓ il Regolamento ANAC del 07/12/2018 per l'esercizio della funzione consultiva svolta dall'ANAC ai sensi della L. n. 190/2012, e decreti attuativi e ai sensi del D.Lgs n. 50/2016.

La Corruzione in Sanità

La salute è un bene prezioso. È un bene fondamentale per la persona e per la collettività. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità la salute è uno "stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente un'assenza di malattia o di infermità". Una definizione ampia, che supera il dualismo concettuale 'malattia-salute' e guarda allo stato di benessere di un individuo o di una popolazione come non unicamente correlato all'intervento sanitario.

La Dichiarazione Universale dei diritti dell'uomo delle Nazioni Unite all'art. 25 afferma: *"Ogni individuo ha diritto ad un tenore di vita sufficiente a garantire la salute e il benessere proprio e della sua famiglia, con particolare riguardo all'alimentazione, al vestiario, all'abitazione e alle cure mediche e ai servizi*

sociali necessari". Anche in questo caso un'affermazione impegnativa, che vede nella salute e nel benessere uno degli obiettivi più qualificanti da perseguire a livello individuale e collettivo. La salute è un bene che va preservato da ogni contaminazione e da ogni opacità. È un bene "di tutti e di ciascuno", "di cui tutti godono e a cui tutti concorrono"; "un bene che trascende e insieme comprende quello delle singole persone". In questo senso potrebbe essere considerato un "bene comune", come l'aria, l'acqua, la conoscenza, il territorio e il paesaggio.

Un bene che, per natura e per conseguenze, si intreccia con alcuni diritti sociali (l'istruzione, il lavoro) e alcuni diritti di libertà (personale, di stampa, di circolazione, di riunione), favorendone il godimento; un bene che ha a che fare con le persone (e le comunità) e che comporta l'assunzione di una responsabilità sociale da parte della collettività che, in modo attivo, difende, tutela e promuove la salute. Secondo l'ONU, la sanità è uno dei settori dell'economia legale maggiormente interessati dalla corruzione.

La corruzione prospera nella combinazione tra "questione morale" e "opportunità criminali", che proprio nella sanità sono maggiorate da elementi peculiari di settore che facilitano il reato o perlomeno riducono le capacità di controllo previste dal sistema.

In Italia, la Corte dei Conti certifica che nel settore sanitario "si intrecciano con sorprendente facilità veri e propri episodi di malaffare con aspetti di cattiva gestione, talvolta favoriti dalla carenza dei sistemi di controllo" (Ristuccia 2011, 128-129).

Il fenomeno corruttivo a livello regionale

"Le Marche - ha detto il procuratore generale della Corte d'Appello di Ancona Sergio Sottani - sono una regione sana e proprio per questo c'è il rischio che non vengano percepite le infiltrazioni mafiose che pure ci sono e che hanno visto anche condanne. Non possono più considerarsi un'isola felice, rappresentano una nuova frontiera per la criminalità organizzata, che ha la sua forza nella capacità di corruzione e di mimetizzarsi dietro al denaro. La mafia si manifesta oggi in forme diverse, è diventata produttrice di beni e servizi, bisogna fare attenzione non solo ai traffici di denaro ma anche di merci. In questa regione c'è un aumento spaventoso del consumo di stupefacenti, e chi è che li offre, se non le associazioni mafiose? Vanno tracciati sempre più i flussi di denaro, con maggiori controlli anche al mondo degli appalti". Ha poi aggiunto: "Questa regione ha molti collaboratori di giustizia, questo è fondamentale per la lotta alla mafia, ma va innalzato il livello di attenzione"

Come sottolineato dal procuratore della Repubblica di Ancona Monica Garulli, "qualsiasi operato necessita di strutture per rendere efficace l'azione, nella Procura di Ancona c'è una scopertura di organico del 40%, con una situazione di sofferenza anche per le forze dell'ordine. L'assenza di mezzi crea problemi all'azione di contrasto, bisogna avere risorse per poter lavorare. Il principale

settore di intervento nelle Marche è il riciclaggio, non si respira un radicamento stabile di gruppi, ma le indagini attestano la presenza di soggetti contigui ad associazioni criminose che possono favorire il reimpiego di capitali illeciti. In conseguenza alla crisi economica, il tessuto di piccole e medie imprese espone questo territorio ad una condizione di vulnerabilità, di spoliamento. La situazione tipica è quella del soggetto che sta per fallire e che si affida ad una organizzazione criminale. Particolare attenzione va anche alla ricostruzione post sismica". Il primo antidoto contro la criminalità organizzata resta la cultura della legalità, questo è il prezioso tesoro del nostro tessuto sociale, nell'ambito del quale nessuno si azzarderà ad instaurare il metodo mafioso, che ha i suoi perni nell'intimidazione, nell'assoggettamento e nell'omertà, perché questo è un territorio che non appena riceve minacce di tipo mafioso si precipita a denunciare. Ma se la permeabilità della criminalità organizzata non è nel metodo mafioso, può annidarsi invece nei fenomeni economici, nel riciclaggio di capitali provenienti da operazioni illecite. Bisogna fare attenzione alle sirene delle cessioni vantaggiose di attività esistenti, all'accoglimento di soci che si presentano con disponibilità finanziarie, ai fenomeni delle insolvenze". E' quanto evidenziato dal procuratore della Repubblica di Pesaro Cristina Tedeschini nell'incontro pubblico "Le criminalità organizzate nelle Marche".
<https://www.provincia.pu.it/novita/visualizza/contenuto/nelle-marche-la-criminalita-organizzata-puo-annidarsi-nel-tessuto-economico>

Situazione economica del contesto esterno

Le condizioni socio-economiche sono considerate tra i più potenti determinanti di salute di una popolazione: l'evidenza scientifica prodotta negli ultimi decenni in diversi Paesi ha concordemente dimostrato come la scarsa istruzione, la disoccupazione e le conseguenti modeste risorse economiche delle famiglie siano associate a stili di vita scadenti i quali, a loro volta, aumentano il rischio di raggiungere livelli di salute insoddisfacenti.

La Regione è direttamente protagonista dell'attività direzionale preordinata all'erogazione dei servizi sanitari, mentre A.S.L. ed Ospedali assumono un ruolo subordinato. Tra le attività più significative che la Regione Marche svolge in materia di sanità, vi sono:

- la predisposizione del Piano Sanitario Regionale (P.S.R.), il più importante strumento di governo del sistema sanitario regionale;
- la definizione delle modalità di finanziamento delle Aziende Sanitarie pubbliche operanti sul territorio regionale;
- la nomina e revoca del Direttore generale delle Aziende Sanitarie pubbliche;
- la designazione dei componenti del Collegio sindacale di A.S.L. e Aziende Ospedaliere;
- la disciplina della procedura di accreditamento delle strutture sanitarie;
- la costituzione e la disciplina delle Agenzie regionali per la sanità.

La Giunta regionale adotta ogni atto necessario a portare a compimento il processo di riorganizzazione, anche con riferimento all'esigenza di implementare e armonizzare i sistemi informativi, assicurando la continuità dell'erogazione delle prestazioni sanitarie.

I soggetti che interagiscono con l'AST di Macerata

L'Azienda sanitaria territoriale di Macerata si relaziona in maniera diffusa, con la pluralità di cittadini, in quanto destinataria di richieste da parte di tutta la popolazione residente nel territorio di riferimento.

Oltre a ciò le istituzioni con cui si interfaccia sono principalmente le pubbliche amministrazioni, la Regione Marche, le altre Aziende Sanitarie Territoriali della Regione Marche, l'Azienda ospedaliero-universitaria delle Marche, l'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (INRCA) di Ancona, le Organizzazioni sindacali, gli Ordini professionali e tutte gli organismi di vigilanza e controllo (Corte dei Conti, Procura della Repubblica, forze armate, Polizia e Carabinieri...) oltre alle Università e Scuole di ogni ordine e grado.

Fondamentali nell'esercizio delle funzioni sanitarie i rapporti con le strutture private accreditate sia sanitarie sia socio-sanitarie.

2.3.2 Valutazione di impatto del contesto interno

Il processo di elaborazione della prevenzione della corruzione: soggetti interni, ruoli e responsabilità

La centralità del RPCT ed il nuovo ruolo proattivo

Pur essendo la AST di Macerata una amministrazione "nuova" (costituita a partire dal 01/01/2023) **la redazione del PIAO e della sezione rischi corruttivi e trasparenza non viene affrontata quale mero adempimento burocratico, comunque il presente piano dovrà essere aggiornato anche in funzione della definizione dell'assetto aziendale in divenire**, perciò dovranno essere svolte tutte le attività amministrative connesse, volte a consentire al RPCT di assicurare la corretta applicazione, e/o revisione e/o integrazione del documento di programmazione delle attività di prevenzione della corruzione e di adottare le azioni ed iniziative necessarie a garantire la coerenza e correttezza dell'azione aziendale rispetto agli obblighi di legge.

Il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT) si colloca quale riferimento centrale nell'ambito della normativa sulla prevenzione della corruzione e della trasparenza (determina ANAC n. 12 del 28/10/2015). La Delibera ANAC n. 831/2016 conferma tale ruolo e prevede per tale figura la necessità di una struttura organizzativa dotata di adeguate risorse umane, finanziarie e tecnologiche.

Nella Delibera ANAC n. 1208/2017 si ribadisce quanto già espresso nell'aggiornamento 2016 al PNA sul ruolo e funzioni del RPCT; nella Delibera n. 1074/2018 e più recentemente con Delibera n. 1064/2019 sono state date ulteriori indicazioni interpretative e operative con particolare riferimento ai poteri

di verifica, controllo e istruttori del RPCT nel caso rilevi o siano segnalati casi di presunta corruzione (si veda anche la Delibera ANAC n. 840 del 02/10/2018). Inoltre, con Delibera n. 657 del 18/07/2018, è stato approvato il Regolamento sull'intervento dell'ANAC per il riesame dei provvedimenti di revoca o di altre misure discriminatorie nei confronti del RPCT.

Nella legge n. 190/2012, come aggiornata dal D.Lgs. 97/2016, sono stati succintamente definiti i poteri del RPCT nella sua interlocuzione con gli altri soggetti interni all'amministrazione, nonché nella sua attività di vigilanza sull'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione. In particolare segnala all'organo di indirizzo e all'OIV le disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza e indica agli uffici competenti all'esercizio dell'azione disciplinare i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza. Eventuali misure discriminatorie, dirette o indirette, nei confronti del RPCT per motivi collegati, direttamente o indirettamente, allo svolgimento delle sue funzioni devono essere segnalate all'Autorità nazionale anticorruzione, che può chiedere informazioni all'organo di indirizzo e intervenire nelle forme di cui al co. 3, art. 15, d.lgs. n. 39/2013.

Il Commissario Straordinario, con nota 2175222 del 13/01/2023, ha nominato con effetto immediato la dott.ssa Martina Orlandi come RPCT.

Non sono ancora stati individuati i referenti a livello aziendale per il supporto al RPCT, per l'espletamento delle attività di riconciliazione dati ed informazioni, reportistica, raccordo dei flussi informativi, monitoraggio, formazione specifica ed organizzazione di relativi eventi formativi e di aggiornamento.

Il programma formativo, con particolare riferimento alle materie del risk management e della comunicazione, per RPCT e gruppo individuato, sarà finalizzato a fornire allo stesso RPCT, nella prospettiva di una maggiore professionalizzazione di tale ruolo, tutti gli elementi conoscitivi e le competenze necessarie con riguardo ai metodi e agli strumenti di gestione del rischio corruttivo

Nuova forma di monitoraggio introdotta dal legislatore è il monitoraggio integrato e permanente delle sezioni che costituiscono il PIAO. La nuova disciplina, prevede una apposita sezione "Monitoraggio" ove vanno indicati:

- gli strumenti e le modalità di monitoraggio, incluse le rilevazioni di soddisfazione degli utenti, di tutte le sezioni;
- i soggetti responsabili.

Tale monitoraggio pone le condizioni per verificare la sostenibilità degli obiettivi organizzativi e delle scelte di pianificazione fatte nel PIAO, volti al raggiungimento del valore pubblico.

Ognuno dei responsabili, per la propria parte, verifica quanto degli obiettivi programmati, per la sezione che segue, sia stato realizzato e l'adeguatezza della realizzazione degli obiettivi medesimi e condivide gli esiti delle verifiche con gli

altri responsabili. Alla cabina di regia per il monitoraggio cui partecipano in posizione di parità assoluta tra loro i Responsabili delle varie sezioni del PIAO. I Responsabili non si limitano alla parte di propria competenza del PIAO ma ognuno aiuta e coadiuva l'altro per la realizzazione di una effettiva ed efficace sinergia di lavoro e raccordo costruttivo, fatta di continui confronti, aggiornamenti, scambi di buone pratiche e criticità. Il RPCT avrà cura di raccordare la sezione anticorruzione e trasparenza alle altre sezioni del PIAO e di allineare, per quanto possibile, le mappature dei processi in vista di mappature uniche.

Poteri di interlocuzione e di controllo

All'art. 1 co. 9, lett. c) della legge n. 190/2012 è disposto che siano previsti «obblighi di informazione nei confronti del RPC chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano».

Tali obblighi informativi ricadono su tutti i soggetti coinvolti, già nella fase di formazione del Piano e, poi, nelle fasi di verifica del suo funzionamento e dell'attuazione delle misure adottate.

Utile, certamente, è anche l'introduzione nel Codice di comportamento ASUR (vigente nelle more della definizione di un proprio codice come AST di Macerata) dello specifico dovere di collaborare attivamente con il RPCT, dovere la cui violazione deve essere ritenuta particolarmente grave in sede di responsabilità disciplinare.

È imprescindibile, infatti, un forte coinvolgimento dell'intera struttura in tutte le fasi di predisposizione e soprattutto di attuazione delle misure anticorruzione.

Con Regolamento dell'ANAC approvato con determina n. 330 del 29/03/2018, sono state chiarite le modalità di interlocuzione dell'Autorità con il RPCT, prevedendo la collaborazione attiva nelle varie fasi dei procedimenti di vigilanza avviate, ai sensi dell'art. 1, co. 2, lett. f) della L. 190/2012.

Con il presente documento viene assicurata una maggiore attenzione alla responsabilità disciplinare dei dipendenti, attivabile dal RPCT e dalla Direzione Generale, in caso di mancata collaborazione con il RPCT nelle varie fasi di predisposizione e attuazione dei documenti, del Codice di Comportamento e della pubblicazione dei dati obbligatori previsti dalla normativa vigente in materia anticorruzione e trasparenza.

Ai sensi del PNA2022, tra le attività svolte dal RPCT e dei poteri ad esse connessi:

- alla vigilanza sull'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e in materia di trasparenza;
- ai compiti ai sensi della disciplina sul whistleblowing;
- alle attribuzioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi;
- ai compiti e poteri in materia di Anagrafe unica delle stazioni appaltanti (AUSA) e di contrasto al riciclaggio

Per la fase relativa al monitoraggio, revisione e adozione del presente documento, la responsabilità delle azioni procedurali è condivisa, attraverso il coordinamento del RPCT, con:

- i Dirigenti di tutte le strutture della AST;
- i Responsabili dei centri di costo, più esposti a rischio di reato ex art. 1 c.75 L. 190/2012;
- le Direzioni dei dipartimenti ed i Referenti per la Trasparenza e Anticorruzione **(nelle more della ridefinizione del nuovo assetto della AST e comunque anche oltre per tutti i dati e i fatti verificatesi fino al 31/12/2022, il RPCT ha la disponibilità dei referenti individuati per la Area Vasta di Macerata);**
- le Direzioni Sanitarie dei Distretti Sanitari e dei Presidi Ospedalieri.

Sono inoltre imposti tempi di reportistica su richiesta del RPCT che, in carenza rappresentano responsabilità disciplinare in capo a:

- i Dirigenti di tutte le strutture della AST;
- i Responsabili dei centri di costo, più esposti a rischio di reato ex art.1 c.75 L. 190/2012;
- le Direzioni Sanitarie dei Distretti Sanitari e dei Presidi Ospedalieri;
- i Dirigenti Sanitari e Dirigenti P.T.A.;
- i titolari di Posizioni Organizzative;
- i funzionari ed impiegati afferenti a tutte le strutture coinvolte nel percorso di adeguamento alla normativa.

Supporto conoscitivo e operativo al RPCT

L'interlocuzione con gli uffici e la disponibilità di elementi conoscitivi idonei non sono condizioni sufficienti per garantire una migliore qualità della programmazione delle attività anticorruzione. Occorre che il RPCT sia dotato di una struttura organizzativa di supporto adeguata, per qualità del personale e mezzi tecnici, al compito da svolgere (Circolare n. 1/2013, PNA 2015 par. 4 e 2016 par. 2), da costituire presso la AST di Macerata.

Referenti del RPCT

Oltre al Responsabile aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza, tenuto conto delle indicazioni previste nella Circolare n. 1/2013 del Dipartimento della Funzione Pubblica, e vista:

- la situazione attuale quale azienda neocostituita, che dovrà dotarsi di una nuova organizzazione e di un atto aziendale;
- la particolare complessità della struttura organizzativa della appena disciolta ASUR, comunque responsabile e referente per quanto avvenuto fino al 31/12/2022

la AST di Macerata potrà dotare il RPCT di un ufficio appositamente dedicato al supporto del RPCT, con adeguato personale, risorse strumentali e finanziarie.

COMPITI DEI REFERENTI DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA - struttura organizzativa di supporto

I Referenti (da individuarsi quale struttura di supporto) sono chiamati a concorrere, insieme al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione e controllarne il rispetto da parte dei propri dipendenti, a fornire le informazioni richieste per l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione e a formulare specifiche proposte volte alla prevenzione del rischio medesimo e al monitoraggio delle dette attività. Rispetto agli obiettivi di prevenzione della corruzione, i Referenti, per l'area di rispettiva competenza:

- sono tenuti al rispetto degli obblighi previsti dalla legge anticorruzione e successivi provvedimenti attuativi;
- svolgono attività informativa nei confronti del Responsabile affinché questi abbia elementi e riscontri sull'intera attività dell'Azienda;
- coadiuvano il Responsabile nel monitoraggio del rispetto delle previsioni del presente documento da parte delle strutture/ dirigenti/personale di appartenenza;
- segnalano al Responsabile ogni esigenza di modifica, in caso di accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero di intervenuti mutamenti nell'attività/assetto organizzativo delle strutture di appartenenza;
- osservano le misure contenute nella presente programmazione (art. 1, co.14, L. 190/2012).

I Referenti, per l'area di rispettiva competenza, hanno l'obbligo:

- di presentare al Responsabile con cadenza annuale (entro il 15 novembre di ogni anno) una relazione riportante le risultanze dell'attività di verifica dell'efficacia delle misure già poste in essere per prevenire i fenomeni corruttivi;
- di presentare al Responsabile una relazione annuale (entro il 15 novembre), che sulla base dei monitoraggi periodici eseguiti durante l'anno che attesti il rispetto dei tempi di conclusione e la correttezza dei procedimenti amministrativi di competenza e, in caso di inosservanza, le connesse motivazioni, nonché l'indicazione di ogni criticità eventualmente affrontata e ogni fattispecie per cui sia ravvisata la necessità di segnalazione;
- di indicare al Responsabile, i dipendenti operanti nei settori maggiormente a rischio da avviare a specifici percorsi formativi (art. 1 c. 5 L.190/2012);
- di fornire al Responsabile tutte le informazioni necessarie per permettere la vigilanza dell'osservanza delle misure previste;

- di evidenziare l'attività svolta specificandone modalità e contenuti in merito alle verifiche in materia di incompatibilità e inconfiribilità ed alle azioni intraprese.

Rispetto agli obiettivi di trasparenza, in generale tutti i Referenti sono tenuti ad assicurare il miglioramento continuo dei flussi comunicativi all'interno della propria struttura, garantendo il rispetto dei tempi e/o scadenze di pubblicazione e diffondendo in modo capillare la cultura della "trasparenza".

COMPITI DEI REFERENTI SPECIFICAMENTE INDIVIDUATI PER GLI ADEMPIMENTI IN MATERIA DI TRASPARENZA

I Referenti in materia di Trasparenza (da individuarsi quale struttura di supporto), svolgono attività informativa nei confronti del RPCT, affinché questi abbia elementi e riscontri volti ad assicurare l'attuazione delle misure previste ed all'aggiornamento dello stesso; in particolare:

- assicurano in tale contesto unitariamente e organicamente considerato, la coerente e puntuale osservanza delle prescrizioni in materia di trasparenza dell'attività amministrativa;
- svolgono attività di impulso, monitoraggio e verifica dell'andamento delle attività con specifico riferimento al flusso delle informazioni da pubblicare nonché sulla corretta e puntuale pubblicazione dei dati;
- sono responsabili della trasmissione dei dati quando venga esplicitamente richiesta, da parte dell'RPCT, ove necessario, un'elaborazione coordinata dei dati e delle informazioni oggetto di pubblicazione;
- presentano al Responsabile con cadenza annuale (entro il 15 novembre di ogni anno) una relazione riportante le risultanze dell'attività di verifica dell'avvenuto adempimento degli obblighi di pubblicazione e che attesti il rispetto dei tempi e le criticità eventualmente affrontate ed ogni fattispecie per cui sia ravvisata la necessità di segnalazione;
- ai sensi del Regolamento aziendale in materia di accesso documentale, accesso civico e accesso civico generalizzato, approvato con Determina n. 778/2017 e aggiornato con successivo atto n. 689 del 26/11/2018, i Referenti sono coinvolti al fine di coinvolgere per garantire il corretto e tempestivo adempimento delle disposizioni previste nel richiamato Regolamento.

CABINA DI REGIA

Al fine di garantire un ulteriore supporto all'RPCT, sarà costituita una "cabina di regia permanente per la prevenzione della corruzione e la trasparenza ed il monitoraggio integrato del PIAO" che assolve alle seguenti funzioni:

- di raccordo sui temi e sugli adempimenti relativi alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza per realizzare un circuito di coordinamento tra le varie articolazioni organizzative;
- di armonizzazione delle attività di prevenzione della corruzione e di trasparenza con i principali documenti di programmazione dell'amministrazione ed in primo luogo con la sottosezione di programmazione della Performance;
- analisi delle criticità ed elaborazione delle proposte di risoluzione delle stesse;
- **MONITORAGGIO INTEGRATO TRA LE SEZIONI DEL PIAO.**

La cabina di regia assolve alle proprie funzioni mediante incontri di informazione/formazione e di confronto tra i suoi componenti o gruppi di essi sulla base della pianificazione di attività concordata nella prima riunione e fatta salva la possibilità di convocazione volta per volta, a cura dell'RPCT, qualora ne emerga la necessità in relazione a specifiche problematiche/criticità.

Delle riunioni e degli incontri viene dato atto in apposito verbale con funzione proattiva e propositiva rispetto alle iniziative e le azioni da intraprendere ed alle soluzioni alle problematiche e criticità rilevate.

DIRETTORI DI DIPARTIMENTO E DI STRUTTURA

L'efficacia del sistema di prevenzione della corruzione e della trasparenza di ogni ente dipende in gran parte dal reale coinvolgimento di tutti coloro che operano nell'amministrazione e dalla possibilità che si realizzino significative interlocuzioni con il RPCT che del sistema predetto è il principale coordinatore.

Il ruolo di coordinamento del RPCT, infatti, non deve in nessun caso essere interpretato come una deresponsabilizzazione degli altri soggetti, in particolare dei responsabili delle unità organizzative, in merito allo svolgimento del processo di gestione del rischio.

I Direttori assolvono la funzione di Referenti aziendali per l'intero ambito afferente la propria struttura e sono tenuti a garantire il relativo supporto operativo affinché i Referenti possano assolvere agli obblighi informativi/di collaborazione verso l'RPCT, in materia di Anticorruzione e Trasparenza.

MECCANISMI DI RACCORDO E COMUNICAZIONE

Il meccanismo di raccordo tra il RPCT, i Referenti e la Cabina di Regia è assicurato da un sistema di comunicazione/informazione, da realizzarsi con riunioni periodiche da programmare a cura del RPCT, con scambi di email o note informative, nell'ambito delle quali verrà relazionato sull'assolvimento dei rispetti compiti.

RAPPORTI CON I DIPENDENTI

Il coinvolgimento di tutto il personale in servizio è decisivo per la qualità del PTPCT o della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO e delle relative misure, così come per un'ampia condivisione dell'obiettivo di fondo della prevenzione della corruzione e dei valori che sono alla base del Codice di comportamento dell'amministrazione.

RESPONSABILITA'

I Referenti delle Prevenzione delle Corruzione e della Trasparenza per il mancato assolvimento degli adempimenti innanzi previsti rispondono a titolo di responsabilità dirigenziale e di responsabilità disciplinare. Il capitolo relativo alla programmazione dell'attuazione della Trasparenza riporta, in forma tabellare, i nominativi e le strutture responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati nel link "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale, per le parti di rispettiva competenza e garantisce:

- un adeguato livello di trasparenza, sulla base delle Linee Guida elaborate sia dalla ex CIVIT sia dall'ANAC (Delibere nn. 105/2010, 2/2012, 50/2013, 146/2014, 43/2016, 1309/2016, 213/2020; 294/2021);
- la legalità e lo sviluppo della cultura dell'integrità.

In via provvisoria, fino alla definizione dell'assetto della nuova AST di Macerata, ci si avvale della valutazione delle aree a maggior rischio-reato eseguita dalla disciolta ASUR attraverso la somministrazione di questionari a tutti i responsabili di struttura, per la quale è stata predisposta la mappatura dei rischi di tutte le Aree dell'ASUR, ai sensi dell'art. 1, comma 75 L. 190/12 (all. 2.3.1). Tale mappatura, che costituisce un fondamentale strumento di lavoro per il monitoraggio continuo di ogni processo nella lotta contro eventuali fenomeni corruttivi, ha individuato nella maggioranza delle strutture processi o attività "a rischio", di varia misura.

La citata ricognizione dei rischi eseguita pertanto nel rispetto delle previsioni contenute nel PNA, è parte sostanziale del presente documento ed ha consentito di evidenziare:

1. i processi specifici di ogni struttura dell'azienda;
2. il livello del rischio corruttivo per ogni attività e processo;
3. la tipologia di rischio corruttivo interno/esterno;
4. i rischi specifici di ogni fase del processo per individuare la misura da adottare per la loro riduzione.

In particolare, sono state sottoposte a "valutazione del rischio da reato presupposto" le aree generali indicate nel citato PNA (provveditorato/economato, bilancio, gestione del personale, prevenzione-vigilanza-controlli), nonché le aree specifiche (attività libero-professionale intramuraria e liste d'attesa; privato accreditato;

farmaceutica; SPP; attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero).

Sulla base della matrice di rischio generata dai questionari validati sono stati adottati gli interventi correttivi riportati come misure anticorruzione per ogni Area/settore/Ufficio (all. 2.3.2).

Inoltre a completamento della sottosezione relativa alla Trasparenza è allegata la Griglia degli obblighi di pubblicazione, contenente i dati oggetto di pubblicazione, aggiornata con l'indicazione delle strutture operative competenti e la tempistica prevista dal novellato D.Lgs. 33/2013, evidenziando in grigio le sezioni abrogate o le informazioni non pertinenti (all. 2.3.3).

Analisi della struttura organizzativa e capitale umano

L'organigramma e le funzioni della AST di Macerata sono descritti nella SEZIONE 3 - ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO, Sottosezione 3.1 - STRUTTURA ORGANIZZATIVA, a cui si fa espressamente rinvio.

Il modello organizzativo adottato intende procedere a:

- consolidamento delle funzioni di programmazione;
- acquisto e controllo del sistema socio sanitario e delle funzioni e strumenti di integrazione tra ospedale e territorio;
- esternalizzazione, ove ritenuto conveniente e di necessità, dei servizi e/o delle prestazioni nonché di servizi generali non direttamente collegati alla mission aziendale;
- distinzione tra funzioni preposte alla programmazione, controllo e quelle più propriamente gestionali;
- miglioramento delle garanzie di informazione al cittadino.

Le funzioni di indirizzo e controllo, garantite dal Direttore Generale, coadiuvato dai Direttori Sanitario e Amministrativo e dai Direttori di integrazione socio sanitaria, sono finalizzate alla governance aziendale e si caratterizzano per il contenuto di pianificazione, programmazione, organizzazione generale, di allocazione delle risorse e di committenza.

Il Direttore Generale, in qualità di organo di vertice dell'Azienda:

1. Individua il responsabile della Prevenzione e corruzione e trasparenza
2. Adotta il PIAO e i suoi aggiornamenti
3. Adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione corruzione.

La Direzione Aziendale attua gli indirizzi della pianificazione regionale, tramite il processo annuale che orienta e vincola tutti i produttori sanitari e sociosanitari, interni ed esterni all'Azienda. La Direzione Aziendale assolve alla propria funzione di committenza presidiando la negoziazione e stipulando gli accordi contrattuali con gli erogatori esterni.

I Distretti socio-sanitari si configurano come Strutture Complesse con compiti fondamentali di erogazione dei servizi territoriali alla persona e di realizzazione

a livello locale di rispettivo ambito dei programmi e progetti di governo della domanda. Debbono altresì, tradurre gestionalmente le attività di governo della domanda (attività di informazione e accesso al SSR - scelta e revoca del medico - e alle prestazioni direttamente erogate e/o esternalizzate) secondo modelli orientati alla gestione budgetaria (delle attività e dei processi).

La Rete Ospedaliera

Il presidio ospedaliero unico (articolazione organizzativa ospedaliera dell'Azienda sanitaria territoriale dotata di autonomia gestionale) assicura la fornitura di prestazioni specialistiche, di ricovero e ambulatoriali, secondo le caratteristiche qualitative previste dalla programmazione regionale e i volumi di attività negoziati con la direzione dell'Azienda sanitaria territoriale.

Nella AST di Macerata sono stati istituiti gli Ospedali di Comunità e sono previste strutture da adeguarsi sulla base della programmazione del PNRR.

La riorganizzazione delle strutture di prossimità e l'assistenza primaria 24 ore su 24 rientra tra le misure per aumentare l'appropriatezza dei trattamenti e delle terapie; è finalizzata a creare un sistema più efficace per garantire i servizi sanitari e renderli più vicini alle persone, in considerazione dell'invecchiamento e della fragilità della popolazione.

L'ospedale di Comunità è nato proprio con l'obiettivo di fornire una risposta più efficiente ed integrata a questi nuovi bisogni riorganizzando il sistema sanitario in funzione del crescente numero di pazienti che necessitano di cure intermedie. Tale ospedale, oltre alle cure intermedie, offre ai cittadini attività diagnostiche e, come punto di assistenza territoriale, garantisce continuità giornaliera e notturna (H24), prestazioni ambulatoriali e di primo intervento con accesso diretto.

Assistenza Territoriale

L'azienda dispone del

- Dipartimento di Prevenzione è la struttura dell'Azienda sanitaria territoriale preposta all'organizzazione e alla promozione della tutela della salute della popolazione e al miglioramento della qualità della vita, attraverso azioni tendenti a conoscere, prevedere e prevenire gli infortuni, le malattie e le disabilità;
- Dipartimento di Salute Mentale è la struttura operativa dell'Azienda preposta alla promozione ed alla tutela della Salute Mentale della popolazione e svolge attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle sofferenze mentali e psichiche, delle disabilità psicofisiche;
- Dipartimento delle Dipendenze Patologiche opera nel settore delle tossicodipendenze e delle dipendenze di altre realtà (alcolismo, gioco, etc.).

L'Assistenza territoriale viene altresì assicurata dai distretti sanitari con molteplici poliambulatori.

I distretti sono articolazioni territoriali delle Aziende sanitarie territoriali che assicurano i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie, nonché il coordinamento delle proprie attività con quelle dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, tramite il loro inserimento nel Programma delle attività territoriali. Costituiscono il livello territoriale di base in cui si realizza la gestione integrata tra servizi sanitari, socio-sanitari e sociali. I distretti, acquisito il parere della Conferenza dei sindaci, sono individuati dall'atto aziendale che per la AST di Macerata deve essere ancora definito, sulla base delle indicazioni della Regione Marche.

Tali distretti assicurano le Cure Domiciliari, la gestione della Sanità penitenziaria e della Medicina Legale.

L'assistenza residenziale e semiresidenziale è assicurata da strutture pubbliche e private contrattualizzate in possesso del requisito dell'accreditamento ex L.R. 20/2000 (dati desunti dal flusso informativo NSIS - Mod. STS 11 - anagrafica strutture residenziali e semiresidenziali). L'Assistenza ospedaliera in regime di accreditamento è assicurata dalle Case di Cura.

La L.R. n. 21/2016 disciplina l'autorizzazione e l'accreditamento istituzionale delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati.

Diversamente dal passato, la norma sopracitata ha come oggetto non solo la disciplina delle strutture, ma anche dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali, compresi quelli domiciliari.

Con DGRM nr 6 del 16/01/2023 viene approvato il **manual di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio e del manuale di accreditamento delle organizzazioni pubbliche e private che erogano cure domiciliari**, che definisce le condizioni necessarie per garantire livelli di assistenza domiciliare omogenei su tutto il territorio regionale, in termini di adeguatezza delle strutture, di risorse umane e strumentali impiegate in rapporto al numero di assistiti trattati, livello di complessità clinico-assistenziale delle prestazioni erogate e interazione sinergica dell'organizzazione nell'ambito della rete assistenziale. Ne consegue l'individuazione di specifici standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi ed il miglioramento degli ambiti di appropriatezza, efficienza, umanizzazione, sicurezza e qualità delle cure.

In ogni caso, tutte le organizzazioni private e pubbliche che erogano cure domiciliari e che concorrono a garantire obiettivi assistenziali debbono operare secondo i principi di efficacia, qualità e sicurezza delle cure, di efficienza nel rispetto della centralità del cittadino e della relativa umanizzazione per garantire la dignità della persona.

Cure Domiciliari e Telemedicina

L'art. 22 del D.P.C.M. 12 gennaio 2017 di aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, stabilisce che i percorsi assistenziali a domicilio sono costituiti

“dall’insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita”.

Le CD vengono erogate anche avvalendosi della Telemedicina (televisita, teleconsulto medico, teleconsulenza medico-sanitaria, teleassistenza da professioni sanitarie, telerefertazione, teleriabilitazione, telemonitoraggio, telecontrollo medico) secondo le linee guida organizzative relative al “Modello digitale per l’attuazione dell’assistenza domiciliare” di cui al D.M. 29/04/2022 ed i requisiti tecnologici e organizzativi di cui alla DGRM nr 6 del 16/01/2023.

2.3.3 Mappatura dei processi e metodologia di analisi del rischio

La valutazione del rischio si è articolata nelle seguenti tre fasi:

- mappatura dei processi attuati dall’amministrazione;
- valutazione del rischio corruzione per ciascun processo;
- trattamento del rischio corruzione.

Nel corso dell’anno 2023 verrà rinnovata la mappatura dei processi dell’area acquisti e dell’area del personale preliminare delle attività “sensibili”. Infatti così come suggerito dal PNA 2022-2024 è intenzione di introdurre le misure di prevenzione e corruzione in forma di obiettivi di performance.

Nella definizione e individuazione delle aree di rischio occorre tenere conto comunque che le stesse si distinguono in generali e specifiche. Le prime, come evidente, sono comuni a tutte le pubbliche amministrazioni (es. contratti pubblici, acquisizione e gestione del personale), mentre quelle specifiche si correlano alle caratteristiche peculiari delle attività aziendali.

Si dà evidenza che l’individuazione delle aree di rischio, generali e specifiche, a livello aziendale dovrà avvenire con il coinvolgimento dei Dirigenti delle Strutture interessate sotto il coordinamento del RPCT, a sua volta coadiuvato dai Referenti. La definizione delle suddette aree di rischio e delle relative misure di prevenzione della corruzione ha tenuto anche conto degli approfondimenti/raccomandazioni contenuti nei PNA 2013, 2015, 2016 e 2017 e PNA 2022-2024, con particolare riferimento alle specifiche sezioni concernenti l’ambito del Servizio Sanitario Nazionale che dovranno essere correlate alle caratteristiche organizzative e funzionali proprie della nuova Azienda.

Mappatura dei processi e criteri di valutazione del rischio

La mappatura dei processi discende obbligatoriamente da quanto attivato nella disciolta ASUR Marche, aggiornata rispetto alle precedenti e caratterizzata dal coinvolgimento dei responsabili degli uffici nella partecipazione alle fasi di identificazione e valutazione dei rischi.

Nel corso del 2023, in coincidenza con l'elaborazione dell'atto aziendale, la mappatura dovrà riguardare i processi nella nuova articolazione prevista per la AST di Macerata.

Ciò in quanto l'atto aziendale in particolare:

- a) disciplina l'organizzazione di funzioni, secondo il modello dipartimentale;
- b) contiene l'individuazione delle strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale soggette a rendicontazione analitica;
- c) disciplina l'attribuzione al direttore amministrativo, al direttore sanitario, al direttore socio-sanitario, nonché ai direttori di presidio, di distretto, di dipartimento e ai dirigenti responsabili di struttura, dei compiti, comprese, per i dirigenti di strutture complesse, le decisioni che impegnano l'azienda verso l'esterno, per l'attuazione degli obiettivi definiti negli atti di programmazione aziendale;
- d) definisce le modalità e i criteri per l'attribuzione ai dirigenti dei compiti e degli incarichi e per la verifica dei risultati degli stessi;
- e) individua i distretti, quale articolazione territoriale e organizzativa dell'Azienda sanitaria territoriale, nel rispetto delle procedure di partecipazione e dei criteri stabiliti dalla Giunta regionale.

Nel 2023, coerentemente con l'assetto organizzativo, si procederà all'organizzazione di mirati eventi formativi e di incontri tra i dirigenti dei diversi settori in modo trasversale, al fine di affinare le soluzioni organizzative e procedurali per garantire una maggiore partecipazione di tutti i dirigenti delle singole strutture al complesso percorso della mappatura, predisposizione e soprattutto realizzazione delle misure anticorruzione.

La collaborazione è, infatti, fondamentale per consentire al RPCT e all'organo di indirizzo di definire misure concrete e sostenibili da un punto di vista organizzativo entro tempi ben definiti.

Il PIAO a partire dal triennio 2023-2025 diventa una misura che concorre all'adeguamento degli apparati amministrativi alle esigenze di attuazione del PNRR. Pertanto in particolare, la Direzione Aziendale, il RPCT e le strutture aziendali coinvolte a vario titolo nei progetti sono state invitate a cooperare per garantire un efficace sistema di controllo per la prevenzione, l'individuazione e la rettifica delle frodi e dei casi di corruzione e dei conflitti di interessi, con l'obiettivo di migliorare l'efficacia complessiva delle misure volte a prevenire, individuare e contrastare le violazioni in danno degli interessi economici e finanziari dello Stato e dell'Unione Europea.

La mappatura dei Processi per l'anno 2023 ha previsto per tale motivo l'introduzione di **schede rischio specifiche per il PNRR e di conseguenti Misure di prevenzione**, prevalentemente finalizzate alla mappatura delle attività relative alla attuazione dei progetti previsti dal PNRR.

Per il 2023 sono stati individuati come collegati al PNRR, i processi di gestione dei relativi contratti e rendicontazione, identificando le misure da adottare.

In via provvisoria si considera in base all'attuale organizzazione la mappatura dei processi aziendali ASUR inclusa nella griglia che identifica i processi, le relative attività e le eventuali procedure operative, classificate per dipartimento e struttura aziendale di riferimento (all. 2.3.2). L'analisi dell'organizzazione e delle funzioni assegnate ai Dipartimenti/Distretti, alle Unità Operative Complesse e alle Unità Operative Semplici, e il suo confronto con il contenuto dell'articolo 1, comma 16, della legge 190/2012, ha consentito di individuare, nell'ambito delle aree di attività aziendali, in campo amministrativo, sanitario e socio-sanitario, le attività ritenute potenzialmente più esposte o sensibili al rischio di corruzione.

Tali attività possono essere così distinte:

- piani e procedure di acquisto (annuali e/o pluriennali) e di approvvigionamento di beni e servizi (comprese le acquisizioni in economia);
- procedimenti di gara di appalto in tutti gli aspetti tecnico-procedurali (compresi la definizione dell'oggetto dell'affidamento, i requisiti di qualificazione e di aggiudicazione, la valutazione delle offerte, le procedure negoziate, gli affidamenti diretti, le variazioni in corso di esecuzione del contratto, i subappalti);
- procedure per l'assunzione e la selezione del personale (dipendente o convenzionato);
- progressioni di carriera;
- valutazione del personale (anche dirigenziale);
- controllo del rispetto dell'orario di servizio da parte del dirigente in tempo reale;
- conferimento di incarichi di collaborazione;
- concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati;
- rapporti con le strutture sanitarie e socio-sanitarie accreditate;
- incompatibilità, e cumulo di impieghi e incarichi, retribuiti e non retribuiti, conferiti a dipendenti pubblici e a soggetti privati (art. 53 del D.Lgs. 165/2001);
- le materie oggetto del Codice di comportamento (art. 54 del D.Lgs. 165/2001);
- ispezioni e controlli (ed eventuali sanzioni conseguenti), con particolare riferimento all'area della prevenzione;
- gestione dell'attività del personale che opera nelle casse;

- verifiche a campione del possesso dei titoli richiesti per il conferimento degli incarichi.

La valutazione del rischio è fatta per tutte le attività svolte nelle seguenti macrostrutture e Servizi:

- Acquisti e Logistica
- Affari Generali e Contenzioso
- Contabilità, Bilancio e Finanza
- Controllo di Gestione
- Formazione
- Patrimonio, Nuove Opere e Attività tecniche
- Politiche del Personale - Gestione Risorse Umane
- Sistemi Informativi Aziendali
- Dipartimento di Prevenzione - Area Veterinaria, Area della Prevenzione, sanità pubblica ed Igiene degli alimenti; Area della Medicina del Lavoro e Prevenzione Infortuni

Sono state aggiunte le tabelle di rischio dell'Assistenza Farmaceutica e dell'attività del Decesso in ambito intraospedaliero, al fine di aumentare la copertura del rischio specifico in Sanità.

L'attività è coordinata dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione sulla base dell'analisi del rischio, secondo la metodologia proposta dall'Allegato 5 del PNA, con riferimento alle seguenti fasi:

- Catalogo dei Processi,
- Valutazione e Analisi del Rischio,
- Registro dei Rischi,
- Ponderazione del Rischio.

Gli esiti vengono riportati in calce al presente documento, al fine della determinazione della c.d. "Matrice di Reato", sulla quale verranno implementate le misure correttive di prevenzione da spalmarsi nel corso del prossimo triennio (all. 2.3.2).

Le schede di rischio sono state somministrate an partire da novembre 2022 dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione ASUR a tutti i dirigenti e i delegati delle strutture, attraverso i Referenti di Area Vasta, i quali hanno raccolto i questionari compilati, analizzando congiuntamente i relativi rischi. Sono stati applicati a ciascun processo individuato i criteri indicati nella Tabella di cui all'Allegato 5 del PNA.

TABELLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO

INDICI DI VALUTAZIONE DELLA PROBABILITÀ (1)	INDICI DI VALUTAZIONE DELL'IMPATTO (2)
<p><u>Discrezionalità</u></p> <p>Il processo è discrezionale?</p> <p>No, è del tutto vincolato 1</p> <p>E' parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari) 2</p> <p>E' parzialmente vincolato solo dalla legge 3</p> <p>E' parzialmente vincolato solo da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari) 4</p> <p>E' altamente discrezionale 5</p>	<p><u>Impatto organizzativo</u></p> <p>Rispetto al totale del personale impiegato nel singolo servizio (unità organizzativa semplice) competente a svolgere il processo (o la fase di processo di competenza della p.a.) nell'ambito della singola p.a., quale percentuale di personale è impiegata nel processo? (se il processo coinvolge l'attività di più servizi nell'ambito della stessa p.a. occorre riferire la percentuale al personale impiegato nei servizi coinvolti)</p> <p>Fino a circa il 20% 1</p> <p>Fino a circa il 40% 2</p> <p>Fino a circa il 60% 3</p> <p>Fino a circa l'80% 4</p> <p>Fino a circa il 100% 5</p>

La valutazione del "livello di rischio" è strutturata sulla base della valutazione della Probabilità, (intesa come discrezionalità, rilevanza esterna, complessità del processo, valore economico, frazionabilità del processo, controlli) e dell'Impatto (inteso come impatto organizzativo, economico, reputazionale e di immagine). Il livello di rischio è stato determinato moltiplicando il valore medio della Probabilità per il valore medio dell'Impatto ed è rappresentato da un valore numerico nella scala 1-25.

Secondo la metodologia dell'Allegato 5 del PNA (Determinazione ANAC n. 12/2015), il VALORE COMPLESSIVO del rischio è la risultante del prodotto dei seguenti fattori:

VALORI E FREQUENZE DELLA PROBABILITÀ: 0 nessuna probabilità; 1 improbabile; 2 poco probabile; 3 probabile; 4 molto probabile; 5 altamente probabile.

VALORI E IMPORTANZA DELL'IMPATTO: 0 nessun impatto; 1 marginale; 2 minore; 3 soglia; 4 serio; 5 superiore

La stima della probabilità ha tenuto conto, tra gli altri fattori, dei sistemi di controllo per la riduzione del rischio già presenti nella disciolta ASUR.

Indice di Valutazione della Probabilità

Criterio della discrezionalità:

Nell'ambito delle funzioni proprie non esiste attività che non sia in qualche modo regolamentata da norme e/o da atti amministrativi generali, quindi detto criterio debba essere inteso nell'ambito di ciascuna attività normata. In tal senso la discrezionalità è stata ritenuta sussistente tutte le volte in cui il soggetto chiamato ad applicare le norme ed i regolamenti che disciplinano una certa attività, abbia un qualche margine di scelta nelle modalità interpretative e applicative delle stesse.

Tale indice è stato ritenuto tanto più elevato, quanto più a monte dell'applicazione stessa, la scelta sia discrezionale circa i criteri e le modalità applicative delle normative. L'attività inoltre è stata ritenuta ugualmente discrezionale tutte le volte che comporti valutazioni di natura gestionale e/o tecnica, anche se tale momento valutativo si collochi nel momento iniziale del processo, il quale ne viene in tal modo interamente connotato.

Criterio della rilevanza esterna:

Si ritiene opportuno stabilire, nell'ambito dei singoli processi, che per "utenti esterni" non debbono essere considerati solo i soggetti esterni alla PA, ma possano essere ritenuti tali anche i dipendenti dell'azienda sanitaria, destinatari delle attività proprie del servizio in cui il processo si colloca. Ciò avviene ad esempio con riferimento a tutti i processi propri del servizio Gestione Risorse Umane.

Criterio della complessità del Processo

Nel valutare il numero delle amministrazioni coinvolte in ciascun procedimento, si è utilizzato un criterio di larga interpretazione ritenendo che via sia il coinvolgimento di più PA tutte le volte in cui in astratto questo sia ipoteticamente possibile.

Criterio del Valore economico:

L'impatto economico dei processi viene valutato sotto il profilo dei vantaggi che questi possano comportare per i beneficiari rapportandolo alle singole categorie di questi ultimi, piuttosto che all'entità economica dei vantaggi stessi.

In tal modo provvedimenti attributivi di vantaggi che in sé potrebbero apparire di non particolare rilievo economico, se guardati sotto il profilo del soggetto beneficiario, possono assumere differente rilevanza. Viene attribuita valutazione economica anche a benefici di natura diversa purché economicamente valutabili.

Criteri di frazionabilità del processo:

Si ravvisa la frazionabilità tutte le volte in cui in astratto il procedimento possa essere suddiviso in più segmenti.

Criteri dei controlli:

Analogamente agli altri criteri anche quello relativo ai controlli è stato applicato in senso estensivo. Si è ritenuto infatti di valutare l'effettiva efficacia di un sistema di controllo astrattamente considerato nell'ambito di ciascun processo oggetto di esame e raffrontandolo, in contraddittorio con i responsabili dei singoli servizi, con quello effettivamente utilizzato al fine di valutarne la sua efficacia in relazione al rischio.

Indice di Valutazione dell'impatto

Criterio dell'Impatto organizzativo

il criterio si applica tenendo in considerazione le indicazioni fornite dai Responsabili dei singoli servizi, o loro delegati.

Criterio impatto economico

Si fa riferimento alle eventuali sentenze della Corte dei Conti emesse sia a carico dei dipendenti, sia nei confronti di altri enti, su processi di analoga tipologia (es. appalti).

Criterio impatto reputazionale

Si applica lo stesso criterio evidenziato con riferimento all'impatto economico.

Impatto organizzativo economico e d'immagine

Si applica tenendo in considerazione le indicazioni fornite dai Responsabili dei singoli servizi.

Trattamento del rischio

Attribuito il rischio di corruzione ai suddetti processi aziendali, sono state individuate le rispettive tipologie di gestione del rischio. Il trattamento del rischio avviene secondo uno specifico cronoprogramma. In base a tale programmazione, è previsto il trattamento dei processi a: rischio alto (priorità ALTA) e rischio medio (priorità MEDIA). All'interno della procedura viene dettagliata la valutazione del rischio di Corruzione con le relative motivazioni a sostegno.

Ottenuta la proceduralizzazione delle attività a RISCHIO ALTO ogni Referente, Direttore di Struttura, responsabile di centro di costo, partecipa del percorso di prevenzione della corruzione si impegna ad individuare azioni di miglioramento volte a prevenire il rischio di corruzione da proporre al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

A tal proposito si precisa che la mancata partecipazione che avverrà, verosimilmente, anche attraverso report periodici, genera reato di "elusione fraudolenta" e, potrà essere perseguita penalmente - d'ufficio o mediante querela di parte, oltre a generare responsabilità disciplinare, così come meglio descritto nel capo "Centralità del RPCT". L'attività può essere svolta con l'ausilio di un gruppo di lavoro multidisciplinare.

Nell'ambito delle misure dirette a prevenire il rischio di corruzione, assume particolare rilievo l'applicazione del principio di rotazione del personale addetto alle aree a rischio.

La ratio delle previsioni normative è quella di evitare che possano consolidarsi posizioni di privilegio nella gestione diretta di attività. Il principio di rotazione si applica - compatibilmente con la dotazione organica e con l'esigenza di mantenere continuità e coerenza di indirizzo delle strutture aziendali - prevedendo che nei settori più esposti a rischio di corruzione siano alternate le figure dei responsabili di procedimento, nonché dei componenti delle commissioni di gara e di concorso.

RISCHIO BASSO (priorità BASSA): il RPCT si riserva di verificare e di approfondire le attività a rischio basso, prevalentemente facendo monitoraggio e verifiche a campione una volta l'anno.

2.3.4 Identificazione e valutazione dei rischi potenziali e concreti

Il Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) del 2016, confermato dall'aggiornamento del 2019, nell'approfondimento specifico per la Sanità, ha evidenziato quanto il concetto di rischio in questo settore sia strettamente legato al tema del risk management, in particolare quando è connesso ad una non corretta amministrazione.

Di seguito ad analizzare le aree di rischio generali e specifiche:

Le Aree di rischio generali sono relative a:

- contratti pubblici;
- incarichi e nomine;
- gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;
- controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni (si rinvia all'area specifica di cui all'elenco sotto riportato).

Le Aree di rischio specifiche del settore sanitario sono riconducibili a:

- all'attività di libera professione intramoenia ed alla gestione delle liste di attesa;
- ai rapporti con i soggetti erogatori ed ai controlli delle strutture private accreditate;
- all'attività di vigilanza, controlli ed ispezioni;
- alla spesa farmaceutica convenzionata ed interna;
- alle attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero.

2.3.4a Misure Trasversali e obbligatorie (Generali)

Le misure generali intervengono in maniera trasversale sull'intera Amministrazione e si caratterizzano per la loro incidenza sul sistema complessivo della Prevenzione della corruzione e per la loro stabilità nel tempo.

Obiettivi e misure principali

In attuazione delle norme relative alla prevenzione della corruzione, l'AST di Macerata individua i seguenti obiettivi principali:

- ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione;
- aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione;
- creare un contesto sfavorevole alla corruzione.

I principali strumenti di prevenzione della corruzione, previsti dalla normativa di riferimento, sono i seguenti:

- adozione e aggiornamento della presente sottosezione di programmazione denominata "Rischi corruttivi e Trasparenza";
- aggiornamento del Codice di Comportamento aziendale;
- applicazione di criteri di selezione e rotazione del personale operante nelle aree a rischio;
- formazione sulle norme ed in particolare in materia di etica, integrità ed altre tematiche attinenti alla prevenzione della corruzione;

- obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse;
- disciplina specifica in materia di incarichi d'ufficio e attività ed incarichi extra-istituzionali;
- incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali;
- disciplina specifica in materia di formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la P.A.;
- disciplina specifica in materia di conferimento di incarichi dirigenziali in caso di particolari attività o incarichi precedenti e di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage–revolving doors);
- disciplina specifica in materia di tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (whistleblower).

Ulteriori misure

Ridurre il rapporto tra politica e sanità

La realizzazione di questa misura dipende sia dall'impegno del vertice aziendale e dei Dirigenti dei Servizi di affrancarsi dalla "Politica" sia dalla volontà da parte della stessa "Politica" di accettare la riduzione della propria influenza, consentendo così una piena separazione tra l'indirizzo politico e quello amministrativo. Questa separazione è importante per garantire il buon andamento delle Amministrazioni evitando lo sviamento delle attività e consentendo anche che l'espletamento delle funzioni di RPCT avvenga in condizione di indipendenza e di garanzia. La Direzione Generale è pertanto impegnata a perseguire tale obiettivo con azioni volte a determinarne la realizzazione a livello capillare aziendale.

Rendere trasparenti le forme di utilizzo delle risorse pubbliche

Questa misura può realizzarsi facilmente dando attuazione alle normative già esistenti in favore della trasparenza. Funzionale a questa proposta è il Decreto legislativo n. 33/2013 che si focalizza sulla pubblicazione on-line delle informazioni in possesso delle pubbliche amministrazioni.

In particolare il recente D.LGS. n. 97/2016 prevede nel nuovo art. 4 bis quanto segue: "L'Agenzia per l'Italia digitale, d'intesa con il Ministero dell'economia e delle finanze, al fine di promuovere l'accesso e migliorare la comprensione dei dati relativi all'utilizzo delle risorse pubbliche, gestisce il sito internet denominato "Soldi pubblici" che consente l'accesso ai dati dei pagamenti delle pubbliche amministrazioni e ne permette la consultazione in relazione alla tipologia di spesa sostenuta e alle amministrazioni che l'hanno effettuata, nonché all'ambito temporale di riferimento."

La AST di Macerata provvederà a pubblicare sul proprio sito istituzionale, in una parte chiaramente identificabile della sezione "Amministrazione trasparente", i dati sui propri pagamenti, al fine di permetterne la consultazione in relazione

alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari.

Aumentare l'efficienza ed intensificare i controlli

Le Aziende Sanitarie hanno una gran mole di dati in loro possesso e ciò agevola la realizzazione di questa proposta in quanto risulta sufficiente gestire tali informazioni in modo efficiente. Questa misura può realizzarsi facilmente grazie all'uso di strumenti informatici in grado di far aumentare la frequenza dei controlli senza un grande dispendio di risorse. La difficoltà consiste nel fatto che i controlli, per essere realmente efficaci, devono prevedere una verifica sui risultati raggiunti collegando il rimborso da parte del SSN al risultato clinico invece che alla prestazione effettuata. I controlli riducono la corruzione specie se sono previste adeguate sanzioni per i comportamenti scorretti. A questo proposito l'Azienda collabora con gli organi di polizia (Guardia di Finanza, Comando NAS per un maggiore scambio di informazioni e di dati), anche per studiare procedure innovative e sviluppare sistemi di monitoraggio e segnalazione automatica delle anomalie.

Etica quale azione di contrasto a forme di corruzione non percepite

Nel 2023 saranno attuati corsi specifici e monotematici sulle tematiche attinenti la prevenzione della corruzione e lo strumento della trasparenza, con particolare approfondimenti del nuovo istituto dell'accesso civico semplice e generalizzato, del nuovo codice dei contratti pubblici e dei recenti obblighi di pubblicazione per la trasparenza.

Aumentare controlli sulle procedure di appalto e sulla esecuzione dei contratti

Per la varietà e complessità dei beni e servizi acquistati e dei lavori eseguiti, la pluralità e specificità degli attori coinvolti, la forte asimmetria informativa che caratterizza i mercati sanitari e la condizione di potenziale intrinseca "prossimità" di interessi determinata dal fatto che i soggetti proponenti l'acquisto dei principali beni sono coloro che utilizzano i materiali, l'approvvigionamento di beni, servizi, lavori costituisce una delle principali aree di rischio in sanità.

Al fine di gestire in maniera efficace i fattori predisponenti al rischio di corruzione è indispensabile porre attenzione all'intero ciclo degli approvvigionamenti, dalla definizione delle necessità (qualificazione del fabbisogno) alla programmazione degli acquisti, alla definizione di reperimento di beni e servizi, sino alla gestione ed esecuzione del contratto. In aggiunta alle misure di contrasto intrinseche e specifiche per ogni fase, il rafforzamento dei livelli di trasparenza è condizione imprescindibile per una efficace azione di minimizzazione del rischio.

La gestione centralizzata delle procedure contrattuali, prevista dalla normativa nazionale e regionale in capo alle centrali di committenza e ai soggetti aggregatori regionali (art. 37 e 38 D.Lgs. n. 50/2016) lungi dal

deresponsabilizzare le aziende sanitarie sulla gestione dell'area di rischio, esige un impegno particolare nelle fasi (prodromiche allo svolgimento delle procedure di individuazione del contraente e di successiva esecuzione del contratto) per le quali comunque permane la competenza delle singole strutture.

Sulla scorta delle indicazioni dell'ANAC possono essere individuate le seguenti sotto-aree di rischio:

1. Programmazione
2. Progettazione della gara
3. Selezione del Contraente
4. Verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto
5. Esecuzione del contratto
6. Rendicontazione del contratto

L'obiettivo è quello di un monitoraggio sistematico attraverso un pannello di indicatori degli esiti di gara che contribuisca a far emergere usi distorti o impropri della discrezionalità per ciascuna delle fasi del processo. La realizzabilità della presente proposta è relativamente alta visto che numerose forme di controllo sono già in vigore.

Pubblicare indicatori di attività e di outcome

Il D.lgs. 33/2013 prevede importanti novità a favore della trasparenza e della pubblicazione online delle informazioni in mano alla pubblica amministrazione. La diffusione delle informazioni è uno strumento efficace perché crea la consapevolezza che è possibile avere un'immediata evidenza della non corretta gestione delle risorse; in questo modo si responsabilizzano i funzionari.

Rafforzare i controlli sulle strutture accreditate

La realizzazione di questa proposta ha come condizione necessaria la presenza di valutatori preparati ed indipendenti. La complessità consiste nel fatto che non è sufficiente fondare le verifiche solo sul numero delle prestazioni effettuate; è necessaria anche una valutazione complessiva che prenda in considerazione in primo luogo l'efficacia e la qualità delle prestazioni. Il punto di forza di questa proposta è rappresentato dalla possibilità di realizzare importanti economie senza danneggiare i servizi.

Con riferimento alla fase del convenzionamento risulta indispensabile:

- una regolamentazione interna che disciplini la procedura di convenzionamento; in particolare precisando i tempi di avvio e di conclusione dell'autorizzazione, individuando i soggetti preposti per la verifica della documentazione (e di aggiornamento in caso di rinnovo) e precisando le modalità della verifica stessa.
- Predisposizione o miglioramento dell'analisi dei bisogni sanitari per programmare e predeterminare il numero effettivo dei posti letto coerenti con la effettiva necessità dell'utenza.

Con riferimento ai rischi connessi alla fase di esecuzione del contratto:

- Espletamento di attività ispettive per verificare la corretta esecuzione del contratto, definendo i tempi e le modalità per la loro attuazione e per le attività ispettive già esistenti prevedere la rotazione del personale addetto al suddetto controllo

La Regione, allo scopo di garantire la qualità dell'assistenza nei confronti della popolazione, effettua mediante la struttura organizzativa regionale competente in materia di sanità il controllo periodico di monitoraggio e di verifica dell'attività sanitaria erogata da soggetti pubblici e privati accreditati in attuazione dell'articolo 9 del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56.

Promuovere il Whistleblowing

La AST promuove il Whistleblowing nel rispetto della legge n. 179 del 30 novembre 2017 e degli obblighi verso tutti i prestatori di lavoro, tra cui quelli sanciti dall'art. 2087 del codice civile ed altresì nel rispetto del principio costituzionale di uguaglianza sancito dall'art. 3 della Costituzione e del diritto di difesa sancito dall'art. 24 della Costituzione.

Rendere pubblici i pagamenti effettuati

Questa proposta è facilmente realizzabile considerando gli obblighi sulla trasparenza e sulla diffusione on-line delle informazioni imposti dal D.lgs 33/2013.

Prevenire il rischio di infiltrazione del crimine organizzato negli appalti

La realizzazione di questa proposta può avvenire solo attraverso un costante aggiornamento degli strumenti di prevenzione, visto l'utilizzo di sistemi mutevoli nel tempo da parte del crimine organizzato. I principali strumenti sono la riduzione delle stazioni appaltanti, la standardizzazione dei costi, i controlli di merito sulla spesa ed il rafforzamento nella partnership tra magistratura e forze dell'ordine. L'incentivazione alla segnalazione di comportamenti illeciti attraverso strutture dedicate e sicure può eliminare lo scoglio dell'omertà presente nelle nostre strutture riducendo fortemente i tentativi d'infiltrazione. L'attuazione di questa proposta può avere grande impatto sulla qualità dei servizi e sulla riduzione del debito pubblico.

Codice di comportamento

Gli strumenti di integrity management definiscono i principi di comportamento ed i valori cui deve essere improntata l'attività amministrativa-gestionale, al di là delle norme penali e dalle altre prescrizioni normative. Il Codice, approvato con Decreto del Presidente della Repubblica, 16 aprile 2013, n. 62 (pubblicato sulla G.U. il 4 giugno 2013 e quindi in vigore a far data dal 19 giugno 2013), costituisce una fonte regolamentare che integra tutti i contratti individuali di

lavoro e pone già problemi applicativi di rapporto tra fonte normativa generale ed i singoli contratti di lavoro di ciascun dipendente pubblico. Tale codice è finalizzato a dettare regole di lealtà, imparzialità, servizio esclusivo a cura dell'interesse pubblico, che trovano nella Costituzione la più importante fonte. Provvisoriamente, fino alla redazione del nuovo codice di comportamento, rimane vigente il codice adottato con determina n. 795/2014, aggiornato nel 2022 con Determina n. 234/DG ASUR.

Particolare attenzione deve essere rivolta al rispetto del Codice di comportamento sottolineando l'estensione degli obblighi di condotta anche nei confronti di tutti i collaboratori dell'amministrazione, dei titolari di organi e di incarichi negli uffici di diretta collaborazione delle autorità, nonché nei confronti di collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni o servizi o che realizzano opere in favore dell'amministrazione.

Applicabilità del Codice

Il Codice si applica a tutti i dipendenti e nell'ambito di tutti i rapporti di lavoro instaurati e da instaurarsi. Il Codice è esteso a tutti i collaboratori ed i consulenti. Al rispetto del Codice sono tenuti tutti i soggetti che entrano in rapporto qualificato con l'AST di Macerata, compresi ditte e fornitori.

Rapporti con le altre fonti normative e con gli altri strumenti di gestione

Il Codice integra le fonti normative, convenzionali e contrattuali che disciplinano e regolano il funzionamento dell'organizzazione amministrativa ed al contempo quelle che disciplinano i rapporti di lavoro individuali di ciascun dipendente e collaboratore dell'azienda sanitaria.

Il codice in quanto norma etico – comportamentale si raccorda con il codice disciplinare ai sensi del D.P.R. 62/2013, del T.U sul pubblico impiego D.lgs. n. 165/2001, in quanto applicabile alle organizzazioni sanitarie ex D.lgs. n. 502/1992 e compatibile con il CCNL del comparto per il personale non dirigente, per le diverse categorie, qualifiche e professionalità, nonché per il personale dirigente dell'area Sanitaria, professionale tecnica ed amministrativa e dell'area Medica e veterinaria (ruolo medico e tecnico professionale). Il codice di comportamento integra qualsiasi altro fonte normativa e contrattuale che disciplini e regoli i rapporti con terzi soggetti. All'uopo ne è garantita ampia diffusione e conoscibilità.

Strumenti di informazione e pubblicità

Al fine di garantire la più ampia diffusione ed efficacia del Codice di comportamento in quanto norma etico-comportamentale ed al contempo assicurare la cogenza dei principi e delle norme, l'esigibilità delle condotte sul piano disciplinare e delle sanzioni in caso di violazione, è previsto che il codice sia pubblicato su apposita sotto-sezione dell'area "Amministrazione trasparente" e nella intranet aziendale. Il Codice viene consegnato a tutti i dipendenti, consulenti e collaboratori contestualmente al provvedimento di assunzione o di incarico, affinché vengano a conoscenza delle regole di comportamento vigenti.

Sanzioni degli obblighi derivanti dal Codice di Comportamento

La violazione degli obblighi previsti dal nuovo Codice di Comportamento, approvato con Determina n. 234/2022, è fonte di responsabilità disciplinare. Le sanzioni applicabili, nel rispetto dei principi di gradualità e proporzionalità, sono quelle previste dalla legge, dai regolamenti e dai contratti collettivi, incluse quelle espulsive. In seguito all'aggiornamento del Codice di Comportamento, il dipendente, all'atto dell'assegnazione all'ufficio, rilascia la dichiarazione relativa alle situazioni di incompatibilità e conflitto di interessi in forma di autocertificazione.

Soggetti responsabili del monitoraggio della misura

I responsabili del monitoraggio delle misure previste sono i dirigenti di ogni Area/struttura ed il RPCT.

La gestione dei conflitti di interesse - dichiarazioni pubbliche di interessi

Il conflitto di interesse è un tema di particolare rilevanza all'interno del settore della tutela della salute perché è condizione molto frequente nel rapporto fra medico e paziente, nella relazione fra operatori e industria; in quanto tale può influenzare le decisioni cliniche che incidono sulla salute delle persone e comportare oneri impropri a carico delle finanze pubbliche.

In termini generali, possiamo dire che siamo in presenza di un conflitto di interessi "quando un interesse secondario (privato o personale) interferisce o potrebbe tendenzialmente interferire (o appare avere le potenzialità di interferire) con la capacità di una persona di agire in conformità con l'interesse primario di un'altra parte".

L'interesse primario può riguardare la salute di un paziente, l'oggettività della informazione scientifica, ecc.; l'interesse secondario può essere un guadagno economico, un avanzamento di carriera, un beneficio in natura, un riconoscimento professionale, ecc..

Strumenti di interrelazione con altre misure di prevenzione della corruzione

La principale misura per la gestione del conflitto di interesse è costituita dal sistema delle dichiarazioni che vengono dai dipendenti e dai soggetti coinvolti e dalle successive verifiche e valutazioni svolte dall'amministrazione e dall'obbligo di astensione in caso di sussistenza del conflitto. Così come suggerito da ANAC nel PNA 2022-2024, occorre considerare la dichiarazione da rendere al dirigente all'atto dell'assegnazione all'ufficio e del RUP per ogni gara.

Ciascun dipendente (sia esso appartenente al comparto, incaricato di posizione organizzativa, dirigente del ruolo tecnico, amministrativo e professionale) e soggetto esterno che entri in contatto qualificato con l'AST è tenuto a rendere apposita dichiarazione di assenza di conflitto di interesse, secondo le indicazioni dell'aggiornamento al PNA 2015, utilizzando i moduli disponibili sul sito ovvero sottoposti al soggetto interessato in caso di sottoscrizione di nuovo contratto e/o

disciplinare di incarico o nell'ambito di attività periodiche di monitoraggio o per i controlli a campione secondo i piani di lavoro di ciascun responsabile.

Con specifico riferimento all'area della Sanità l'aggiornamento al PNA 2015 ha previsto, nell'ambito del protocollo operativo tra ANAC ed AGENAS, in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione, un ulteriore strumento di prevenzione finalizzato a prevenire i conflitti di interesse in ambito professionale. A tutti i professionisti del servizio sanitario nazionale è chiesto di rendere, mediante apposita modulistica resa disponibile sul sito AGENAS, la dichiarazione pubblica di interessi, compilando appositi moduli di autocertificazione.

I modelli da compilarsi a cura dei soggetti interessati sono i seguenti:

- a) "autodichiarazione assenza conflitto di interesse" da richiedersi ai docenti, ai consulenti, ai collaboratori esterni (art. 15, comma 1 lett c) d.lgs. n. 33/2013) e da parte di chiunque entri in contatto con l'Ente AST ovvero sia assunto con contratto di lavoro di tipo subordinato (vedi Dati ulteriori);
- b) "autodichiarazione per gli incarichi amministrativi di vertice" (direttore generale, amministrativo e sanitario);
- c) "autodichiarazione da rilasciarsi a cura di ciascun dirigente" (ai sensi dell'art. 15 co. 1 lett. c) e dell'art. 41 co. 1 e 2 D.Lgs n. 33/2013) e dei co.co.co. (ai sensi l'art. 15 co. 1 lett. c) D.Lgs. 33/2013);
- d) "autodichiarazione pubblica di interessi da parte dei professionisti" del servizio sanitario secondo i modelli AGENAS – ANAC (allegati alla parte speciale del PNA 2015 e 2016).

In considerazione della complessità delle relazioni che intercorrono tra i soggetti che operano nel settore sanitario e intervengono nei processi decisionali, anche in coerenza con gli obblighi previsti dal codice di comportamento, si dispone quanto segue:

- i professionisti di area sanitaria e amministrativa rendano conoscibili, attraverso apposite dichiarazioni, le relazioni e/o interessi che possono coinvolgerli nello svolgimento della propria funzione che implichi responsabilità nella gestione delle risorse e nei processi decisionali in materia di farmaci, dispositivi, altre tecnologie, nonché ricerca, sperimentazione e sponsorizzazione.

Formazione obbligatoria generale e specifica

La formazione in tema di anticorruzione è identificata come uno dei principali meccanismi di prevenzione del rischio che si verifichi un fenomeno di corruzione. Nel Piano Formativo Annuale per il 2023 è previsto il corso TRASPERENZA, PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, codice di comportamento NELLA P.A. E PRIVACY, con un importo presunto di 3.600,00 €, da ripetere per 3 edizioni di ore 12 ciascuna, coinvolgendo 25 partecipanti ad edizione.

Tutti i dipendenti aziendali, in particolare coloro che, direttamente o indirettamente, svolgono attività ritenute ad elevato rischio di corruzione,

devono partecipare al programma formativo sulla prevenzione e repressione della corruzione, oltre che sui temi della legalità.

Sono coinvolti tutti i dipendenti afferenti le Aree di rischio generali e quelle specifiche:

- contratti pubblici,
- incarichi e nomine,
- gestione entrate e spese,
- gestione patrimonio,
- controlli-verifiche-ispezioni-sanzioni,
- attività libero professionale intramuraria,
- liste di attesa,
- rapporti con il privato accreditato,
- servizio farmaceutico,
- dispositivi e altre tecnologie,
- attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero.

Verrà inoltre predisposto uno specifico corso FAD in e-learning sui temi in generale della normativa anticorruzione e trasparenza. Corso di formazione in materia Anticorruzione e Trasparenza, rivolto a tutti i dipendenti.

La formazione specifica è considerata fondamentale, in modo particolare nella diffusione delle norme in tema di trasparenza e prevenzione della corruzione, al fine di sensibilizzare le più svariate fasce professionali.

Considerata la trasversalità della formazione all'interno dell'organizzazione per tutti i soggetti che partecipano, a vario titolo, all'elaborazione ed attuazione delle misure di prevenzione, la figura del RPCT e le figure di supporto sono da considerarsi destinatari prioritari dell'investimento formativo, anche specialistico.

In seguito alla definizione dell'assetto organizzativo della AST di Macerata e dopo la redazione dell'atto aziendale, la formazione dovrà concentrarsi, anche in materie specialistiche, in tutte le varie fasi di costruzione del PIAO e di predisposizione delle Sottosezioni previste dalla Legge n. 113/2021; in particolare i corsi dovranno trattare le metodologie per condurre l'analisi di contesto esterno e interno, la mappatura dei processi, l'individuazione e la valutazione del rischio, l'identificazione delle misure e le modalità di verifica, monitoraggio e controllo delle stesse.

Sotto il profilo delle modalità didattiche, sono da valorizzare modalità formative secondo la logica della diffusione e implementazione dell'esperienza e delle nuove pratiche, da condursi anche sul campo, rivolte sia al RPCT, che alle figure di supporto finalizzate a costruire la consapevolezza e la corresponsabilizzazione degli operatori e dei responsabili delle aree a rischio nelle attività di monitoraggio dei processi e dei procedimenti.

I percorsi formativi dovranno pertanto connotarsi per una sempre maggiore specificità in relazione alla peculiarità del settore sanitario rispetto agli altri

settori della pubblica amministrazione e per l'approccio operativo finalizzato al consolidamento di una reale e concreta capacità di applicazione e di trasferimento delle competenze nell'espletamento delle funzioni rivestite all'interno dell'organizzazione.

Whistleblowing

L'art. 54-bis del D.Lgs. 165/2001, rubricato "Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti" ha introdotto nel nostro ordinamento, una disciplina per favorire l'emersione di condotte illecite, nota nei paesi anglosassoni con il termine di whistleblowing.

L'espressione whistleblower indica il dipendente di un ente o amministrazione che segnala agli organi legittimati a intervenire, violazioni commesse ai danni dell'interesse pubblico e dell'amministrazione di appartenenza. L'espressione "whistleblowing policy" denomina l'insieme delle procedure per la segnalazione e le azioni previste a tutela dei dipendenti che segnalano condotte illecite.

La legge n. 190/2012 aveva introdotto, nel Decreto legislativo n. 165 del 30/03/2001, con l'art. 54-bis disposizioni in materia di tutela dipendente che segnala illeciti. Recentemente lo stesso articolo è stato modificato con la legge n. 179 del 30/11/2017 (pubblicata in GURI il 14/12/2017).

In virtù di tale tutela, il dipendente pubblico che segnali illeciti al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, ovvero all'ANAC o denunci all'autorità giudiziaria o a quella contabile, condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro, non può essere sanzionato, demansionato, licenziato, trasferito o sottoposto ad altra misura organizzativa avente effetti negativi, diretti o indiretti, sulle condizioni di lavoro a causa della segnalazione. L'ANAC è divenuta destinataria di segnalazioni di Whistleblowing provenienti anche da altre amministrazioni pubbliche in virtù del D.L. 90/2014. Da allora ha definito una procedura per esaminare queste segnalazioni e contribuire all'attività di contrasto alla corruzione.

Con determinazione n. 6 del 28/04/2015, l'ANAC ha approvato le "Linee guida in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti" ed ha predisposto una piattaforma informatica di ricezione delle segnalazioni, utile a garantire la riservatezza dell'identità del segnalante prevedendo un modulo informatico in sostituzione del trattamento cartaceo (piattaforma ANAC "Open Source").

La Legge 179/2017 ha sostituito l'art. 54-bis sopracitato, introducendo misure di tutela per il soggetto che effettua la segnalazione di condotte illecite. In particolare la norma vigente stabilisce, a tutela del segnalante, il divieto di qualsiasi provvedimento dal quale possano derivare, direttamente o indirettamente, effetti negativi sul rapporto e sulle condizioni di lavoro (con espresso riferimento a licenziamento, trasferimento, demansionamento ed

applicazione di sanzioni), comminandone la nullità, nonché la reintegrazione del lavoratore eventualmente licenziato a motivo della segnalazione.

Successivamente con Delibera ANAC n. 690 del 1° luglio 2020 è stato adottato il nuovo Regolamento per la gestione delle segnalazioni e per l'esercizio del potere sanzionatorio in materia di tutela degli autori di segnalazioni di illeciti o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro di cui all'art. 54 bis del D.Lgs. 165/2001. Di conseguenza sono state emanate le nuove Linee guida in materia di whistleblowing con la Delibera ANAC n. 469 del 9 giugno 2021.

La AST di Macerata promuove il Whistleblowing nel rispetto della Legge n. 179 del 30 novembre 2017 e degli obblighi verso tutti i prestatori di lavoro, tra cui quelli sanciti dall'art. 2087 del codice civile ed altresì nel rispetto del principio costituzionale di uguaglianza sancito dall'art. 3 della Costituzione e del diritto di difesa sancito dall'art. 24 della Costituzione.

Il RPCT svolge un ruolo di primo piano anche nella gestione delle segnalazioni in materia di whistleblowing. Il RPCT, oltre a ricevere e prendere in carico le segnalazioni, pone in essere gli atti necessari ad una prima "attività di verifica e di analisi delle segnalazioni ricevute" da ritenersi obbligatoria.

Dovrà essere elaborata una procedura aziendale di segnalazione degli illeciti, con la finalità di fornire ai dipendenti dell'Azienda indicazioni chiare sull'oggetto, contenuti, destinatari e modalità di trasmissione delle segnalazioni nonché sulle tutele apprestate dall'articolo 54 bis del D.lgs. 165/2001 ss.mm.ii. e sulle conseguenze in termini di responsabilità civile, penale e disciplinare, nel caso in cui la segnalazione costituisca un "malicious report".

Provvisoriamente, la Policy apprestata è contenuta in apposito Regolamento approvato con Determina n. 280/ASURDG del 27/05/2019 e pubblicato sulla sezione "Amministrazione Trasparente", che persegue l'obiettivo di garantire le tutele ed al contempo di assicurare la serietà delle segnalazioni che devono essere effettuate esclusivamente "nell'interesse all'integrità della pubblica amministrazione"

Ciò in quanto se da un lato l'azione del Segnalante esprime un valore civico meritevole di tutela, dall'altro, la segnalazione risulta uno strumento particolarmente penetrante per l'insieme di attività correlate e la sfera personale e morale del segnalato e pertanto deve essere assistita da "buona fede" essendo inammissibili le strumentalizzazioni dell'istituto per fini diversi dal perseguimento del bene pubblico.

L'istituto in parola esclude per sua essenza l'anonimato e presuppone segnalazioni sottoscritte dal segnalante, il quale è tenuto ad indicare i propri dati anagrafici, a qualificarsi e ad allegare documento di identità in corso di validità, assumendo ogni responsabilità per quanto trascritto nella segnalazione.

Il Regolamento prevede che la segnalazione indirizzata al RPC può essere trasmessa con le seguenti modalità alternative che assicurano che, nel rispetto delle garanzie previste dalla norma, l'identità del Segnalante sia conosciuta solo dal RPCT:

- Invio del modulo all'indirizzo RPCT_AST_macerata@sanita.marche.it
- Invio del modulo all'indirizzo e-mail: Segnalazioni_RPCT_AST_macerata@sanita.marche.it;
- Consegna diretta del modulo al RPC;
- Invio del modulo a mezzo servizio postale, inserito in busta chiusa indirizzata esclusivamente al Responsabile Prevenzione Corruzione – AST di Macerata, via D. Annibali 31L, Piediripa di Macerata, con la dicitura **RISERVATA PERSONALE – NON APRIRE**.

E' escluso l'uso del Servizio di Posta interna ed altre forme di trasmissione in quanto non idonei a garantire la riservatezza dell'identità del segnalante.

Il dipendente, che ritiene di aver subito una discriminazione per il fatto di aver effettuato una segnalazione di illecito, può darne notizia agli Uffici del Personale ed al RPCT, il quale può riferire della situazione di discriminazione all'Ispettorato della Funzione pubblica.

2.3.4b Misure Specifiche

Incarichi e nomine

Conferimento incarichi dirigenziali

Il D.lgs. 39/2013 applicabile in ambito sanitario, come confermato dalla delibera 149/2014 dell'ANAC, si occupa esclusivamente delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi di direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo. Con riferimento agli stessi incarichi, la L. 124/2015, art. 11, co. 1, lett. p) prevede anche la disciplina delle procedure e dei requisiti professionali per il loro conferimento.

L'AST, nella fase di attribuzione degli incarichi, tiene conto delle indicazioni contenute negli aggiornamenti 2015-2018 al PNA, adattando l'esemplificazione dei rischi e delle relative misure afferenti il conferimento di incarichi dirigenziali, con particolare riguardo a quelli di struttura semplice, complessa e di incarichi a professionisti esterni. L'ASUR Marche con le determine n. 587/2018 e n. 422/2020 ha approvato i regolamenti per la graduazione e il conferimento degli incarichi dirigenziali rispettivamente per l'area della dirigenza PTA e della dirigenza della sanità.

Incarichi dirigenziali di struttura complessa – area sanitaria

Alcune considerazioni debbono infine essere rivolte alla procedura per l'affidamento degli incarichi di direzione di struttura complessa. Rispetto ad essi si deve segnalare come la normativa nazionale abbia previsto da subito forme di selezione e trasparenza a garanzia della qualità del profilo del soggetto da

incaricare. Questo probabilmente anche in considerazione della specificità e tecnicità delle funzioni da svolgere, che investono insieme aspetti gestionali e di elevata professionalità medica. Ai sensi della disciplina attuale, le aziende sanitarie debbono procedere all'affidamento degli incarichi di struttura complessa del ruolo sanitario mediante avviso pubblico.

La selezione deve essere effettuata da una commissione composta dal direttore sanitario dell'azienda interessata e da tre direttori di struttura complessa nella medesima disciplina dell'incarico da conferire, individuati tramite sorteggio da un elenco nazionale nominativo costituito dall'insieme degli elenchi regionali dei direttori di struttura complessa. Almeno un componente della commissione deve appartenere ad una regione diversa da quella dove ha sede l'azienda. Il presidente della commissione, il cui voto prevale in caso di parità, deve essere eletto dalla commissione stessa fra i tre membri sorteggiati.

La coerenza delle caratteristiche dei candidati con le caratteristiche dell'incarico viene apprezzata anche attraverso un apposito colloquio. La terna dei candidati deve essere formata sulla base dei migliori punteggi attribuiti. Il direttore generale individua il candidato da nominare nell'ambito della terna predisposta dalla commissione. Laddove, tuttavia, la sua scelta cada su uno dei due candidati che non hanno conseguito il migliore punteggio, il direttore deve motivare analiticamente la scelta. A seguito di tale modifica normativa, la Conferenza delle Regioni il 28 febbraio 2013 ha approvato un documento di linee guida standard per garantire omogeneità della disciplina regionale di attuazione.

L'impianto risultante dal quadro appena descritto contiene diverse misure utili a garantire che il procedimento di individuazione del soggetto al quale affidare l'incarico di struttura complessa sia caratterizzato da profili di imparzialità:

- la commissione composta prevalentemente di soggetti esterni all'azienda,
- la presidenza della commissione affidata anch'essa ad un soggetto esterno,
- la selezione in luogo della semplice verifica di idoneità
- il vincolo costituito dal punteggio attribuito dalla commissione, dal quale il direttore può parzialmente prescindere solo in maniera motivata.

L'insieme di tali elementi rende la procedura potenzialmente idonea a garantire una individuazione dei candidati alla direzione di struttura complessa resistente a logiche incongrue rispetto a quelle che dovrebbero guidare tale tipo di scelta.

Incarichi a soggetti esterni

Rischi e misure

Le indicazioni formulate per l'assegnazione degli incarichi dirigenziali di struttura complessa, per quanto applicabili, possono estendersi ai casi di conferimento di incarichi individuali anche a professionisti esterni all'organizzazione. Laddove non sia previsto di norma il ricorso a procedure di selezione comparativa, l'organo nominante deve dotarsi di tutti gli strumenti interni che consentano la massima pubblicizzazione delle esigenze alla base del conferimento, delle

caratteristiche e delle competenze professionali funzionali allo svolgimento dell'incarico (come ad esempio regolamenti interni, albi e/o elenchi di professionisti ed esperti), al fine anche di consentire opportune verifiche sul possesso dei requisiti e sul rispetto dei principi di trasparenza, rotazione ed imparzialità.

Misure di trasparenza

L'attribuzione degli incarichi sia interni sia esterni deve conformarsi ai principi di trasparenza e imparzialità. L'art. 41, del D.lgs. 33/2013, come modificato dal D.Lgs n. 97/2013, prevede ai commi 2 e 3 l'obbligo di pubblicare tutte le informazioni e i dati concernenti le procedure di conferimento degli incarichi di direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo, responsabile di dipartimento e di strutture semplici e complesse, ivi compresi i bandi e gli avvisi di selezione, lo svolgimento delle relative procedure, nonché gli atti di conferimento. Delle modifiche di cui sopra verrà data comunicazione alle Aree Vaste affinché procedano alla raccolta e alla successiva pubblicazione di quanto richiesto dagli ultimi aggiornamenti della normativa.

Rotazione degli incarichi

L'ANAC ha fornito alcuni chiarimenti in merito, affermando che la rotazione non si applica nel caso in cui lo spostamento dei dipendenti comporti la sottrazione di competenze professionali specialistiche da uffici cui sono affidate attività ad elevato contenuto tecnico e può essere attuata anche solo per alcune categorie di dipendenti, escludendo i dirigenti/responsabili.

L'ANAC, in particolare negli aggiornamenti al PNA fino alla recente Delibera n. 1064 del 13/11/2019, ha chiarito che le modalità attuative della rotazione dei dipendenti sono rimesse all'autonoma determinazione degli enti che devono però rispettare alcuni limiti:

- oggettivi, in quanto è necessario comunque assicurare il buon andamento e la continuità dell'azione amministrativa, garantendo la qualità delle competenze professionali necessarie per lo svolgimento di talune attività specifiche, specie a elevato contenuto tecnico, con la conseguenza che non può farsi luogo a misure di rotazione se esse comportano la sottrazione di competenze professionali specialistiche da uffici cui sono affidate attività ad elevato contenuto tecnico";
- soggettivi, quali i diritti individuali dei dipendenti e i diritti sindacali. In particolare, le misure di rotazione devono contemperare la tutela oggettiva dell'amministrazione (il suo prestigio, la sua imparzialità, la sua funzionalità) con quei diritti.

La rotazione "ORDINARIA" degli incarichi (come riconfermata dall'ultimo aggiornamento al PNA dell'ANAC nella Delibera sopra citata) non trova applicazione per le attività infungibili o altamente specializzate.

Sono ritenute infungibili le attività svolte da profili professionali per il quale è previsto il possesso di lauree specialistiche, di abilitazioni o di iscrizioni in Ordini / Collegi / Albi possedute da una sola unità lavorativa all'interno dell'Azienda.

Sono ritenute altamente specializzate le attività svolte da profili professionali che in relazione ai titoli accademici posseduti (lauree, specializzazioni o particolari percorsi formativi) non si prestino ad essere espletate in conformità al principio di rotazione.

Allo stesso modo l'esiguità dei Dirigenti di alcuni dei servizi dell'Area Tecnica, Professionale ed Amministrativa e le notevoli differenze delle professionalità previste che richiedono frequentemente specifici percorsi formativi e portano a maturare esperienze lavorative distanti e difficilmente intercambiabili, rendono particolarmente gravoso e complesso il meccanismo di rotazione, fatta salva la rotazione straordinaria.

Il principio viene applicato compatibilmente con le disposizioni normative e contrattuali specifiche delle Aziende Sanitarie e con l'esigenza di garantire il buon andamento dell'amministrazione, tenendo in considerazione quanto previsto dagli aggiornamenti al PNA ANAC.

In data 24/07/2013 è intervenuta specifica Intesa tra Governo, Regioni ed Enti Locali per l'attuazione dell'art. 1, commi 60 e 61, della citata Legge n. 190/2012, in cui si è previsto, in particolare per quanto concerne la rotazione degli incarichi nell'ambito delle funzioni maggiormente a rischio, che:

- a) ciascun ente, previa informativa sindacale, adotti dei criteri generali oggettivi;
- b) la rotazione può avvenire solo al termine dell'incarico la cui durata deve essere contenuta;
- c) l'attuazione deve avvenire in modo da tener conto delle specificità professionali in riferimento alle funzioni.

La rotazione "STRAORDINARIA" (ridefinita nella Delibera ANAC n. 1064/2019) è in ogni caso assicurata in caso di procedimento disciplinare e/o penale a carico dei dipendenti, per reati di natura corruttiva.

In tale ipotesi, per il personale dirigenziale si può procedere con atto motivato alla revoca dell'incarico in essere ed il passaggio ad altro incarico ai sensi del combinato disposto dell'art. 16, comma 1, lett. l quater e dell'art. 55 ter, comma 1 del D.Lgs 165/2001.

Nel caso in cui sussista l'impossibilità oggettiva e motivata di rotazione, l'Ente adotterà in ogni caso misure "rinforzate" sui processi in questione, quali l'introduzione del meccanismo della distinzione delle competenze c.d. "segregazione delle funzioni", ripartendo i tronconi procedurali e attribuendone la responsabilità a soggetti diversi.

Programmazione e monitoraggio della misura di rotazione

L'AST programma ed attiva le procedure di rotazione, compatibilmente con le caratteristiche della organizzazione, correlandole con altre vicende contrattuali

connesse alla scadenza di incarichi. L'AST provvede al monitoraggio sull'attuazione delle misure programmate al fine di verificarne l'efficacia rispetto alla riduzione del rischio corruttivo. L'indicatore del monitoraggio sarà il rapporto tra le verifiche conformi e le verifiche effettuate.

Nell'attività di monitoraggio sarà cura di chi la effettua redigere un documento nel quale siano evidenziate le eventuali criticità rilevate e le cause della mancata applicazione. In tal caso saranno applicati tempestivamente i correttivi che saranno concordati con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione (R.P.C.).

Incompatibilità e inconferibilità

Per quanto riguarda il personale dirigenziale e non dirigenziale, come già ribadito nei paragrafi precedenti, tutti i dipendenti sia a tempo indeterminato, che determinato e i collaboratori a qualsiasi titolo devono compilare, all'atto del conferimento dell'incarico, i modelli di autocertificazione, pubblicati sulla specifica sotto-sezione dell'Amministrazione Trasparente. Per quanto attiene gli incarichi di direzione, in osservanza dell'art. 15, co. 1 del D.Lgs. 8 aprile 2013 n. 39 e delle linee guida in ambito sanitario fornite dall'ANAC con le Delibere n. 149 del 22/12/2014 e n. 833 del 3/08/2016, è previsto un sistema di controllo sull'inconferibilità e incompatibilità degli stessi incarichi, attraverso la seguente procedura di contestazione.

Art. 1- Procedura di contestazione

1. Il RPCT, quando viene a conoscenza, d'ufficio o su segnalazione, della sussistenza o dell'insorgenza di una causa di inconferibilità o di incompatibilità, a carico di un dirigente titolare di un "incarico amministrativo di vertice", secondo quanto definito dal D.Lgs. n. 39/2013 e dalle Delibere ANAC n. 149/2014 e n. 833/2016, deve provvedere tempestivamente alla contestazione del fatto all'interessato, a seguito degli accertamenti istruttori preliminari ritenuti necessari, che dovranno esaurirsi comunque entro il termine massimo di 15 giorni dal momento in cui ha avuto notizia della causa di inconferibilità o di incompatibilità.
2. La contestazione deve essere effettuata per iscritto e comunicata formalmente al dirigente, a cura del RPC attraverso lettera, da consegnare a mano e di cui il dirigente deve rilasciare apposita ricevuta. La lettera di contestazione può essere consegnata attraverso il servizio postale (con raccomandata A.R.) in caso di assenza dal servizio del dirigente. In ogni caso è sempre possibile l'inoltro all'indirizzo PEC personale del dirigente, se ufficialmente comunicata o nota al RPC.
3. Il RPC trasmette copia della contestazione anche al superiore gerarchico dell'interessato.

Art. 2- Controdeduzioni del dirigente

1. Con la lettera di contestazione il RPC deve assegnare cinque giorni, dalla data del ricevimento della contestazione, al dirigente per presentare eventuali

argomentazioni a difesa circa l'insussistenza della causa di incompatibilità o di inconferibilità dell'incarico.

2. Il dirigente, in caso di incompatibilità, può anche comunicare, entro il termine di cui sopra, che intende rimuovere la causa esterna di incompatibilità, conservando l'incarico.
3. Restano ferme le disposizioni che prevedono il collocamento in aspettativa dei dipendenti delle PP.AA. di incompatibilità (art. 19, co. 2 del D.Lgs n. 39/2013).

Art. 3- Chiusura del procedimento

1. Se il RPC ritiene esaustive e accoglibili le argomentazioni del dirigente, il procedimento viene chiuso con nota formale e motivata, indirizzata all'interessato entro il termine perentorio di 10 giorni dalla data di ricevimento della contestazione.
2. Se le argomentazioni sostenute dal dirigente non sono accolte o se il medesimo non fornisce alcun riscontro, il RPC informa, entro il termine di cui al punto 1, l'interessato confermandogli la incompatibilità o la sopraggiunta inconferibilità dell'incarico di cui è titolare, permanendo comunque in capo al medesimo la facoltà di dimettersi.
3. In ogni caso, per non decadere dall'incarico, il dirigente interessato, deve comunicare, dandone prova documentale, entro il termine perentorio di 15 giorni dal ricevimento della contestazione, di avere rimosso la causa esterna di incompatibilità.
4. Nel caso di cui al punto 2 e nel caso comunque che entro il 15° giorno dalla data di ricevimento della contestazione non giunga la comunicazione di cui al punto 3), il RPC informa le strutture competenti dell'ASUR, per l'adozione dei provvedimenti previsti dal D.Lgs. n. 39/2013.
5. Ai fini del rispetto dei termini del presente procedimento si tiene conto delle date di registrazione al Protocollo informatico dell'ASUR.

Art. 4 - Ulteriori contestazioni del RPC

1. Il RPC, nell'ambito del potere di vigilanza attribuitogli dall'art. 15 del D.Lgs. n. 39/2013 sul rispetto delle disposizioni contenute nel citato decreto da parte delle pubbliche amministrazioni, vigila anche sull'osservanza delle disposizioni di cui all'art. 20 del D.Lgs. n. 39/2013.
2. Il RPC, ferma restando ogni altra responsabilità, nel rispetto del diritto di difesa e del contraddittorio, è tenuto, ai sensi del comma 2 del citato art. 15, ad accertare ed eventualmente contestare all'interessato: a) l'assenza della dichiarazione di cui all'art. 20, comma 2, del D.Lgs. n. 39/2013, resa secondo le modalità stabilite dalla presente delibera; b) l'eventuale non veridicità della dichiarazione di cui sopra.

Art. 5 - Accertamento nullità dei conferimenti

1. Il RPC qualora accerti la nullità di un incarico conferito in violazione delle disposizioni di cui al D.Lgs. n. 39/2013 ne dà comunicazione all'organo conferente e al soggetto incaricato.
2. Entro 7 giorni dalla comunicazione di cui al punto precedente l'organo conferente può inviare eventuali note contro-deduttive, rispetto alle quali il RPC dovrà esprimersi entro i successivi 5 giorni, per accertare l'elemento soggettivo in capo all'organo conferente l'incarico.
3. Nel caso di conferma della contestazione di nullità, il RPC dà avvio alla procedura di recupero delle somme indebitamente percepite, nonché alla procedura sostitutiva dal momento che ai sensi dell'art. 18, comma 2 del D.Lgs. n. 39/2013 l'organo che ha conferito incarichi dichiarati nulli non può per tre mesi conferire gli incarichi di competenza.
4. L'organo che procede in via sostitutiva comunica le decisioni assunte al RPC e trasmette i relativi provvedimenti.
5. L'atto di accertamento della violazione delle disposizioni del D.Lgs. n. 39/2013 è pubblicato sul sito istituzionale dell'ASUR.
6. Le comunicazioni di nullità degli incarichi e i provvedimenti sostitutivi sono trasmessi al Collegio Sindacale e all'O.I.V.

Art. 6 - Segnalazione violazioni

1. Il RPC segnala i casi di possibile violazione delle disposizioni del D.Lgs. n. 39/2013 all'Autorità nazionale anticorruzione, all'Autorità garante della concorrenza e del mercato ai fini dell'esercizio delle funzioni di cui alla legge 20 luglio 2004, n. 2151, nonché alla Corte dei conti, per l'accertamento di eventuali responsabilità amministrative.

Pantouflage

La parola di origine francese "pantouflage" viene utilizzata nel linguaggio corrente per indicare il passaggio di dipendenti pubblici al settore privato. Tale fenomeno, seppure fisiologico, potrebbe, in alcuni casi non adeguatamente disciplinati dal legislatore, rivelarsi rischioso per l'imparzialità delle pubbliche amministrazioni. Il legislatore nazionale ha introdotto il comma 16-ter dell'art. 53 del d.lgs. n. 165/200145 che si applica ai casi di passaggio dal settore pubblico al privato a seguito della cessazione del servizio. La norma dispone nello specifico il divieto per i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni, di svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività dell'amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. In caso di violazione del divieto sono previste specifiche conseguenze sanzionatorie che hanno effetti sul contratto di lavoro e sull'attività dei soggetti privati. I contratti di lavoro conclusi e gli incarichi conferiti in violazione del divieto sono, infatti, nulli e i soggetti privati che hanno concluso contratti o conferito incarichi in

violazione del divieto non possono contrattare con la pubblica amministrazione per i successivi tre anni e hanno l'obbligo di restituire i compensi eventualmente percepiti e accertati, riferiti a detti contratti o incarichi.

Il divieto di pantouflage non riguarda esclusivamente i dipendenti inquadrati nei vertici organizzativi che dispongono di poteri di azione e decisione, ma si estende a "coloro che abbiano partecipato al procedimento", e che molto ampia è anche l'elencazione dei provvedimenti tipici dell'esercizio dei poteri autoritativi e negoziali quali: contratti per l'acquisizione di beni e servizi, provvedimenti che incidono unilateralmente, modificandole, su situazioni giuridiche soggettive dei destinatari, nonché gli atti di concessione di vantaggi o utilità al privato, come autorizzazioni, concessioni, sovvenzioni, sussidi e vantaggi economici di qualunque genere.

Il comma 16-ter all'art. 53 del d.lgs.165/2001 applica la disciplina del Pantouflage anche ai soggetti privati che abbiano stipulato contratti di lavoro o comunque attribuito incarichi a ex dipendenti pubblici, prevedendo, in caso di violazione del divieto, la nullità dei contratti stipulati. Inoltre le pubbliche amministrazioni sono tenute ad inserire nei bandi di gara o negli atti prodromici all'affidamento di appalti pubblici, tra i requisiti generali di partecipazione previsti a pena di esclusione e oggetto di specifica dichiarazione da parte dei concorrenti, la condizione che l'operatore economico non abbia stipulato contratti di lavoro o comunque attribuito incarichi a ex dipendenti pubblici, in violazione dell'art. 53, co. 16-ter, del d.lgs. n. 165/2001 (cfr. pareri ANAC AG/8 del 18 febbraio 2015 e AG/2 del 4 febbraio 2015)". Nell'aggiornamento al PNA 2019 ANAC ha confermato che l'obbligo di rendere la specifica dichiarazione è stato ribadito nei bandi-tipo emanati dall'Autorità in attuazione del d.lgs. 50/2016, recante il codice dei contratti pubblici. In particolare, nel bando tipo n. 1, approvato con delibera del 22 novembre 2017 § 6, è previsto che "Sono esclusi dalla gara gli operatori economici per i quali sussistono cause di esclusione di cui all'art. 80 del Codice. Sono comunque esclusi gli operatori economici che abbiano affidato incarichi in violazione dell'art. 53, comma 16-ter, del d.lgs. del 2001 n. 165".

Di conseguenza la AST di Macerata prevede:

- **l'adozione della clausola di Pantouflage da inserire in tutti i bandi di gara e negli atti prodromici all'affidamento di appalti pubblici nonché l'approvazione di appositi Modelli di dichiarazione, predisposti a tale scopo dal Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (RPCT), che deve essere resa ai sensi del D.P.R. n. 445/2000;**
- **l'obbligo di una dichiarazione da far compilare al dipendente al momento dell'ingresso e la redazione di una dichiarazione da far compilare al dipendente al momento della sua cessazione dal**

servizio, ai sensi del comma 16 ter dell'art. 53 del Decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, introdotto dall' articolo 1, comma 42 della legge 6 novembre 2012, n. 190.

L'acquisizione e la conservazione delle dichiarazioni inerenti i "contratti di lavoro" saranno a cura, per quanto di competenza, della UOC Gestione Risorse Umane, mentre quelle inerenti i contratti di "affidamento lavori, servizi e forniture", saranno a cura, per quanto di competenza, dalle strutture organizzative della UOC Acquisizione beni e Servizi.

La AST di Macerata ha confermato anche per il futuro l'utilizzo dei Patti di Integrità utilizzati nei propri procedimenti di gara, aggiornandoli con le misure relative al pantouflage.

il RPCT, alla luce dei compiti ad esso attribuito in materia di inconferibilità e incompatibilità, è chiamato a verificare la corretta attuazione delle misure di prevenzione del pantouflage, anche attraverso attività volte ad acquisire di informazioni utili, come, ad esempio, la consultazione delle banche dati liberamente accessibili da parte delle amministrazioni. Per lo svolgimento di tali compiti, Il RPCT si avvarrà della collaborazione degli uffici competenti dell'amministrazione (ad esempio, l'ufficio del personale o l'ufficio gare e contratti). Il RPCT potrebbe poi svolgere una funzione consultiva di supporto, quale ausilio all'interno dell'amministrazione, per chiarire, anche a seguito di richiesta da parte del dipendente pubblico che sta per cessare dal servizio, quali siano le eventuali ipotesi di violazione del divieto di pantouflage con riguardo all'attività esercitata presso l'amministrazione di appartenenza. Resta ferma la facoltà del Responsabile di rivolgersi ad ANAC per un parere in merito a determinate fattispecie, qualora permangano dubbi sulla corretta applicazione della norma in materia

Gestione entrate, spese e patrimonio

Bilancio e Gestione dei pagamenti

Le attività connesse ai pagamenti presentano rischi bassi di corruzione:

- ritardare l'erogazione di compensi dovuti rispetto ai tempi contrattualmente previsti,
- pagare fatture senza previa liquidazione da parte del responsabile dell'acquisto della fornitura di beni o servizi,
- effettuare registrazioni di bilancio e rilevazioni non corrette/non veritiere,
- permettere pagamenti senza rispettare la cronologia nella presentazione delle fatture, provocando in tal modo favoritismi e disparità di trattamento tra i creditori dell'ente.

In questa area è necessario confermare:

1. la piena tracciabilità e trasparenza dei flussi contabili e finanziari è realizzata, per quanto riguarda la parte delle entrate, mediante il sistema di home-

banking del servizio di Tesoreria; per gli incassi derivanti dagli sportelli cassa delle strutture sanitarie, viene effettuata mensilmente la quadratura tra il denaro versato in banca dagli addetti alla riscossione e le fatturazioni emesse;

2. per quanto riguarda invece le spese, la piena tracciabilità e trasparenza dei flussi contabili e finanziari è realizzata mediante l'implementazione di un sistema informatico di work flow per la liquidazione delle fatture che, quindi, agevolano la verifica e il controllo sulla correttezza dei pagamenti effettuati;
3. tutti i mandati di pagamento hanno una doppia firma, al fine di realizzare un controllo incrociato;
4. la pubblicazione sul sito della trasparenza dell'indice trimestrale di tempestività dei pagamenti e del bilancio consuntivo secondo gli schemi ministeriali di conto economico;
5. la gestione contabile-patrimoniale trasparente delle risorse attraverso la corretta tenuta delle scritture contabili (registrazione di bilancio e rilevazioni veritiere);
6. l'impegno a seguire il Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC) dei dati e dei bilanci dell'azienda fino al suo completamento, secondo le indicazioni della Regione Marche (DGRM n. 536/2015). Tale percorso, è stato riprogrammato con DGRM n. 1576 del 19/12/2016 e successivamente con DGRM n. 1618 del 28/12/2017, prevedendo la realizzazione definitiva entro il 31/12/2019; le disposizioni regionali sono state poi recepite dall'ASUR con Determina n. 804 del 29/12/2017, con cui sono state approvate le procedure PAC di verifica definite dai gruppi di lavoro interaziendali;
7. il nuovo sistema di Internal Audit, di cui il Manuale è stato approvato con Determina ASUR n. 671/DG del 21/11/2019 e il relativo Piano per le attività del 2022 è stato predisposto con Determina n. 778 del 31/12/2021;
8. il "Regolamento aziendale di registrazione, liquidazione e pagamento fatture" aggiornato con determina 605 del 02/12/2021.

Area Patrimonio e Servizi Manutentivi

Con Delibera di Giunta Regionale vengono costituite, in coincidenza alla soppressione dell'azienda ASUR e a partire dal 1° gennaio 2023, le Aziende Sanitarie territoriali, aventi personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale.

Ai sensi dell'articolo 42, comma 5 della Legge regionale 8 agosto 2022 n. 19, la Giunta regionale, ai fini della costituzione delle Aziende sanitarie territoriali, ha stabilito le modalità di subentro delle Aziende sanitarie territoriali nell'attività e nei rapporti giuridici attivi e passivi, di carattere finanziario, fiscale, patrimoniale facenti capo all'Azienda sanitaria unica regionale (ASUR) alla data della soppressione, fatta salva la gestione liquidatoria. il patrimonio delle aziende/AV soppresse, come risultante dall'atto di ricognizione, è trasferito all'AST di nuova

istituzione con decorrenza 1/1/2023. La valorizzazione del patrimonio sarà quella rilevabile in sede di redazione del bilancio di esercizio 2022.

La normativa regionale (LR 19 novembre 1996, n. 47) stabilisce:

- Art. 20 - I beni appartenenti alle Aziende sanitarie sono distinti in beni patrimoniali indisponibili e beni patrimoniali disponibili. Sono beni patrimoniali indisponibili i beni sottoposti a tale regime giuridico e i beni strumentali all'esercizio delle funzioni istituzionali delle Aziende sanitarie. Gli altri rientrano nel patrimonio disponibile
- Art. 21 - L'inventario generale del patrimonio deve redigersi con riferimento all'avvio dell'attività dell'Azienda sanitaria e successivamente ogni anno. L'inventario deve contenere l'indicazione analitica e la valutazione delle attività

La Giunta regionale approva gli atti relativi al passaggio dei beni immobili dal patrimonio indisponibile a quello disponibile ed esercita il potere di indirizzo sulla destinazione del ricavato delle vendite dei beni medesimi.

Il direttore generale assicura l'efficiente impiego delle risorse e il perseguimento dell'equilibrio economico dell'ente attraverso l'utilizzo dei budget assegnati, nonché attraverso azioni di efficientamento da prevedere quale obiettivo strategico all'atto della nomina e gestisce e valorizza il patrimonio dell'ente.

Il patrimonio immobiliare disponibile dell'AST, come pubblicato in Amministrazione Trasparente ASUR per la ex Area Vasta n. 3 anno 2020, è il seguente

Denominaz.	Comune	Ubicazione	Dati catastali [Fg; Part]	Destinazione d'uso
Unit. Immob.	Camerino	Località Cignano	Fg. 105 Part. 145 sub 1/2	immobile
Unit. Immob.	Montecosaro	Piane di Chienti	Fg. 20 Part. 456	immobile
Unit. Immob.	Montecosaro	Piane di Chienti	Fg. 20 Part. 455	immobile
Unit. Immob.	Montecosaro	Piane di Chienti	Fg. 21 Part. 591 sub 2/3/4	immobile
Unit. Immob.	Montecosaro	Piane di Chienti	Fg. 26 Part. 155 sub 2/3	immobile
Unit. Immob.	Morrovalle	Via Michelangelo	Fg. 42 Part. 585 sub 2/3	immobile
Unit. Immob.	Porto Recanati	Via Gramsci 30	Fg. 12 Part. 157-318	Ex scuola
Terreno	Macerata	Contrada Isola	Fg. 4 Part. 2	Terreno agricolo
Terreno	Macerata	Contrada Isola	Fg. 4 Part. 4	Terreno agricolo
Terreno	Corridonia	Contrada Molino	Fg. 23 Part. 16	Terreno urbano
Terreno	Corridonia	Contrada Vallescura	Fg. 17 Part. 83	Terreno urbano

Terreno	San Severino Marche	San Severino Marche	Fg. 136 Part. 28-57-58-62-193-195-196-1160-1162	Terreno agricolo
Terreno	Muccia	Muccia	Fg. 1 Part. 1-2	Terreno agricolo
Terreno	Castelraimondo	Castelraimondo	Fg. 27 Part. 131	Terreno agricolo
Terreno	Montecosaro	Montecosaro	Fg. 26 Part. 71-72-73-10-14-16-19-22-96-66-67-70-116-63-69-99-97-151-153	Terreno agricolo
Terreno	Montecosaro	Montecosaro	Fg. 20 Part. 311-36-85-210-211-236-322-165-235-454-468	Terreno agricolo
Terreno	Montecosaro	Montecosaro	Fg. 21 Part. 17-54-392-375-390-587-589	Terreno agricolo
Terreno	Montecosaro	Montecosaro	Fg. 24 Part. 530-1299-1300	Terreno agricolo
Terreno	Montecosaro	Montecosaro	Fg. 25 Part. 231-233-138	Terreno agricolo
Terreno	Morrovalle	Morrovalle	Fg. 42 Part. 76-155-579-583	Terreno agricolo

Il patrimonio immobiliare indisponibile dell'AST, come pubblicato in Amministrazione Trasparente ASUR per la ex Area Vasta n. 3 anno 2020, è il seguente

Natura del bene	Localizzazione Geografica	Indirizzo	Numero civico	Denominazione del bene	Foglio Catasto (Ordinario)	Particella mappale/ numeratore Catasto (Ordinario)	Sub	Titolo di utilizzo/ detenzione	tipologia immobile/terreno
Unità Immobiliare	Camerino (MC) [62032]	località spindoli di sotto	nc	ospedale civico	74	462		In proprietà	Ospedali, case di cura, cliniche e assimilabili
Unità Immobiliare	Camerino (MC) [62032]	Viale Emilio Betti	15	ex sede ora sert ced veterinari	60	269		In proprietà	Ufficio strutturato ed assimilabili
Unità Immobiliare	Camerino (MC) [62032]	località spindoli di sotto	NC	distretto sanitario	74	474		In proprietà	Ufficio strutturato ed assimilabili
Unità Immobiliare	Camerino (MC) [62032]	Via Muralto	3	ex pronto soccorso	125	316	5	In proprietà	Ospedali, case di cura, cliniche e assimilabili
Unità Immobiliare	Camerino (MC) [62032]	Via Camillo Lili	55	Palazzo delle Esposte	125	316	1	In proprietà	Ufficio strutturato ed assimilabili
Unità Immobiliare	Camerino (MC) [62032]	via camillo lili	55	Palazzo delle Esposte	125	316	3	In proprietà	Ufficio strutturato ed assimilabili
Unità Immobiliare	Camerino (MC) [62032]	Via Camillo Lili	55	Palazzo delle Esposte	125	316	2	In proprietà	Ufficio strutturato ed assimilabili
Unità Immobiliare	Camerino (MC) [62032]	Via Camillo Lili	55	Palazzo delle Esposte	125	316	4	In proprietà	Ufficio strutturato ed assimilabili
Unità Immobiliare	Civitanova Marche (MC) [62012]	via abruzzo	1	Poliambulatorio	7	1218		In proprietà	Ospedali, case di cura, cliniche e assimilabili



Servizio Sanitario Nazionale
Regione Marche
**Azienda Sanitaria Territoriale
di Macerata**

Unità Immobiliare	Civitanova Marche (MC) [62012]	Piazza Giuseppe Garibaldi	8	Uffici Amministrativi	14	106	3	In proprietà	Ufficio strutturato ed assimilabili
Unità Immobiliare	Civitanova Marche (MC) [62012]	via ginevri	1	Ospedale Civile	21	52	3	In proprietà	Ospedali, case di cura, cliniche e assimilabili
Unità Immobiliare	Civitanova Marche (MC) [62012]	Piazza Giuseppe Garibaldi	8	Uffici Amministrativi	14	106	8	In proprietà	Ufficio strutturato ed assimilabili
Unità Immobiliare	Civitanova Marche (MC) [62012]	Piazza Giuseppe Garibaldi	8	Uffici Amministrativi	14	106	2	In proprietà	Ufficio strutturato ed assimilabili
Unità Immobiliare	Corridonia (MC) [62014]	Via Diaz	snc	Distretto sanitario, RSA e casa protetta di salute mantale	49	1221		In proprietà	Ospedali, case di cura, cliniche e assimilabili
Unità Immobiliare	Corridonia (MC) [62014]	via Diaz	snc	RSA e Casa Protetta salute mantale	42	365	4	In proprietà	Ospedali, case di cura, cliniche e assimilabili
Unità Immobiliare	Castelraimondo (MC) [62022]	località valeano	nc	uffici e ambulatori	27	137	3	In proprietà	Ufficio strutturato ed assimilabili
Unità Immobiliare	Castelraimondo (MC) [62022]	località valeano	nc	uffici e ambulatori	27	137	2	In proprietà	Ufficio strutturato ed assimilabili
Unità Immobiliare	Sarnano (MC) [62028]	Viale della rimembranza	snc	Distretto sanitario	21	1369		In proprietà	Ospedali, case di cura, cliniche e assimilabili
Unità Immobiliare	Sant'Angelo in Pontano (MC) [62020]	Contrada Passo Sant'Angelo	snc	Distretto sanitario	7	38		In proprietà	Ospedali, case di cura, cliniche e assimilabili
Unità Immobiliare	San Severino Marche (MC) [62027]	Via Glorioso	8	OSPEDALE	136	65	6	In proprietà	Ospedali, case di cura, cliniche e assimilabili
Unità Immobiliare	San Ginesio (MC) [62026]	Via Roma	snc	Distretto sanitario	43	532		In proprietà	Ospedali, case di cura, cliniche e assimilabili

Regione Marche - Azienda Sanitaria Territoriale di Macerata

Sede legale: Via Annibali, 31/L – 62100 Piediripa di Macerata – Tel. 073325721

pec: ast.macerata@emarche.it C.F. e P.IVA 02095680431

Unità Immobiliare	San Ginesio (MC) [62026]	Via Roma	5	RSA	43	458		In proprietà	Ospedali, case di cura, cliniche e assimilabili
Unità Immobiliare	Recanati (MC) [62019]	piaggia castelnuovo	snc	SRR	122	2	5	In proprietà	Ospedali, case di cura, cliniche e assimilabili
Unità Immobiliare	Recanati (MC) [62019]	piaggia castelnuovo	snc	SRR	122	3	5	In proprietà	Stabilimento balneare e termale
Unità Immobiliare	Recanati (MC) [62019]	Via Cupa Madonna Di Varano	1	poliambulatorio	61	6	10	In proprietà	Ospedali, case di cura, cliniche e assimilabili
Unità Immobiliare	Recanati (MC) [62019]	Piazzale A. da Recanati	2	Ospedale	123	498		In proprietà	Ospedali, case di cura, cliniche e assimilabili
Unità Immobiliare	Recanati (MC) [62019]	contrada san donato	snc	casa colonica inagibile	52	352	4	In proprietà	Abitazione
Unità Immobiliare	Recanati (MC) [62019]	contrada san donato	snc	casa colonica inagibile	52	352	3	In proprietà	Abitazione
Unità Immobiliare	Recanati (MC) [62019]	contrada san donato	snc	casa colonica inagibile	52	352	2	In proprietà	Abitazione
Unità Immobiliare	Recanati (MC) [62019]	contrada san donato	snc	casa colonica inagibile	52	351	4	In proprietà	Abitazione
Unità Immobiliare	Recanati (MC) [62019]	contrada san donato	snc	casa colonica inagibile	52	351	3	In proprietà	Abitazione
Unità Immobiliare	Recanati (MC) [62019]	contrada san donato	snc	casa colonica inagibile	52	351	2	In proprietà	Abitazione
Unità Immobiliare	Potenza Picena (MC) [62018]	via delle fonti	1	Poliambulatorio	36	137		In proprietà	Ospedali, case di cura, cliniche e assimilabili



Servizio Sanitario Nazionale
Regione Marche
**Azienda Sanitaria Territoriale
di Macerata**

Unità Immobiliare	Montecassiano (MC) [62010]	Via Santa Croce	snc	Distretto sanitario	18	27		In proprietà	Ospedali, case di cura, cliniche e assimilabili
Unità Immobiliare	Porto Recanati (MC) [62017]	Piazza del Borgo	1	CSA	22	664	5	In proprietà	Ospedali, case di cura, cliniche e assimilabili
Unità Immobiliare	Treia (MC) [62010]	Piazza Giacomo Leopardi	3	Casa della salute e Lungodegenza	105	143		In proprietà	Ospedali, case di cura, cliniche e assimilabili
Unità Immobiliare	Tolentino (MC) [62029]	Viale della Repubblica	18	Ospedale di Tolentino	55	429		In proprietà	Ospedali, case di cura, cliniche e assimilabili
Unità Immobiliare	Tolentino (MC) [62029]	Via Carlo Forlanini	snc	Centro diurno di salute mentale	63	154		In proprietà	Ospedali, case di cura, cliniche e assimilabili
Unità Immobiliare	Matelica (MC) [62024]	viale europa	nc	ospedale civico	70	13		In proprietà	Ospedali, case di cura, cliniche e assimilabili
Unità Immobiliare	Macerata (MC) [62100]	Belvedere Raffaello Sanzio	1	Sede Area Vasta n.3	65	1180		In proprietà	Ufficio strutturato ed assimilabili
Unità Immobiliare	Macerata (MC) [62100]	via dei velini	1	Centro diurno salute mentale	45	99	4	In proprietà	Ospedali, case di cura, cliniche e assimilabili
Terreno	San Severino Marche (MC) [62027]	Via Glorioso	8	terreno	136	1287		In proprietà	Terreno agricolo
Unità Immobiliare	Macerata (MC) [62100]	Via Santa Lucia	1	Ospedale di Macerata	69	101	6	In proprietà	Ospedali, case di cura, cliniche e assimilabili
Unità Immobiliare	Morrovalle (MC) [62010]	Via Tiziano	1	Poliambulatorio	39	1307		In proprietà	Ospedali, case di cura, cliniche e assimilabili

Regione Marche - Azienda Sanitaria Territoriale di Macerata

Sede legale: Via Annibali, 31/L – 62100 Piediripa di Macerata – Tel. 073325721

pec: ast.macerata@emarche.it C.F. e P.IVA 02095680431



Servizio Sanitario Nazionale
Regione Marche
**Azienda Sanitaria Territoriale
di Macerata**

Terreno	San Severino Marche (MC) [62027]	Via Glorioso	8	terreno	136	1291		In proprietà	Terreno agricolo
Terreno	San Severino Marche (MC) [62027]	Via Glorioso	8	terreno	136	1288		In proprietà	Terreno agricolo
Terreno	San Severino Marche (MC) [62027]	Via Glorioso	8	terreno	136	1278		In proprietà	Terreno agricolo
Terreno	San Severino Marche (MC) [62027]	Via Glorioso	8	terreno	136	1276		In proprietà	Terreno agricolo
Unità Immobiliare	Macerata (MC) [62100]	Via Beniamino Gigli	snc	Ambulatori ospedalieri	116	290	73	In proprietà	Ospedali, case di cura, cliniche e assimilabili
Terreno	San Severino Marche (MC) [62027]	Via Glorioso	8	terreno	136	1283		In proprietà	Terreno agricolo
Terreno	San Severino Marche (MC) [62027]	Via Glorioso	8	terreno	136	1286		In proprietà	Terreno agricolo
Terreno	San Severino Marche (MC) [62027]	Via Glorioso	8	terreno	136	1281		In proprietà	Terreno agricolo
Terreno	San Severino Marche (MC) [62027]	Via Glorioso	8	terreno	136	1284		In proprietà	Terreno agricolo
Terreno	San Severino Marche (MC) [62027]	Via Glorioso	8	terreno	136	1293		In proprietà	Terreno agricolo
Terreno	San Severino Marche (MC) [62027]	Via Glorioso	8	terreno	136	1280		In proprietà	Terreno agricolo
Terreno	San Severino Marche (MC) [62027]	Via Glorioso	8	terreno	136	62		In proprietà	Terreno agricolo

Regione Marche - Azienda Sanitaria Territoriale di Macerata

Sede legale: Via Annibali, 31/L – 62100 Piediripa di Macerata – Tel. 073325721

pec: ast.macerata@emarche.it C.F. e P.IVA 02095680431

La gestione è affidata all'UOC Patrimonio, Nuove Opere e Attività tecniche. Il predetto servizio cura anche la gestione di tutti gli immobili in affitto (attivo e passivo) e la loro dismissione in relazione ai rigorosi obiettivi di contrazione della spesa.

Il rischio può nascondersi sia nella conduzione delle entrate sugli immobili di proprietà, ed in particolare sui terreni, sia nella determinazione per nuovi contratti di affitto o per la dismissione degli stessi. **Tutte le informazioni relative ai beni immobili posseduti o detenuti, compresi i canoni di locazione o di affitto versati o percepiti, devono essere aggiornate e pubblicate nella specifica sottosezione dell'Amministrazione trasparente** ai sensi del novellato art. 30 del D.lgs. n. 33/2013 e dell'art. 37, co. 2 del D.Lgs. n. 50/2016. Sono anche disponibili gli schemi predisposti per il MEF e compilati sulla base dei dati catastali. **Il rafforzamento di queste misure può avvenire pubblicando dati ulteriori quali, ad esempio, il valore degli immobili di proprietà, utilizzati e non utilizzati, le modalità e le finalità di utilizzo.**

Qualora dovessero rendersi possibili operazioni di utilizzo da parte di terzi del patrimonio immobiliare, le singole procedure dovranno essere improntate, nella fase precedente alla stipula del contratto di diritto privato, al rispetto dei principi della selezione tra gli aspiranti, dell'imparziale confronto tra soggetti interessati e della adeguata motivazione in ordine alla scelta, con specifico riguardo all'interesse pubblico perseguito.

Nell'apposita sotto-sezione "Opere pubbliche" del link "Amministrazione Trasparente" sono scaricabili tutti i dati richiesti dall'art. 1, comma 32 della Legge n. 190/2012, compresi gli atti di programmazione, attraverso il collegamento con la Banca dati delle Amministrazioni pubbliche (BDAP) del Ministero dell'Economia e delle Finanze.

Attività di vigilanza, controlli, ispezioni

Le attività di vigilanza, controllo, ispezione e l'eventuale irrogazione di sanzioni riguardano tutte le amministrazioni che svolgono compiti di vigilanza su specifici settori con particolare attenzione alle aree maggiormente sensibili al rischio di corruzione quali la sicurezza nei luoghi di lavoro e, più in generale, le aree di competenza dei dipartimenti di prevenzione, come previsto negli aggiornamenti al PNA dell'ANAC.

In questo campo sono fondamentali misure specifiche volte a perfezionare gli strumenti di controllo e di verifica, come:

- l'utilizzo di modelli standard di verbali con check list, già in uso presso le strutture territoriali con modellistica simile, la cui omogeneizzazione è iniziata nell'anno 2018;

- la rotazione del personale ispettivo, da applicare ove possibile e da rivalutare in occasione della riorganizzazione dei dipartimenti di prevenzione in area vasta;
- l'introduzione nel codice di comportamento aziendale, in sede di aggiornamento, di disposizioni in merito al personale dipendente con compiti di vigilanza.

E' opportuno a tal proposito prevedere frequenti verifiche ispettive interne da parte dei competenti uffici, senza preavviso, con criteri "random" e di "rischio" valutato sulla base di parametri standard, sia sugli uffici coinvolti sia sulle attività oggetto di verifica. In questa area le misure previste sono state esplicitate nel paragrafo dedicato alla "rotazione del personale". Si specifica che, tutti i servizi dell'Area Veterinaria e Sicurezza alimentare sono sottoposti periodicamente ad audit, in attuazione della normativa nazionale ed europea. In particolare, nel sistema di audit implementato, viene elaborato il piano strategico di verifica dell'efficacia di tutti i controlli ufficiali che sono a capo delle autorità competenti.

Attività ALPI

La determina ANAC n. 12 del 28.10.2015 sottolinea che "L'attività libero professionale, specie con riferimento alle connessioni con il sistema di gestione delle liste di attesa e alla trasparenza delle procedure di gestione delle prenotazioni e di identificazione dei livelli di priorità delle prestazioni, può rappresentare un'area di rischio di comportamenti opportunistici che possono favorire posizioni di privilegio e/o di profitti indebiti, a svantaggio dei cittadini e con ripercussioni anche dal punto di vista economico e della percezione della qualità del servizio".

Poiché, inoltre, questo ambito è strettamente interconnesso con il sistema di governo dei tempi di attesa il cui rispetto rientra nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), le misure correttive e di prevenzione in quest'area, concorrendo al raggiungimento dei LEA ed essendo, quindi, ricomprese nell'ambito degli obiettivi strategici aziendali, devono conseguentemente essere incluse nel sistema di valutazione della performance individuale e dell'organizzazione.

Questo settore è tra le aree specifiche cui applicare il processo di gestione del rischio, sia nella fase autorizzativa sia in quella di svolgimento effettivo dell'attività, tenendo conto delle potenziali interferenze con l'attività istituzionale.

Le azioni poste in essere per la corretta gestione dell'attività libero professionale intramuraria si sviluppano nelle seguenti attività:

- inserimento totale dell'attività libero professionale in agende gestite da sistema informativo;
- pianificazione dei volumi dell'attività istituzionale e libero professionale (ex DGR 106/2015) provvisoriamente vigente Determina AV3 n. 30/21;

- istituzione e operatività della Commissioni paritetiche: provvisoriamente vigente Determina AV3 n. 674/19
- istituzione e operatività dei Servizi ispettivi: provvisoriamente vigente Determina AV3 n. 791/18 (Nella revisione della costituzione dei Servizi ispettivi si dovrà considerare nella composizione il non inserimento di componenti che hanno già una funzione di controllo interno, in particolare in materia di libera professione).

Possibili rischi relativi all'ALPI:

- a) false / imprecise dichiarazioni prodotte ai fini del rilascio dell'autorizzazione;
- b) mancato rispetto della proporzionalità tra attività istituzionale e libero professionale;
- c) svolgimento della libera professione in orario di servizio;
- d) anomalie nella gestione del supporto diretto nell'attività libero professionale;
- e) trattamento differenziato dei pazienti trattati in libera professione.

Misure previste:

- a) false / imprecise dichiarazioni prodotte ai fini del rilascio dell'autorizzazione:
 - definizione di un format aziendale di richiesta con indicazione dell'offerta in regime istituzionale presente nel sistema informativo di prenotazione;
 - negoziazione dei volumi di attività libero professionale nell'ambito del processo di budget;
- b) mancato rispetto della proporzionalità tra attività istituzionale e libero professionale:
 - attivazione di un cruscotto basato sui posti a CUP per centro di costo per il monitoraggio dell'offerta istituzionale e libero professionale;
 - nei Direttori di Unità operativa complessa: è stato predisposto un format aziendale per la comunicazione del piano di lavoro dei titolari di Unità operativa complessa;
- c) svolgimento della libera professione in orario di servizio:
 - accesso dei referenti della libera professione delle Aree vaste al sistema rilevazione presenze per il controllo periodico della corretta registrazione dell'orario di attività libero professionale;
 - completamento della dotazione di sistemi di rilevazione presenze nelle sedi di attività libero professionale;
- d) anomalie nella gestione del supporto diretto nell'attività libero professionale:
 - omogeneizzazione aziendale della regolamentazione del personale di supporto diretto ed indiretto.

Fermi restando gli obblighi di trasparenza previsti dall'art. 41, co. 3 del d.lgs. 33/2013, che include anche le prestazioni professionali svolte in regime

intramurario, l'AST potrà prevedere, al fine di rafforzare la trasparenza dell'attività svolta in regime di libera professione in tutte le sue fasi, la revisione delle autorizzazioni in caso di esiguo numero di prestazioni svolte.

Indicatori previsti:

☐ numero di prestazioni erogate in intramoenia/ numero di prestazioni erogate in attività istituzionali (sia per singolo specialista che in equipe)

Liste di attesa

Relativamente all'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali è utilizzato il sistema del CUP unico regionale che garantisce l'uniformità di accesso alle prestazioni; l'avvio dell'utilizzo della impegnativa dematerializzata produrrà una maggiore trasparenza del percorso del paziente dal momento della richiesta. Al fine di rafforzare la trasparenza, è stato introdotto dal D.Lgs. n. 97/2016 (art. 33) un ulteriore obbligo di pubblicazione relativo ai criteri di formazione delle liste di attesa (art. 41, co. 6, D.Lgs. n. 33/2013). Tale informazione è stata pubblicata sull'apposita sottosezione del link "Amministrazione Trasparente". Mensilmente sono pubblicati inoltre i tempi di attesa ex-ante per il mese in corso e ex-post per il secondo mese successivo.

L'azione principale posta in essere a seguito dell'adozione del nuovo PRGLA è rappresentata, per la prima volta nella Regione, dall'attivazione dei percorsi di tutela (DGR 380/2019 e smi) che rappresentano il completamento del lavoro svolto in questi anni con il raggiungimento dell'obiettivo di piena copertura della domanda di prestazioni e non solo del rispetto del tempo di attesa per gli utenti prenotati.

Il sistema CUP unico regionale mette a disposizione automaticamente delle agende dell'intero territorio regionale finalizzate alla garanzia del posto entro i tempi previsti. Queste agende sono state attivate con la sinergia delle case di cura private accreditate sulla base dell'accordo regionale (DGR 978/19) e successivamente anche di altre strutture private (DGR n. 1330/19, n. 1331/19 e n. 1516/19). Qualora non fosse individuato un posto in grado di soddisfare la richiesta dell'utente, l'operatore che effettua la prenotazione propone allo stesso di essere inserito in liste di garanzia.

Queste sono liste di pre-appuntamento gestite dal Centro servizi del CUP regionale, che procede a richiamare l'utente con l'offerta di un posto dopo una ulteriore ricerca e verifica.

Tale procedura consente di assicurare il rispetto dello standard regionale di presa in carico di tutte le richieste, garantendo al cittadino l'accesso alla prestazione; l'introduzione di questa procedura ha consentito di adeguare in tempo reale l'offerta alla domanda di prestazioni in modo da prevenire la formazione di code e l'efficacia dell'azione è anche documentata dalla flessione registrata nel ricorso a prestazioni in regime libero professionale.

Possibili rischi relativi alla gestione delle liste di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale

- b) Mancato inserimento nel sistema CUP regionale di prestazioni e mantenimento della gestione diretta delle agende:
 - Verifica delle prestazioni ad accesso diretto e revisione dei percorsi fuori CUP esistenti
- c) Mancato inserimento nel sistema CUP dell'offerta del privato accreditato con accordo di fornitura
 - Verifica dell'offerta a CUP e della produzione nel flusso C e definizione di un percorso di inserimento a CUP.

Misure previste per l'anno 2023:

Per la gestione dei rischi sopra elencati verrà individuato un responsabile che potrà incrociare i dati del flusso ministeriale della specialistica ambulatoriale con le prenotazioni a CUP e consente quindi il monitoraggio del percorso di allineamento tra produzione e offerta a CUP.

Controlli nelle strutture convenzionate

I soggetti privati accreditati operanti nel territorio regionale ai sensi della normativa vigente concorrono alla determinazione e al perseguimento delle finalità del servizio sanitario regionale. La Giunta regionale determina i criteri e le modalità per l'autorizzazione, la vigilanza e l'accreditamento delle strutture pubbliche e private.

La collaborazione pubblico/privato si basa principalmente sulle convenzioni stipulate con strutture accreditate per prestazioni con livello assistenziale e tariffario predeterminato con specifica Delibera regionale.

L'ambito dei rapporti tra le aziende sanitarie e gli erogatori convenzionati si configura tra le aree di rischio specifiche (già individuate dall'ANAC con la determinazione n. 12/2015 ed i successivi PP.NN.AA.) con riferimento particolare alla fase contrattuale con le strutture accreditate.

Le convenzioni con le strutture accreditate per l'erogazione di servizi sanitari e socio-sanitari rappresentano una componente significativa del sistema sanitario, non solo per il peculiare ambito soggettivo (soggetti erogatori), ma anche perché in esso si concentrano importanti flussi finanziari e, quindi, interessi anche di natura economica.

Per tale ragione la regolazione dei rapporti pubblico-privato rappresenta un ambito particolarmente esposto al rischio di comportamenti che, ove non adeguatamente trasparenti e standardizzati nelle relative procedure, possono determinare fenomeni di corruzione e/o di inappropriato utilizzo delle risorse. In questa logica lo strumento contrattuale rappresenta una delle principali leve attraverso le quali migliorare il processo di negoziazione tra il committente/azienda sanitaria e il soggetto erogatore di prestazioni sanitarie per conto del Servizio Sanitario Nazionale.

La normativa regionale, nel rispetto della disciplina nazionale che regola i rapporti con il settore privato nello svolgimento dell'attività assistenziale, prevede le seguenti fasi:

- autorizzazione alla realizzazione ed all'esercizio;
- accreditamento istituzionale;
- accordi contrattuali di attività.

Con riferimento alle fasi di autorizzazione alla realizzazione ed all'esercizio, così come alla fase di accreditamento istituzionale, i rischi non riguardano l'AST, in quanto tali attività sono di competenza del Comune e della Regione.

L'atto di riferimento è la L.R. n. 21 del 30 settembre 2016 recante "Autorizzazioni e accreditamento istituzionale delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati e disciplina degli accordi contrattuali delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati", recentemente modificata dalla L.R. n. 7 del 14 marzo 2017, ed il Regolamento regionale n. 1 del 2018, che specifica le tipologie di struttura.

L'attività ispettiva per il rilascio delle autorizzazioni è eseguita dai soggetti indicati nell'art. 9, comma 2 della L.R. 21/2016 per le strutture di cui all'art. 7 della stessa legge. Per quanto riguarda i convenzionamenti tra strutture accreditate, essi avvengono:

- nel rispetto del fabbisogno annuale definito dalla Regione con apposita DGR;
- nel limite delle disponibilità economico/finanziarie di budget.

Le fasi di negoziazione, stipula ed esecuzione della convenzione costituiscono l'ambito nel quale si regolano i rapporti con il privato accreditato per erogare prestazioni per conto ed a carico del SSN.

La contrattazione in AST deve essere strutturata in modo trasparente da parte di tutti i soggetti coinvolti, costituendo la fase determinante del rapporto con i soggetti accreditati. In questa fase è fondamentale garantire l'effettiva erogazione degli standard assistenziali previsti dalla normativa regionale per evitare i rischi di concorrenza sleale come l'erogazione di prestazioni, a parità di costo, con differenti livelli di qualità.

In particolare nella fase di esecuzione degli accordi contrattuali, stipulati tra le aziende ed i soggetti accreditati, eventi rischiosi possono essere rappresentati:

- dal mancato rispetto delle previsioni contrattuali in merito alla tipologia ed alla qualità delle prestazioni,
- da riconoscimenti economici indebiti per prestazioni inappropriate o non erogate,
- dall'assenza o dall'inadeguatezza delle attività di controllo.

Per prevenire tali rischi, dovrebbero essere effettuati controlli continui anche nella fase di esecuzione dei contratti e nel caso dovessero emergere gravi irregolarità, le aziende dovrebbero promuovere procedimenti di sospensione o revoca del contratto.

Le misure specifiche per la fase contrattuale prevedono pertanto l'individuazione degli elementi di discrezionalità dell'AST, al fine di porre le misure più adeguate per la corretta esplicazione dell'attività negoziale. Le misure di prevenzione della corruzione dovrebbero infatti risultare proporzionate sia al grado di discrezionalità, sia alla dimensione assunta dal privato accreditato nella Regione. A tal riguardo, nella definizione a livello aziendale dei criteri di distribuzione delle risorse ai soggetti accreditati e contrattualizzati, devono essere presi in considerazione, oltre al dato storico, anche le performance clinico-assistenziali, in termini di volumi ed esiti, delle prestazioni rese. Tali criteri devono essere comunque resi pubblici.

Per quanto attiene il personale, si prevede, nei modelli contrattuali definiti a livello regionale, una clausola che impegna il privato accreditato a mantenere i requisiti organizzativi nel rispetto della dotazione organica quali-quantitativa prevista per la tipologia di attività sanitaria oggetto di accreditamento e di contrattualizzazione.

Le attività demandate all'AST sono strettamente vincolate alle disposizioni contenute nelle delibere della Giunta Regionale, sia nelle modalità erogative, sia nella definizione dei budget e degli standard qualitativi e quantitativi.

Misure definite:

- incompatibilità tra componenti delle commissioni ed incarichi di liquidazione;
- controlli continui sull'attuazione degli accordi contrattuali.

Spesa farmaceutica convenzionata ed interna

L'informazione scientifica spesso viene manipolata ad uso e consumo dei produttori di farmaci e tecnologie che per l'impiego di capitali effettuato nella ricerca scientifica, condizionano le riviste mediche nella selezione delle informazioni da pubblicare e i medici nella prescrizione di farmaci, atteso che questi ricevono le maggiori informazioni proprio dagli informatori che hanno carta bianca nel proporre iniziative gratuite a spese delle ditte produttrici.

Così anche nell'ambito della ricerca e dello sviluppo dei farmaci, i rischi principali sono legati alla comunità scientifica. Alla base di ciò vi è la perdita della sua indipendenza perché condizionata dai finanziamenti delle aziende farmaceutiche. In questo ambito, è stato rilevato il pagamento di tangenti a medici e ricercatori affinché falsificassero le informazioni e creassero allarme su un determinato fenomeno o pandemia. Inoltre, a volte i ricercatori manipolano i dati, omettono alcuni risultati per mostrare i benefici di un farmaco.

Nel settore farmaceutico, possibili truffe si realizzano nel:

- a) furto di medicinali,
- b) comparaggio farmaceutico,
- c) improprio utilizzo di farmaci,
- d) richiesta di indebiti rimborsi,

e) il fenomeno c.d. “delle ricette ai morti” che si verifica quando il medico prescrive medicinali a pazienti inconsapevoli o addirittura deceduti con correlative erogazioni da parte della farmacia che riceve i rimborsi vendendo abusivamente farmaci defustellati.

Per quanto riguarda la prescrizione dei farmaci in ambito extra ospedaliero, può presentarsi il rischio da parte del medico di abusare della propria autonomia professionale per favorire la diffusione di un particolare farmaco o frodare il Servizio Sanitario Nazionale. Possono anche verificarsi da parte dell’azienda sanitaria omissioni e/o irregolarità nell’attività di vigilanza e controllo qualitativo delle prescrizioni.

A tal fine è opportuno prevedere la sistematica e puntuale implementazione di una reportistica utile ad individuare tempestivamente eventuali anomalie prescrittive anche con riferimento all’associazione farmaco-prescrittore e farmaco-paziente.

Inoltre si ritiene utile standardizzare le procedure di controllo e verifica ed affinare le modalità di elaborazione e valutazione dei dati a partire dall’utilizzo del sistema “tessere sanitaria”, oltre all’invio sistematico delle risultanze dell’elaborazione a tutti i livelli organizzativi interessati.

Relativamente all’acquisto di farmaci, si richiama l’attenzione alla necessaria attuazione di quanto previsto nella DGR. 963/2017, in particolare per i vincoli e le sanzioni previste.

Per ciò che attiene la spesa farmaceutica interna, il sistema informativo (SI) unico regionale AREAS costituisce un punto di forza dell’organizzazione aziendale, in quanto permette di attuare azioni di verifica e controllo centralizzate ed immediate di molti aspetti relativi all’impiego dei beni sanitari (come ad es. la creazione di un albo fornitori, la verifica dei prezzi, la gestione dei contratti) ed ogni altra attività a supporto della programmazione dei fabbisogni.

L’AST, in forza dei report informatici del “SI AREAS”, è in grado di verificare in qualsiasi momento il consumo di ogni struttura, comprese le articolazioni territoriali (centri di costo), per una visione unitaria ed efficiente delle necessità e criticità aziendali.

L’AST ha attuato e continuerà ad attuare rigorose misure di controllo:

- ☐ fissare per ogni medico di medicina generale e pediatra di libera scelta rigorosi obiettivi imposti dal livello regionale;
- ☐ monitorare tale obiettivi con report specifici;
- ☐ elaborare dettagliata reportistica che viene notificata ai singoli medici, ai Direttori dei Distretti e al vertice aziendale;
- ☐ potenziare le attività di distribuzione diretta tramite le farmacie interne;
- ☐ Elaborare specifici indicatori attraverso i quali individuare possibili effetti corruttivi sulla base di influenze negative da parte delle aziende produttrici di farmaci.

L'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione contenute nel presente documento deve trovare conforme riscontro negli altri strumenti di programmazione non potendosi disgiungere la stessa da un'adeguata programmazione e dalla valutazione delle performance individuali e dell'organizzazione.

Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero

In Italia la maggior parte dei decessi avviene in ambito ospedaliero o nelle strutture sanitarie (RSA, Hospice, Cure Intermedie, etc.), la gestione delle camere mortuarie è affidata alle organizzazioni interne ospedaliere o alle strutture sanitarie (RSA, Hospice, etc.) e in alcuni casi, esternalizzata.

Nelle more di un auspicabile approfondimento, anche in sede legislativa, delle problematiche correlate alla delicata fase del decesso avvenuto nelle strutture sanitarie e comunque collegato alla gestione e utilizzo delle camere mortuarie, è stata assicurata, dal punto di vista organizzativo e delle risorse a disposizione, una modalità di gestione adeguata.

Come misura anticorruzione, è stato concordato da anni, di aggiornare costantemente le procedure di polizia mortuaria, rispettando le indicazioni sotto riportate:

- l'identificazione e la scelta dell'impresa di onoranze funebri è di esclusiva competenza dei familiari/congiunti;
- è fatto divieto assoluto a tutto il personale di suggerire nominativi o indirizzi o procurare servizi alle imprese stesse;
- nessuna forma di pubblicità riferita ad imprese di onoranze funebri, neppure indiretta, è consentita all'interno dei locali delle strutture della AST di Macerata e nelle aree pertinenti;
- è fatto divieto all'impresa di utilizzare per le proprie attività il personale dell'AST o corrispondere allo stesso compensi sotto qualsiasi forma;
- la presenza in camera mortuaria degli addetti delle imprese di Onoranze Funebri deve essere limitata unicamente allo svolgimento delle funzioni consentite e per il tempo strettamente necessario;
- gli addetti delle ditte all'interno dell'obitorio devono essere chiaramente identificabili tramite appositi cartellini di riconoscimento (nome e ditta);
- è vietata agli addetti delle imprese la permanenza nei locali dell'obitorio per evitare possibili conflitti di interesse tra diverse imprese e per consentire il miglior svolgimento delle attività;
- i rapporti tra cittadini ed impresa che attengono all'affidamento del servizio funebre devono svolgersi al di fuori dei locali dell'azienda".

Su richiesta degli utenti, è possibile mettere a disposizione un elenco telefonico pubblico per la ricerca degli operatori presenti sul territorio di competenza. Gli elenchi telefonici e/o delle ditte presenti nel territorio saranno messi a disposizione degli utenti direttamente nelle UU.OO. e/o nelle Camere Mortuarie

e/o nelle Portinerie. Le regole per la tutela dei diritti degli utenti sono rappresentati nella "Informativa per i familiari" che deve risultare esposta in evidenza e ben visibile nella camera mortuaria e/o in altre aree individuate dalla DMO nella struttura ospedaliera (modello 1, pubblicato alla sotto-sezione "Dati Ulteriori" - Amministrazione Trasparente). Quando e dove ritenuta opportuna, l'informativa può essere inoltre consegnata anche direttamente a breve mano ai parenti oltre alla modulistica di scelta dell'impresa di onoranze funebri che, una volta firmata, è da allegare alla documentazione da conservare (modello 2, pubblicato come sopra).

La misura di prevenzione ritenuta più efficace è quindi adottata attraverso l'apposita modulistica per i familiari. Appare evidente che le misure, sia nel caso di gestione esternalizzata che internalizzata, devono essere rivolte a rafforzare gli strumenti di controllo nei confronti degli operatori coinvolti (interni ed esterni) in ordine alla correttezza, legalità ed eticità nella gestione del servizio.

2.3.4c II PNRR E I CONTRATTI PUBBLICI

Contratti Pubblici in Sanità

La disciplina dei contratti pubblici è stata investita, negli anni recenti, da una serie di interventi legislativi che hanno contribuito, da un lato, ad arricchire il novero di disposizioni ricadenti all'interno di tale ambito e, dall'altro lato, a produrre una sorta di "stratificazione normativa", per via dell'introduzione di specifiche legislazioni di carattere speciale e derogatorio che, in sostanza, hanno reso più che mai composito e variegato l'attuale quadro legislativo di riferimento. In una prospettiva che tiene conto delle imminenti modifiche al Codice dei contratti pubblici, le misure proposte nel PNA potranno aver un valore generalizzato qualora il legislatore cristallizzi in via definitiva la disciplina emanata in via emergenziale e derogatoria.

Base di partenza e punto di osservazione per l'analisi del settore della contrattualistica pubblica può essere rappresentata dai contenuti di interesse del d.l. n. 77/2021, per poi proseguire con la prospettazione delle più rilevanti modifiche intervenute in materia ad opera della successiva legislazione.

Le norme ricadenti all'interno del Titolo IV ("Contratti pubblici") del citato d.l. n. 77/2021 risultano caratterizzate, infatti, da un estremo grado di eterogeneità quanto a struttura e finalità. All'interno del decreto in parola è possibile rintracciare, innanzitutto, disposizioni che prorogano, seppur in modo parziale, il regime derogatorio temporaneo già previsto in precedenti provvedimenti – ossia nel d.l. n. 32/2019 e nel d.l. n. 76/2020 – principalmente in tema di procedure di aggiudicazione di contratti pubblici sotto e sopra soglia, verifiche antimafia e protocolli di legalità, sospensione dell'esecuzione dell'opera pubblica, disciplina del Collegio consultivo tecnico, commissioni giudicatrici e consegna dei lavori ed esecuzione del contratto in via di urgenza.

In secondo luogo, si registrano ulteriori disposizioni del d.l. n. 77/2021 che hanno disposto una modifica "stabile" ad alcuni importanti istituti del d.lgs. n. 50/2016, ciò peraltro potendosi registrare anche ad opera di altri recenti interventi legislativi, quali la l. n. 238/2021.

Nello specifico, per quanto riguarda il citato d.l. n. 77, il riferimento è alle modifiche previste in tema di subappalto (quest'ultimo interessato anche da alcune modifiche, per così dire, "ad efficacia differita"), trasparenza, digitalizzazione e Banca Dati Nazionale dei Contratti pubblici (BDNCP).

Riguardo, invece, alla l. n. 238/2021 (Legge europea 2019-2020), rilevano gli istituti connessi al ruolo e alle funzioni del responsabile unico del procedimento (RUP), alle procedure di affidamento dei servizi attinenti all'architettura e all'ingegneria, ai motivi di esclusione dalla partecipazione alla gara di un operatore economico, nonché agli adempimenti a carico del direttore dei lavori, dell'esecutore e del responsabile unico del procedimento, in materia di adozione dello stato di avanzamento dei lavori e del relativo certificato di pagamento.

Il nuovo quadro normativo ha altresì comportato la necessità per l'Autorità di integrare i contenuti del bando tipo n. 1- 2021 relativo alla procedura aperta telematica per l'affidamento di contratti pubblici di servizi e forniture nei settori ordinari sopra soglia comunitaria con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa.

Per i dettagli degli interventi normativi presentati e per un'illustrazione dei contenuti delle modifiche apportate e degli istituti coinvolti da tali modifiche sono disponibili nel portale ANAC i seguenti allegati:

- Allegato 5 al PNA: "Indice ragionato delle deroghe e delle modifiche alla disciplina dei contratti pubblici";
- Allegato 6 al PNA: "Appendice normativa sul regime derogatorio dei contratti pubblici";
- Allegato 7 al PNA: "Contenuti del bando tipo n. 1/2021";
- Allegato 8 al PNA: "Check-list per gli appalti".

A ciò si deve fare riferimento nelle more della riforma in materia di contratti pubblici a seguito dell'approvazione della legge delega in discussione in Parlamento.

Il Responsabile unico del procedimento (RUP) è una figura centrale nel settore dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture, chiamata a vigilare sullo svolgimento delle fasi di progettazione, affidamento ed esecuzione di ogni singolo intervento. Il RUP è dunque il principale soggetto coinvolto nei processi delle singole fasi dell'appalto nelle quali possono presentarsi situazioni di rischio corruttivo a pregiudizio del corretto e imparziale svolgimento dell'azione amministrativa.

RUP e RPCT si auspica operino su piano di collaborazione e coordinamento. In tale ottica, ad esempio, il RUP in presenza di anomalie emerse da esiti dei tracciamenti degli affidamenti ne dà comunicazione al RPCT affinché quest'ultimo

possa svolgere successive verifiche, eventualmente a campione. Analogamente, il RPCT può rappresentare un utile supporto per il RUP nella valutazione circa la sussistenza di eventuali situazioni di conflitto di interessi che dovessero insorgere nelle diverse fasi di affidamento ed esecuzione del contratto.

Patto di Integrità e RASA

Con Determina n. 3 del 09/01/2023, il Commissario Straordinario della AST di Macerata ha nominato Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA)– Azienda Sanitaria Territoriale di Macerata la Dott.ssa Zelinda Giannini, Dirigente dell'U.O.C. Acquisti e Logistica.

Come previsto dalla DGR 1718/2022, attualmente rimangono vigenti:

- lo schema di regolamento per la nomina dei componenti della commissione di aggiudicazione nelle procedure di affidamento dei contratti pubblici aventi ad oggetto beni e servizi (pubblicato tra gli Atti amministrativi generali della sezione "Amministrazione Trasparente") approvato dall'ASUR con determina n. 663 del 2/11/2016;
- il Regolamento per l'acquisizione di beni e servizi di importo inferiori alla soglia di rilevanza comunitaria (anch'esso pubblicato tra gli Atti amministrativi generali della sezione "Amministrazione Trasparente") aggiornato con determina ASUR n. 49/2021;
- lo schema di "patto di integrità in materia di contratti pubblici aventi ad oggetto beni e servizi", condiviso dai Dirigenti dei Servizi "Acquisti e Logistica" di tutte le Aree vaste approvato dall'ASUR con determina n. 697 del 21/11/2016. Si tratta di un documento snello eppure denso di contenuti che dovrà essere rispettato in tutti gli atti di gara, salvo nei casi in cui sono previsti specifici patti di integrità (adesioni alle convenzioni Consip SPA, acquisti sotto soglia mediante MEPA e procedure gestite dalla SUAM).

Il patto di integrità dovrà essere utilizzato nell'ambito delle procedure di scelta del contraente successive alla data di acquisizione di efficacia dello stesso e quindi dal 22/11/2016 secondo le seguenti modalità:

- richiamo espresso al patto di integrità e all'obbligo del rispetto dello stesso contenuto negli atti di gara posti a base della procedura, salvo che nei seguenti casi in cui sono previsti specifici patti di integrità: adesione convenzioni Consip SPA, acquisti sottosoglia mediante MEPA, procedure gestite dalla SUAM;
- per le procedure di affidamento di importo pari o superiore alla soglia di rilevanza comunitaria ovvero per le procedure per le quali è prevista la stipulazione di un contratto, il patto di integrità dovrà essere anche espressamente sottoscritto dall'aggiudicatario, salve le eccezioni di cui al punto precedente.

Con lo stesso atto sono stati approvati anche i seguenti modelli di dichiarazione:

- a) dichiarazione di assenza di conflitto di interessi, cause di incompatibilità ed astensione dei commissari interni della Commissione di aggiudicazione;
- b) dichiarazione di assenza di conflitto di interessi, cause di incompatibilità ed astensione dei commissari esterni della Commissione di aggiudicazione;
- c) dichiarazione di assenza di conflitto di interessi, cause di incompatibilità ed astensione dei progettisti, del responsabile unico del procedimento, del segretario interno di Commissione di aggiudicazione (art. 77, comma 6, D.lgs. 50/2016), del direttore dell'esecuzione, dei relativi assistenti e del personale interno.

Procedure di gara, affidamenti diretti. Disciplina derogatoria in materia e PNRR

Conformemente al Regolamento per l'acquisizione di beni e servizi di importo inferiori alla soglia di rilevanza comunitaria, le aree deputate all'attivazione di procedure di scelta del contraente e/o affidamenti diretti sono:

- Area Acquisti e Logistica (compresi gli uffici di AST);
- Area Patrimonio, Nuove Opere e Attività tecniche (comprese Manutenzioni);
- Area Ingegneria Clinica;
- Area Sistema Informativi Aziendali (SIA);
- Direzioni Amministrative dei Servizi territoriali e PP.OO.;
- Direzioni Amministrative dei Dipartimenti di Prevenzione
- Servizi Farmaceutici delle AST.

Si precisa che i Servizi Farmaceutici delle AST, alla luce delle loro peculiari competenze sanitarie, collaborano all'identificazione dei fabbisogni e delle caratteristiche tecniche dei prodotti da mettere in gara.

I Servizi Farmaceutici delle AST, oltre a fornire supporto tecnico-scientifico ai clinici, possono essere coinvolti sia come progettisti, sia come direttori dell'esecuzione del contratto per il controllo delle forniture e le attività connesse (liquidazione fatture, comunicazioni e rilevazioni di non conformità).

Il decreto legge 16 luglio 2020, n. 76 ha introdotto previsioni di semplificazione per gli affidamenti dei contratti pubblici sotto e sopra soglia. La finalità degli interventi, esplicitata dal legislatore, è quella di incentivare gli investimenti pubblici nel settore delle infrastrutture e dei servizi pubblici e fronteggiare le ricadute economiche negative a seguito delle misure di contenimento e dell'emergenza sanitaria globale da COVID-19. L'accelerazione, in alcuni casi, è impressa mediante deroghe al Codice dei contratti e ad altre disposizioni.

Occorre rilevare, tuttavia, che, nonostante le deroghe introdotte, il legislatore ha comunque fatto salve le misure di trasparenza per tutti gli atti delle procedure di affidamento semplificate.

Per gli appalti sopra soglia, è previsto che gli atti adottati siano pubblicati e aggiornati sui rispettivi siti istituzionali, nella sezione «Amministrazione

trasparente» e siano quindi soggetti alla disciplina sia del d.lgs. n. 33/2013 sia dell'art. 29 del d.lgs. n. 50/2016 (art. 2, co. 6, d.lgs. n. 76/2020).

Per gli appalti sotto soglia, si ritiene applicabile comunque la disciplina sulla trasparenza del d.lgs. n. 33/2013 in quanto il legislatore all'art. 1, co. 2, lett. b), d.lgs. n. 76/2020 ha introdotto specifiche esclusioni solo in caso di affidamento di contratti di importo inferiore a 40.000 euro. D'altra parte il principio di trasparenza permea l'intero sistema degli appalti, ivi inclusi quelli per il sotto soglia. La trasparenza riveste, infatti, un ruolo di centrale importanza alla luce dell'innalzamento delle soglie che consentono il ricorso all'affidamento diretto e alle procedure negoziate.

Il decreto legge 31 maggio 2021, n. 77 in parte ha inciso sul regime "ordinario" dei contratti pubblici, in parte è intervenuto sulla normativa derogatoria già introdotta dal d.l. n. 76/2020 e su altre disposizioni derogatorie in materia, come il d.l. n. 32/2019.

Tale insieme di norme ha creato una legislazione "speciale", complessa e non sempre chiara, con il conseguente rischio di amplificare i rischi corruttivi e di cattiva amministrazione tipici dei contratti pubblici.

Le criticità possono emergere nelle diverse fasi del ciclo dell'appalto.

Nella fase di affidamento

- possono essere messi in atto comportamenti finalizzati ad ottenere affidamenti diretti di contratti pubblici, inclusi gli incarichi di progettazione, in elusione delle norme che legittimano il ricorso a tali tipologie di affidamenti;
- è possibile il rischio di frazionamento, oppure di alterazione del calcolo del valore stimato dell'appalto, in modo tale da non superare la soglia degli importi degli affidamenti prevista dalla norma;
- può non essere data attuazione alla rotazione dei soggetti chiamati a partecipare alle procedure negoziate;
- per quanto riguarda il c.d. "appalto integrato", si potrebbe verificare la circostanza di proposte progettuali elaborate più per il conseguimento dei guadagni dell'impresa che per il soddisfacimento dei bisogni dei cittadini, che potrebbero determinare varianti suppletive, sia in sede di redazione del progetto esecutivo che nella successiva fase realizzativa, con conseguenti maggiori costi e tempi di realizzazione.

In fase di esecuzione

- si potrebbe pervenire a comportamenti corruttivi ricorrendo alle modifiche e alle varianti di contratti per conseguire maggiori guadagni, a danno anche della qualità della prestazione resa, in assenza dei controlli previsti dal Codice e dei vincoli imposti dalla disciplina di settore;
- la disapplicazione del Codice, limitatamente alla fase di esecuzione, potrebbe creare incertezza in merito all'applicazione della risoluzione del

contratto e dei controlli sulla corretta esecuzione dello stesso (con riguardo agli affidamenti di cui all'art. 2, co. 4, d.l. n. 76/2020);

- si potrebbe avere un aumento del rischio di possibili accordi collusivi tra le imprese partecipanti a una gara volti a manipolarne gli esiti, utilizzando il meccanismo del subappalto come modalità per distribuire i vantaggi dell'accordo ad altri partecipanti alla stessa gara.

Da qui l'importanza di presidiare con misure di prevenzione della corruzione tutti gli affidamenti in deroga alla luce delle disposizioni normative richiamate.

Le misure di prevenzione da adottare nel 2023:

- tracciamento di tutti gli affidamenti il cui importo è appena inferiore alla soglia minima a partire dalla quale non si potrebbe più ricorrere agli affidamenti in deroga. Ciò al fine di individuare i contratti sui quali esercitare maggiori controlli anche rispetto alla fase di esecuzione e ai possibili conflitti di interessi
- tracciamento degli operatori economici per verificare quelli che in un determinato arco temporale risultano come gli affidatari più ricorrenti.

La UOC di Controllo di gestione dovrà:

- effettuare verifiche a campione (un campione rappresentativo del 10% di quegli affidamenti in deroga dal valore appena inferiore alla soglia minima)
- effettuare verifiche a campione sulla corretta attuazione del principio di rotazione degli inviti al fine di garantire la parità di trattamento in termini di effettiva possibilità di partecipazione alle gare anche delle micro, piccole e medie imprese

La rete dei referenti del RPCT dovrà:

- verificare la pubblicazione del CV del RUP, se dirigenti o titolari di posizione organizzativa, ai sensi dell'art. 14 del d.lgs. n. 33/2013 per far conoscere chiaramente i requisiti di professionalità
- verificare la esistenza della dichiarazione da parte del soggetto che ricopre l'incarico di RUP, o del personale di supporto, delle eventuali situazioni di conflitto di interessi ai sensi dell'art. 42 del d.lgs. n. 50/2016
- verificare l'applicazione della rotazione nella nomina del RUP

Il RUP dovrà

- provvedere a una chiara e puntuale esplicitazione nel provvedimento di approvazione di una variante, delle ragioni che hanno dato luogo alla necessità di modificare il contratto iniziale.
- comunicare al RPCT della presenza di varianti in corso d'opera per eventuali verifiche a campione, soprattutto con riferimento alle ipotesi di:
1) incremento contrattuale superiore al 20% dell'importo iniziale; 2) proroghe con incremento dei termini superiori al 30% di quelli inizialmente previsti; 3) variazioni di natura sostanziale a causa di modifiche dell'equilibrio economico del contratto a favore dell'aggiudicatario in modo

non previsto nel contratto iniziale, ovvero a causa di modifiche che estendono notevolmente l'ambito di applicazione del contratto.

- pubblicare, contestualmente alla loro adozione, i provvedimenti di approvazione delle varianti.

In caso di appalto integrato, potrebbe verificarsi il Rischio connesso all'elaborazione da parte della S.A. di un progetto di fattibilità carente o per il quale non si proceda ad una accurata verifica, confidando nei successivi livelli di progettazione posti a cura dell'impresa aggiudicataria per correggere eventuali errori e/o sopperire a carenze.

Per la redazione del progetto di fattibilità tecnica ed economica da porre a base dell'affidamento si raccomanda di attenersi alle "Linee guida per la redazione del progetto di fattibilità tecnica ed economica da porre a base dell'affidamento di contratti pubblici di lavori del PNRR e del PNC" emanate dal Consiglio superiore dei lavori pubblici il 29 luglio 2021. Fermo restando l'applicazione degli articoli dal 14 al 23 del d.P.R. n. 207/2010 ancora vigenti, i soggetti preposti alla verifica del progetto, svolgono tale attività nel rispetto dell'art. 26, co. 4 e di quanto specificato nelle predette linee guida del Consiglio Superiore.

Comunicazione del RUP all'ufficio gare e alla struttura di auditing preposta dell'approvazione del progetto redatto dall'impresa che presenta un incremento di costo e di tempi rispetto a quanto previsto nel progetto posto a base di gara per eventuali verifiche a campione sulle relative modifiche e motivazioni.

Il RPCT, per quanto concerne la gestione del conflitto di interessi, ha il compito di verificare l'attuazione delle misure programmate nel PTPCT e di valutarne l'adequatezza. In particolare:

- il RPCT è tenuto a prevedere misure di verifica, anche a campione, che le dichiarazioni sul conflitto di interessi rese da parte dei soggetti interessati all'atto dell'assegnazione all'ufficio e nella singola procedura di gara siano state correttamente acquisite dal responsabile dell'ufficio di appartenenza/ufficio competente alla nomina e dal RUP e raccolte, protocollate e conservate, nonché tenute aggiornate dagli uffici competenti (ad es. ufficio del personale o ufficio gare e contratti) della stazione appaltante. Nello svolgimento di tali verifiche il RPCT può rivolgersi al RUP per chiedere informazioni, in quanto quest'ultimo, come sopra evidenziato, effettua una prima valutazione sulle dichiarazioni.
- Il RPCT interviene in caso di segnalazione di eventuale conflitto di interessi anche nelle procedure di gara. In tale ipotesi lo stesso effettua una valutazione di quanto rappresentato nella segnalazione, al fine di stabilire se esistano ragionevoli presupposti di fondatezza del conflitto. Mantenendo ferme le rispettive competenze, qualora ricorra tale evenienza, sarà cura dello stesso RPCT rivolgersi al RUP, agli organi interni o agli enti/istituzioni

esterne preposti ai necessari controlli, in una logica di valorizzazione e di ottimizzazione del sistema di controlli già esistenti nelle amministrazioni. Resta fermo che non spetta al RPCT né accertare responsabilità individuali - qualunque natura esse abbiano - né svolgere controlli di legittimità o di merito su atti e provvedimenti adottati dall'amministrazione, a pena di sconfinare nelle competenze di altri soggetti a ciò preposti nell'ente o nell'amministrazione.

- Il RPCT potrebbe essere interpellato e offrire un supporto al RUP e ai dirigenti competenti di riferimento allo scopo di valutare la sussistenza in concreto di eventuali situazioni di conflitto di interessi che dovessero insorgere nelle diverse fasi di affidamento ed esecuzione del contratto.

Analisi per singola fase delle procedure di gara

PROGRAMMAZIONE

L'art. 21 del codice dei contratti (Programma degli acquisti e programmazione dei lavori pubblici) prevede che le amministrazioni aggiudicatrici adottano il programma biennale degli acquisti di beni e servizi, qui di seguito specificato, nonché il programma triennale dei lavori pubblici e, di conseguenza la ASUR Marche ha adottato i seguenti provvedimenti:

- determina del Commissario Straordinario Asur n. 964 del 30/12/2022 oggetto: art. 21 d.lgs. 50/2016 - d.m. infr. e trasp. 14/2018 - ii modifica programma biennale 22/23 degli acquisti di forniture e servizi asur approvato con det. asurdg n. 243/2022 e modificato con det. asurdg n. 518/2022;
- determina del Commissario Straordinario Asur n. 909 del 22/12/2022 Oggetto: Approvazione delle modifiche al programma triennale dei lavori pubblici 2022-2023-2024 e dell'elenco annuale 2022. Aggiornamento al 20/12/2022.

Per la realizzazione del programma, l'Area Acquisti ha definito la struttura organizzativa nel Piano Operativo dell'Area, adottato con Determina DG ASUR n. 46 del 29/01/2018.

In tale documento sono indicate le maggiori criticità riscontrate e le possibili soluzioni organizzative, compresa l'implementazione della struttura in termini di risorse umane.

Ai fini della corretta gestione dell'intero ciclo di approvvigionamento, è prevista la documentazione di ogni fase operativa:

- dalla definizione delle necessità (qualificazione e quantificazione del fabbisogno),
- alla programmazione dell'acquisto,
- alla definizione delle modalità di reperimento di beni e servizi,
- alla gestione dell'esecuzione del contratto.

Per evitare i rischi specifici, occorre evitare:

- l'artificioso frazionamento nei procedimenti di scelta del contraente;
- affidamenti diretti al di fuori di casi previsti dalla vigente normativa
- proroghe degli affidamenti qualora non consentite/previste;
- eccessivo ricorso a gare urgenti non giustificate;
- estensione su affidamenti già espletati se non previste negli atti di gara;
- reiterazione di piccoli affidamenti aventi il medesimo oggetto, salvo giustificato motivo;
- revisione delle caratteristiche tecniche, qualora dall'analisi dei fornitori disponibili sul mercato non risultino garantite modalità di acquisto concorrenziali.

Indicatori previsti quale monitoraggio per la fase di programmazione:

- ☐ reiterati affidamenti nella stessa A.V. con lo stesso oggetto contrattuale e medesimo affidatario (anche negli anni successivi);
- ☐ procedure negoziate senza previa pubblicazione del bando di gara/ su gare complessive (per quantità e valore economico);
- ☐ affidamenti (quantità e valore) di beni infungibili/esclusivi sul totale delle richieste pervenute per unità di committenza;
- ☐ pubblicità ante e post per la selezione degli operatori.

Ulteriori misure definite per la AST di Macerata:

- definizione e formalizzazione dei gruppi di progettazione e dei tempi per la progettazione e avvio dei procedimenti
- Standardizzazione delle documentazioni di gara
- Obbligo di adeguata motivazione in fase di programmazione in relazione a natura, quantità e tempistica della prestazione, sulla base di esigenze effettive e documentate emerse da apposita rilevazione nei confronti degli uffici richiedenti;
- Per servizi e forniture standardizzabili, nonché lavori di manutenzione ordinaria, adeguata valutazione della possibilità di ricorrere ad accordi quadro e verifica delle convenzioni/ accordi quadro già in essere;
- Controllo periodico e monitoraggio dei tempi programmati mediante sistemi di controllo interno di gestione in ordine alle future scadenze contrattuali (prevedendo che le strutture interessate forniscano informazioni in relazione alle scadenze contrattuali ai soggetti deputati a programmare le procedure di gara);
- Utilizzo di modalità trasparenti per documentare il dialogo con gli operatori di mercato;
- Spinta verso l'informatizzazione e automatizzazione dei processi.

PROGETTAZIONE

I principali rischi sono i seguenti:

- nomina di responsabili del procedimento in rapporto di contiguità con imprese concorrenti (soprattutto esecutori uscenti) o privi dei requisiti idonei e adeguati ad assicurarne la terzietà e l'indipendenza;
- fuga di notizie circa le procedure di gara ancora non pubblicate, che anticipino solo ad alcuni operatori economici la volontà di bandire determinate gare o i contenuti della documentazione di gara;
- attribuzione impropria dei vantaggi competitivi mediante utilizzo distorto dello strumento delle consultazioni preliminari di mercato;
- procedure negoziate e affidamenti diretti per favorire un operatore;
- predisposizione di clausole contrattuali dal contenuto vago o vessatorio per disincentivare la partecipazione alla gara ovvero per consentire modifiche in fase di esecuzione;
- definizione dei requisiti di accesso alla gara e, in particolare, dei requisiti tecnico economici dei concorrenti al fine di favorire un'impresa (es. clausole dei bandi che stabiliscono requisiti di qualificazione);
- prescrizioni del bando e delle clausole contrattuali finalizzate ad agevolare determinati concorrenti;
- abuso delle disposizioni in materia di determinazione del valore stimato del contratto al fine di eludere le disposizioni sulle procedure da porre in essere;
- formulazione di criteri di valutazione e di attribuzione dei punteggi (tecnici ed economici) che possono avvantaggiare il fornitore uscente, grazie ad asimmetrie informative esistenti a suo favore ovvero, favorire determinati operatori economici.

Misure da proseguire per il 2023:

- prevedere strategie di acquisto orientata alla ricerca di mercato nel perseguimento di obiettivi di economicità ed al soddisfacimento dei bisogni aziendali;
- assicurare la rispondenza della più ampia procedura di approvvigionamento al perseguimento del pubblico interesse, nel rispetto dei principi enunciati dall'art. 4 del nuovo Codice dei Contratti Pubblici;
- introdurre laddove opportuno consultazioni preliminari di mercato per la definizione delle specifiche tecniche;
- provvedere alla nomina del responsabile del procedimento con rotazione degli stessi ove possibile variazione del personale di supporto al RUP;
- porre particolare attenzione nella scelta della procedura di aggiudicazione al ricorso alla procedura negoziata;
- definire precisi criteri di partecipazione, criteri di aggiudicazione e criteri di attribuzione del punteggio;
- evitare di prevedere requisiti restrittivi di partecipazione;
- valutare con completezza la stima del valore dell'appalto;

- inibire la redazione di progetti e capitolati approssimativi e che non dettagliano sufficientemente ciò che deve essere realizzato in fase esecutiva;
- utilizzo di modalità stringenti ai quali attenersi nella determinazione del valore stimato del contratto avendo riguardo alle norme pertinenti e all'oggetto complessivo del contratto (es. incarichi di progettazione esterni);
- conformare i bandi e i capitolati ai bandi tipo redatti dall'ANAC, nel rispetto della normativa anticorruzione;
- dettagliare obbligatoriamente nel bando di gara in modo trasparente e congruo i requisiti minimi di ammissibilità delle varianti progettuali in sede di offerta;
- prevedere, nella sottoscrizione da parte dei soggetti coinvolti nella redazione della documentazione di gara, dichiarazioni in cui si attesta l'assenza di interessi personali in relazione allo specifico oggetto della gara;
- utilizzare clausole standard conformi alle prescrizioni normative con riguardo a garanzie a corredo dell'offerta, tracciabilità dei pagamenti e termini di pagamento agli operatori economici;
- prevedere in tutti i bandi, gli avvisi, le lettere di invito o nei contratti adottati di una clausola risolutiva del contratto a favore della stazione appaltante in caso di gravi inosservanze delle clausole contenute nei patti di integrità;
- inserire misure di trasparenza volte a garantire la nomina di RUP a soggetti in possesso dei requisiti di professionalità necessari;
- pubblicare un avviso in cui la stazione appaltante avvia consultazioni preliminari di mercato per la redazione delle specifiche tecniche.

Con specifico riguardo alle procedure negoziate, affidamenti diretti o sotto soglia è opportuno:

- Dare evidenza, da parte del RUP nel primo atto adottato, del ricorrere dei presupposti legali per indire procedure negoziate o procedere ad affidamenti diretti, secondo le direttive contenute nel Regolamento adottato dall'ASUR;
- Predeterminare nella determina a contrarre dei criteri che saranno utilizzati per l'individuazione delle imprese da invitare;
- Impiegare sistemi informatizzati per l'individuazione degli operatori da consultare.
- Utilizzare procedure improntate ai massimi livelli di trasparenza e pubblicità, anche con riguardo alla pubblicità delle sedute di gara e alla pubblicazione della determina a contrarre ai sensi dell'art. 37 del D.lgs. n. 33/2013;

- Eseguire la Check list di verifica degli adempimenti da porre in essere, anche in relazione al Regolamento interno, da trasmettersi periodicamente al RPCT;
- Verificare del rispetto del principio di rotazione degli operatori economici;
- Obbligare a comunicare al RPC la presenza di ripetuti affidamenti ai medesimi operatori economici in un dato arco temporale (definito in modo congruo dalla stazione appaltante);
- Verificare da parte dell'ufficio acquisti la possibilità di accorpare le procedure di acquisizione di forniture, di affidamento dei servizi o di esecuzione dei lavori omogenei;
- Dare direttive/linee guida interne che introducano come criterio tendenziale modalità di aggiudicazione competitive ad evidenza pubblica ovvero affidamenti mediante cottimo fiduciario, con consultazione di almeno 5 operatori economici, anche per procedure di importo inferiore a 40.000 euro;
- Obbligare ad effettuare l'avviso volontario per la trasparenza preventiva.
 - Utilizzo di elenchi aperti di operatori economici con applicazione del principio della rotazione, previa fissazione di criteri generali per l'iscrizione.

Indicatori previsti quale monitoraggio per le gare dell'area tecnica nella fase di progettazione:

☐ affidamenti diretti/cottimi fiduciari/sul totale degli affidamenti (per numero e valore economico) in un determinato arco di tempo (tranne per i lavori per i quali non si usano);

rapporto tra numero di procedure negoziate con e senza previa pubblicazione del bando;

☐ analizzare i valori iniziali di tutti gli affidamenti non concorrenziali in un determinato arco temporale che in corso di esecuzione o una volta eseguiti abbiano oltrepassato i valori soglia previsti normativamente. Se viene affidato un appalto con procedura negoziata in quanto il valore stimato è sotto soglia e, successivamente, per effetto di varianti, quel valore iniziale supera la soglia, potrebbe essere necessario un approfondimento delle ragioni che hanno portato l'amministrazione a non progettare correttamente la gara;

☐ quantificare il numero di affidamenti fatti in un determinato arco temporale che hanno utilizzato come criterio di scelta quello dell'offerta economicamente più vantaggiosa (OEPV) rispetto a tutti gli affidamenti effettuati in un determinato periodo. Sebbene, infatti, questo criterio troverà uno spazio sempre maggiore con l'introduzione delle nuove direttive, esso presenta un più elevato rischio di discrezionalità rispetto al criterio del prezzo più basso.

SELEZIONE DEL CONTRAENTE

Principali rischi:

In questa fase i rischi possibili derivano dalla possibilità che i vari attori coinvolti manipolino le disposizioni che governano i vari processi al fine di pilotare l'aggiudicazione della gara. Possono rientrare in tale alveo:

- b) azioni e comportamenti tesi a restringere indebitamente la platea dei partecipanti alla gara;
- c) l'applicazione distorta dei criteri di aggiudicazione della gara per manipolarne l'esito;
- d) la nomina dei commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti;
- e) alterazione o sottrazione della documentazione di gara sia in fase di gara che in fase successiva di controllo).

Le principali anomalie rivelatrici di una non corretta gestione di questa fase possono essere:

- l'assenza di pubblicità del bando e dell'ulteriore documentazione rilevante;
- l'immotivata concessione di proroghe rispetto al termine previsto dal bando;
- il mancato rispetto delle disposizioni che regolano la nomina (ad esempio, la formalizzazione della nomina prima della scadenza del termine di presentazione delle offerte o l'omessa verifica dell'assenza di cause di conflitto di interessi o incompatibilità);
- l'alto numero di concorrenti esclusi, la presenza di reclami o ricorsi da parte di offerenti esclusi;
- l'assenza di adeguata motivazione sulla non congruità dell'offerta, o l'accettazione di giustificazioni di cui non si è verificata la fondatezza.

Nel 2023 si prosegue nella prosecuzione delle seguenti misure:

- Accessibilità on-line della documentazione di gara e delle informazioni di gara complementari;
- Obblighi di trasparenza/pubblicità delle nomine dei componenti delle commissioni ed eventuali consulenti;
- Rilascio da parte dei commissari di dichiarazioni attestanti:
 - di non svolgere o aver svolto «alcun'altra funzione o incarico tecnico o amministrativo relativamente al contratto del cui affidamento si tratta» (art. 77, co. 4, D.Lgs. 50/2016);
 - di non aver concorso, «in qualità di membri delle commissioni giudicatrici, con dolo o colpa grave accertati in sede giurisdizionale con sentenza non sospesa, all'approvazione di atti dichiarati illegittimi» (art. 77, co. 6, D.Lgs. 50/2016);
 - di non trovarsi in conflitto di interesse con riguardo ai dipendenti della stazione appaltante per rapporti di coniugio, parentela o affinità o pregressi rapporti professionali;

- dell'assenza di cause di incompatibilità con riferimento ai concorrenti alla gara, tenuto anche conto delle cause di astensione di cui all'articolo 51 c.p.c., richiamato dall'art. 77 del Codice.

Le ulteriori misure da proseguire nell'anno 2023 sono:

- Effettuare procedure di gara, in assenza di convenzioni CONSIP e disponibilità del prodotto/servizio sul MEPA, utilizzando le procedure telematiche avvalendosi, ove disponibili, di apposite piattaforme;
- Predisposizione di idonei ed inalterabili sistemi di protocollazione delle offerte;
- Conservazione della documentazione di gara per un tempo congruo al fine di consentire verifiche successive, per la menzione nei verbali di gara delle specifiche cautele adottate a tutela dell'integrità e della conservazione delle buste contenenti l'offerta ed individuazione di appositi archivi (fisici e/o informatici);
- Rilascio da parte dei commissari delle dichiarazioni (previste dal patto di integrità) attestanti l'esatta tipologia di impiego/lavoro, l'eventuale iscrizione in albi professionali (art. 77, co.8);
- Documentazione del procedimento di valutazione delle offerte anormalmente basse e verifica della congruità dell'anomalia, specificando espressamente le motivazioni nel caso in cui, all'esito del procedimento di verifica, la stazione appaltante non abbia proceduto all'esclusione;
- Nel caso in cui si riscontri un numero significativo di offerte simili o uguali o altri elementi, adeguata formalizzazione delle verifiche espletate in ordine a situazioni di controllo/collegamento/accordo tra i partecipanti alla gara, tali da poter determinare offerte "concordate";
- Tempestiva segnalazione all'ANAC in caso di accertata insussistenza dei requisiti di ordine generale e speciale in capo all'operatore economico;
- Adozione dello schema di patto di integrità (vedi paragrafo sull'analisi del contesto interno).

Indicatori previsti quale monitoraggio per le gare dell'area tecnica nella fase di selezione del contraente:

- ☐ conteggio del numero di procedure attivate da una determinata amministrazione in un definito arco temporale per le quali è pervenuta una sola offerta;
- ☐ numero delle offerte escluse rispetto alle offerte presentate.

AGGIUDICAZIONE E STIPULA DEL CONTRATTO

La verifica dell'aggiudicazione costituisce un momento essenziale di accertamento della correttezza della procedura espletata, sia in vista della successiva stipula del contratto sia nell'ottica dell'apprezzamento della sussistenza dei requisiti generali e speciali di partecipazione in capo all'aggiudicatario.

In questa fase i processi rilevanti sono:

- la verifica dei requisiti ai fini della stipula del contratto,
- l'effettuazione delle comunicazioni riguardanti i mancati inviti,
- le esclusioni e le aggiudicazioni,
- la formalizzazione dell'aggiudicazione definitiva e la stipula del contratto.

Principali rischi:

- a) alterazione o omissione dei controlli e delle verifiche al fine di favorire un aggiudicatario privo dei requisiti;
- b) alterazione dei contenuti delle verifiche per pretermettere l'aggiudicatario e favorire gli operatori economici che seguono nella graduatoria;
- c) violazione delle regole poste a tutela della trasparenza della procedura al fine di evitare o ritardare la proposizione di ricorsi da parte di soggetti esclusi o non aggiudicatari.

Costituiscono elementi rivelatori di un non corretto operato la presenza di denunce/ricorsi da parte dei concorrenti ovvero dell'aggiudicatario che evidenzino una palese violazione di legge da parte dell'amministrazione, la mancata, inesatta, incompleta o intempestiva effettuazione delle comunicazioni inerenti i mancati inviti, le esclusioni e le aggiudicazioni di cui all'art. 79 del Codice, l'immotivato ritardo nella formalizzazione del provvedimento di aggiudicazione definitiva e/o nella stipula del contratto, che possono indurre l'aggiudicatario a sciogliersi da ogni vincolo o recedere dal contratto.

Indicatori previsti quale monitoraggio nella fase di aggiudicazione e stipula
Un indicatore utile in questa fase del processo attiene alla ricorrenza delle aggiudicazioni ai medesimi operatori economici: rapporto tra il numero di operatori economici che risultano aggiudicatari in due anni contigui ed il numero totale di soggetti aggiudicatari sempre riferiti ai due anni presi in esame. Occorre anche monitorare il tempo intercorrente tra l'aggiudicazione e la data di stipula del contratto.

Misure da adottare nell'anno 2023:

- Direttive interne che assicurino la collegialità nella verifica dei requisiti, sotto la responsabilità del dirigente dell'ufficio acquisti e la presenza dei funzionari dell'ufficio, coinvolgendoli nel rispetto del principio di rotazione;
- Check list di controllo sul rispetto degli adempimenti e formalità di comunicazione previsti dal Codice;
- Introduzione di un termine tempestivo di pubblicazione dei risultati della procedura di aggiudicazione;
- Formalizzazione e pubblicazione da parte degli operatori che hanno partecipato alla gestione della procedura di gara di una dichiarazione attestante l'insussistenza di cause di incompatibilità con l'impresa aggiudicataria e con la seconda classificata, avendo riguardo anche a possibili collegamenti soggettivi e/o di parentela con i componenti dei relativi organi amministrativi e societari, con riferimento agli ultimi 5 anni.

ESECUZIONE DEL CONTRATTO

Principali rischi:

- b) approvazione delle modifiche del contratto originario;
- c) autorizzazione al subappalto;
- d) ammissione delle varianti;
- e) verifiche in corso di esecuzione; verifica delle disposizioni in materia di sicurezza con particolare riferimento al rispetto delle prescrizioni contenute nel Documento Unico di Valutazione dei Rischi Interferenziali (DUVRI);
- f) apposizione di riserve;
- g) mancata o insufficiente verifica dell'effettivo stato avanzamento lavori rispetto al cronoprogramma al fine di evitare l'applicazione di penali o la risoluzione del contratto o nell'abusivo ricorso alle varianti al fine di favorire l'appaltatore.

Misure da adottare:

- mappatura dei DEC e focus formativi mirati all'acquisizione della consapevolezza del ruolo e sui metodi di controllo;
- Controllo sull'applicazione di eventuali penali per il ritardo;
- Verifica del corretto assolvimento dell'obbligo di trasmissione all'ANAC delle varianti;
- Pubblicazioni obbligatorie di cui all'art. 1, co. 32 della Legge n. 190/2012 e art. 29, co. 1 del D.Lgs. n. 50/2016.

RENDICONTAZIONE DEL CONTRATTO

Nella fase di rendicontazione del contratto, l'amministrazione verifica la conformità o regolare esecuzione della prestazione richiesta ed effettua i pagamenti a favore dei soggetti esecutori.

Principali rischi:

In questa fase è importante mappare il procedimento di nomina del collaudatore ed il procedimento di verifica della corretta esecuzione, per il rilascio del certificato di collaudo, del certificato di verifica di conformità ovvero dell'attestato di regolare esecuzione nonché le attività connesse alla rendicontazione dei lavori da parte del responsabile del procedimento.

Possono essere considerati elementi rivelatori di un'inadeguata rendicontazione:

- l'incompletezza della documentazione inviata dal RP o, viceversa,
- il mancato invio di informazioni al RP (verbali di visita; informazioni in merito alle cause del protrarsi dei tempi previsti per il collaudo);
- l'emissione di un certificato di regolare esecuzione relativo a prestazioni non effettivamente eseguite;
- la mancata acquisizione del CIG o dello smart CIG in relazione al lotto o all'affidamento specifico ovvero la sua mancata indicazione negli strumenti di pagamento.

Misure da adottare in questa fase:

- Relazione di fine contratto da parte del DEC;

- Controllo a campione della pubblicazione prevista per i resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione (art. 29, co. 1 del D.Lgs. 50/2016 aggiornato);
- Pubblicazione dei report e dei dati obbligatori previsti dall'art. 1, co. 32 della Legge n. 190/2012 e dalle linee Guida ANAC di cui alla Delibera n. 1310/2016;
- Verifica competenze e rotazione dei collaudatori attraverso i provvedimenti di nomina.

Indicatori previsti quale monitoraggio per le gare dell'area tecnica nella fase di rendicontazione:

- ☐ Scostamento dei contratti conclusi, in termini di costi e tempi di esecuzione, rispetto ai contratti inizialmente aggiudicati;
- ☐ Verifica dei tempi medi di esecuzione degli affidamenti, calcolando la differenza tra il tempo effettivamente impiegato per la conclusione del contratto ed il tempo previsto da progetto.

Procedure di gara per la fornitura di farmaci e presidi

Nella Regione Marche l'acquisto di farmaci, dispositivi sanitari e di alcuni servizi sarà gestito principalmente dalla Stazione Unica appaltante della Regione Marche (SUAM).

Le competenze della SUAM comprendono l'acquisto di quanto oggetto di programmazione (definito con DGRM n. 468 del 09/05/2016) ed in particolare dei seguenti beni con le relative soglie di obbligatorietà:

- farmaci (40.000);
- vaccini (40.000);
- stent (soglia comunitaria);
- ausili per incontinenza (ospedalieri e territoriali) (40.000);
- protesi d'anca (soglia comunitaria);
- medicazioni generali (40.000)
- defibrillatori (soglia comunitaria);
- pace-maker (soglia comunitaria);
- aghi e siringhe (40.000).

I restanti acquisti di materiali sanitari sono effettuati dall'UOC Acquisti e Logistica tramite gare ad evidenza pubblica, in collaborazione con i Servizi Farmaceutici, che costituiscono un ponte/collegamento tra gli uffici preposti agli acquisti ed i professionisti, a favore dei quali forniscono supporto tecnico nella definizione dell'oggetto dell'affidamento e contribuiscono alla corretta gestione dei beni.

In particolare occorre precisare che:

- la scelta e la tipologia dei farmaci da acquisire è a carico dei clinici e dei Servizi Farmaceutici che fanno riferimento alle scelte effettuate a livello PTO regionale;

- la scelta e la tipologia dei materiali sanitari (es. dispositivi medici) da acquisire è a carico dei professionisti (clinici ed infermieri) che li utilizzano concretamente nell'assistenza agli utenti, con l'apporto ed il supporto delle Commissioni dei dispositivi medici opportunamente costituite (DGR 974/2014).

Il processo di gestione degli ordini, dei carichi e degli scarichi di magazzino è sufficientemente informatizzato, anche se migliorabile. La valutazione dei fabbisogni di farmaci è rapportata al Prontuario Terapeutico Ospedaliero, oltre alla prescrizione degli specialisti interni.

La tracciabilità dei farmaci/materiali sanitari nel loro percorso che va dalla richiesta, all'acquisto, alla ricezione/stoccaggio fino alla somministrazione deve necessariamente essere organizzata e proceduralizzata con il necessario coinvolgimento di tutti i soggetti coinvolti nelle fasi indicate.

Occorre permettere di effettuare le movimentazioni ed i controlli di magazzino tramite l'uso dei lettori di codice a barre; avere evidenza informatica dell'avvenuta prescrizione e controllo di eventuali interazioni tra medicinali o incompatibilità per la situazione clinica del paziente; migliorare le anagrafiche dei dispositivi medici con le informazioni necessarie e senza duplicazioni. Particolare attenzione dovranno porre gli attori del processo alla fase di programmazione e al rispetto degli obblighi di trasparenza.

In questa logica, al fine dell'attestazione della correttezza del ciclo degli approvvigionamenti, i soggetti destinatari devono documentare con particolare attenzione tutte le fasi del ciclo stesso dalla definizione delle necessità (qualificazione del fabbisogno), alla programmazione dell'acquisto, alla definizione delle modalità di reperimento di beni e servizi, sino alla gestione dell'esecuzione del contratto.

Le azioni concrete, efficaci, fattibili e verificabili nel ciclo degli approvvigionamenti riguardano:

- il rafforzamento delle funzioni amministrative legate agli acquisti, sollecitando i soggetti individuati ex lege a svolgere le procedure e ad assolvere le proprie mansioni professionali;
- la definizione di procedure per l'acquisizione dei beni sanitari con identificazione delle figure professionali nelle diverse fasi (richiesta del prodotto, valutazione del fabbisogno e scelta del fornitore), in modo che siano separate al fine di evitare situazioni di conflitto di interesse;
- la centralizzazione delle competenze e delle responsabilità con conseguente modifica delle modalità strategiche con cui affrontare le problematiche degli acquisti con visione unitaria.

Nel processo di graduale informatizzazione di tutti gli ambiti applicativi aziendali, uno degli elementi più delicati e da implementare, è il ciclo di erogazione delle terapie farmacologiche ai pazienti ricoverati.

Nell'ambito della prescrizione dei farmaci in ambito ospedaliero ed extra-ospedaliero, le attività a rischio, rendicontate nella tabella specifica (all. 2.3.2), con le corrispondenti azioni e misure per il monitoraggio possono essere così rappresentate:

ATTIVITA' A RISCHIO	AZIONI	MISURE MONITORAGGIO
Prescrizione da parte di specialisti ospedalieri di farmaci con limitazione ad alto costo sia a livello ospedaliero che domiciliare	Inserimento dei Centri autorizzati dalla Regione alla prescrizione dei farmaci con limitazioni	1. Monitoraggio di indicatori quali prescrizione per paziente, per medicinale, per ditta farmaceutica e predisposizione di specifici report; 2. Trasmissione dei suddetti report ai diretti interessati, ai Direttori Medici di presidio, ai Direttori dei Distretti ed ai vertici aziendali
Prescrizione da parte di specialisti ospedalieri di farmaci in dimissione post-ricovero e post-visita specialistica	Utilizzo dei farmaci inseriti nel PTO	
Prescrizione da parte di MMG e PLS	Analisi delle prescrizioni al fine di individuare per particolari indicatori quali paziente, medicinali, ditte farmaceutiche e farmacie, scostamenti significativi rispetto alle medie di riferimento	
Sperimentazioni cliniche	Predisposizione del conflitto di interesse da parte dei soggetti interessati	Verifica delle dichiarazioni rese nella dichiarazione di conflitto di interesse
Sponsorizzazioni		

Occorre altresì evitare:

- il frazionamento illegittimo negli acquisti;
- gli affidamenti diretti al di fuori dei casi previsti dalla vigente normativa;
- le proroghe degli affidamenti qualora non consentite/previste;
- eccessivo ricorso agli acquisti urgenti non giustificati;
- la revisione delle caratteristiche tecniche, qualora dall'analisi dei fornitori disponibili sul mercato non risultino garantite modalità di acquisto concorrenziali.

Indicatori previsti quale monitoraggio:

- ☐ affidamenti diretti/sul totale degli acquisti (per valore economico);
- ☐ acquisti di beni infungibili/esclusivi/sul totale degli acquisti effettuati (per quantità e valore economico);
- ☐ affidamenti (quantità e valore) di beni infungibili/esclusivi sul totale delle richieste pervenute per unità di committenza;

☐ proroghe e rinnovi sul totale degli affidamenti (quantità e valore).

Durante le attività di audit ed erogazione per la valutazione del rischio (eseguite a fine anno), è stata sottolineata la particolare criticità di alcuni acquisti effettuati con proroghe, a causa del ritardo nelle procedure ad evidenza pubblica, fenomeno che dovrà essere assolutamente scongiurato (all. 2.3.1).

Occorre, inoltre, che siano correttamente individuati gli attori interni da coinvolgere in relazione alle specifiche competenze per identificare i beni/servizi che soddisfano il fabbisogno.

Una ulteriore necessaria misura sarà costituita dai prezzi di riferimento dei beni e servizi a maggior impatto, di cui al decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98, e al decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66, convertito con modificazioni con Legge 23/2014, che possono essere utilizzati per ridurre l'asimmetria informativa tra acquirente e fornitore.

Detti prezzi, forniti dall'ANAC, devono costituire uno strumento vincolante per tipologie "omogenee" di beni e servizi in quanto favoriscono la confrontabilità/fungibilità tra i fabbisogni del soggetto acquirente e le caratteristiche dei prodotti/servizi oggetto di offerta.

Affidamenti servizi esternalizzati

Alcuni servizi sono di competenza della Stazione Unica Appaltante della Regione Marche. In particolare, la DGRM n. 468/2016 sopra citata prevede l'operatività della SUAM, quale soggetto aggregatore, per i seguenti servizi specifici in area sanitaria e le relative soglie di obbligatorietà:

- ☐ servizi di pulizia (40.000);
- ☐ servizi di lavanderia (40.000);
- ☐ servizi di ristorazione per pazienti e per dipendenti (40.000);
- ☐ servizi di smaltimento rifiuti sanitari (40.000);
- ☐ servizi integrati per gestione apparecchiature elettromedicali (40.000).

Oltre a questi sono previsti anche servizi di uso comune, sempre di competenza della SUAM:

- ☐ vigilanza armata (40.000);
- ☐ facility management immobili (soglia comunitaria);
- ☐ pulizia immobili (soglia comunitaria);
- ☐ guardiania (40.000);
- ☐ manutenzione immobili e impianti (soglia comunitaria).

Per i restanti servizi esternalizzati (trasporti non sanitari, disinfezione e disinfestazione, portierato, servizio archiviazione, servizi sociosanitari) sono previsti controlli sia sul personale che sulla qualità del servizio. Per ogni procedura, il capitolato con l'identificazione dei fabbisogni dovrà essere compatibile con i limiti di spesa ed il budget previsto nel Bilancio Preventivo e conforme alla "spending review".

Tipologie di rischio evidenziabili nella fase dell'identificazione del fabbisogno e dei capitolati:

- definizione di un fabbisogno non rispondente a criteri di efficienza/efficacia/economicità, ma alla volontà di premiare interessi particolari;
- reiterazione di piccoli affidamenti aventi il medesimo oggetto ovvero la reiterazione dell'inserimento di specifici interventi.

Misure previste per ridurre i rischi:

- Controllo periodico e monitoraggio dei tempi programmati anche mediante sistemi di controllo interno di gestione in ordine alle future scadenze contrattuali (prevedendo che le strutture interessate forniscano informazioni in relazione alle scadenze contrattuali ai soggetti deputati a programmare le procedure di gara);
- Individuazione delle priorità, in fase di individuazione del quadro dei fabbisogni; ☐ Utilizzo di modalità trasparenti per documentare il dialogo con gli operatori di mercato

Indicatori previsti quale monitoraggio per le gare dei Servizi esternalizzati:

- ☐ affidamenti diretti/sul totale degli acquisti (per valore economico);
- ☐ proroghe e rinnovi sul totale degli affidamenti (quantità e valore);
- ☐ statistica delle ditte affidatarie dei servizi per verificare la frequenza delle ditte risultate aggiudicatrici;
- ☐ percentuale di gare con un'unica offerta valida.

Procedure di acquisto di materiale economale

Gli acquisti di materiale economale (fax, scanner, stampati, materiale per pulizia, guardaroba, suppellettili, arredi etc.) vengono effettuati dall'UOC Acquisti e Logistica, salvo piccole forniture effettuate dalle Direzioni Amministrative dei Presidi ospedalieri.

Tali procedure potranno essere effettuate solo attraverso il mercato elettronico (MEPA) o con adesione alle gare Consip, salvo quanto previsto dalla Legge di stabilità e nel rispetto dell'apposito Regolamento per gli acquisti sotto-soglia, aggiornato con determina n. 450/2018 per gli acquisti di beni e servizi sotto soglia comunitaria

Indicatori previsti quale monitoraggio per le gare dei beni economici:

- ☐ affidamenti diretti/sul totale degli acquisti (per valore economico);
- ☐ numero di acquisti tramite MEPA / sul numero di acquisti totali;
- ☐ statistica delle ditte affidatarie dei servizi per verificare la frequenza delle ditte risultate aggiudicatrici;
- ☐ percentuale di gare con un'unica offerta valida.

Procedure di acquisto di hardware, software e licenze d'uso

Tali procedure vengono espletate dall'UOC Acquisti e Logistica per gli acquisti sopra soglia e dall'UOC Sistemi Informativi per quelli sottosoglia, con apposite determinazioni sempre in collaborazione con l'UOC Acquisti e Logistica. Tutte le procedure di acquisto saranno espletate con adesione alle Convenzioni attive CONSIP (Computer, Stampanti, Server, Scanner ed altro hardware), alle ulteriori convenzioni attive (Licenze Microsoft etc.) e attraverso procedure del Mercato Elettronico (MEPA) con RDO.

Nessuna procedura potrà essere effettuata con forme ed indagini diverse, salvo quanto previsto dalla normativa attualmente in vigore.

Indicatori previsti quale monitoraggio per le gare dei beni informatici:

- ☐ affidamenti diretti/sul totale degli acquisti (per valore economico);
- ☐ numero di acquisti tramite MEPA-Consip/ sul numero di acquisti totali;
- ☐ statistica delle ditte affidatarie dei servizi per verificare la frequenza delle ditte risultate aggiudicatrici;
- ☐ percentuale di gare con un'unica offerta valida.

Procedure di gara per le tecnologie sanitarie

Tali procedure vengono espletate dall'UOC Acquisti e Logistica, d'intesa con l'Ingegneria Clinica sia per l'acquisto sia per la manutenzione delle attrezzature sanitarie.

Per le procedure di gara sotto soglia comunitaria, è prevista la pubblicazione di un avviso esplorativo che rimane aperto per la durata di un anno. Vengono successivamente contattati i fornitori che fanno istanza, fornendo informazioni relative alle certificazioni ed al possesso dei requisiti ai sensi nuovo Codice aggiornato con il decreto correttivo (D.Lgs. n. 50/2016 – D.Lgs. n. 56/2017). E' utilizzato l'albo fornitori digitale in base alle fasce di prezzo

Indicatori previsti quale monitoraggio per le gare delle Tecnologie Sanitarie e Telecomunicazioni:

- ☐ numero di acquisti tramite MEPA-Consip / sul numero di acquisti totali
- ☐ statistica delle ditte affidatarie dei servizi per verificare la frequenza delle ditte risultate aggiudicatrici;
- ☐ percentuale di gare con un'unica offerta valida.

2.3.5 Monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure

Indicatori per il monitoraggio

Gli indicatori sono stati inseriti in ogni area di rischio per semplicità di esposizione nei paragrafi precedenti.

Integrazione anticorruzione con i sistemi di controllo interno

Con determina n. 671 del 21/11/2019 è stato approvato il Manuale dell'Internal Audit e P.A.C. compliant, al fine di istituire una funzione di controllo indipendente preposta alla verifica dell'adeguatezza dei sistemi di controllo aziendali.

L'Internal Audit risulta avere un ruolo chiave nella gestione dei rischi di natura amministrativo contabile dell'Azienda, con l'obiettivo principale di consentire l'identificazione, la misurazione, la gestione ed il monitoraggio dei principali rischi nei processi aziendali, nonché con il fine di garantire.

1. la salvaguardia del patrimonio aziendale;
2. la conformità a leggi e regolamenti;
3. l'attendibilità delle informazioni;
4. l'efficacia ed efficienza delle operazioni gestionali.

L'istituzione della funzione di Internal Audit all'interno dell'organizzazione delle aziende sanitarie è non solo un obbligo normativo, previsto nel Percorso attuativo di certificabilità dei Bilanci (P.A.C.), ma soprattutto una necessaria attività di controllo di terzo livello preposta al miglioramento dei processi aziendali e alla riduzione dei rischi di gestione di ogni attività.

Nella determina di approvazione del Manuale di Internal Audit, sono state individuate sulla base dell'istruttoria, giuste le risultanze agli atti, le seguenti aree prioritarie di intervento:

- patrimonio aziendale e inventario straordinario (rispetto delle procedure PAC);
- appalti di lavori, servizi e forniture (rispetto delle procedure di acquisizione CIG);
- accordi e contratti con strutture private accreditate (verifiche del Nucleo di Controllo).

Con Determina ASUR n. 740 del 30/12/2019 è stato predisposto il Piano di Audit, al fine di prevedere nel dettaglio le aree, i tempi, le strutture coinvolte e le attività di controllo da effettuarsi nell'anno 2020. Con Determina n. 778 del 31/12/2021 ASUR è stato approvato il nuovo Piano di Internal Audit per l'anno corrente, prevedendo approfondimenti per i settori già controllati, in esito al processo di analisi del rischio svolto in sede di mappatura dei processi.

2.3.6 Programmazione dell'attuazione della Trasparenza

Premessa

Ai sensi dell'art. 10 del D.Lgs. n. 33 del 14 marzo 2013, tenuto conto delle indicazioni contenute nel PNA (Determinazione ANAC n. 12/2015), la sottosezione relativa alla Trasparenza è rivolta anche a cittadini, enti e soggetti interessati, in quanto sono esplicitate le modalità d'accesso, previa pubblicazione sul sito istituzionale, alla sezione "Amministrazione Trasparente", dei documenti, delle informazioni e dei dati concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni.

Ai sensi dell'art. 43 del Decreto sopra citato, nell'AST di Macerata il Responsabile Aziendale per la Trasparenza è anche Responsabile della prevenzione della corruzione, per consentire un migliore coordinamento delle funzioni, come suggerito dalla legge 190/12. Pertanto è previsto un unico soggetto quale RPCT. Secondo quanto previsto dalla Circolare n. 1/2013, par. 2.2, al fine di agevolare i percorsi connessi alla normativa in materia, verranno individuati i Referenti Trasparenza, che operano secondo le direttive impartite dal RPCT e sono periodicamente confermati o sostituiti.

La sottosezione Trasparenza aggiorna le precedenti e costituisce l'atto organizzativo fondamentale dei flussi informativi necessari per garantire, nel triennio 2023-2025, l'elaborazione, la trasmissione e la pubblicazione dei dati obbligatori prevedendo le azioni da intraprendere per migliorare la completezza delle informazioni richieste.

I responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti e delle informazioni relative alla normativa sulla trasparenza predisporranno le proposte operative per il prossimo triennio, tenendo conto delle ultime Linee Guida emanate dall'ANAC.

I responsabili dell'elaborazione e della pubblicazione dei dati dovranno osservare i criteri di qualità delle informazioni pubblicate sul nuovo Sito istituzionale ai sensi dell'art. 6, co. 3 del D.Lgs. 97/2016: integrità, costante aggiornamento, completezza, tempestività, semplicità di consultazione, comprensibilità, omogeneità, facile accessibilità, conformità ai documenti originali, indicazione della provenienza e riutilizzabilità.

A tal fine i dati sono esposti in tabelle qualora aumenti il livello di chiarezza ed è indicata la data di aggiornamento dei dati/documento/informazione.

Restano valide le indicazioni già fornite nell'allegato 2 della delibera ANAC n. 50/2013 con riferimento ai requisiti di completezza, formato e dati di tipo aperto. Per quanto riguarda la durata ordinaria di pubblicazione, è fissata in 5 anni, decorrenti dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione (co.3), fatti salvi i diversi termini previsti dalla normativa per specifici obblighi (art. 14, co. 2 e art. 15, co.4) e quanto già previsto in materia di tutela dei dati personali e sulla durata della pubblicazione collegata agli effetti degli atti pubblicati.

Trascorso il quinquennio o i diversi termini sopra richiamati, gli atti, i dati e le informazioni non devono essere conservati nella sezione archivio del sito, ma possono essere oggetto di istanza accesso civico ai sensi dell'art. 5 del D.Lgs. n.33/2013.

L'implementazione e l'aggiornamento delle informazioni nelle singole sottosezioni della sezione "Amministrazione Trasparente" sono a cura sia delle UO per le parti di rispettiva competenza, secondo la Griglia allegata degli obblighi di pubblicazione ulteriormente aggiornata con l'indicazione delle strutture responsabili rispetto allo schema generale di riferimento di cui all'allegato 1 della

Delibera ANAC n. 1310 del 28/12/2016, che aggiorna l'elenco di cui al D.Lgs. n. 33/2013 (all. 2.3.3).

Obiettivi strategici in materia di trasparenza e rapporti con gli stakeholder

Alla corretta attuazione delle disposizioni in materia di trasparenza, così come indicato nella Delibere ex CIVIT (ora ANAC), concorrono, oltre al Responsabile della Trasparenza e ai Referenti, anche tutti i dirigenti degli uffici dell'Amministrazione, sia centrali che periferici, e i relativi funzionari.

Nella nuova AST di Macerata non è stato ancora adottato l'atto aziendale, documento di organizzazione fondamentale dell'organizzazione. Tutta la sezione trasparenza del presente PIAO, a seguito dell'introduzione dell'atto, dovrà essere rimodulata, con il coinvolgimento degli stakeholder.

Il confronto con gli stakeholder assume un particolare rilievo nel sistema di prevenzione della corruzione e della trasparenza, in quanto può consentire di superare l'autoreferenzialità nella valutazione dell'idoneità della strategia di prevenzione della corruzione elaborata e nel contempo rafforzare e migliorare i sistemi di gestione del rischio corruttivo adottati dall'amministrazione.

Per tale ragione, al momento del primo aggiornamento della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO ed in sede di monitoraggio sul funzionamento complessivo degli strumenti, saranno realizzate forme di consultazione, da strutturare e pubblicizzare adeguatamente, volte a sollecitare proposte e suggerimenti da parte degli stakeholder, individuati dall'amministrazione, in quanto portatori di interessi rilevanti per la stessa. Ciò può rappresentare per il RPCT un importante contributo anche per individuare le priorità di intervento e correttivi.

Le consultazioni potranno avvenire o mediante raccolta di osservazioni via web oppure nel corso di appositi incontri. All'esito delle consultazioni sarà dato conto sul sito internet dell'amministrazione e in apposita sezione del PTPCT o della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO, con l'indicazione dei soggetti coinvolti, delle modalità di partecipazione e degli input generati da tale partecipazione.

Gli adempimenti relativi alla pubblicazione delle informazioni richieste dal D.Lgs. 33/2013, vengono inseriti negli obiettivi di Budget delle varie UU.OO. al fine di promuovere maggiori livelli di trasparenza.

Ogni struttura dell'Azienda responsabile della pubblicazione dei dati provvede all'inserimento/aggiornamento dei documenti e degli atti di competenza sulla sezione "Amministrazione Trasparente" del sito, attraverso i soggetti a tal uopo profilati, con il supporto dei Sistemi Informativi.

La pubblicazione delle informazioni previste dal D.Lgs. 33/2013 è indispensabile per la conoscenza e la verifica delle azioni svolte e per la prevenzione di

potenziali situazioni a rischio d'illecito e corruzione, assicurando la diffusione di quei dati che già la Legge 150/2009 aveva parzialmente individuato.

Lo spirito della norma tende a favorire il rapporto ente/cittadini, sviluppare il "senso civico", porre le condizioni per azioni sinergiche dove la comunicazione possano integrarsi in un processo virtuoso di conoscenza dei percorsi utili al cittadino, sia in campo sanitario sia in campo amministrativo.

Il collegamento con il Codice di Comportamento

Fino alla redazione del nuovo codice di comportamento, rimane vigente il codice adottato con determina n. 795/2014, aggiornato nel 2022 con Determina n. 234/DG ASUR.

Iniziative di diffusione della Trasparenza e dei dati pubblicati

Tra le azioni necessarie alla fruizione e verifica dell'attuazione della Trasparenza vi è quella della sua più ampia diffusione.

Il PIAO, una volta approvato sarà trasmesso con apposita informativa alle Organizzazioni Sindacali del Comparto e della Dirigenza, a tutte le UU.OO. e sarà pubblicato, una volta approvato con determina del Direttore Generale, sul sito Internet aziendale, all'interno della sezione "Amministrazione Trasparente". Della stessa pubblicazione sarà informata anche la segreteria regionale del CRCU.

L'AST di Macerata organizza compatibilmente con le misure preventive relative all'emergenza sanitaria, la Giornata della trasparenza prevista dall'art. 10, comma 6, del decreto legislativo n. 33/2013. Con riguardo alle modalità di svolgimento della Giornata della trasparenza si ritiene di procedere con la presentazione dei principali documenti da parte dei Dirigenti responsabili delle Aree interessate, oltre alla diffusione e promozione degli strumenti utilizzati dall'Azienda per il raggiungimento dei propri fini istituzionali. Tale modalità consente da un lato di portare l'attenzione degli utenti sulle principali attività e servizi, inclusi gli aspetti delle performance, dell'integrità e della trasparenza e dall'altro di incoraggiare canali di dialogo con gli intervenuti.

Quale importante momento di incontro e dialogo con gli stakeholders, l'AST Marche presenterà l'attività svolta in materia di trasparenza, prevenzione della corruzione, non solo per creare un momento di confronto su temi specifici ma anche, e soprattutto, per far conoscere le iniziative e le strategie che l'Azienda ha posto in essere ed intende implementare per la soddisfazione dei bisogni dell'utenza.

I contenuti delle due tipologie di giornate vengono preventivamente definiti anche con il contributo di organismi, portatori di interesse qualificati e associazioni di consumatori, per una più efficace finalizzazione delle iniziative ed affronteranno tematiche legate al ciclo della performance, alla trasparenza e

all'integrità - con particolare riferimento al Programma - con modalità che favoriscano il dialogo e il confronto.

Le giornate costituiscono inoltre un valido strumento anche per acquisire riscontri sul grado di soddisfazione dei cittadini con riguardo alla comprensibilità, accessibilità e utilizzabilità dei dati pubblicati e per individuare ulteriori necessità di informazione, nell'ottica del processo di miglioramento continuo della trasparenza.

Il Responsabile per la Trasparenza

Considerata la possibilità di optare per la concentrazione delle responsabilità, il Responsabile della Trasparenza e della Prevenzione della Corruzione coincidono in unico Dirigente dipendente che si avvale, in prima istanza, di Referenti per la Trasparenza all'uopo individuati, oltre ai referenti per l'Anticorruzione.

Oltre all'azione di sensibilizzazione, monitoraggio, stimolo e sollecitazione per gli adempimenti previsti, il Responsabile per la Trasparenza (Art. 43, D.Lgs. 33/2013) svolge stabilmente un'attività di controllo sull'osservanza dell'attuazione delle disposizioni in materia di Trasparenza.

Inoltre provvede all'aggiornamento annuale della sezione specifica, controlla e assicura la regolare attuazione dell'Accesso civico, segnala i casi di inadempimento o di adempimento parziale degli obblighi in materia di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, all'Ufficio di disciplina, ai fini dell'eventuale attivazione del procedimento disciplinare, segnala altresì gli inadempimenti al vertice dell'Amministrazione, all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) - art. 44 D.Lgs. 33/2013 - ai fini dell'attivazione delle altre forme di responsabilità. Infine, cura l'istruttoria per l'applicazione delle eventuali sanzioni amministrative di cui all'art. 47 del D.Lgs. 33/2013.

Secondo quanto indicato dalla norma, quindi, procede alle necessarie verifiche, almeno semestrali, circa lo stato d'attuazione delle disposizioni contenute nella presente sezione e dell'adempimento, da parte degli Uffici competenti, della pubblicazione degli obblighi previsti dalla normativa vigente, ferme restando le responsabilità, le competenze e l'autonomia operativa di ciascun Dirigente di struttura preposta alle attività indicate nello schema allegato (all. 2.3.3).

Ogni qualvolta sarà necessario apportare modifiche sostanziali alla presente Sezione, la stessa verrà aggiornato con specifico atto predisposto dal Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza e approvato dall'organo di vertice dell'AST.

Al fine di permettere al Responsabile di conoscere tempestivamente fatti corruttivi tentati o realizzati all'interno di essa, del contesto in cui la vicenda si è sviluppata o di contestazioni ricevute circa il mancato adempimento agli obblighi di legge, vengono individuati i seguenti indirizzi email:

- ☐ RPCT_AST_macerata@sanita.marche.it;
- ☐ Segnalazioni_RPCT_AST_macerata@sanita.marche.it.

I Referenti per la Trasparenza

In linea con quanto già previsto dalla Circolare n. 1/2013 del Dipartimento della Funzione Pubblica, nonché dall'Intesa della Conferenza Unificata del 24/07/2013, al fine di assicurare il più efficace svolgimento della funzione, sono individuati i referenti per la "Trasparenza", che costituiscono punto di riferimento fondamentale per il coordinamento delle attività di cui trattasi nel territorio di competenza.

I referenti per la Trasparenza assicurano il collegamento con il RPCT, con cui collaborano all'attuazione della presente Sezione, sono responsabili dell'organizzazione dei flussi di pubblicazione, coadiuvano e supportano il personale assegnato al servizio di riferimento nell'adempimento degli obblighi di pubblicazione e segnalano al RPCT le eventuali disfunzioni che dovessero verificarsi nel sistema di loro riferimento.

Inoltre, sulla base delle indicazioni fornite dal RPCT, essi promuovono incontri, stabiliscono modalità, richiedono approfondimenti presso le strutture di riferimento.

Possono altresì proporre al RPCT iniziative di varia natura nel campo della Trasparenza e richieste di ulteriori nominativi per garantire il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare.

Il mancato rispetto degli adempimenti sopra riportati da parte del Referente comporterà un primo sollecito ad ottemperare alla richiesta. Qualora, quest'ultima rimanesse inevasa, il RPCT provvederà ad inviare segnalazione formale alla Direzione Generale, con proposta di sostituzione del Referente stesso, ferme restando le conseguenze relative alla responsabilità disciplinare.

I Responsabili della pubblicazione ed aggiornamento dei dati

La pubblicazione dei dati di cui al D.Lgs. 33/2013 sul Sito Internet è un processo continuo e prefigura la necessità di revisioni e verifiche costanti, sia per quanto riguarda la ridefinizione delle aree di competenza, sia per monitorare il percorso di pubblicazione previsto. Le eventuali modifiche di attribuzione delle varie competenze saranno aggiornate nell'apposita griglia allegata, di cui al D.Lgs. 33/2013, dal RPCT, su richiesta formale del dirigente della singola struttura interessata.

I dati e le informazioni pubblicate sul sito istituzionale (in ottemperanza alle prescrizioni di legge in materia) sono quelle indicate nella griglia allegata del D.Lgs. 33/2013 e seguono il quadro normativo inerente gli obblighi di pubblicazione on-line delle amministrazioni.

Poiché la pubblicazione delle informazioni sul nuovo Sito istituzionale costituisce la principale modalità di attuazione della Trasparenza, è importante che i dati pubblicati e i modi di pubblicazione risultino pertinenti e non eccessivi rispetto alle finalità indicate dalla legge, con particolare riferimento alle "Linee Guida per

i Siti Web delle P.A. – Anno 2011”, di cui alla Direttiva n. 8 del 2009 del Ministero per la Pubblica Amministrazione e l’Innovazione, e in conformità alle nuove disposizioni normative in materia di tutela dei dati personali (Regolamento UE 2016/679 in vigore dal 25 maggio 2018).

Tali disposizioni sono state recepite e adattate alla struttura organizzativa con il Regolamento organizzativo aziendale Privacy approvato con Determina n. 349/2018 (pubblicato nella sottosezione “Atti Amministrativi” tra i Regolamenti approvati dalla Direzione Generale), provvisoriamente ancora vigente.

Il Dirigente della singola struttura preposta alla pubblicazione dei rispettivi dati (individuate nell’apposita griglia allegata – all. 2.3.3), in qualità di “fonte di produzione” del documento di competenza è responsabile dell’individuazione, dell’elaborazione, della pubblicazione e dell’aggiornamento nonché dell’esattezza e completezza dei dati di ogni notizia/informazione di rispettiva competenza. Inoltre è responsabile della mancata pubblicazione dei documenti di competenza.

Gli stessi Direttori/Dirigenti (o loro delegati) delle UU.OO. Aziendali individuati a margine di ciascuna categoria degli atti previsti nella griglia di cui sopra, così come disposto dall’art. 43 co. 3 del D.Lgs. 33/2013, garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge (nella griglia allegata sono rappresentati, oltre ai contenuti specifici da pubblicare, anche gli obiettivi temporali di pubblicazione).

L’aggiornamento dei dati contenuti nella sezione “Amministrazione Trasparente” deve avvenire ogni qualvolta si rendano necessarie modifiche significative dei dati o pubblicazione di documenti urgenti; la struttura responsabile della pubblicazione provvederà ad effettuare le modifiche richieste sul portale tempestivamente, eliminando altresì le informazioni superate.

Per ogni necessità, il Dirigente dell’UO Sistemi Informativi fornisce il supporto necessario.

La mancata collaborazione al RPCT (e ai suoi Referenti) da parte dei Dirigenti e Responsabili della pubblicazione dei dati sarà considerata ai fini delle sanzioni disciplinari previste dalle norme e per la valutazione negativa della performance. I nominativi dei responsabili e dei referenti di struttura sono aggiornati annualmente nel paragrafo relativo ai Dati Ulteriori.

Il Sistema di monitoraggio e verifiche

L’attuazione della Trasparenza richiede un’attività di monitoraggio costante e periodica per la verifica dell’assolvimento degli adempimenti agli obblighi imposti dalle norme in materia di trasparenza ed integrità (art. 43 D.Lgs. 33/2010). Per quanto già posto in capo del RPCT, lo stesso (anche attraverso i suoi Referenti) provvede ad effettuare periodiche verifiche presso le varie Strutture responsabili della pubblicazione dei dati mediante:

- richiesta formale/e-mail ai Dirigenti delle singole strutture competenti su: stato dell'arte dell'intero percorso di pubblicazione di competenza, aggiornamenti effettuati, problematiche riscontrate (semestrale);
- richiesta formale/e-mail di eventuali e specifiche pubblicazioni, qualora mancanti o necessarie;
- richieste formale/e-mail per eventuali istanze specifiche (comunicazione ANAC, Prefettura, accesso civico e aggiornamenti normativi).

Le sanzioni per eventuali inadempienze di cui al presente documento sono disciplinate negli artt. 46 e 47 del D.Lgs. 33/2013. Le ordinarie funzioni di controllo per le parti di specifica competenza rimangono a capo dei Dirigenti delle UU.OO., responsabili della pubblicazione dei dati di competenza.

L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)

Sulla base di quanto stabilito dalle Delibere CIVIT prima e ANAC ora (n. 77/2013 e n. 148/2014 e ss.mm.ii.), gli organi di verifica dei documenti in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza nelle PP.AA. sono gli Organismi Indipendenti di Valutazione o altre strutture interne con funzioni analoghe (Art. 44 D.Lgs. 33/2013).

il nuovo OIV tra le funzioni deve attestare dell'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità, al quale il Dirigente Responsabile Trasparenza e Anticorruzione invia report di monitoraggio.

I risultati delle verifiche che l'OIV effettua, confluiscono nella relazione annuale che lo stesso organismo presenta alla Direzione dell'Azienda, comprensiva dei risultati del processo di realizzazione della trasparenza e delle misure adottate. L'OIV, inoltre, verifica l'attività svolta dal Responsabile della Trasparenza e della Prevenzione della Corruzione per riscontrare l'adempimento degli obblighi di pubblicazione, anche attraverso la verifica della scheda di Relazione da compilare e pubblicare sull'apposita sotto-sezione del link "Amministrazione Trasparente". Sulla base delle indicazioni annuali dettate dall'ANAC per l'attestazione periodica sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione, l'OIV annualmente effettua la verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato dei documenti e dei dati elencati nella griglia di rilevazione, secondo i criteri previsti nelle delibere annuali ANAC.

Tali documenti saranno pubblicati entro la data di scadenza stabilita dall'ANAC, mentre la griglia inviata direttamente all'indirizzo 'attestazioni.oiv@anticorruzione.it'.

L'OIV verifica, ai fini della validazione della Relazione sulla performance, la coerenza dei precedenti Piani con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale ed in particolare con i documenti della Performance.

L'Organismo medesimo riferisce infine all'Autorità nazionale anticorruzione sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza

(art. 1, co. 8-bis L. 190/2012 come modificato dall'art. 41 del D.lgs. n. 97 del 2016).

L'istituto dell'Accesso Civico

L'Accesso Civico assume una dimensione differente dal diritto di accesso agli atti di cui all'art. 22 e ss. della L. n. 241/1990 caratterizzato come strumento di tutela individuale di situazioni soggettive.

Il RPCT è destinatario delle istanze di accesso civico "semplice" finalizzate a richiedere la pubblicazione di documenti, informazioni e dati previsti normativamente. Sussistendone i presupposti, entro il termine di trenta giorni, avrà cura di pubblicare sul sito i dati, le informazioni o i documenti richiesti e di comunicare al richiedente l'avvenuta pubblicazione indicando il relativo collegamento ipertestuale. Il RPCT segnala all'ufficio di disciplina, al vertice politico e all'OIV i casi in cui la richiesta di accesso civico riguardi dati, informazioni o documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria di cui sia stata riscontrata la mancata pubblicazione.

Con riferimento all'accesso civico generalizzato, il RPCT riceve e tratta le richieste di riesame in caso di diniego totale o parziale dell'accesso o di mancata risposta. La decisione deve intervenire, con provvedimento motivato, entro il termine di venti giorni. Laddove l'accesso generalizzato sia stato negato o differito per motivi attinenti la protezione dei dati personali, il RPCT provvede sentito il Garante per la protezione dei dati personali

L'obbligo previsto dalla normativa vigente di pubblicare documenti e informazioni comporta il diritto di chiunque di richiedere i medesimi, nei casi in cui sia omessa la loro pubblicazione. Non solo, in seguito alla riforma Madia ed in particolare all'entrata in vigore del D.Lgs. 97/2016, l'accesso civico diventa uno strumento di controllo sociale e diffuso sull'operato della pubblica amministrazione, che devono garantire l'accessibilità totale di dati, informazioni e documenti detenuti, ivi compresi quelli non soggetti a pubblicazione obbligatoria.

Il Decreto, nel rispetto dei principi e dei criteri direttivi dei commi 35 e 36 di cui all'art. 1 della L. n.190/2012, definisce il principio generale di trasparenza, come "accessibilità totale dei dati e dei documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche".

Nel provvedimento sono definite, in maniera vincolante, le norme e le sanzioni relative ai mancati adempimenti. Sono inoltre individuate le disposizioni che regolamentano e fissano i limiti della pubblicazione, nel nuovo Sito istituzionale,

di dati ed informazioni relative all'organizzazione e alle attività delle pubbliche amministrazioni; tali informazioni sono pubblicate in formato idoneo a garantire l'integrità del documento; deve essere inoltre, curato l'aggiornamento, di semplice consultazione e devono indicare la provenienza; devono infine risultare riutilizzabili.

L'AST di Macerata, nell'evasione delle istanze di accesso civico, incluse quelle di accesso civico generalizzato, oltre a seguire le disposizioni contenute nelle Linee guida ANAC di cui alla Delibera n. 1309 del 20/12/2016, rispetta fino a nuove disposizioni il regolamento adottato con Determina n. 778 del 27/12/2017, aggiornato con la recente revisione approvata con Determina n. 689 del 26/11/2018.

Tale "Regolamento per l'esercizio del diritto di accesso agli atti e ai documenti amministrativi, del diritto di accesso civico e del diritto di accesso civico generalizzato" è pubblicato sulla sotto-sezione apposita del link "Amministrazione Trasparente" tra gli Atti Generali. Inoltre è stato pubblicato sulla sotto-sezione "Altri Contenuti" il Registro degli accessi civici, che viene aggiornato semestralmente.

La Formazione del personale in materia di Trasparenza

La formazione in materia di Trasparenza è un obiettivo strategico, in modo particolare nel percorso della normativa anticorruzione di cui trattasi. Aspetto ribadito in ogni occasione da ANAC e rafforzato ulteriormente dalla stessa Autorità nel PNA 2015 e negli aggiornamenti fino al 2019, ove è ritenuto un obiettivo strategico indispensabile. L'Azienda, quindi, nel pieno rispetto delle indicazioni in tema di formazione, prosegue i percorsi formativi (generali e specifici) sulla normativa in tema di Trasparenza e Prevenzione della Corruzione, in analogia a quelli già realizzati e descritti nei precedenti Piani triennali.

Nel 2023 sono previsti corsi formativi in tema di Trasparenza/Anticorruzione, con modalità a distanza (FAD) per l'aggiornamento sulle materie comuni e generali.

Con questo percorso, s'intende ampliare il livello interno di sensibilizzazione sull'argomento. Le principali tematiche che saranno trattate nel Corso di formazione sono: disciplina della prevenzione della corruzione, metodologie e tecniche per la valutazione del rischio, obblighi di trasparenza, responsabilità all'interno dell'ente, tutela giurisdizionale e accesso civico.

Griglia degli Obblighi di Pubblicazione - modulo di accesso civico e assenza di conflitto interessi

L'aggiornamento delle singole sotto-sezioni del link "Amministrazione Trasparente" è a cura degli Uffici per le parti di rispettiva competenza, secondo la griglia degli obblighi di pubblicazione contenente i dati oggetto di pubblicazione, aggiornata con l'indicazione delle strutture operative competenti e la tempistica prevista per gli obblighi normativi, di cui al novellato D.Lgs.

33/2013 (all. 2.3.3). Per dettagliare le modifiche intervenute a seguito dell'entrata in vigore del nuovo D.Lgs. n. 97/2016, sono esposte con il colore grigio le sotto-sezioni abrogate dallo stesso o le non pertinenti, secondo quanto previsto nell'allegato 1 alle Linee guida ANAC (delibera n. 1310 del 28/12/2016). Nella stessa griglia sono indicati i casi in cui non è possibile pubblicare i dati previsti dalla normativa in quanto non pertinenti rispetto alle caratteristiche organizzative o funzionali dell'Amministrazione.

Tra i dati ulteriori, come informazioni aggiuntive rispetto agli obblighi di legge, sono pubblicati:

- Modulistica: autodichiarazione di assenza di conflitto di interesse; procedure e informativa polizia mortuaria;
- Giornata della Trasparenza: relazioni e slides presentate nel corso della giornata;
- Libera professione: dati relativi alle tariffe della libera professione intramuraria;
- Rischio clinico: aggiornamento rete operativa per il clinical risk management;
- Informazioni ulteriori: a seguito di accesso civico generalizzato.

Il modulo di accesso civico per l'invio delle richieste da parte dei cittadini/utenti è pubblicato nella sottosezione dedicata (Altri contenuti/ Accesso Civico), insieme al Registro sugli accessi civici

Società partecipate

Nell'ambito degli obblighi di pubblicazione di cui all'art. 22 del D.Lgs. 33/2013, la AST di Macerata:

- ☐ pubblica sul proprio sito istituzionale l'elenco delle società di cui detiene quote di partecipazione anche minoritaria, indicandone l'entità, la rappresentazione grafica che evidenzia i rapporti tra l'azienda e le società partecipate, la durata dell'impegno, l'onere complessivo gravante sul bilancio, il numero dei rappresentanti dell'azienda negli organi di governo, gli incarichi di amministratore dell'ente, il trattamento economico spettante e i risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari;
- ☐ effettua le verifiche sulle inconferibilità nei confronti degli amministratori la cui nomina sia stata proposta o effettuata dalle P.A. controllanti e sull'adozione del presente documento;
- ☐ segnala le violazioni degli obblighi di pubblicazione ed avvia il procedimento sanzionatorio previsto dall'art. 47 c. 2 del D.Lgs. 33/2013.

Carta dei servizi

La Carta dei servizi dell'Azienda Sanitaria Territoriale di Macerata è il documento che garantisce processi d'informazione/comunicazione verso i cittadini. Essa si compone di due parti:

- la Guida ai Servizi
- la Carta dei servizi

La Guida si pone l'obiettivo di consentire un'adeguata conoscenza delle attività offerte e delle modalità di accesso alle cure presenti nelle strutture e nei territori di riferimento. In considerazione della recentissima costituzione della AST di Macerata, si sta lavorando per addivenire alla redazione della nuova Guida ai Servizi, al fine di agevolare ai cittadini l'accesso alle informazioni, la comprensibilità, la verificabilità e il confronto tra i servizi offerti. Non appena aggiornata la guida (sia nella sua interezza, sia nelle sue parti singole appositamente richiamate per argumentum) sarà disponibile all'apposita sottosezione nel sito aziendale.

La Carta dei servizi (o Carta degli impegni) costituisce una significativa occasione di miglioramento gestionale dei servizi, attraverso la pubblicazione degli standard di qualità dei servizi e degli obiettivi di miglioramento a breve/medio/lungo termine degli stessi. Un impegno forte nei confronti dei cittadini che saranno in grado di verificare il raggiungimento di quanto dichiarato. Nel prossimo triennio si proseguirà nell'aggiornamento degli indicatori per la Carta dei servizi, in collaborazione con i Comitati di partecipazione e le Assemblee delle Associazioni. Tali informazioni saranno pubblicate all'interno del sito Amministrazione Trasparente.

Piano di comunicazione aziendale

Con il piano di comunicazione, anche in attuazione dei principi di trasparenza e di efficacia dell'azione amministrativa, si riconosce nell'informazione e nella comunicazione la condizione essenziale per assicurare la partecipazione e l'esercizio del diritto di accesso da parte dei cittadini e delle formazioni sociali secondo quanto stabilito dalle leggi statali e regionali e dai regolamenti specifici dell'ente, e pertanto le attività di informazione e comunicazione sono in particolare finalizzate a:

- illustrare le attività dell'ente ed il loro funzionamento;
- favorire l'accesso ai servizi amministrativi, promuovendone la conoscenza;
- favorire processi interni di semplificazione delle procedure di accesso.

Il processo di comunicazione non è rappresentato dalla mera esigenza di dare notizie, ma è parte integrante del processo decisionale della Direzione Aziendale. Un'efficace comunicazione sia interna che esterna consente ricadute positive non solo sulla percezione della qualità del servizio reso, ma sul miglioramento reale della qualità dei servizi.

Le "Linee guida di design per i siti internet e i servizi digitali della Pubblica Amministrazione", adottate da AGID con la determina n. 224/2022, sono uno strumento funzionale alla realizzazione dei progetti di miglioramento dei servizi pubblici previsti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), ai quali sono destinati importanti investimenti nel nostro Paese.

La trasparenza degli interventi finanziati con i fondi del PNRR

Una delle priorità per l'attuazione delle misure contenute nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) è quella di garantire che l'ingente mole di risorse finanziarie stanziata sia immune da gestioni illecite, nel rispetto dei principi di sana gestione finanziaria, assenza di conflitto di interessi, frodi e corruzione.

Inoltre, in linea con quanto previsto dall'art. 34 del Regolamento (UE) 2021/241, va garantita adeguata visibilità ai risultati degli investimenti e al finanziamento dell'Unione europea per il sostegno offerto. I destinatari dei finanziamenti dell'Unione sono tenuti a rendere nota l'origine degli stessi e ad assicurarne la conoscibilità, diffondendo informazioni coerenti, efficaci e proporzionate "destinate a pubblici diversi, tra cui i media e il vasto pubblico".

Per quanto riguarda la trasparenza degli interventi finanziati con i fondi del PNRR, l'Autorità ha inteso fornire alcuni suggerimenti volti a semplificare ed a ridurre gli oneri in capo delle Amministrazioni centrali titolari di interventi. In particolare, laddove gli atti, dati e informazioni relativi al PNRR, da pubblicare secondo le indicazioni della Ragioneria Generale dello Stato (RGS), rientrino in quelli previsti dal d.lgs. n. 33/2013, l'Autorità ritiene che gli obblighi stabiliti in tale ultimo decreto possano essere assolti dalle Amministrazioni centrali titolari di interventi, inserendo, nella corrispondente sottosezione di Amministrazione Trasparente, un link che rinvia alla predetta sezione dedicata all'attuazione delle misure del PNRR. Con riferimento ai Soggetti attuatori degli interventi - in assenza di indicazioni della RGS sugli obblighi di pubblicazione sull'attuazione delle misure del PNRR - si ribadisce la necessità di dare attuazione alle disposizioni del D.lgs. n. 33/2013.

I Soggetti attuatori, in un'ottica di semplificazione e di minor aggravamento, laddove i dati rientrino in quelli da pubblicare nella sezione "Amministrazione trasparente" ex d.lgs. n. 33/2013 126, possono inserire in A.T., nella corrispondente sottosezione, un link che rinvia alla sezione dedicata all'attuazione delle misure del PNRR. Inoltre, si fa presente che, al fine di garantire la piena conoscibilità degli interventi PNRR, sono posti a carico dei Soggetti attuatori degli interventi:

- l'obbligo di conservazione e archiviazione della documentazione di progetto, anche in formato elettronico. Tali documenti, utili alla verifica dell'attuazione dei progetti, dovranno essere sempre nella piena e immediata disponibilità dell'Amministrazione centrale stessa, della Ragioneria Generale dello Stato (Servizio centrale per il PNRR, Unità di missione e Unità di audit), della Commissione europea, dell'OLAF, della Corte dei Conti europea (ECA), della Procura europea (EPPO) e delle competenti Autorità giudiziarie nazionali, anche al fine di permettere il pieno svolgimento delle fasi di monitoraggio, verifica e controllo. Rispetto alla documentazione conservata relativa ai progetti finanziati, è

importante rilevare che la stessa RGS sottolinea la necessità di garantire il diritto dei cittadini all'accesso civico generalizzato;

- l'obbligo di tracciabilità delle operazioni e la tenuta di apposita codificazione contabile per l'utilizzo delle risorse PNRR. Va inoltre evidenziato che, al fine di garantire maggiore trasparenza e condivisione del patrimonio informativo relativo agli interventi del PNRR, con il DPCM 15 settembre 2021, lo stesso Governo ha valorizzato il formato open data.

Cronoprogramma delle attività trasparenza e anticorruzione

Il cronoprogramma seguente contiene le attività principali, i soggetti responsabili e le tempistiche dello svolgimento delle stesse.

Attività	Soggetto/i	Tempi
Relazione annuale strutture e mappatura processi	Dirigenti responsabili	Entro il 15 novembre di ogni anno
Presentazione proposte per aggiornamento	Dirigenti responsabili	Entro il 15 novembre di ogni anno
Predisposizione bozza aggiornamento documento relativo alla Prevenzione della Corruzione e Trasparenza	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza	Entro il 31 dicembre di ogni anno
Aggiornamento documento relativo alla Prevenzione della Corruzione e Trasparenza	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza / Direttore Generale	Entro il 31 gennaio di ogni anno o diverso termine stabilito a livello nazionale
Pubblicazione PIAO o documento relativo alla Prevenzione della Corruzione e Trasparenza	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza	Entro il 28 febbraio di ogni anno o diverso termine stabilito a livello nazionale
Relazione annuale sull'attività svolta in materia di prevenzione della corruzione	Responsabile della Prevenzione della Corruzione	Entro il 31 gennaio di ogni anno o secondo le indicazioni ANAC
Acquisizione nominativi dipendenti da formare	Dirigenti responsabili RPC	Entro il 31 marzo di ogni anno
Definizione percorsi e iniziative formative da inserire nel Piano della formazione per l'anno succ.	RPC Dirigenti responsabili	Entro il 31 dicembre di ogni anno
Verifica rispetto obblighi pubblicazione dati - 1° semestre	Dirigenti responsabili	Entro il 31 luglio di ogni anno
Verifica rispetto obblighi pubblicazione dati - 2° semestre	Dirigenti responsabili	Entro il 31 gennaio di ogni anno

2.3.7 Antiriciclaggio

Le misure di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo che le pubbliche amministrazioni sono tenute ad adottare ai sensi dell'art. 10 del d.lgs. n. 231/2007 (cd. Decreto antiriciclaggio) si pongono nella stessa ottica di quelle di prevenzione e trasparenza, e cioè la protezione del "valore pubblico". I

presidi adottati al pari di quelli anticorruzione, sono da intendersi, come strumento di creazione di tale valore, essendo volti a fronteggiare il rischio che entri in contatto con soggetti coinvolti in attività criminali.

Nell'attuale momento storico, l'apparato antiriciclaggio, come quello anticorruzione, può dare un contributo fondamentale alla prevenzione dei rischi di infiltrazione criminale nell'impiego dei fondi rivenienti dal PNRR, consentendo la tempestiva individuazione di eventuali sospetti di sviamento delle risorse rispetto all'obiettivo per cui sono state stanziare ed evitando che le stesse finiscano per alimentare l'economia illegale.

Per il 2023 è prevista una formazione organizzata dal RPCT. I discenti saranno individuati dalle direzioni aziendali e dal direttore generale di. Come sottolineato anche dal Direttore dell'UIF: "l'adesione al sistema antiriciclaggio non può consistere in soluzioni meramente formali e burocratiche. La concreta definizione di un assetto organizzativo (regole, procedure, persone) effettivamente orientato a finalità di prevenzione del fenomeno, non può essere legata a una logica di mero adempimento, ma deve essere motore di comportamenti efficaci, risultati misurabili, effettivi ritorni in termini di trasparenza, responsabilità e reputazione della stessa".

Per quanto di specifico interesse ai fini del PNRR, sia l'ultima pubblicazione dell'Unità di Informazione Finanziaria (UIF) per l'Italia che le Linee guida della Ragioneria dello Stato, richiamano l'attenzione sulla comunicazione della stessa UIF dell'11 aprile 2022, emanata in materia di prevenzione di fenomeni di criminalità finanziaria, relativamente alla gestione di fondi/contributi da erogarsi in seguito all'emergenza sanitaria ed al PNRR.

Il citato Decreto Legislativo 21 novembre 2007, n. 231, all'art.10 contiene specifici obblighi nell'ambito dei procedimenti a) finalizzati all'adozione di provvedimenti di autorizzazione o concessione, b) delle procedure di scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi secondo le disposizioni di cui al codice dei contratti pubblici, c) dei procedimenti di concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzioni di vantaggi economici di qualunque genere a persone fisiche ed enti pubblici e privati. In aderenza alle richiamate disposizioni in materia, l'Azienda è tenuta alla nomina di un "Gestore" quale soggetto delegato a valutare ed effettuare le comunicazioni alla UIF. A tale riguardo, la Direzione Generale ha inteso affidare tale funzione – anche tenuto conto degli orientamenti ANAC – al Dirigente/Direttore incaricato pro-tempore quale Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza. La stessa Direzione istituirà un apposito Organismo tecnico-collegiale di supporto al Gestore per la valutazione e l'identificazione delle operazioni sospette di riciclaggio, oggetto di possibile comunicazione alla UIF.

SEZIONE 3 - ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

Sottosezione 3.1 - STRUTTURA ORGANIZZATIVA

L'Azienda Sanitaria Territoriale di Macerata è stata istituita con legge regionale 19/2022. Essa si è costituita il 01.01.2023 subentrando a tutti i rapporti della ex AV3 dell'ASUR Marche: Ente soppresso dalla medesima legge regionale con la medesima decorrenza. L'AST Macerata è dotata di personalità giuridica pubblica e di autonomia imprenditoriale - ai sensi delle disposizioni regionali - è parte del Servizio Sanitario Regionale delle Marche; nel rispetto degli obiettivi assegnati e delle direttive impartite dalla Giunta regionale.

In forza della L.R. 19/2022 e suoi provvedimenti attuativi, in particolare la DGRM 1385/2022, allo stato attuale, per la neo costituita A.S.T. Macerata gli assetti organizzativi, le dotazioni ed i volumi di spesa del personale sono quelli risultanti dagli atti della ex AV3 ovvero dai sezionali degli atti adottati dall'ex ASUR Marche; ciò nelle more della adozione dell'atto aziendale.

Allo stato attuale l'assetto organizzativo della AST, per l'area della dirigenza della sanità, in termini di dipartimenti, unità operative complesse, unità operative semplici e semplici dipartimentali è quello risultante dalla determina ASURDG 361 del 23.06.2017, segnatamente al sezionale della ex AV3. (allegato 3.1.A)

Per quanto riguarda l'area della dirigenza professionale-tecnico-amministrativa, l'assetto in essere è quello definito dalla ex AV3 con determina n. 67 del 27.01.2016. (allegato 3.1.B)

Rispetto agli assetti in essere di cui sopra, l'ASUR Marche, con determina ASURDG n. 764 del 21.11.2022 ha recepito la DGRM n. 511/2021 ed ha ridefinito l'assetto organizzativo aziendale in termini di Strutture Complesse e Semplici nel rispetto dei limiti fissati dalle DGRM n. 146/2017, n.470/2018, n. 414/2019 e n. 511/2021; in tale atto, per quanto riguarda la ex AV3, sono previste globalmente, senza ulteriore declinazione quali-quantitativa:

- N. 80 strutture complesse
- N. 114 strutture semplici/semplici dipartimentali

La declinazione quali-quantitativa di tale ultimo provvedimento dell'ASUR Marche, nonché la riconciliazione con l'assetto di cui ai prospetti sopra allegati avverrà in sede di definizione dell'atto aziendale della AST e nei suoi provvedimenti attuativi. Riguardo agli obiettivi perseguiti con tale atto, il numero di strutture attive al 01.01.2023, in quanto dotate di dirigente titolare, è compatibile con il numero massimo previsto dalla ASURDG 764/2022.

Per quanto riguarda l'area del personale del comparto, l'assetto in essere è quello definito dalla ex AV3 con determina n. 794 del 27.05.2022. (allegato 3.1.C)

Sottosezione 3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

3.2.1 Evoluzione normativa

Il lavoro agile è stato introdotto dall'art. 18, comma 1, della Legge n. 81 del 22.05.2017. trattasi di una specifica modalità di svolgimento del lavoro subordinato da remoto con autonoma disciplina; differenziata rispetto al telelavoro di cui alla Legge n. 191/1998 e dal DPR n.70/1999.

Il lavoro agile è definito come 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; obiettivo dichiarato è quello di promuovere ed incrementare la competitività e agevolare la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro. Il comma 3 precisa che le disposizioni normative si applicano anche ai rapporti di lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche.

Poco utilizzato, in precedenza, presso la P.A., il lavoro in modalità agile ha rappresentato, durante le fasi più acute dell'emergenza pandemica COVID-19, la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa, in virtù dell'art. 87, comma 1, del DL n. 18/2020, seppure in modalità semplificate rispetto a quelle di cui alla legge n. 81/2017, consentendo di garantire la continuità del lavoro in sicurezza per i dipendenti nonché, per quanto possibile, la continuità dei servizi erogati dalle amministrazioni pubbliche.

L'evoluzione normativa in materia di lavoro agile ha subito, in tempi relativamente brevi, una parabola crescente che ha portato ad un uso intensivo di tale istituto, per poi decrescere in relazione all'evoluzione della pandemia.

Il Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 08.10.2021 ha disciplinato, in attuazione del DPCM 23.09.2021, il rientro al lavoro in presenza per tutti i dipendenti della Pubblica Amministrazione a partire dal 15.10.2021; da tale data il lavoro agile non è più definito dal regime semplificato, ma può essere applicato attraverso un accordo individuale tra datore di lavoro e dipendenti.

Con il medesimo DM sono state individuate le condizioni ed i requisiti necessari, sia organizzativi che individuali, per fare ricorso alla modalità agile per l'espletamento dell'attività lavorativa in un quadro di efficienza e di tutela del diritto dei cittadini ad una adeguata qualità dei servizi.

L'art. 1, comma 3, del DM 08.10.2021 in particolare ha previsto le seguenti condizionalità per il ricorso al lavoro agile:

- lo svolgimento del lavoro agile non deve pregiudicare o ridurre la fruizione dei servizi verso gli utenti;
- prevalente svolgimento in presenza della prestazione lavorativa dei soggetti titolari di funzioni di coordinamento e controllo, dei dirigenti e dei responsabili dei procedimenti;

- adeguata rotazione del personale autorizzato alla prestazione di lavoro agile, assicurando comunque la prevalenza per ciascun lavoratore del lavoro in presenza;
- adozione di appositi strumenti tecnologici idonei a garantire l'assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni trattati durante lo svolgimento del lavoro agile;
- necessità per l'amministrazione della previsione di un piano di smaltimento del lavoro arretrato, ove accumulato;
- fornitura di appositi strumenti tecnologici idonei a garantire l'assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni trattati durante lo svolgimento del lavoro agile.
- stipula dell'accordo individuale di cui all'art. 18, comma 1, Legge n. 81/2017, cui spetta il compito di definire:
 - gli specifici obiettivi della prestazione resa in modalità agile
 - le modalità ed i tempi di esecuzione della prestazione
 - le modalità ed i criteri di misurazione della prestazione medesima, anche ai fini del proseguimento della modalità della prestazione lavorativa in lavoro agile

Il Dipartimento della Funzione Pubblica, nelle more della regolamentazione dei contratti collettivi nazionali di lavoro, ha definito specifiche linee guida con l'obiettivo di fornire indicazioni per la definizione di una disciplina che garantisca condizioni di lavoro trasparenti, che favorisca la produttività e l'orientamento ai risultati, concili le esigenze delle lavoratrici e dei lavoratori con le esigenze organizzative delle pubbliche amministrazioni, consentendo, ad un tempo, il miglioramento dei servizi pubblici e dell'equilibrio fra vita professionale e vita privata; la definizione delle dette Linee Guida sancisce il superamento dello smart working emergenziale e anticipa i contenuti dei nuovi Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro.

Pertanto, pur avendo cessato il lavoro agile di essere una delle modalità ordinarie di svolgimento del lavoro alle dipendenze delle pubbliche amministrazioni, lo stesso mantiene tuttavia una sua rilevanza nell'ordinamento entrando a far parte di uno strumento più ampio di programma delle pubbliche amministrazioni ed assumendo una funzione di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo.

Il CCNL del Personale del Comparto Sanità del 02.11.2022, prevede, al titolo IV rubricato "Lavoro a distanza", norme ad hoc per tale tipologia di svolgimento dell'attività lavorativa.

In sintesi l'art. 76 richiama i principi e le indicazioni di cui alla L. 81/2017 quanto alle modalità di esecuzione della prestazione lavorativa, alle misure di sicurezza dei dati e dell'integrità fisica del lavoratore, al trattamento giuridico-economico del medesimo. Il seguente art. 77 prevede che l'adesione al lavoro agile ha natura consensuale e volontaria ed è consentito a tutti i lavoratori, siano essi

con rapporto di lavoro a tempo pieno o parziale e indipendentemente dal fatto che siano stati assunti con contratto a tempo indeterminato o determinato. L'art. 78 disciplina modalità e contenuti dell'accordo individuale per lo svolgimento dell'attività in modalità agile e i seguenti artt. 79 e 80 disciplinano rispettivamente l'articolazione del lavoro in modalità agile ed il diritto alla disconnessione e la formazione del lavoratore.

3.2.2 Accesso al lavoro agile

Previo confronto con le Organizzazioni Sindacali l'AST di Macerata individua le attività che possono essere effettuate in lavoro agile, fermo restando che sono esclusi i lavori in turno e quelli che richiedono l'utilizzo di strumentazioni o documentazioni non remotizzabili. Nel dare accesso al lavoro agile l'Amministrazione ha cura di conciliare le esigenze di benessere e flessibilità dei lavoratori con gli obiettivi di miglioramento del servizio pubblico, nonché con le specifiche necessità tecniche delle attività.

Fermo restando che il lavoro agile non è una modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa, l'accesso a tale tipologia di lavoro è soggetto ad autorizzazione da parte del Dirigente responsabile della struttura di assegnazione del richiedente sulla base dei criteri, condizioni e modalità di seguito indicate.

In sostanza si richiede che le attività per le quali è ammessa la modalità agile abbiano le seguenti caratteristiche:

- non implicino funzioni dirigenziali, di coordinamento e controllo, responsabilità dei procedimenti;
- siano eseguibili attraverso l'utilizzo di tecnologie informatiche, possano essere remotizzabili e tali da non richiedere la costante presenza fisica del lavoratore in sede;
- prevedano l'utilizzo di documenti digitalizzabili;
- non richiedano una relazione costante con i colleghi o con il responsabile della UOC o Struttura di appartenenza;
- non richiedano una relazione costante con gli utenti (es. servizi di front-line);
- non implicino l'esecuzione di attività assistenziali o di attività tecniche da esercitare materialmente sul luogo di lavoro (es. manutenzioni);
- siano pianificabili e verificabili nell'esecuzione e nella misurazione dei risultati.

In linea di principio, salvo particolari casi da verificare di volta in volta, si ritiene che non sono ammessi ad effettuare l'attività lavorativa in modalità agile i dipendenti appartenenti al ruolo sanitario.

Al fine di acquisire l'autorizzazione il dipendente provvede ad inoltrare al dirigente responsabile della struttura apposita istanza di attivazione di

prestazioni di lavoro in modalità agile per la quale è stato predisposto apposito modello.

Assumono carattere prioritario le richieste di esecuzione del rapporto in modalità agile formulate da parte:

- delle lavoratrici nei tre anni successivi alla conclusione del periodo di congedo di maternità;
- dei lavoratori dipendenti disabili nelle condizioni di cui all'art. 3, c. 3, della Legge n. 104/92;
- dei lavoratori c.d. "fragili" che versano nelle condizioni di cui al Decreto del Ministero della Salute del 04.02.2022 o che siano conviventi con soggetti immunodepressi;
- dei lavoratori che abbiano nel proprio nucleo familiare una persona con disabilità nelle condizioni di cui all'art. 3, c. 3, della legge n. 104/92;
- dei lavoratori con presenza nel medesimo nucleo familiare di figli minori di 14 anni.

3.2.3 Accordo individuale per lo svolgimento dell'attività di lavoro in modalità agile

L'accordo individuale con il lavoratore per lo svolgimento dell'attività in modalità agile, a norma del DM 08.10.2021 e dell'art. 78 del CCNL dei Dipendenti del Comparto Sanità del 02.11.2022, è stipulato per iscritto e disciplina l'esecuzione dell'attività lavorativa svolta all'esterno dei locali dell'Azienda, anche con riguardo alle forme di esercizio del potere direttivo del datore di lavoro ed agli strumenti utilizzati dal lavoratore che di norma vengono forniti dall'amministrazione.

L'accordo deve inoltre contenere almeno i seguenti elementi essenziali:

- durata, avendo presente che lo stesso può essere a termine o a tempo indeterminato;
- modalità di svolgimento della prestazione lavorativa fuori dalla sede abituale di lavoro, con specifica indicazione delle giornate di lavoro da svolgere in sede e di quelle da svolgere a distanza;
- modalità di recesso, che deve avvenire con un termine di preavviso non inferiore a 30 giorni salve le ipotesi previste dall'art. 19 legge n. 81/2017;
- ipotesi di giustificato motivo di recesso;
- indicazione della fascia di cui all'art. 79 comma 1, lett. a) (Articolazione della prestazione in modalità agile e diritto alla disconnessione);
- i tempi di riposo del lavoratore che comunque non devono essere inferiori a quelli previsti per il lavoratore in presenza e le misure tecniche e organizzative necessarie per assicurare la disconnessione del lavoratore dalle strumentazioni tecnologiche di lavoro;
- l'impegno del lavoratore a rispettare le prescrizioni indicate nell'informativa sulla salute e sicurezza sul lavoro agile ricevuta dall'amministrazione;

- le modalità di esercizio del potere direttivo e di controllo del datore di lavoro sulla prestazione resa dal lavoratore all'esterno dei locali dell'amministrazione nel rispetto di quanto disposto dall'art. 4 della legge 20 maggio 1970, n. 300 e s.m.i.

3.2.4 Criteri e modalità di svolgimento dell'attività lavorativa in modalità agile

L'Amministrazione, ove possibile, mette a disposizione dispositivi informatici e digitali necessari al lavoro a distanza; è comunque consentito l'utilizzo di dispositivi e dei sistemi di comunicazione nelle disponibilità del lavoratore in accordo con lo stesso.

L'AST di Macerata garantirà l'adozione degli strumenti tecnologici idonei all'attività assicurando l'assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni trattati durante lo svolgimento del lavoro agile, anche a sensi dell'art. 22 della L. n. 81/2017.

La prestazione lavorativa dei soggetti titolari di funzioni di coordinamento e controllo, dei dirigenti e dei responsabili dei procedimenti amministrativi dovrà essere svolta di norma in presenza, eccetto casi del tutto particolari riconducibili alle condizioni personali già indicate.

Il lavoro agile può essere sospeso per sopravvenute esigenze di servizio; in tal caso il dipendente in lavoro agile può essere richiamato in sede, con comunicazione che deve pervenire in tempo utile per la ripresa del servizio; il rientro in servizio non comporta il diritto al recupero delle giornate di lavoro agile non fruite.

Il Direttore/Dirigente responsabile della UOC di afferenza del lavoratore agile deve:

- garantire il buon svolgimento delle funzioni di competenza e il rispetto dei tempi normativamente previsti per l'esecuzione delle proprie attività a prescindere dal regime in cui opera il personale;
- organizzare il proprio ufficio, anche rivedendo i processi di competenza ed effettuando un'approfondita analisi organizzativa, nell'ottica di un miglioramento continuo e spostando l'attenzione dal controllo alla responsabilità per risultati;
- indicare le attività che, nell'ambito della Struttura diretta, possono essere svolte in modalità agile definendo e programmando le priorità e gli obiettivi di ciascun lavoratore, verificandone il conseguimento e garantendo l'assenza di qualsiasi forma di discriminazione;
- concorrere all'individuazione del personale da avviare alla modalità agile, anche alla luce della condotta dei dipendenti e favorisce la rotazione dello stesso, tesa ad assicurare, nell'arco temporale settimanale o plurisettimanale, un'equilibrata alternanza nello svolgimento dell'attività in modalità agile e di quella in presenza.

3.2.5 Modalità e criteri di misurazione della prestazione

La modalità lavoro agile non modifica il potere direttivo e di controllo del datore di lavoro, che sarà esercitato con modalità analoghe a quelle applicate con riferimento alla prestazione resa presso i locali dell'Azienda.

Tra il lavoratore in modalità agile e il datore di lavoro sono condivisi obiettivi puntuali, chiari e misurabili che possano consentire di monitorare i risultati dalla prestazione lavorativa nella presente modalità; tali obiettivi, qualora inseriti in un piano della performance o altri strumenti di programmazione, possono prevedere orizzonti temporali differenziati (quindi con cadenza limitata), coerentemente con la durata del rapporto in modalità agile, al fine di verificare il loro conseguimento all'interno dello svolgimento del lavoro da remoto

3.2.6 Modalità di rilevazione delle presenze e ricognizione attività lavorativa in modalità Lavoro agile

Le modalità di rilevazione delle presenze e ricognizione attività lavorativa in modalità lavoro agile sono definite con direttiva del Direttore della UOC Gestione Risorse Umane che mette a disposizione di ciascun Direttore/Dirigente interessato apposito modulo su foglio elettronico di rilevazione presenza.

Il dipendente deve autocertificare l'orario di lavoro svolto in modalità agile presso la propria residenza/ domicilio sotto la sua responsabilità tramite la compilazione di un rapporto di attività giornaliera in cui dovranno essere evidenziati l'ora di inizio e di cessazione del lavoro e le attività svolte. L'Azienda si riserva di effettuare i dovuti controlli.

3.2.7 Formazione

Al fine di accompagnare il percorso di introduzione e consolidamento del lavoro agile, nell'ambito delle attività del piano della formazione l'Azienda prevede specifiche iniziative formative per il personale che usufruisce di tale modalità di svolgimento della prestazione.

Dette attività formative dovranno perseguire l'obiettivo di addestrare il personale all'utilizzo delle piattaforme di comunicazione e degli altri strumenti previsti per operare in modalità agile nonché di diffondere moduli organizzativi che rafforzino il lavoro in autonomia, l'empowerment, la delega decisionale, la collaborazione e la condivisione delle informazioni; i percorsi formativi potranno, inoltre, riguardare gli specifici profili relativi alla salute e la sicurezza per lo svolgimento della prestazione lavorativa al di fuori dell'ambiente di lavoro.

L'AST di Macerata garantisce ai dipendenti che svolgono il lavoro in modalità agile le stesse opportunità formative, finalizzate al mantenimento e allo sviluppo della professionalità, previste per tutti i dipendenti che svolgono mansioni analoghe.

3.2.8 Obiettivi dell'azienda e contributo al miglioramento della performance

L'Istituto del lavoro agile è un modello organizzativo che, se ben governato, è in grado di portare notevoli vantaggi alle organizzazioni che lo adottano in termini di produttività, di raggiungimento degli obiettivi, ma anche in termini di welfare e qualità della vita, finalizzato quindi a conseguire il miglioramento dei servizi pubblici e l'innovazione organizzativa garantendo, al contempo, l'equilibrio tra tempi di vita e di lavoro a fronte di una maggiore responsabilizzazione sui risultati. L'assenza di orari rigidi e di spostamenti scomodi per raggiungere l'ufficio sono benefici importanti non solo per il lavoratore in termini di risparmio di tempo e di abbattimento dei costi, ma per l'intera comunità in termini di razionalizzazione della mobilità, risparmio energetico e diminuzione dell'inquinamento ambientale.

Avendo già sperimentato, in fase emergenziale, il lavoro in modalità agile con buoni risultati, l'Azienda si propone, con l'adozione del POLA, le seguenti finalità:

- introdurre nuove soluzioni organizzative che favoriscano lo sviluppo di una organizzazione
- orientata al lavoro per obiettivi e risultati e, al tempo stesso, un miglioramento della produttività;
- razionalizzare e adeguare l'organizzazione del lavoro e ridurre i costi per gli spazi fisici, realizzando economie di gestione;
- ridurre le assenze dal lavoro;
- rafforzare le misure di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro;
- promuovere la mobilità sostenibile tramite la riduzione degli spostamenti da e per gli uffici,

nell'ottica di una politica ambientale sensibile alla diminuzione del traffico, in termini di volumi e di percorrenze, e dei consumi energetici.

I lavoratori "potenzialmente agili" nell'ambito dell'AST di Macerata, afferenti al ruolo amministrativo e professionale, esclusa la dirigenza e i ruoli tecnico e sanitario, sono circa 350 su 3.450.

Considerato che l'accesso al lavoro agile è disposto su base volontaria e che attualmente sono poche le richieste pervenute in tal senso, l'Azienda si propone di effettuare una ricognizione, con tutti i Dirigenti delle UOC interessate, al fine di definire, per ciascuna Unità organizzativa, il contingente massimo di dipendenti collocabili in lavoro agile e successivamente sempre tramite detti Dirigenti proporre, mediante diretto interpello, l'attivazione di tale modalità, nel limite del 20% dei potenziali interessati, scelti secondo i criteri di priorità sopra evidenziati.

Sottosezione 3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE

3.3.1 Riferimenti normativi

Ai sensi dell'art. 39 della L. 449/1997, al fine di assicurare le esigenze di funzionalità e di ottimizzare le risorse per il migliore funzionamento dei servizi compatibilmente con le disponibilità finanziarie e di bilancio, gli organi di vertice delle amministrazioni pubbliche sono tenuti alla programmazione triennale del fabbisogno di personale.

Il D.lgs 75/2017 ha introdotto significative innovazioni all'art. 6 del D.lgs 165/2001 modificando il concetto di dotazione organica e di fabbisogno di personale conferendo a quest'ultimo il ruolo di "strumento strategico per individuare le esigenze di personale in relazione alle funzioni istituzionali e agli obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini". Il Piano di fabbisogni di personale (di seguito PTFP) implica un'analisi qualitativa e quantitativa delle risorse umane necessarie allo svolgimento della mission aziendale e si configura come un atto di programmazione modulabile e flessibile. In sede di determinazione del PTFP deve inoltre essere definita la consistenza della dotazione organica da esprimersi in termini di unità e del relativo valore economico-finanziario.

3.3.2 Il Piano Triennale dei fabbisogni del personale

Il PTFP 2023-2025 redatto secondo le linee di indirizzo di cui al DM 08/05/2018 e le indicazioni regionali, definisce il fabbisogno di personale dipendente necessario alla A.S.T. di Macerata per raggiungere gli obiettivi assegnati ed i livelli di servizi da erogarsi in favore dei cittadini assistiti definiti in base ai L.E.A. e nel rispetto dei vincoli economici.

Il fabbisogno di personale dipendente viene quindi definito sotto un duplice profilo (punto 2.0 Linee guida del 08/05/2018):

- 1- Quantitativo perché riferito alla consistenza numerica di unità necessarie ad assolvere la missione aziendale, nel rispetto dei vincoli di finanza;
- 2- Qualitativo perché riferito alle tipologie e profili professionali corrispondenti alle esigenze aziendali.

Il PTFP è quindi un atto programmatico, prima che meramente autorizzatorio, inquadrato all'interno dei tre vincoli sopra indicati: quantitativo (unità di personale), qualitativo (contingente di personale per specifico profilo professionale) e economico (tetto di spesa).

Il numero di unità in cessazione, riportate nel piano sulla base degli atti di dimissione ed il numero delle assunzioni, tracciano lo spazio annuale di azione dell'Azienda anche ai fini della rimodulazione qualitativa e quantitativa dei contingenti di personale per profilo.

Il costante mantenimento dei contingenti di personale distintamente per ogni ruolo e profilo professionale richiederà però di considerare, nell'ambito del reclutamento, anche le ulteriori cessazioni che ad oggi non sono conosciute, ma che certamente interverranno, tenuto conto che le azioni di turn-over

(cessazione-riassunzione) lasciano invariato il quadro quantitativo, qualitativo ed economico del piano; ciò è necessario al fine di assicurare: gli obiettivi aziendali, i servizi essenziali ed i livelli prestazionali definiti negli atti di programmazione nonché il rispetto delle norme sull'orario di lavoro del personale.

È di tutta evidenza che la tempestiva sostituzione di un dipendente cessato con un nuovo assunto di pari profilo, da un lato risulta indispensabile per non creare disservizi o discontinuità nella erogazione dei servizi, dall'altro non inficia in alcun modo i tre vincoli cardine che reggono il piano; infatti non si produce variazione della spesa programmata (che è spesa totale per il personale e non spesa differenziale per nuove assunzioni) e non si alterano i contingenti quantitativi e qualitativi programmati. Quest'ultimo processo, sotteso al PTFP trova specifica e puntuale tracciatura negli atti di dimissione del personale e di conseguente assunzione di nuove unità, atti che dovranno essere specificamente collegati in termini di "unità entrante" a fronte di "unità uscente" di pari profilo. L'attuazione del piano di fabbisogno sarà costantemente monitorata a livello aziendale affinché vengano puntualmente rispettati i tetti di spesa del personale previsti e, eventualmente, posti in essere specifiche azioni di rientro.

in forza della L.R. 19/2022 e suoi provvedimenti attuativi, in particolare la DGRM 1385/2022 , allo stato attuale , per la neo costituita A.S.T. Macerata gli assetti organizzativi, le dotazioni ed i volumi di spesa del personale sono quelli risultanti dagli atti della ex AV3 ovvero dai sezionali degli atti adottati dall'ex ASUR Marche. Per quanto riguarda il PTFP è di riferimento, quale punto di partenza per l'aggiornamento, la determina ASURDG n. 669 del 24.12.2021 di adozione del PTFP 2021-2023, segnatamente al sezionale della AV3 – ultimo vigente.

Il PTFP 2023-2025 assume quale punto di partenza la situazione al 31.12.2022 del piano 2022. La gestione del piano 2022 è stata caratterizzata dalle carenze e difficoltà di reperimento di personale sanitario, in particolare medico; già note ed evidenti negli anni precedenti, che si sono molto accentuate in corso d'anno , tanto da non consentire la copertura di buona parte del contingente previsto per la categoria; di conseguenza, un consumo non pieno del tetto di spesa autorizzato per il personale dipendente.

Ciò nonostante il piano 2022 ha visto realizzato il potenziamento delle dotazioni dei servizi territoriali e di prevenzione e l'utilizzo delle opportunità di passaggio verticale del personale avente titolo di cui alla L.8/2020 con il duplice fine di utilizzare al meglio le potenzialità umane e di adeguare le qualifiche professionali alle nuove necessità operative.

Il piano 2023 è quindi caratterizzato da una forte azione di consolidamento delle dotazioni di personale, con l'obiettivo di completamento entro l'anno, ed azzeramento del precariato sui posti vacanti di ruolo.

Il piano 2023 non consente ancora di definire completamente la questione del consolidamento del personale infermieristico assunto a suo tempo a titolo

straordinario per il potenziamento territoriale di cui al D.L. 34/2020. Per tale contingente lo stesso D.L. 34/2020 ne prospettava in inserimento stabile in termini di dotazione territoriale. Tale personale è stato previsto in parte in stabilizzazione, in parte in proroga, sempre a titolo straordinario, nei limiti dello spazio economico consentito dal piano stesso.

I piani 2024 e 2025, allo stato attuale, rappresentano il consolidamento prospettico del piano 2023, con interventi di aggiustamento delle azioni e delle manovre finalizzate al rispetto del tetto di spesa per il personale anche in relazione agli eventuali gravami sugli anni successivi.

I piani di fabbisogno degli anni 2023 (allegato 3.3.2.A), 2024 (allegato 3.3.2.B) e 2025 (allegato 3.3.2.C) espongono il PTFP 2023-2025 in termini di:

- Stato iniziale dei contingenti divisi per profilo- qualifica
- Stato finale dei contingenti costituente limite assunzionale
- Trend delle cessazioni previste sulla base degli atti formalizzati sia in termini di teste che di liberazione di risorse
- Trend delle assunzioni previste, sia in termini di teste che di spesa

Particolare attenzione viene riservata al trend occupazionale della dirigenza medica distintamente per disciplina di inquadramento (allegato 3.3.2.D).

3.3.3 Riduzione della spesa del personale con rapporto di lavoro flessibile e stabilizzazione del precariato

Con DGASUR n. 78/2019 è stato avviato il processo di riduzione del precariato ai sensi dell'art. 20 del D.lgs. 75/2017. Detto processo si è sviluppato con molteplici atti aziendali, in relazione alle esigenze organizzative, al mutato quadro normativo che ha prorogato i termini per la maturazione dei requisiti e alle disposizioni regionali che hanno disciplinato le procedure in parola.

Il D.L. n. 80 del 9 giugno 2021, convertito con modificazioni dalla Legge 6 agosto 2021, n. 113, ha disposto un'ulteriore proroga al 31/12/2022 dei termini per la maturazione dei requisiti per le stabilizzazioni di cui al predetto art. 20 del D.lgs. 75/2017.

Il D.L. n. 228 del 30 dicembre 2021, convertito con modificazioni dalla L. 25 febbraio 2022, n. 15, ha modificato l'art. 20, comma 1, alinea del già più volte citato D.lgs. 75/2017, ha previsto un'ulteriore proroga, fino al 31 dicembre 2023, per assumere a tempo indeterminato personale precario in possesso dei requisiti, in coerenza con il piano triennale dei fabbisogni e con l'indicazione della relativa copertura finanziaria.

Con det. ASURDG n. 451 del 27.06.2022, l'ASUR Marche ha approvato il programma di stabilizzazione di cui allegato prospetto. La ex AV3 con due distinte procedure, conclusesi con gli atti di nomina degli aventi titolo rispettivamente con determine n. 1005 del 11.07.2022 e n. 1762 del 15.12.2022, ha stabilizzato tutti gli aventi titolo fino al 19.11.2022 che ne hanno manifestato interesse; le stabilizzazioni effettuate hanno completato il

programma di stabilizzazione di cui alla ASURDG 451/2022. Pende l'avvio della ulteriore procedura da avviarsi per gli eventuali soggetti che hanno maturato i titoli dopo il 19.11.2022 e fino al 31.12.2022; questi potranno essere stabilizzati su posti di turn-over.

La Regione Marche, con DGRM 1785 del 27.12.2022 ha approvato un protocollo d'intesa da sottoscrivere con le OO.SS. finalizzato alla realizzazione delle stabilizzazioni c.d. "covid" previste dall'art 1 comma 268 della L. 30 dicembre 2021 n. 234 (legge finanziaria 2022). Tale protocollo prevede che le stabilizzazioni possano essere effettuate nel 2023 e 2024 nei limiti del tetto di spesa per il personale e del budget aziendale, nonché, qualora vi siano graduatorie di concorso valide per la categoria: nel limite del 50% del totale assunzioni.

Il piano occupazionale 2023 si fa carico di pianificare il completamento della stabilizzazione ex D.lgs. 75/2017 nonché di avviare le stabilizzazioni ex art 1 comma 268 della L. 30 dicembre 2021 n. 234. (allegato 3.3.3.A).

Trattandosi di Azienda sorta per scorporo dalla ASUR Marche, allo stato attuale non è disponibile il valore disaggregato costituente il parametro di riferimento storico per la riduzione di cui all'art. 9, c. 28 del D.L. n. 78/2010. Con riferimento al solo anno precedente si può rilevare che nel suo complesso il piano occupazionale 2023 si pone l'obiettivo di ridurre il precariato dalle 253 unità presenti al 31.12.2022 alle 23 unità previste al 31.12.2023. Il piano occupazionale 2024 giunge all'azzeramento del precariato.

3.3.4 Assunzioni L.68/99

La legge 68/99 stabilisce obblighi di assunzioni di disabili e categorie protette nelle percentuali ivi indicate.

L'art. 11 della citata Legge 68/99 prevede, per favorire l'inserimento lavorativo delle suddette categorie, la stipula di una convenzione al fine di determinare un programma mirato al conseguimento di obiettivi occupazionali di cui alla citata legge.

La DGRM n.737/2018 prevede, quando la ricaduta occupazionale interessa territori di competenza di più Centri per l'Impiego, la stipula di una convenzione unica regionale con il Servizio Attività produttive, lavoro della Regione Marche. Al fine di dare attuazione alle vigenti disposizioni, allo stato attuale è vigente la convenzione unica, approvata con DGASUR n. 755/2018 che prevede un programma di assunzione quinquennale (anni 2018-2022) tra l'Asur Marche e il competente ufficio regionale relativa agli obblighi di assunzione sull'intero territorio dell'Asur. Per quanto riguarda il sezionale della ex AV3 della convenzione, il piano di reclutamento ivi previsto è stato completato. Per l'anno 2023 e segg. La AST Macerata dovrà definire una nuova convenzione con il Servizio Attività produttive, lavoro della Regione Marche.

I concorsi pubblici indetti, ancora da espletarsi prevedono specifiche riserve per le categorie in parola.

Il piano occupazionale 2023, fermo restando quanto sopra, sulla base della rilevazione delle quote di riserva scoperte al 31.12.2022 programma per tali categorie specifiche quote di assunzioni (allegato 3.3.4.A).

3.3.5 Progressioni verticali tra le aree del personale del comparto

La ex AV3 ha portato a compimento, nel corso dell'anno 2022, il programma di progressioni interne approvato con DGASUR 65 del 25/01/2022. Il programma era attuativo ed esauriva le possibilità introdotte dall' L'art. 22, comma 15 del D. Lgs. n. 75/2017 come modificato dall'art. 1, comma 1-ter, del D.L. 162/2019, convertito con Legge n. 8 del 28/02/2020.

Ulteriori possibilità di progressioni verticali dell'area comparto sono state introdotte, per via contrattuale, dal CCNL 21.11.2022 area comparto. L'attuazione di tali norme rientra nell'ambito del processo di riclassificazione e riordino di tutta l'area, posti dal nuovo CCNL; processo da attuarsi nel corso del 2023. L'effettiva pianificazione di ulteriori progressioni verticali interne è quindi rimessa all'aggiornamento del PTFP 2023-2025.

3.3.6 Piani Azioni Positive e Comitati Unici di Garanzia

Il Comitato Unico di Garanzia (CUG) allo stato in carica, è stato nominato ed insediato con determina della ex AV3 con determina n. 317 del 01.03.2022. lo stesso CUG si è dato un proprio regolamento di organizzazione recepito con determina n. 897 del 14.06.2022.

Il CUG ha definito il piano triennale delle azioni positive (PAP) integrato con il piano per la parità di genere (Gender Equality Plan) nella seduta del 25.01.2023. La Consigliera di parità della Provincia di Macerata, con nota del 26.01.2023 prot. 2051, ha espresso il prescritto parere positivo. (allegato 3.3.6.A).

3.3.7 Dotazione organica

Quanto alla dotazione organica della AST, va evidenziato che , in forza della L.R. 19/2022 e suoi provvedimenti attuativi, in particolare la DGRM 1385/2022 , allo stato attuale , per la neo costituita A.S.T. Macerata gli assetti organizzativi, le dotazioni ed i volumi di spesa del personale sono quelli risultanti dagli atti della ex AV3 ovvero dai sezionali degli atti adottati dall'ex ASUR Marche.

Per quanto riguarda appunto la dotazione di personale va fatto quindi riferimento alla determina ASURDG n. 988 del 30.12.2022 di adozione del PTFP 2022-2024, il cui allegato n. 10 prevede per la ex AV3, oggi AST Macerata, uno specifico sezionale all'interno della dotazione ASUR. Risulta dagli atti richiamati che la dotazione organica, così definita, è coerente con la ridefinizione dei fondi contrattuali posta dal dl. 78/2010 e dall'art. 9 quinquies dl 78/2015.

L'analisi e la programmazione occupazionale di cui alla presente pianificazione hanno fatto emergere la necessità di lievi adeguamenti quali-quantitativi della dotazione organica al Piano dei fabbisogni; tale operazione è stata compiuta mediante trasformazione di posti e quindi, complessivamente, ad invarianza di unità e senza incremento del volume di spesa come previsto DM 08/05/2018 (allegato 3.3.7.A).

3.3.8 Rispetto vincolo di spesa ex art. 2 L. n. 191/2009 rivisto ex art. 11, c.1, del D.L. n. 35/2019

A decorrere dal 2019, la spesa per il personale degli enti del Servizio sanitario nazionale delle regioni, nell'ambito del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato e ferma restando la compatibilità finanziaria, sulla base degli indirizzi regionali e in coerenza con i piani triennali dei fabbisogni di personale, non può superare il valore della spesa sostenuta nell'anno 2018, come certificata dal Tavolo di verifica degli adempimenti di cui all'articolo 12 dell'Intesa 23 marzo 2005 sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, o, se superiore, il valore della spesa prevista dall'articolo 2, comma 71, della legge 23 dicembre 2009, n. 191.

In forza della L.R. 19/2022 e suoi provvedimenti attuativi, in particolare la DGRM 1385/2022, allo stato attuale, per la neo costituita A.S.T. Macerata gli assetti organizzativi, le dotazioni ed i volumi di spesa del personale sono quelli risultanti dagli atti della ex AV3 ovvero dai sezionali degli atti adottati dall'ex ASUR Marche.

Per quanto riguarda appunto il tetto di spesa per il personale va fatto quindi riferimento alla determina ASURDG n. 988 del 30.12.2022 di adozione del PTFP 2022-2024, il cui allegato n. 13 prevede per la ex AV3, oggi AST Macerata, un tetto di spesa per un importo di euro 153.066.516 che va a costituire la quota aziendale, all'interno della ripartizione fra Enti del SSR, del tetto di spesa unico regionale che va a costituire l'effettivo vincolo di cui appunto all'art. 11, c.1, del D.L. n. 35/2019.

La spesa prodotta dal PTFP 2023-2025, elaborata con i criteri previsti dal Tavolo di verifica degli adempimenti di cui all'articolo 12 dell'Intesa 23 marzo 2005 sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano rientra nel tetto di spesa per il personale come sopra individuato (allegato 3.3.8.A).

3.3.9 Rispetto del budget di spesa aziendale assegnato

È noto che la spesa per il personale dipendente è una delle voci principali all'interno del budget aziendale.

Con la DGRM 1851 del 30.12.2022 la Regione Marche ha autorizzato gli Enti del SSR alla gestione provvisoria dei rispettivi bilanci economici preventivi per l'anno 2023.

Con l'atto di adozione del PTFP 2023-2025 viene attestata la compatibilità economica dei fattori produttivi considerati per l'anno 2023. Per gli anni 2024 e 2025, coerentemente con la programmazione occupazionale adottata dovrà essere garantita analoga compatibilità.

Sottosezione 3.4 – FORMAZIONE DEL PERSONALE

3.4.1 Riferimenti normativi

- D. Lgs. n. 502/92 e ss.mm.ii.;
- D. Lgs. n. 165/2001 e ss.mm.ii.;
- Direttiva Fu. Pu. del 13/12/2001 "Formazione e valorizzazione del personale delle Pubbliche Amministrazioni";
- Accordo Stato- Regioni del 2/02/2017 "La formazione continua nel settore "Salute";
- Contratti Collettivi Nazionali Area Dirigenza Medica e Veterinaria, Area Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa, Area Comparto Sanità;
- L.R. n. 19 dell'8/08/2022 "Organizzazione del Servizio Sanitario Regionale";
- DGRM n. 2673 dell'11/12/2000 "Linee guida alle aziende sanitarie, ospedaliere INRCA e ARPAM per la gestione delle attività della formazione";
- DGRM n. 353 del 19/03/2012 "Legge regionale n. 20/2001, articoli 3, comma 1 e 14, commi 1 e 2 - Disciplina concernente l'organizzazione ed il funzionamento della Scuola Regionale di Formazione della Pubblica Amministrazione ai sensi del regolamento regionale n. 32/1992 nonché l'istituzione e la tenuta dell'Albo dei formatori: Modifiche alla DGR n. 1009 del 11 luglio 2011;
- DGRM n. 520 dell'8/04/2013 "Disposizioni relative al nuovo sistema di formazione continua in medicina e all'accREDITamento dei provider pubblici e privati della Regione Marche";
- DGRM n. 774 del 28/05/2013 "Piano di Formazione regionale rivolto al personale del Sistema Sanitario Regionale";
- DGRM n. 977 del 7/08/2014 "L.R. n. 13/2003 art. 3 comma 2 lett. c) - Direttiva vincolante per gli enti del SSR in materia di contenimento della spesa del personale;
- DGRM n. 1501 del 18/12/2017 "Modifica della DGR n. 520 del 8/04/2013 "Disposizioni relative al nuovo sistema di formazione continua in medicina e all'accREDITamento dei provider pubblici e privati della Regione Marche". Recepimento Accordo Stato Regioni 2017 "La formazione continua nel settore Salute" del 2 febbraio 2017 (Rep. Atti n. 14/CSR)";

- DGRM n. 127/2019 "Approvazione dei progetti formativi delle Aree Vaste - ASUR Marche, Aziende Ospedaliere Ospedali Riuniti Ancona e Marche Nord ed INRCA in tema di rischio clinico per l'anno 2020";
- DGRM n. 733/2019 "Piano Formazione Regionale 2019-2021 rivolto al personale del Servizio Sanitario Regionale";
- DGRM n. 657 del 3/06/2020 "Legge regionale n. 20/2001, articolo 3 comma 1 e art.14 - Disciplina per l'organizzazione e il funzionamento della Scuola Regionale di Formazione della Pubblica Amministrazione e per la tenuta dell'Albo dei formatori e revoca delle DGR n. 310 del 26.03.2019. Modifica e integrazione dell'All.A della DGR n.1644 del 23/12/2019 "Disposizioni attuative per la gestione diretta di seminari informativi rivolti a Pubblici dipendenti, da parte della Scuola regionale di formazione della Pubblica Amministrazione - Servizio Risorse Umane, Organizzative e strumentali - e Programma triennale dei seminari informativi 2020-2022";
- DGRM n. 1385 del 28/10/2022 "Attuazione delle disposizioni di cui all'art. 42, comma 5 della L.R. 8 agosto 2022, n. 19 (Organizzazione del servizio sanitario regionale): indirizzi per la costituzione delle Aziende sanitarie territoriali";
- DGRM n. 1620 del 3/12/2022 "Modifica allegato B della DGR n. 150/2017, Manuale di accreditamento dei provider pubblici e privati della Regione Marche per l'erogazione di eventi ECM. Recepimento delibere della Commissione nazionale per la formazione continua in medicina - anno 2022";
- Decreto regionale n. 3/RAO "Approvazione format e procedura informatizzata per l'accREDITamento dei provider pubblici e privati della Regione Marche di cui alla DGR 520/13;
- Decreto ARS n. 5 del 26/01/2017 "AccREDITamento standard come provider ECM dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR)";
- Documento di Economia e Finanza Regionale (DEFR) 2021-2023 della Regione Marche - Deliberazione Consiglio Regione Marche n. 6 del 29.12.2020;
- Determina n. 943/ASURDG del 6/10/2009 "Centro Alta Formazione ASUR - Marche";
- Determina n. 714/ASURDG del 19/10/2015 "Parziale rettifica Determina DG/ASUR 131/2014: "Disposizioni relative al nuovo sistema di Formazione Continua in Medicina e all'accREDITamento dei provider pubblici e privati della Regione Marche" - Determinazioni";
- Determina n. 599 ASURDG del 19/10/2018 "Manuale per la gestione di un Sistema Qualità nella Formazione dell'ASUR Marche";
- Determina n. 626 ASURDG del 13/11/2018 "Piano Qualità dell'ASUR Marche";
- Determina n. 122 ASURDG del 12/03/2019 "Regolamento Formazione aziendale per l'Emergenza sanitaria - Approvazione".

- Determina n. 439 ASURDG del 1/09/2019 "DGRM n. 1051/2017 - Ridefinizione Comitato Scientifico per la Formazione ASUR - Approvazione nuovo funzionamento";
- Determina n. 63 ASURDG del 13/02/2020 "Regolamento Formazione a Distanza (FAD) - E-learning ASUR Marche - Approvazione";
- Determina n. 78 ASURDG dell'8/02/2021 "Regolamento ASUR per la gestione di sponsorizzazioni destinate alle attività di formazione e aggiornamento professionale - approvazione";
- Decreto RUM n. 27 del 28/07/2021 rinnovo accreditamento standard Provider ECM ASUR Marche
- Determina n. 519 ASURDG dell'8/10/2021 "Albo Aziendale Formatori ASUR Marche - istituzione elenco "aperto" di professionisti interni/esterni per affidamento di incarichi di docenza e tutoraggio - approvazione regolamento e avviso pubblico";
- Nota ASURDG prot. n. 23681 del 5/07/2022 "Monitoraggio PFA 2022 - cronoprogramma PFA 2023";
- Nota ASURDG prot. n. 24377 dell'11/07/2022 "Raccolta fabbisogni formativi di indirizzo aziendale - Piano Formazione Anno 2023";
- Nota Dipartimento - Settore Risorse umane e formazione - R. Marche/GRM/1112549/2022-09-08- Prot. n. 31083/08/09/2022|ASUR|AAGG|A "Linee di indirizzo per la programmazione delle attività formative 2023";
- Nota ASURDG prot. n. 39176 del 14/11/2022 "Piano Formativo 2023 - indirizzi fabbisogni formativi".

3.4.2 Piano formativo aziendale

Fino a tutto il 2022, la Area Vasta di Macerata (articolazione territoriale della disciolta ASUR) non risultava provider accreditato per il sistema ECM, essendo tale procedura in capo ad ASUR Marche.

Come previsto con DGRM n. 1385 del 28 ottobre 2022, entro il 31/12/2022, la nostra costituenda AST ha richiesto l'Accreditamento come provider ECM; al fine di garantire la continuità della formazione ECM ai professionisti sanitari in funzione dell'assolvimento del prescritto obbligo formativo, in conformità ai requisiti minimi contenuti nel Manuale regionale (allegato B DGR n. 1501/17).

I requisiti che il provider deve possedere per ottenere e mantenere l'accREDITamento (allegato B DGR n. 1501/17) attengono alle caratteristiche del soggetto richiedente, l'organizzazione generale e le risorse e la gestione del miglioramento della qualità dell'offerta formativa.

Il percorso di transizione richiederà un enorme sforzo organizzativo al fine di dimostrare e mantenere tutti i requisiti prescritti. Vanno inoltre ridefiniti tutti i regolamenti e linee guida specifiche del settore.

Nel quadro del riassetto del Servizio Sanitario Regionale (L.R. n. 19 dell'8/08/2022) e del conseguente passaggio dal Provider ECM unico ASUR alla fase di accreditamento provvisorio delle Aziende Sanitarie Territoriali, ai sensi della DGRM n. 1501/2017, con nota DG/ASUR prot. n. 23681 del 5/07/2022 l'Area Comunicazione/Formazione ha provveduto come di prassi a fornire alle UU.OO. Formazione delle Aree Vaste aziendali alcuni indirizzi per la raccolta del fabbisogno formativo per l'anno 2023 indicanti:

- Strumento di raccolta fabbisogni formativi;
- Criteri di fattibilità quantitativa (range auspicabile numero iniziative);
- Implementazione qualitativa processo formazione (individuazione risultati attesi/indicatore esiti);
- Cronoprogramma attività.

Contestualmente, con nota DG/ASUR prot. n. 24377 dell'11/07/2022, si sono coinvolte le Aree Dipartimentali ASUR con la richiesta di evidenziare eventuali percorsi trasversali da recepire omogeneamente a livello delle articolazioni territoriali.

Nella fase del processo di raccolta dei fabbisogni formativi sono pervenute le "Linee di indirizzo per la programmazione delle attività formative 2023", trasmesse dal Settore Risorse Umane e Formazione del Dipartimento Salute della Regione Marche, recepite con nota prot. n. 31083|08/09/2022|AAGG|A. Tale nota, oltre a fornire indicazioni relative alla necessità di prevedere alcuni percorsi prioritari (attività formative di supporto al PNRR; PanFlu; PIAO, ecc.), ha evidenziato l'opportunità di una pianificazione strategica proprio in funzione della riorganizzazione del SSR.

Successivamente l'Area Comunicazione/Formazione ha trasmesso l'esito della raccolta dei fabbisogni formativi ai componenti del Comitato Scientifico Formazione ASUR per le valutazioni di merito. In tal senso, in data 8 ottobre 2022 il Comitato Scientifico Formazione ASUR si è riunito, presieduto dal Coordinatore Dr.ssa Elisa Draghi, per l'approfondimento in plenaria di alcuni percorsi e per la relativa formulazione di rettifiche/integrazioni da inoltrare alle Aree Vaste proponenti.

Con Determina del Commissario Straordinario ASUR n. 912 del 23/12/2022, si è disposto:

- di prendere atto dei fabbisogni formativi espressi dalle Aree Vaste aziendali (Allegati n. 5-6-7-8-9), validati dal Comitato Scientifico Formazione nelle more dell'accREDITamento provvisorio delle Aziende Sanitarie Territoriali come Provider ECM per l'anno 2023;
- di evidenziare che nel corso dell'anno 2023 ulteriori eventi formativi o corsi di aggiornamento professionale, rispetto a quelli indicati nel presente atto, andranno previsti su indicazione dei preposti Uffici della Regione Marche.

La Direzione Generale ASUR ha ritenuto opportuno anche esplicitare la necessità di prevedere presso ciascuna Area Vasta/Azienda Sanitaria Territoriale alcuni percorsi formativi strategici per l'anno 2023:

A. Tematiche ex lege:

- a) PEIMAF/PEIVAC;
- b) Cure palliative e terapia del dolore;
- c) HACCP;
- d) Protezione dei dati – GDPR;
- e) Gestione e smaltimento rifiuti;
- f) Anticorruzione e trasparenza/Codice di comportamento;
- g) Piano Nazionale Esiti (PNE) – Flussi informativi (SNG, SDO);
- h) Rischio Clinico (a seguito dell'apposito decreto regionale);

Le Progettualità stabilite dalla Regione Marche che, come prospettato nell'incontro fra il Settore Risorse Umane e Formazione del Dipartimento Salute e le Aree Formazione del SSR, saranno recepite da ogni Azienda una volta formalizzate e assegnate per la realizzazione.

La quantificazione dei costi da prevedere per i percorsi formativi della AST di Macerata verrà esplicitata con apposita determina, compreso il finanziamento di peculiari progettualità, opportunamente individuate in fase di realizzazione.

In attesa dell'attribuzione del budget e delle specifiche relative alle disponibilità, si definisce, in base all'ultimo monte salari disponibile, in conformità alla vigente normativa, in € 490.000,00 il fondo provvisoriamente assegnato all'attività di formazione annuale e suscettibile di assestamento in corso d'anno.

Si stabilisce la sua ripartizione in:

- Formazione/aggiornamento "in sede: quota del 50% circa pari ad € 244.500,00;
- Formazione/l'aggiornamento "fuori sede": quota del 35,00% circa pari ad € 171.500,00;
- Acquisto di hardware e software per la realizzazione della formazione FAD, quota del 15% circa pari ad € 74.000,00.

Si sottolinea che:

- il fondo provvisoriamente assegnato all'attività di formazione è pari all'utilizzo dello 0,36% del MONTE SALARI PROVVISORIO ANNO 2021 (€ 136.962.522,90);
- sulla base di quanto indicato nelle DDGGRRMM 2673/2000 e 657/2020, una percentuale del budget per la formazione (15% circa, in analogia a quanto deliberato per il PFA2022AV3) sarà destinato all'acquisto di tecnologie (hardware e software) che faciliteranno agli operatori delle UU.OO.CC. l'accesso alle iniziative formative in sede realizzate in FAD e alla UOC Formazione la progettazione e la realizzazione delle stesse.

Nell'allegato 3.4.1 si riporta la programmazione 2023 dei Fabbisogni formativi della AST Macerata.

3.4.3 Linee guida per il Piano formativo triennale

È in corso di definizione il percorso di costruzione del Piano triennale della formazione, destinato alla realizzazione e supporto delle iniziative formative secondo le priorità stabilite a livello nazionale dal Piano strategico PANFLU 2021-2023.

Oltre a tali priorità, saranno inserite nel Piano triennale quanto previsto dal PNNR, oltre a tutti i percorsi formativi obbligatori per legge in materia di prevenzione e sicurezza, privacy, anticorruzione, rischio clinico. ecc.

Nel prossimo biennio si prevedono i seguenti percorsi formativi:

- lo sviluppo delle competenze strategiche identificate nelle abilità manageriali, per sostenere il gruppo dirigente nell'importante compito di guidare l'Azienda verso il nuovo assetto organizzativo;
- l'adesione ai corsi formativi promossi dagli enti istituzionali quali la Scuola Nazionale Pubblica Amministrazione (SNA) e l'INPS per i dipendenti pubblici (Valore PA);
- il miglioramento del funzionamento e dell'efficacia dell'azione amministrativa rafforzando la digitalizzazione e l'innovazione tecnologica;
- l'aggiornamento dell'offerta formativa rendendola accessibile anche ai colleghi con disabilità uditiva, attraverso la traduzione sincrona nel linguaggio dei segni (LIS) dei video.

3.4.4 Piano formativo regionale e PNRR

Piano formativo regionale 2022-2024

Con DGRM n. 1281 del 10 ottobre 2022 è stato approvato il Piano di Formazione Regionale 2022-2024 rivolto al personale del Servizio Sanitario Regionale.

Il D.Lgs 502/92 e s.m.i. all'art.16 ter comma 3 attribuisce alle Regioni il compito di promuovere sul territorio il sistema di educazione continua in medicina, provvedendo alla programmazione e all'organizzazione dei programmi regionali per la formazione. Come previsto dal Piano nazionale di aggiornamento del personale sanitario nell'ambito dei LEA la Regione Marche, tra le altre cose, è tenuta ad inviare il provvedimento con cui sono stati individuati gli obiettivi formativi regionali e/o sono state date indicazioni alle strutture sanitarie regionali per la programmazione delle attività formative rivolte al personale sanitario.

Il Piano formativo regionale (PFR) è un documento di programmazione di interventi formativi di interesse e rilevanza regionale in relazione ad alcune priorità di valenza strategica e ad alcuni snodi fondamentali del funzionamento della sanità regionale.

Il PFR si pone ad integrazione e non in sostituzione del Piano formativo Annuale (PFA) della AST di Macerata con funzione di indirizzo alla programmazione aziendale.

Il PFR è strettamente collegato alle indicazioni contenute nel Piano Socio-Sanitario regionale attualmente vigente (DGR n. 891 del 12/07/2021) nonché agli atti strategici e programmatici nazionali e regionali di settore.

Le iniziative formative proposte nel presente PFR rispondono ai seguenti criteri:

- connessione a criticità/innovazioni/snodi fondamentali del sistema sanitario regionale: le attività formative prescelte sono quelle riferite dai Settori del Dipartimento Salute e dell'ARS sulle quali insistono importanti processi di innovazione e che pertanto possono utilmente beneficiare di un supporto formativo;
- economicità gestionale: le attività formative prescelte sono quelle per le quali la gestione centralizzata rappresenta una economia di scala, in quanto riguardano e sono destinate ad un numero di partecipanti limitato, per ciascuna Azienda AST, e al tempo stesso rappresentativo del territorio regionale o una scelta strategica che permetta una formazione a cascata, mirata e uniforme nel territorio;
- priorità di sistema, continuità con processi già avviati.

La realizzazione dei progetti formativi di cui **all'allegato xxxx** è demandata agli Enti del SSR secondo la programmazione e le modalità condivise con il dirigente del Settore Risorse Umane e Formazione della Regione Marche.

PNRR

La missione 6 (Salute) del PNRR è divisa in 2 componenti ed è focalizzata su due elementi: il primo è un cambio di paradigma nell'assistenza sociosanitaria basato sullo sviluppo di una rete territoriale che consenta una vera vicinanza alle persone secondo un percorso integrato che parte dalla "casa come primo luogo di cura", per arrivare alle "Case della comunità" e quindi alla rete ospedaliera; il secondo elemento è dato dall'ammodernamento delle dotazioni tecnologiche del SSN.

Trasversale alla missione è l'obiettivo dichiarato di rafforzare la compagine del personale sanitario, anche sotto il profilo formativo, al fine sviluppare le competenze tecnico-professionali, digitali e manageriali dei professionisti del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) nonché di colmare le carenze relative sia ad alcune figure specialistiche, sia nel campo della medicina generale.

La componente 2.3 della Missione 6 (Sviluppo delle competenze tecnico-professionali, digitali e manageriali dei professionisti in sanità) è finalizzata a rafforzare l'attività formativa lungo tre direttrici:

- aumentare le borse di studio del corso di formazione specifica in medicina generale, garantendo il completamento di tre cicli formativi triennali;
- avviare un piano di formazione straordinario di tutto il personale ospedaliero della dirigenza medica e non medica ed il personale infermieristico e tecnico del SSN in materia di infezioni ospedaliere;
- attivare un percorso di formazione dei ruoli apicali degli Enti del SSN e delle sue macroarticolazioni organizzative (direttori generali, sanitari,

amministrativi, direttori dei distretti, dei dipartimenti, dei presidi ospedalieri, nonché dei collegi sindacali e Organismi di Vigilanza), ai fini dell'acquisizione delle necessarie competenze e capacità manageriali per affrontare le sfide sanitarie attuali e future in un'ottica integrata, sostenibile, innovativa, flessibile ed orientata al risultato.

È programmata l'adozione di un action plan per la definizione dei fabbisogni delle borse di studio per il corso di formazione specifica in MMG per ciascuno dei trienni formativi 2021-2024, 2022-2025, 2023-2026.

È programmata inoltre l'adozione entro il 2023 di un action plan per la realizzazione dei percorsi formativi per i ruoli apicali e per il personale del SSN. L'obiettivo nazionale è erogare e completare 900 borse di studio per il corso di formazione specifica in medicina generale per ciascuno degli anni 2024, 2025, 2026; erogare corsi di formazione tecnico manageriale entro il 2025 a almeno 5.000 operatori dei ruoli apicali ed erogare corsi di formazione straordinaria in materia di infezioni ospedaliere entro il 2026 ad almeno 200.000 dipendenti del SSN. Questo intervento è integrato con risorse per 330 milioni stanziare dalla Legge di Bilancio 2021 e con risorse REACT-EU destinate ai contratti di formazione specialistica.

La Unità Operativa Complessa (UOC) della Formazione nella AST di Macerata Gestisce il processo, a norma di Legge (D.Lgs. 502/92 art. 6) in quanto attua:

- formazione specialistica dei medici in tirocinio presso le strutture sanitarie in possesso dei requisiti di idoneità;
- formazione del personale in tirocinio sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione in sede ospedaliera ovvero presso le strutture del Servizio sanitario regionale.

Ai fini della programmazione del numero degli specialisti da formare (ai sensi del DECRETO LEGISLATIVO 17 agosto 1999, n. 368 art 35) il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, acquisito il parere del Ministro della sanità, determina il numero dei posti da assegnare tenuto conto della capacità ricettiva e del volume assistenziale delle strutture sanitarie regionali inserite nella rete formativa della scuola stessa.

La UOC Formazione nella AST di Macerata (dove il medico in formazione specialistica svolge l'attività formativa) provvede in qualità di soggetto della rete formativa, con oneri a carico della AST stessa, alla copertura assicurativa per i rischi professionali, per la responsabilità civile contro terzi e gli infortuni connessi all'attività assistenziale svolta dal medico in formazione nelle proprie strutture, alle stesse condizioni del proprio personale (ai sensi del DECRETO LEGISLATIVO 17 agosto 1999, n. 368 art 41).

Con D.G.R. n. 970 del 27 luglio 2022, la Giunta regionale ha approvato i provvedimenti di delega agli Enti del SSR delle attività relative agli interventi di rispettiva competenza territoriale, come distinti nell'Allegato 2 del Piano Operativo Regionale, approvato con la D.G.R. n.656 del 30/05/2022,

approvando la ripartizione delle risorse agli Enti del SSR, in qualità di soggetti attuatori esterni, dell'importo complessivo pari a € 135.196.895,17 per la realizzazione degli interventi della Missione 6 Componenti 1 e 2.

Con D.G.R. n. 1330 del 17 ottobre 2022, la Giunta regionale ha modificato la D.G.R. n. 970 del 27 luglio 2022 con sostituzione Allegati n. 2 e n.3. La misura M6C2 - Intervento 2.2 (b), prevede un totale finanziamento nella Regione Marche per € 1.991.729,80.

SEZIONE 4 - MONITORAGGIO

Sottosezione 4.1 - IL MONITORAGGIO DELLE MISURE DEL PIAO

L'attività di monitoraggio consiste nella razionalizzazione e messa a sistema dei controlli già esistenti, verificando l'efficacia e l'efficienza delle attività previste nelle misure di prevenzione. Si tratta di un'azione continuativa di verifica dell'attuazione e dell'idoneità delle singole misure di trattamento del rischio.

Il monitoraggio, oltre che obbligatorio per legge (vedi art. 1 comma 7-8-9 della L. 190/2012), si pone come azione a natura gestionale per l'attuazione del collegamento sostanziale tra il Piano Anticorruzione e il Piano Performance dell'ente (ora inseriti ed assorbiti nel Piano Integrato di Attività ed Organizzazione – (PIAO)). Tali atti prevedono che l'avvio e la chiusura delle misure previste nel Piano Anticorruzione, nei termini previsti dal Piano stesso, valgano quale pre-requisito di accesso della componente di valutazione individuale della parte relativa alla misurazione del comportamento e competenze organizzative.

Il RPCT, con il supporto dell'OIV, quadrimestralmente verifica l'osservanza e l'applicazione di tutte le misure di prevenzione previste del PTPCT/PIAO, rilevando, se presenti, le criticità e le segnalazioni da parte delle strutture a rischio soggette a misure di prevenzione.

Le risultanze dell'ultimo monitoraggio effettuato costituiscono presupposto per la definizione del successivo Piano e della relazione annuale sull'intera attività svolta.

Gli esiti di monitoraggio delle misure di prevenzione della corruzione sono PUBBLICATI.

Sottosezione 4.2 - Monitoraggio della trasparenza e attestazione OIV

Il monitoraggio, intermedio e finale, da parte del RPCT è attività prodromica e collegata a quella di vigilanza da parte di OIV ed ANAC. L'incisività e la qualità del monitoraggio sono determinate dalla valutazione di più elementi, quali principalmente: l'intervallo temporale tra richiesta di trasmissione ed effettivo invio dei documenti, la qualità dei dati e informazioni da parte delle strutture aziendali, la completezza dei contenuti, il rispetto delle indicazioni in materia di privacy nella redazione delle informazioni, la congruità del formato.

Il fine generale che viene quindi considerato, oltre a quello dell'assolvimento degli obblighi, è l'attuazione del Programma trasparenza e integrità ad opera dei dirigenti responsabili, tant'è che al monitoraggio del RPCT si affianca quello affidato all'OIV mediante la funzione di misurazione della performance; è infatti ancora all'OIV che il RPCT segnala i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione, oltre ad ANAC e, nei casi più gravi, all'ufficio procedimenti disciplinari (UPD).

Le attività di ricognizione e controllo sul processo di attuazione del Programma per la trasparenza e l'integrità sono svolte annualmente dall'OIV, sia attraverso la funzione di misurazione della performance (monitoraggio sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità), sia mediante l'attestazione dell'assolvimento degli obblighi in materia di trasparenza. Gli esiti e l'attestazione dell'OIV sono consultabili e scaricabili dalla sottosezione di Amministrazione Trasparente "Controlli e rilievi sull'amministrazione".

Sottosezione 4.2 – IL SISTEMA DEI CONTROLLI E LA FUNZIONE DI INTERNAL AUDIT

A seguito della prima applicazione del PIAO, la direzione aziendale valuterà l'attivazione di un ufficio di Audit e Compliance con il principale compito di allestire, implementare e presidiare il sistema di controllo interno. Tale sistema, ispirato ai principi dei principali framework internazionali (Enterprise Risk Management (ERM)) è finalizzato a fornire alla Direzione Aziendale gli elementi utili alla valutazione della natura e del livello di rischio aziendale accettabile e, in particolare nel medio-lungo termine, compatibile con gli obiettivi strategici.

Sottosezione 4.4 - RIEPILOGO RESPONSABILI

Considerando che in ogni sottosezione è stato previsto il relativo monitoraggio al fine di dare una rappresentazione più dettagliata delle modalità, in questa sottosezione si intende riepilogare la responsabilità delle azioni di monitoraggio per le attività già descritte in precedenza:

- Valore pubblico – Direttore URP/Comunicazione
- Performance – Direttore UOC Controllo di Gestione
- Rischi corruttivi e trasparenza – Responsabile RPCT
- Lavoro Agile – Direttore UOC Politiche del Personale
- Piano Triennale dei fabbisogni Direttore UOC Politiche del Personale
- Struttura Organizzativa Direttore UOC Politiche del Personale

Il monitoraggio avverrà con gli strumenti e le modalità descritte in ciascuna sottosezione, cui si rinvia, al fine di intervenire con gli eventuali interventi correttivi che si dovessero rendere necessari per ciascuno dei ambiti sopra riportati.

ELENCO ALLEGATI

Sottosezione 2.2 - PERFORMANCE

- all. 2.2.1 Schede di budget
- all. 2.2.2 Obiettivi, indicatori e risultati attesi

Sottosezione 2.3 - RISCHI CORRUTTIVI-TRASP.

- all. 2.3.1 Mappatura
- all. 2.3.2 Tabella Livello Rischio
- all. 2.3.3 Griglia degli obblighi di pubblicazione con aggiornamento PNA2022
- all. 2.3.4 Atto di nomina RPCT

Sottosezione 3.3 – FABBISOGNI PERSONALE

- 3.1.A assetto funzionale dirigenza della sanità
- 3.1.B assetto funzionale dirigenza professionale, tecnica e amministrativa
- 3.1.C assetto funzionale incarichi di funzione
- 3.3.2.A piano occupazionale 2023
- 3.3.2.B piano occupazionale 2024
- 3.3.2.C piano occupazionale 2025
- 3.3.2.D trend occupazionale dirigenza medica e veterinaria per disciplina
- 3.3.3.A programma stabilizzazioni 2023
- 3.3.4.A programma 2023 assunzioni categorie protette
- 3.3.6.A piano triennale delle azioni positive (PAP) integrato con il piano per la parità di genere (Gender Equality Plan)
- 3.3.7.A dotazione organica
- 3.3.8.A quadro economico

Sottosezione 3.4 - FORMAZIONE

- all. 3.4.1 Percorsi formativi AST MC
- all. 3.4.2 a DGRM 1281/2022 Piano di Formazione Regionale 2022-2024 rivolto al personale del Servizio Sanitario Regionale
- all. 3.4.2 b PIANO DI FORMAZIONE REGIONALE 2022-2024 RIVOLTO AL PERSONALE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE