

**PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA'
E ORGANIZZAZIONE
2025-2027**

*DIRETTORE GENERALE
DOTT. ROBERTO GRINTA*

Azienda Sanitaria Territoriale di Fermo - Regione Marche
Sede legale: Via Dante Zeppilli n.18 – 62900 Fermo (FM) – Tel. 0734625111
pec: ast.fermo@emarche.it C.F. e P.IVA 02500660440

INDICE

PREFAZIONE.....	4
SEZIONE 1 SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE	5
Sottosezione 1.1 SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI STAKEHOLDERS ESTERNI.....	5
1.1 Mandato istituzionale e missione, attività caratteristiche e principali aree di intervento	5
SEZIONE 2- VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE .	8
Sottosezione 2.1 - VALORE PUBBLICO	8
Sottosezione 2.2 – PERFORMANCE	11
2.2.1 Presentazione del Piano della Performance: finalità e principi	11
2.2.2 Gli obiettivi di AST Fermo in relazione al profilo di salute del territorio;	14
2.2.3 Piano della Performance AST Fermo.....	15
2.2.4 Il ciclo di gestione della performance.....	15
2.2.5 Il Piano della Performance 2025-2027- analisi punti salienti	18
2.2.6 La performance dell'area sistemi informativi (digitalizzazione).....	27
Sottosezione 2.3 - RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA	40
2.3.1 Valutazione di impatto del contesto esterno	44
2.3.2 Valutazione di impatto del contesto interno	45
2.3.3 Mappatura dei processi e metodologia di analisi del rischio.....	55
2.3.4 Identificazione e valutazione dei rischi potenziali e concreti.....	59
2.3.4a Misure Trasversali e obbligatorie (Generali)	60
2.3.4b Misure Specifiche	70
2.3.4c Il PNRR e i contratti pubblici	88
2.3.5 Monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure	96
2.3.6 Programmazione dell'attuazione della Trasparenza.....	101
2.3.7 Antiriciclaggio	114
2.3.8 Prevenzione del rischio corruzione e collegamento con il Ciclo della Performance.....	115
SEZIONE 3 - ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	117
Sottosezione 3.1 - STRUTTURA ORGANIZZATIVA.....	117
Sottosezione 3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE	123
3.2.1 Evoluzione ed applicazione dell'istituto.....	123
Sottosezione 3.3 PIANO TRIENNALE FABBISOGNI PERSONALE.....	127
3.3.1 Riferimenti normativi.....	127
3.3.2 Il Piano Triennale dei fabbisogni del personale in AST FM.....	129
3.3.3 Riduzione spesa del personale con rapporto di lavoro flessibile.....	137
3.3.4 La stabilizzazione del precariato.....	137

3.3.4.2 Le stabilizzazioni Covid	138
3.3.5 Progressioni verticali tra le aree del personale del comparto	139
3.3.6 Assunzioni L.n.68/99	140
3.3.7 Dotazione organica	141
3.3.8 Piani di azioni positive e CUG	143
3.3.9 Rispetto vincolo di spesa ex art.2 L. n.191/2009 rivisto ex art.11 co.1° del DL n.35/2019.....	143
3.3.10 Rispetto del budget di spesa assegnato.....	144
3.3.11 Rispetto tetto missioni ex art. 6 comma 12 D.L.n.78/2010.....	144
3.3.13 Rispetto tetto consulenze ex art.6 comma 7 D.L. n.78/2010.....	144
Sottosezione 3.4 – FORMAZIONE DEL PERSONALE	146
SEZIONE 4 - MONITORAGGIO	164
Sottosezione 4.1 – Il monitoraggio delle misure del PIAO	164
Sottosezione 4.2 – Monitoraggio della trasparenza e attestazione OIV	165
Sottosezione 4.3 – Catalogo delle attività a rischio, misure previste e monitoraggio.....	165
ELENCO ALLEGATI	183

PREFAZIONE

Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione è stato introdotto dall'art. 6 del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, in legge 6 agosto 2021, n. 113 e successivamente integrato e modificato dalle disposizioni di cui:

- all'art. 1, comma 12, del decreto-legge 30 dicembre 2021, n. 228, convertito con modificazioni dalla legge n. 25 febbraio 2022, n. 15, per quanto attiene le disposizioni di cui ai commi 5 e 6 e 6 bis;
- all'art. 7, comma 1, del decreto-legge 30 aprile 2022, n. 36, convertito, con modificazioni, in legge 29 giugno 2022, n. 79, per quanto attiene le disposizioni di cui al comma 6-bis e introduttivo del comma 7-bis.

Ai sensi del citato art. 6, il PIAO ha durata triennale viene aggiornato annualmente, entro il 31 gennaio o maggior termine in caso di differimento della data di approvazione del bilancio d'esercizio.

Il decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 30/6/2022, adottato ai sensi dell'art. 6, comma 6, del DL n. 80/2021, convertito in Legge n. 113/2021 definisce il contenuto del Piano Integrato di Attività e Organizzazione, secondo lo schema contenuto nell'allegato al Decreto ministeriale.

Il presente documento rappresenta l'assolvimento da parte della Azienda Sanitaria Territoriale di Fermo (L.R. Marche n.19/22) degli obblighi programmatici, organizzativi e divulgativi di cui al DPR n.81/22 e fonti correlate.

Al di là di questioni nominalistiche, attesa la vigenza dell'omologo documento adottato dalla (estinta) Asur Marche con provvedimento n.467/DG del 30.06.2022 a valere per gli anni 2022-2024 in cui era confluita anche la posizione dell'ex Area Vasta n.4 di Fermo, vista la ricorrenza di una situazione di successione tra enti pubblici assimilabile allo scorporo societario con relativa cessione di ramo di azienda, il già vigente Piano aziendale può ritenersi tutt'ora punto di riferimento per le parti non contrastanti – limitatamente agli effetti non esauriti- con il presente (chiaramente con riguardo alla realtà Fermana) rispetto al quale qui si provvede contestualmente anche al relativo aggiornamento periodico.

Si dà altresì atto che, la ristrettezza dei tempi di adozione dello strumento operativo fondamentale per il presidio di funzioni essenziali dell'organizzazione, ha imposto la forma di consultazione preventiva telematica sul PIAO già vigente e non sulla bozza di quello redigendo.

La tempistica di adozione del presente documento è comunque inquadrabile nella previsione ex art.8 co.2° Decreto Ministero PA n.132 del 30.06.2022.

Il presente documento sostituisce ogni precedente con esso incompatibile.

SEZIONE 1 -SCHEDA ANAGRAFICA

TIPOLOGIA DI ISTITUZIONE	Azienda Sanitaria Territoriale
DENOMINAZIONE	A.S.T. Fermo
SEDE LEGALE	VIA DANTE ZEPELLI 18 FERMO (63900) ITALIA
PROVVEDIMENTO ISTITUTIVO	DGRM 1501 del 21/11/2022
CF/ PARTITA IVA	02500660440
DIRETTORE GENERALE -	Dott. Roberto GRINTA
DIRETTORE AMMINISTRATIVO -	Dott. Massimo Esposito
DIRETTORE SANITARIO -	Dr. ssa Elisa Draghi
DIRETTORE INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	Ing. Alberto Franca

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

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

Con apposita Deliberazione della Giunta Regionale Marche è stata costituita, a partire dal 1 gennaio 2023, l'Azienda Sanitaria Territoriale (AST) di Fermo avente autonoma personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale, organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica.

La costituzione della AST 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.

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.

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.

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.

Le concrete funzioni coadiuvate sono stabilite per i tre Direttori dall'atto aziendale.

L'AST si articola in Distretto Sanitario Unico, Dipartimenti ed il Presidio ospedaliero unico suddiviso in due stabilimenti (Fermo-Campiglione Località San Claudio in corso di allestimento e Amandola "Beato Angelico" Località Pian di Contro già inaugurato).

Il Distretto rappresenta l'articolazione territoriale della AST che assicura 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 gli stabilimenti ospedalieri.

Nel Distretto saranno presenti a tendere: Casa della Comunità, Ospedale della Comunità, Centrale Operative Territoriale, Unità di Continuità Assistenziale, Infermiere di Famiglia o di Comunità, Consultorio familiare 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.

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.

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.

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 del proprio ambito.

SEZIONE 2- VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

Sottosezione 2.1 - VALORE PUBBLICO

La Regione Marche con Legge Regionale n. 19 del 08/08/2022, ha disposto all'art. 42, comma 9, la soppressione alla data del 31/12/2022 dell'ASUR Marche e dell'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord" e la costituzione dal 01/01/2023 senza soluzione di continuità di cinque Aziende sanitarie Territoriali (AST) a carattere provinciale, dotate di personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale che subentreranno all'ASUR e ad AORMN.

Con successiva delibera regionale n. 1385 del 28/10/2022 sono stati definiti gli "indirizzi per la costituzione delle aziende sanitarie territoriali di cui all'art. 42, comma 5 della L.R. 08/08/2022 n. 19" e con ulteriori atti regionali sono state costituite a partire dal 01/01/2023 le cinque AST (in particolare, DGRM n.1501 per AST Fermo, poi modificata con DGR 1561 del 28/11/2022).

L'Azienda Sanitaria Territoriale di Fermo, dotata di personalità giuridica pubblica e di autonomia imprenditoriale - ai sensi delle disposizioni regionali - è parte del Servizio Sanitario Regionale delle Marche; opera nel rispetto degli obiettivi assegnati dalla Regione nonché nel rispetto delle direttive Regionali; la Regione esercita a livello centralizzato le funzioni di indirizzo, coordinamento e controllo.

Le politiche di un'Azienda Sanitaria finalizzate alla creazione di valore pubblico in termini di impatto sul benessere sanitario, sociale, economico ed ambientale della popolazione di riferimento sono connaturate nella *mission* e *vision* aziendale, secondo le azioni declinate nell'Atto aziendale.

Trattandosi di azienda neo costituenda, l'atto aziendale dell'AST di Fermo è in avanzato stato di definizione essendo stato già presentato agli interlocutori istituzionali (Conferenza dei Sindaci ed OO.SS. di tutte le categorie contrattuali); in esso saranno rispettati gli impegni a garanzia della funzione pubblica di tutela e promozione della salute degli individui e della collettività, attraverso attività di promozione e prevenzione e cura degli stati di malattia e di recupero della salute, al fine di mantenere il più alto livello di qualità della vita dei cittadini.

La *mission* dell'AST è quella di garantire in modo costante ed omogeneo a tutta la popolazione residente nel territorio di competenza, come individuato dalla DGRM sopra richiamata, la tutela della salute, un bene prezioso e fondamentale per

l'individuo e la collettività, intesa come definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), uno "stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente un'assenza di malattia o di infermità", superando il dualismo "malattia-salute" e guardando allo stato di benessere totale, non unicamente correlato all'intervento sanitario.

Ciò avviene attraverso l'erogazione diretta delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, oppure avvalendosi di soggetti accreditati con l'Azienda stessa, secondo i principi di appropriatezza previsti dalla normativa vigente e nell'ambito della sostenibilità economica del Sistema di finanziamento regionale.

L'Azienda si impegna ad operare con il massimo rispetto della dignità della persona umana, del bisogno di salute e dell'equità nell'offerta dell'assistenza; garantirà l'accessibilità ai servizi per i cittadini, la qualità delle prestazioni e la loro appropriatezza.

L'attività dell'Azienda si ispirerà alle indicazioni stabilite dai Comitati Etici, Nazionali e Territoriali; l'attività aziendale si baserà inoltre sulle direttrici strategiche indicate dalla normativa nazionale e regionale.

L'Azienda basa l'affidabilità e la qualità dei servizi sulla preparazione dei propri operatori e sulla loro capacità di aggiornamento continuo della professionalità. A tal fine valorizza e sviluppa le risorse umane che operano nelle strutture aziendali. Assicura altresì la pari opportunità in ordine all'accesso all'impiego, ai percorsi formativi, all'affidamento degli incarichi, allo sviluppo professionale.

Il raggiungimento degli obiettivi di efficienza ed efficacia è perseguito nel rispetto del vincolo di bilancio, attraverso l'equilibrio di costi e ricavi, compresi i trasferimenti di risorse finanziarie.

L'azienda adotta i criteri della pianificazione strategica, informa la propria gestione sulla base di un sistema permanente di programmazione e controllo ed individua nel sistema budgetario lo strumento fondamentale di responsabilizzazione sugli obiettivi, sui risultati e sull'adeguato impiego delle risorse. A tal proposito e per maggior approfondimento si rimanda alla specifica sezione del documento sulla Performance e relativi allegati.

L'azienda persegue le finalità di cui sopra utilizzando la propria capacità generale di diritto privato, salvo che nei casi in cui la legge espressamente le attribuisce poteri pubblicistici, come tali da esercitare nelle forme tipiche del procedimento amministrativo.

Gli atti aziendali di diritto privato sono retti dal principio di libertà delle forme, nei limiti previsti dal codice civile e dalle leggi speciali e nel rispetto dei principi di legalità, imparzialità, buon andamento e semplificazione delle attività aziendali.

I provvedimenti amministrativi sono emanati nell'osservanza della L. 241/1990 s.m.i. e dei principi generali dell'azione amministrativa.

L'Azienda garantisce la legittimità, imparzialità e trasparenza dell'azione amministrativa nonché il rispetto del principio di non aggravamento procedimentale.

L'Azienda persegue anche l'obiettivo del contrasto della corruzione e illegalità proponendosi innanzitutto di realizzare gli obiettivi strategici, mutuati dalle indicazioni nazionali.

L'Azienda intende garantire altresì la massima trasparenza dando applicazione ai principi contenuti nel D. Lgs. n. 150/2009 e nel D. Lgs. 33/2013 e a tal fine il sito aziendale costituisce strumento principale per fornire le informazioni al cittadino/utente.

L'Azienda è, come detto, in procinto di dotarsi dell'atto aziendale in cui saranno consolidate la *mission* e l'organizzazione ad essa strumentale (DGRM n.1980 del 18/12/2023).

L'azione e la produzione aziendale, materiale od immateriale, si basano sul principio fondamentale di semplificazione costituito dal divieto assoluto di aggravamento sostanziale, procedurale nell'adozione di percorsi, atti e provvedimenti traducendosi nell'obbligo di evitare passaggi e/o forme che non siano imposti da una norma di diritto oggettivo .

Le coordinate dell'azione aziendale sotto il profilo della dotazione e dei vincoli economico-finanziari scaturiscono dalle dett.ne nn.352/2024 e 457/2024 rispettivamente di adozione del bilancio (consuntivo) di esercizio e di adozione del bilancio preventivo annuale e pluriennale ultimi vigenti.

La corrispondente programmazione annuale/triennale sul versante della spesa per investimenti (acquisizione lavori e tecnologie) e su quello dei lavori e rinvenibile rispettivamente nelle dett.ne nn.368/2024 e 446/2024 ; con det.na n.555/2024 è stata istituita apposita commissione a presidio del primo versante.

Sottosezione 2.2 – PERFORMANCE

2.2.1 PRESENTAZIONE DEL PIANO DELLA *PERFORMANCE* : FINALITA' E PRINCIPI.

Il Piano della *Performance* (art.10 c.1 lett.a D.Lgs 27 ottobre 2009 n.150) è il documento programmatico triennale attraverso il quale, conformemente alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria nazionale e regionale e dei vincoli di bilancio, sono individuati gli obiettivi, gli indicatori, i risultati attesi (*target* di riferimento), delle varie articolazioni organizzative dell'Azienda.

Il Piano della performance si configura come strumento di medio periodo, focalizzato sulla performance complessiva aziendale, mentre è il *Budget* a declinare annualmente gli specifici obiettivi in capo alle singole unità operative.

Il legislatore nel rendere attuativo il PIAO, ha operato tramite il “Regolamento recante l'individuazione e l'abrogazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione”, di cui al Decreto del Presidente della Repubblica n. 81 del 30 giugno 2022, entrato in vigore il 15/07/2022 e che rappresenta il provvedimento cardine per dare attuazione alle nuove disposizioni normative.

Attraverso di esso, infatti, vengono “soppressi” i previgenti adempimenti in materia di pianificazione e programmazione che sono i seguenti:

- Piano dei fabbisogni di personale, di cui all'art. 6, commi 1, 4, 6, e art. 6-ter del d.lgs. 30 marzo 2001, n. 165;
- Piano delle azioni concrete, di cui all'art. 60 bis, comma 2, del d.lgs. 30 marzo 2001, n. 165;
- Piano per razionalizzare l'utilizzo delle dotazioni strumentali, anche informatiche, che corredano le stazioni di lavoro nell'automazione d'ufficio, di cui all'art. 2, comma 594, lett. a) della legge 24 dicembre 2007, n. 244;
- Piano della performance, di cui all'art. 10, comma 1, lett. a) e comma 1 ter del d.lgs. 27 ottobre 2009, n. 150;
- Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza di cui all'art. 1, commi 5, lett. a) e 60, lett. a) della legge 6 novembre 2012, n. 190;
- Piano organizzativo del lavoro agile, di cui all'art. 14, comma 1, della legge 7 agosto 2015, n. 124;
- Piano di azioni positive, di cui all'art. 48, comma 1, del d.lgs. 11 aprile 2006, n. 198.

Nello stesso atto viene disposto che, per le Amministrazioni tenute all'adozione del PIAO, tutti i richiami ai piani individuati dal decreto stesso sono da intendersi come riferiti alla corrispondente sezione del PIAO.

La sezione Performance, ai sensi dell'articolo 2, al pari delle altre sezioni del PIAO *“deve avere contenuto sintetico e descrittivo delle relative azioni programmate, secondo quanto stabilito dal presente decreto, per il periodo di applicazione del Piano stesso, con particolare riferimento, ove ve ne sia necessità, alla fissazione di obiettivi temporali intermedi”*.

Inoltre l'articolo 3 del decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 30/6/2022 stabilisce alla lettera b) quanto segue:

b) Performance: la sottosezione è predisposta secondo quanto previsto dal Capo II del decreto legislativo n. 150 del 2009 ed è finalizzata, in particolare, alla programmazione degli obiettivi e degli indicatori di performance di efficienza e di efficacia dell'amministrazione.

Essa deve indicare, 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.

Lo schema contenuto nell'allegato che forma parte integrante del Ministro per la Pubblica Amministrazione, dedica alla Performance una scheda in cui si ribadiscono le logiche di predisposizione della sezione, che sono quelle di *“di performance management, di cui al Capo II del decreto legislativo n. 150 del 2009*.

Esso è finalizzato, in particolare, alla programmazione degli obiettivi e degli indicatori di performance di efficienza e di efficacia i cui esiti dovranno essere rendicontati nella relazione di cui all'articolo 10, comma 1, lettera b), del predetto decreto legislativo”.

Sono inoltre ribaditi gli obiettivi di cui alla lettera b) art. 3 sopracitati (semplificazione, digitalizzazione, ecc.), e quelli di efficienza in relazione alla tempistica di completamento delle procedure, e quelli correlati alla qualità dei procedimenti e dei servizi.

Con riferimento agli obiettivi da inserire nel PIAO si evidenzia che 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”; si specifica che 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.

A tal proposito la circolare rammenta che, per aumentare la sicurezza dell’approvvigionamento energetico, l’Unione europea è intervenuta con il Regolamento 2022/1369 del 5 agosto 2022 prevedendo misure volte a ridurre i consumi di gas naturale.

Il Dipartimento ha già fornito a riguardo indicazioni operative nel documento *“Dieci azioni per il risparmio energetico e l’uso intelligente e razionale dell’energia nella Pubblica Amministrazione”*, cui si rimanda per ulteriori approfondimenti.

Stante il riferimento normativo della sezione Performance al Capo II del decreto legislativo n. 150/2009 così come modificato dal decreto legislativo n. 74/2017, la sottosezione Performance del PIAO, al pari del Piano della Performance di cui all’art. 10 del D.Lgs 150/2009, recepisce le linee guida del Dipartimento della funzione Pubblica n. 1/2017 *“Linee guida per il Piano della performance”*. 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.

Si prende atto, in proposito, anche della recente direttiva ministeriale del 28/11/2023 ricevuta con nota MPA_ZANGRILLO-0000430-P-24/01/2024 sulla valorizzazione delle persone e produzione di valore pubblico attraverso la formazione. La Direttiva, nel rafforzare i principi della formazione e la valorizzazione del capitale umano, mira a guidare le amministrazioni verso l’individuazione di soluzioni formative funzionali al raggiungimento degli obiettivi strategici e al perseguimento delle finalità sottese alla formazione dei dipendenti pubblici richieste dal PNRR e necessarie per il conseguimento dei suoi target. Le priorità formative, promosse dal PNRR e comuni a tutte le amministrazioni, possono essere declinate attorno alle seguenti principali aree di competenza: leadership e soft skills; competenze per la transizione amministrativa, digitale ed ecologica; competenze relative a principi e valori delle amministrazioni (inclusione, etica, integrità, sicurezza e trasparenza). Lo sviluppo del capitale umano delle amministrazioni pubbliche è al centro della strategia di riforma e di investimento promossa dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR): la formazione e lo sviluppo delle conoscenze, delle competenze e delle capacità delle persone costituiscono uno strumento fondamentale nella gestione delle risorse umane delle

amministrazioni e si collocano al centro del loro processo di rinnovamento. A livello organizzativo, il rafforzamento delle politiche di formazione passa, innanzi tutto, attraverso il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) costituendo una delle determinanti della creazione di valore pubblico.

2.2.2 Gli obiettivi di AST Fermo in relazione al Profilo di Salute del Territorio

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.

In tale contesto, la *mission* dell’AST, 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’AST 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 che 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.

Dal punto di vista dell'assistenza socio-sanitaria integrata nel territorio aziendale ricadono gli Ambiti Territoriali Sociali XIX°, XX°, XXIV°.

2.2.3 Piano della Performance AST Fermo.

Il Piano della Performance di un ente del SSR Marche (come quello di qualsivoglia ente del SSN) rappresenta il punto di equilibrio a tendere tra la scarsità dei fattori produttivi e le impellenze di erogazione di un servizio pubblico essenziale -così tecnicamente qualificabile- al supremo fine di conciliare l'efficiente allocazione delle risorse e la esaustiva risposta ai fabbisogni assistenziali dell'utenza.

Il relativo documento è disponibile mediante integrale rimando al pertinente allegato omonimo.

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:

a) definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori, tenendo conto anche dei risultati conseguiti

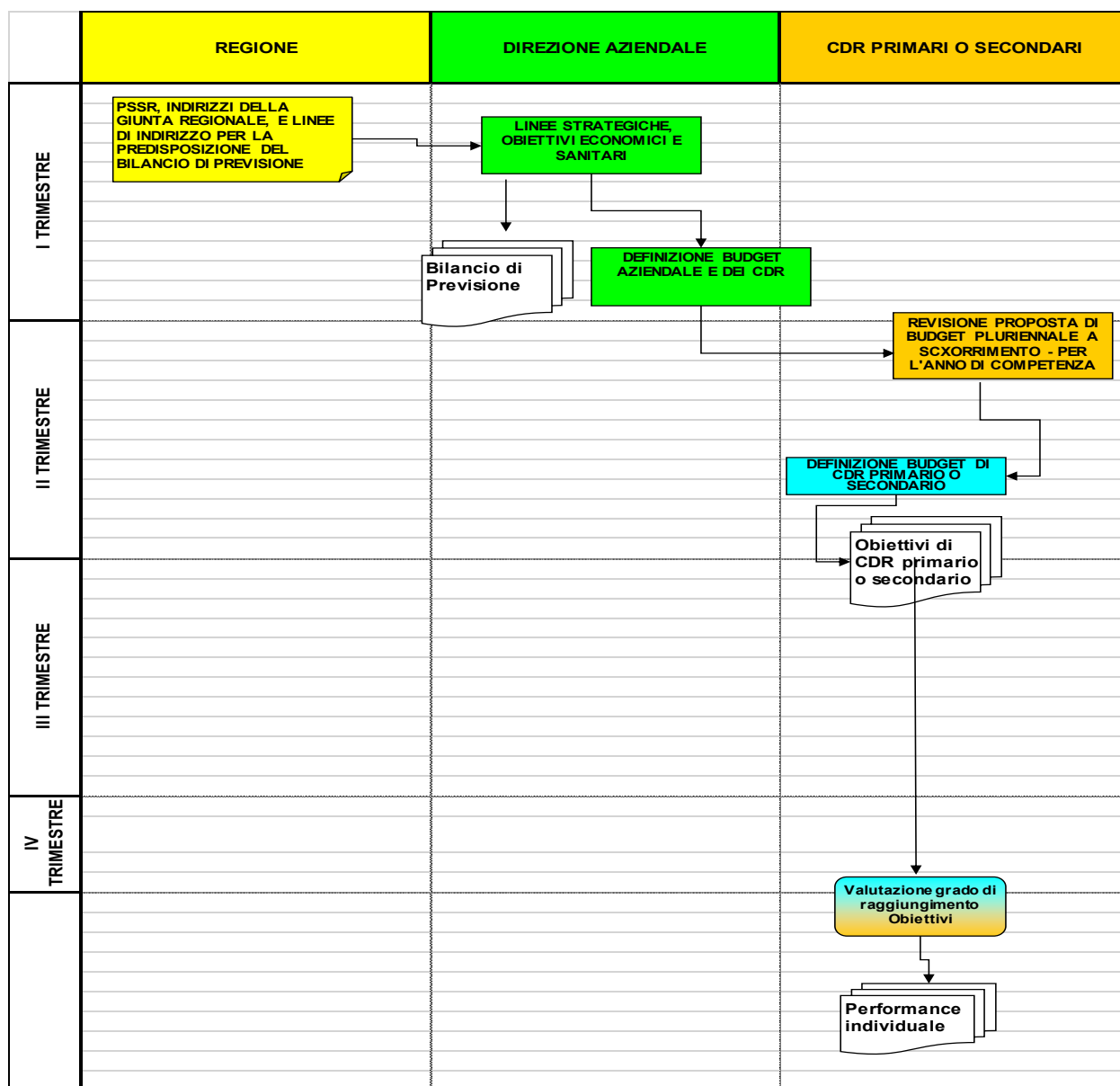
nell'anno precedente, come documentati e validati nella relazione annuale sulla performance di cui all'articolo 10;

- b) collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- c) monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- d) misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- e) 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 indirizzo per la predisposizione del Bilancio di Previsione 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, la Direzione Aziendale negozia le schede di budget con i CDR, nel rispetto di una logica di budget pluriennale a scorrimento. Le schede di budget sono formulate sulla base dello schema riportato all'Allegato 1.

Nel momento in cui la Regione procede all'eventuale revisione delle assegnazioni di Budget alle Aziende del SSR, la Direzione Aziendale, se del caso, rivede l'assegnazione; in alternativa la conferma.

Il Budget di attività e costi assegnato a ciascun CDR, è oggetto di monitoraggio periodico (almeno trimestrale); i Responsabili di CDR, sulla base dei report ricevuti dal Controllo di Gestione, producono eventuali considerazioni ritenute utili per l'eventuale revisione delle assegnazioni o per l'individuazione di azioni correttive.

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 dei CDR.

Al fine di effettuare la valutazione individuale, gli obiettivi sono assegnati ai singoli dipendenti. Il criterio di assegnazione degli obiettivi tiene conto della posizione organizzativa ricoperta, in quanto vi deve essere coerenza fra obiettivo e funzione.

Definita l'assegnazione degli obiettivi il personale sarà valutato sul grado di realizzazione degli obiettivi assegnati e sulle proprie performance individuali. Il sistema di valutazione 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 2025-2027- analisi punti salienti.

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.

➤ **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.

Con successive circolari 5365 del 29/1/2023 e 1186 del 22/12/2023 si è posta l'attenzione sulla coerenza tra indicatori di performance ed obiettivi, su un approccio dinamico e partecipativo del PIAO, nonché l'importanza dell'efficacia e trasparenza nel processo di redazione e monitoraggio del PIAO.

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 sia 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 *stakeholders*.

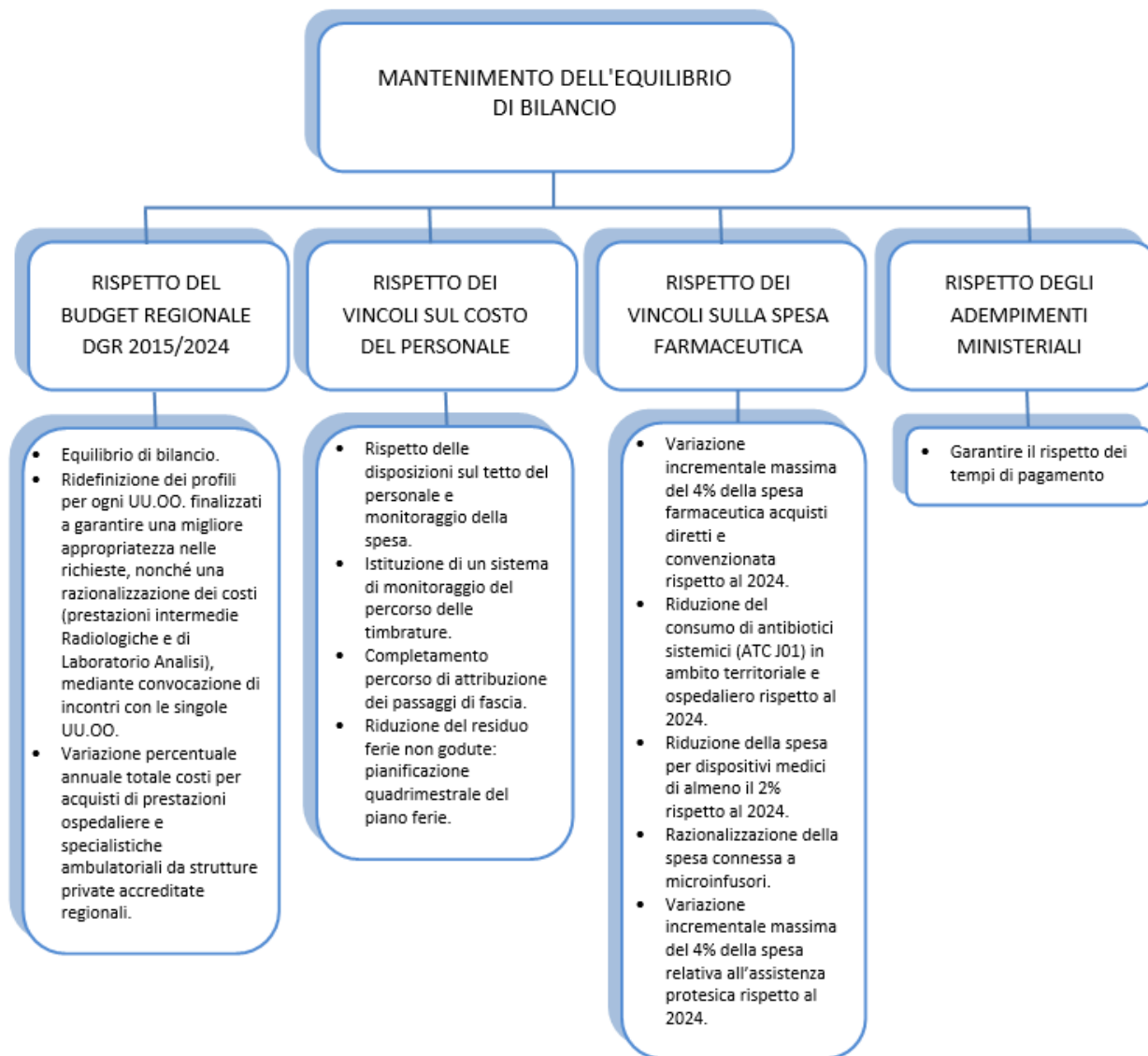
Con Delibera di Giunta regione Marche 1703/2024 sono stati definiti ed assegnati gli obiettivi economici e sanitari per l'anno 2024 agli Enti del Servizio Sanitario Regionale, quale direttiva vincolante, ai sensi dell'art. 20, comma 2 della Legge regionale 19/2022 nonché ne è stata individuata la modalità di valutazione.

Questo atto è il fondamento per la definizione anche degli obiettivi a trascinamento a valere sul 2025, dal quale, nel presente Piano, saranno definiti tutti i *targets* correlati alla *mission* istituzionale, alle aree organizzative ed alle azioni strategiche, che si rappresentano di seguito:

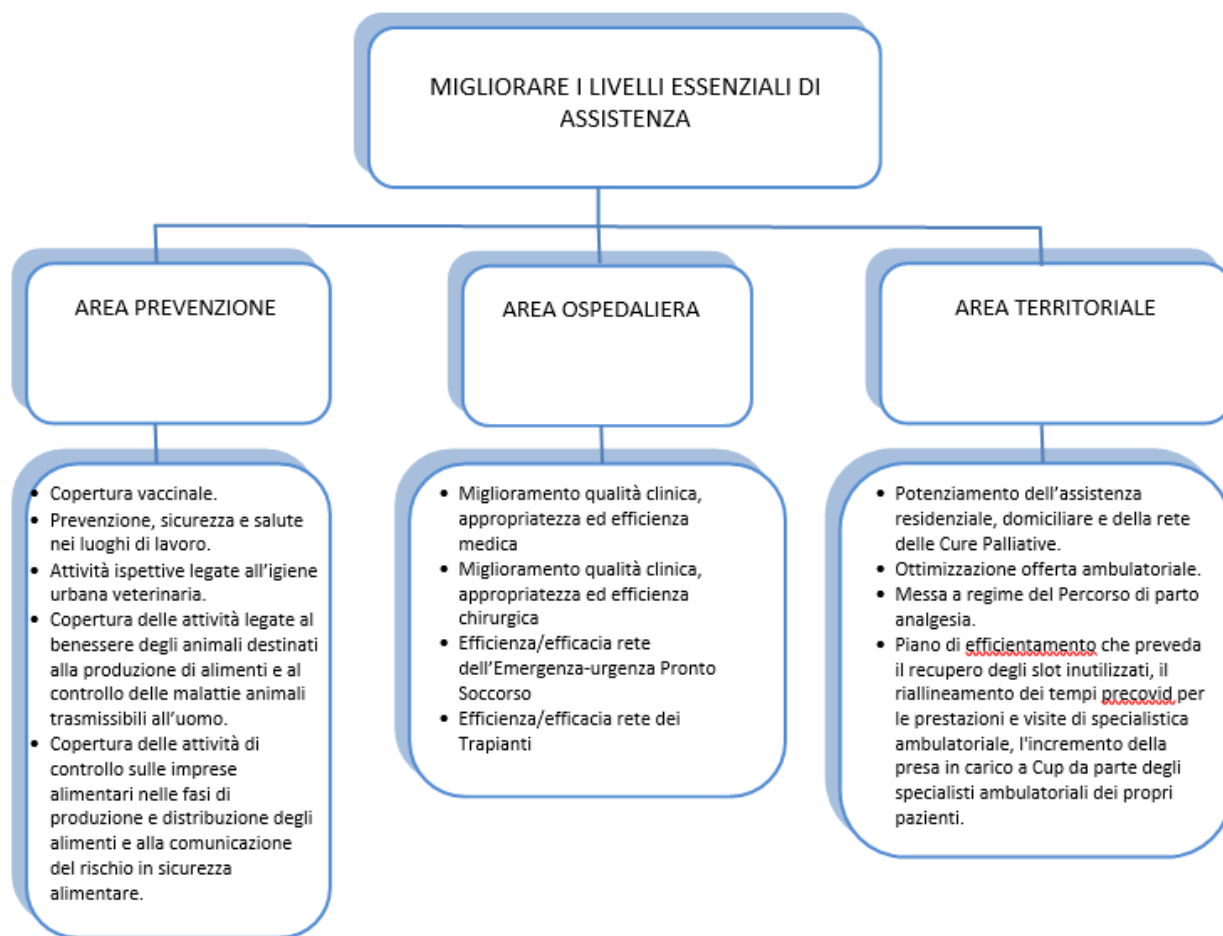
Area Economica - La sostenibilità economica delle scelte aziendali trova in questi obiettivi i punti di riferimento ed il perimetro entro cui l'Azienda deve operare le proprie scelte strategiche, ed hanno quindi, in un'ottica di sistema e di coerenza tra il ciclo di bilancio e quello della Performance,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

Con DGRM n. 2015/2024 è stata fornita agli Enti SSR "Autorizzazione agli Enti del Servizio Sanitario Regionale alla redazione del Bilancio Preventivo Economico 2025 e del Bilancio Pluriennale di Previsione 2025-2027".

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.

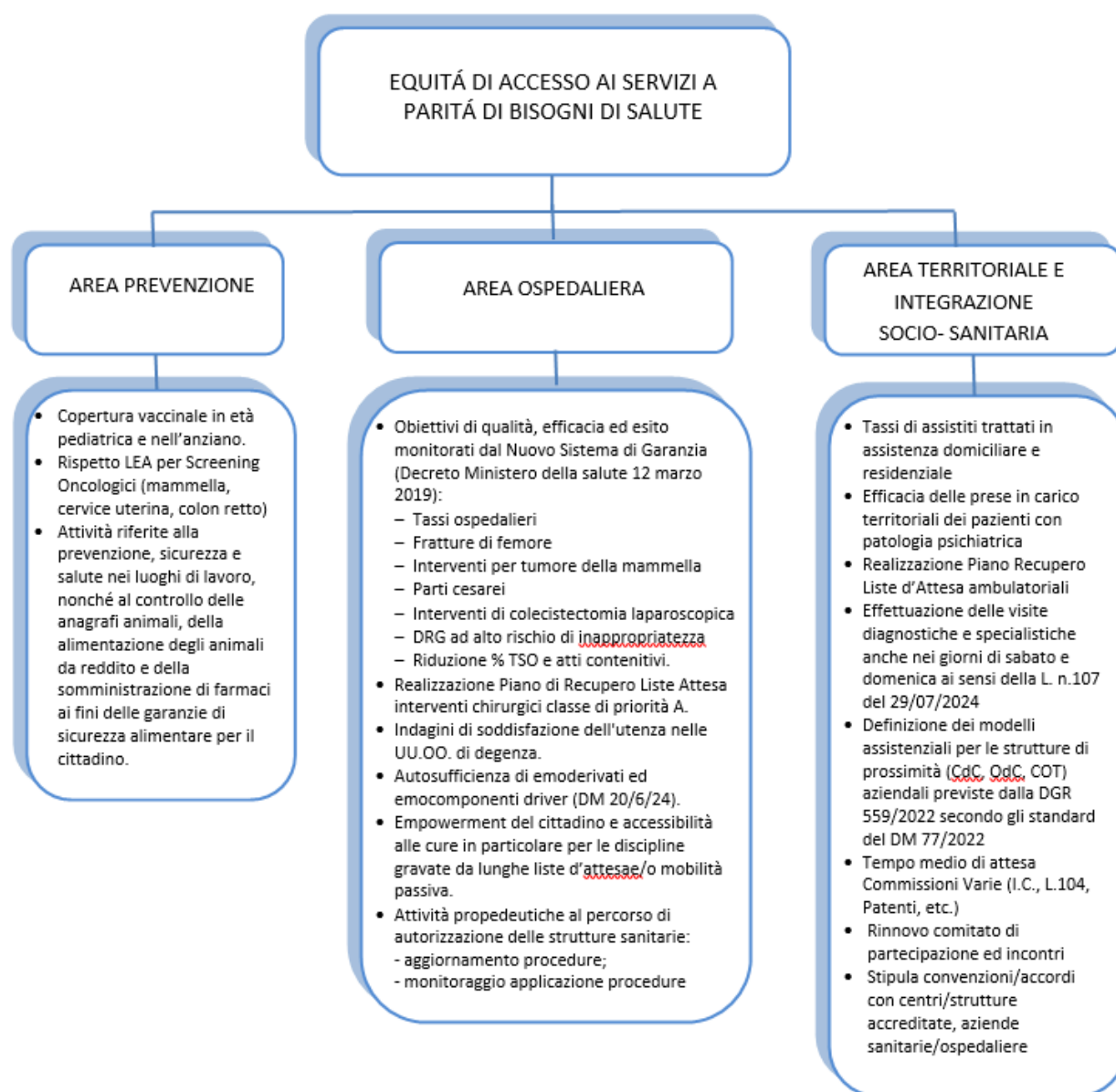


Miglioramento dei livelli essenziali di assistenza - Il miglioramento qualitativo e quantitativo delle prestazioni è obiettivo di tutte le UU.OO. afferenti ai diversi Dipartimenti, tenuto conto della costante ricerca dell'appropriatezza della risposta ai bisogni assistenziali e delle modalità di erogazione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



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 anche valorizzando gli operatori sul campo.

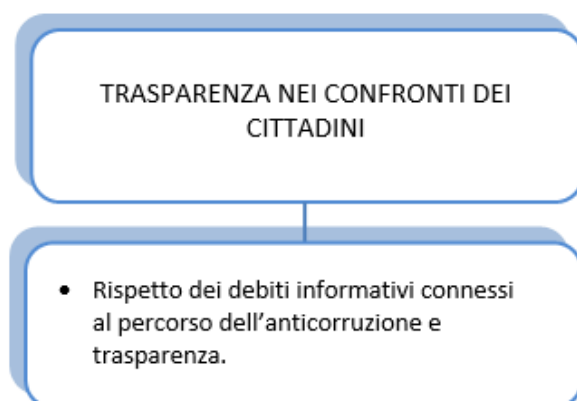
In quest'area rientrano gli obiettivi in grado di esprimere la *performance* del governo della domanda e del grado di risposta che il sistema riesce a garantire.



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.

Proprio nella logica della correlazione tra performance organizzativa e piano integrato nel suo complesso, si è provveduto ad integrare il set degli indicatori da assegnare con i seguenti obiettivi:

- 1) Adempimento degli obblighi di pubblicazione di competenza previsti dalla Griglia afferente al PTPCT
- 2) Verifica indicatori di monitoraggio e stato dell'arte della pubblicazione dei dati sulla sezione "Amministrazione Trasparente"
- 3) Trasmissione Relazione annuale del Referente sull'attività svolta
- 4) Aggiornamento della tabella dei rischi e invio questionari per la mappatura dei processi per l'anno successivo
- 5) Invio scheda ANAC compilata con i dati per la predisposizione della Relazione annuale del RPCT



VALORIZZAZIONE DELLA
PROFESSIONALITA' DEGLI OPERATORI

- Partecipazione alla formazione obbligatoria da parte del personale dipendente (L.81, BLSD, Rischio Clinico e Radioprotezione, modulo A - progetto PNRR antibiotico resistenza, prevenzione corruzione e trasparenza, Privacy archiviazione digitale).
- Partecipazione al corso su HACCP per i neoassunti
- Sviluppo di un sistema di audit su eventi.
- Formazione su audit clinico.
- Simulazione gestione emergenze.
- Partecipazione ai comitati aziendali per quanto di competenza (Es. dispositivi medici, piano investimenti, liste d'attesa, CVPS, etc.).
- Sviluppo della consapevolezza e della responsabilità nell'ambito del rischio clinico: progetto formativo destinato a tutti gli operatori sanitari come da DGRM 127 del 13.02.2019.

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.

Di seguito si riportano le principali azioni/progettualità già avviate che verranno completate e quelle da avviare nel triennio 2025-2027 relative all'informatizzazione, digitalizzazione e sviluppo dei processi aziendali.

SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI E TRANSIZIONE DIGITALE

- Sviluppo del FSE 2.0 (PNRR): integrazione verticali con le specifiche del FSE 2.0, formazione e comunicazione;
- Digitalizzazione DEA I e II (PNRR): completa digitalizzazione dell'area ospedaliera
 - Passaggio al cloud (PNRR)
 - PagoPA-APPIO...(PNRR)
- Digitalizzazione dei processi dell'area territoriale
- Gestione cybersicurezza con gruppo interno integrato RM e appalto esterno SOC regionale
- Implementazione nuovo sistema per la gestione documentale e produzione Atti Aziendali
 - Nuovo Sito web Aziendale
- Informatizzazione e digitalizzazione di alcuni processi aziendali (commissione patenti, servizio mensa, sistema accoglienza ambulatoriale)

2.2.6 La performance dell'area sistemi informativi (digitalizzazione).

La digitalizzazione è intesa anche quale fondamentale viatico nel percorso verso la semplificazione.

▪ **Premessa**

La Regione Marche in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), ha adottato le deliberazioni di giunta Regionale n. 114 del 14/02/2022, n. 140 del 14/02/2022, n. 162 del 21/02/2022 e n. 271 del 14/03/2022 con le quali ha approvato le diverse misure da realizzare in ambito regionale. Con successivo Decreto n. 39 del Segretario Generale del 19/4/2022 è stata approvata la Cabina di Regia per la *Governance* e l'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza relativo alla

Missione 6 Salute, nonché la costituzione dei diversi Gruppi di Lavoro Tematici incaricati dell'attuazione delle diverse linee di intervento.

Con la DGR n. 848 del 04/07/2022 si è approvato il Piano dei fabbisogni, relativo agli interventi destinati alla definizione di un nuovo modello di *Governance* dell'innovazione tecnologica per le attività connesse alla Sanità digitale e alla definizione di un piano regionale di *eHealth* finanziabili con le risorse del Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR). Si è individuato il coordinatore del Gruppo di Lavoro PNRR M6 "Gruppo tecnico informatico" come Responsabile unico del progetto allo scopo di garantire l'omogeneità della sua implementazione e con la specifica funzione di fornire le linee guida di attuazione, le specifiche dei progetti di investimento ed il monitoraggio delle attività delegate agli Enti del Servizio Sanitario Regionale (SSR).

È stato, quindi, assegnato al RTI con mandataria la società KPMG l'appalto di servizi di consulenza/supporto per lo sviluppo delle progettualità per la transizione digitale delle sette Aziende sanitarie della Regione Marche PNRR M6 tra le quali l'ex AV4 ora AST di FM.

Nell'anno 2023 è stato redatto ed approvato il Piano triennale 2023-2025, tutt'ora vigente, per la transizione digitale aziendale (Determina DG AST FM n. 695 del 07/11/2023). Pertanto, il presente piano dovrà essere in linea con il precedente piano pluriennale per la transizione digitale ed evidenziare lo stato d'avanzamento delle progettualità già avviate e quelle che verranno avviate nell'anno 2025 e completate entro il triennio 2025-2027.

Successivamente all'approvazione del presente documento ed in linea con lo stesso, verrà redatto l'aggiornamento del Piano triennale per la transizione digitale per gli anni 2025-2027.

▪ **Area tematica: Sito Web e Portale aziendale**

In data 27/09/2023 l'AST di Ancona ha inviato una PEC (Protocollo N. 37894) dove viene indicato l'importo totale per l'implementazione e aggiornamento del sito internet da dividere per le 5 AASSTT..

Il RUP dell'appalto per l'acquisto centralizzato del nuovo sito istituzionale delle AST è l'Ing. Stefano Simoncini, Direttore dell'area-dipartimentale Acquisti e Logistica dell'AST Ancona, che ha il compito di gestire gli appalti centralizzati ex ASUR.

Il Direttore dell'esecuzione del contratto (DEC) centralizzato dei siti aziendali delle AST è il dott. Fabrizio Biondi.

Attualmente, il nuovo sito dell'AST di Fermo non è stato completamente implementato; è stato liquidato il primo stato d'avanzamento delle attività, risulta in corso di liquidazione il secondo e, verosimilmente, l'attivazione del nuovo sito avverrà entro il mese di marzo/aprile del corrente anno.

L'implementazione del nuovo sito aziendale, in conformità a quanto indicato dall'attuale normativa sulla sicurezza dei dati, verrà effettuata in cloud.

Per quanto riguarda il nuovo Portale aziendale si procederà alla sostituzione di quello attuale e, successivamente, all'implementazione del sito aziendale, cercando la massima integrazione possibile anche con il sito web, che verrà implementato con contratto centralizzato per tutte e cinque le AST della RM.

Relativamente alla tematica della transizione digitale rivolta all'interfaccia/semplificazione azienda sanitaria/cittadino, con i fondi del PNRR si stanno portando avanti tre ulteriori progettualità:

- Adozione app IO → Attività avviata, in attesa di realizzazione della ditta fornitrice;
- Adozione piattaforma pagoPA → Attività avviata in attesa della completa realizzazione da parte della ditta fornitrice;
- Estensione dell'Utilizzo delle piattaforme d'Identità Digitali - SPID e CIE. → Attività ancora da avviare.

▪ **Area tematica: Processi amministrativi**

Nell'ambito dei procedimenti amministrativi sono in corso di aggiornamento evolutivo i sistemi di gestione amministrativo-contabili, che prevedono la standardizzazione di sistemi informativi, basi di dati e processi gestionali della Azienda Sanitaria Territoriale.

È stata completata la digitalizzazione del processo di adozione degli atti deliberativi all'interno di un nuovo sistema di gestione documentale e di protocollo informatico, grazie al quale sarà attuata una reale dematerializzazione e digitalizzazione dei provvedimenti amministrativi; in particolare modo, è stato aggiornato e migliorato il sistema **Paleo** - *Paperless Office System*, ossia il sistema di gestione dei flussi documentali della Regione Marche.

Paleo consente la completa gestione cartacea e digitale dei documenti amministrativi. Il sistema, infatti, permette l'erogazione di protocolli, l'identificazione di documenti interni, dematerializzazione cartacea, classificazione, firma digitale, tracciatura dei flussi documentali e gestione dei dati di archiviazione e scarto.

Con la stessa convenzione stipulata con la Regione Marche per il sistema informativo Paleo, è stato adottato anche il *software* **OpenAct**, in sostituzione della vecchia piattaforma *AttiWeb*, per la pubblicazione di atti aziendali come le determine. Tale sistema prevede l'utilizzo di firme digitali, quindi, l'UOC SIA è stata incaricata dal Direttore Amministrativo di procedere con l'ordine e la distribuzione delle firme digitali necessarie per il corretto svolgimento del flusso di caricamento delle determine. Sono state quindi acquistate plurime firme digitali di cui una minoranza con OTP ed una maggioranza di firme remote, distribuite inizialmente solo agli operatori amministrativi che utilizzano la piattaforma *OpenAct*, successivamente esteso anche agli altri operatori in virtù della dematerializzazione; questa attività è stata già effettuata, entro la fine dell'anno 2023, e ha permesso il corretto avvio dell'utilizzo della nuova piattaforma *OpenAct* da fine 2023.

L'UOC SIA sta provvedendo, attualmente ed in modo continuativo, alla consegna delle firme digitali necessarie per la sottoscrizione di atti e documenti da parte dei dipendenti.

La Regione Marche/ARS sta, inoltre, provvedendo, nell'ambito della progetto PNRR Missione M6C2 investimento 1.3.1(b) "*adozione ed utilizzo FSE 2.0 da parte delle regioni*", ad acquistare una piattaforma per le firme digitali da parte dei medici/operatori sanitari che dovranno firmare i referti/documentazione sanitaria prodotta tramite il nuovo Sistema Informativo Ospedaliero (SIO) e relative cartelle specialistiche verticali, oggetto del progetto PNRR M6C2| investimento 1.1.1 "*Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero - Digitalizzazione DEA I e II livello*", che sono in corso d'implementazione, tramite contratti centralizzati ARS(Regione Marche)/AST.

In base a quanto previsto dal D.lgs. 36/2023 disciplinante il Codice dei Contratti pubblici dal 01/01/2024 le stazioni appaltanti hanno l'obbligo di utilizzare piattaforme digitali di **e-procurement**, certificate per la gestione delle procedure di affidamento contrattuale; inoltre, secondo D.lgs. 36/2023- Parte II, Libro I, artt. 19-36, tali "Piattaforme di approvvigionamento digitale" devono essere grado di interagire con i servizi della Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici (BDNCP) e con i servizi della piattaforma digitale nazionale dati, di cui all'art. 50 ter del Codice dell'Amministrazione Digitale (D.lgs. 82/2005).

La Regione Marche, in ottemperanza alla normativa vigente, ha realizzato, tramite contratto di appalto, la piattaforma telematica di negoziazione denominata "**Gare telematiche SUAM**" (GT SUAM), per la gestione telematica delle gare di appalto per lavori, servizi e forniture ai sensi del D.lgs. 50/2016 e ss.mm.ii.

L'AST di Fermo non avendo in uso una piattaforma di approvvigionamento digitale inter-operante, come tutte le altre AST regionali, ha stipulato una convenzione con la Regione Marche per l'utilizzo della piattaforma telematica GT- SUAM, con determina n.22 del 18/01/2024, con cui la Regione Marche ha reso disponibile la propria piattaforma digitale ed inter-operante con i servizi della Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici.

L'UOC SIA ha provveduto a contrattualizzare la formazione/manutenzione di tale piattaforma a favore di tutte le UOC aziendali che la utilizzano.

È stato rinnovato anche il portale per la gestione Amministrativo Contabile (contabilità, logistica, contabilità analitica, etc.) e HR (giuridico, economico, rilevazione presenze, etc.), sistema **AREAS** della Ditta *Engineering*. Contratto da tempo utilizzato dalle Aziende sanitarie della Regione Marche, tramite contratto centralizzato regionale e sub contratto ASUR, ora declinato nelle 5 AST provinciali con un DEC e RUP per ogni AST.

Infatti, già da tempo, si è provveduto a contrattualizzare con la Ditta *Engineering* il servizio di manutenzione/assistenza del sistema AREAS a favore dell'AST FM.

Il sistema AREAS verrà nel corso del triennio sempre più adeguato/customizzato alle esigenze specifiche dell'AST FM ai fini della semplificazione amministrativa.

Con i fondi PNRR M6C2| multimisura 1.1 e 1.2 'Infrastrutture digitali e abilitazione al cloud' - ASL/AO, si è provveduto a migrare il sistema AREAS nel cloud della Regione Marche, in modo da ottemperare alle indicazioni ACN/NIS2 sulla cybersicurezza e sicurezza dei dati.

Si sta, inoltre, provvedendo anche all'informatizzazione di alcune procedure aziendali. Si sta procedendo all'appalto per l'acquisto e la relativa manutenzione dell'applicativo per la gestione della Commissione patenti, richiesto dalla Direttrice dell'UOC Medicina Legale.

Verrà poi sviluppato, nel corso dell'anno 2025, l'appalto per l'informatizzazione del servizio mensa interno a servizio dei dipendenti aziendali.

Dalle UOC dell'area ATL vengono richieste alcune ulteriori informatizzazioni dei processi interni che verranno analizzate dalla Commissione investimenti dell'AST e approvate in base alla valenza strategica/priorità aziendale e alle disponibilità economiche.

Area tematica: Processi sanitari Ospedalieri

Da aprile 2022 è stato introdotto nell'attuale AST FM, il nuovo sistema **DSEO**, con contratto centralizzato ASUR, che deve ancora essere dispiegato nell'ex AV5, ora AST AP, per l'informatizzazione dell'area ospedaliera.

Il DSEO costituisce il Dossier Sanitario Elettronico Ospedaliero attraverso la gestione dei processi relativi a:

- Pronto Soccorso, Punto di Primo Intervento e Punto di Assistenza Territoriale
- Percorso di Ricovero
- Cartella Clinica Elettronica (Ospedaliera e Ambulatoriale)
- Percorso Chirurgico
- Percorso Chirurgico ambulatoriale
- Percorso Ambulatoriale ospedaliero
- Percorso donazione-prelievo d'organi e tessuti
- Medicina legale
- Monitoraggio attività gestionale Unità Operative e Direzione Medica di Presidio

Il DSEO interagisce principalmente con i seguenti sistemi (il seguente elenco non è da ritenersi esaustivo):

- Fascicolo Sanitario Elettronico (Regione Marche);
- Sistema Autenticazione di FedCohesion;
- Anagrafe Regionale Centralizzata degli Assistiti (ARCA);
- Sistema RIS unico;

- Sistema LIS unico;
- Sistema Informatico Anatomia Patologica;
- Sistema Amministrativo e di gestione del personale (AREAS);
- Sistema unico regionale di prenotazione (CUP);
- Sistema di Laboratorio Analisi
- Sistema di screening neonatale (ORL etc.)
- Sistema Liste di Attesa;
- Sistema Informativo per la Rete del Territorio (SIRTE);
- Il Sistema Informativo della Banca del Sangue.

Tramite i fondi del PNRR, nello specifico per l'avviso M6C2 – 1.3.1 “Digitalizzazione DEA di I e II livello” si sta procedendo alla fase di introduzione del nuovo sistema informatico ospedaliero (SIO) di cui usufruiranno le aziende sanitarie regionali e dovrà sostituire l'attuale DSEO.

Il nuovo sistema oltre a ricoprire in maniera più efficiente tutti i punti elencati sopra che riguardano DSEO, sarà completamente integrato/interoperabile con i dispositivi medici e gli altri applicativi aziendali/regionali di pertinenza, gestirà le cartelle cliniche di degenza e permetterà di prescrivere, in modo integrato, anche le ricette dematerializzate.

I referti verranno prodotti in formato CDA2, come richiesto per la interoperabilità con il Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0 (FSE 2.0), che permetterà la gestione digitale dei dati presenti nei documenti sanitari.

Standard Clinical Document Architecture - CDA2

- Il Clinical Document Architecture (CDA) è uno standard di markup basato sull'XML pensato per lo scambio informatico di documenti clinici.
- E' nato come parte delle standard HL7 v3 (Reference Implementation Model)
- Il CDA è uno standard certificato dall'ANSI ed è realizzato dall'organizzazione non a scopo di lucro Health Level 7.
- La versione 2 del CDA è stata adottata come standard ISO come ISO/HL7 27932:2009
- In Italia è standard nazionale per lo scambio di documenti indicizzati nell'FSE (LLGG FSE 2.0)
- **Specifica la sintassi e fornisce una struttura di base per realizzare l'intera semantica di un documento clinico (schematron).**
- **Può contenere qualunque tipo di informazione clinica; supporta inoltre testo non strutturato e può incorporare documenti nei formati PDF, DOCX e RTF e immagini JPEG e PNG.**
- **Lo standard CDA stabilisce che il documento deve contenere una parte testuale obbligatoria (che assicura l'intelligibilità da parte degli esseri umani) e delle parti codificate facoltative (per il processamento via software): non nasce per M2M**

 Provincia Autonoma di Trento Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari OSPEDALE DI TRENTO Presidio Ospedaliero "S. Chiara"		U.O. CARDIOCHIRURGIA <i>Leopoldo d'Onofrio - 1° piano</i> <i>via del mezzanotte, 100 - Trento</i> <i>Lunedì ore 14:00 - Venerdì ore 18:00</i> <i>Ufficio: dr. Angelo Caviglia</i>	
 Cognome, Nome: TREC, TESTA		Nr. Nomenclologico: 001-R1-2023- 0019981 Genere: M Età: 53	
Nato/a il: 01/01/1970 Nazionalità: ITALIANA Residenza: TRENTO (TN) Indirizzo: VIA DI PROVA, 1 Codice Sanitario: TRCST70A0L13765		A: TRENTO (TN) Medico MIG: 99999 - NESSUNO: REVoca D'UFFICIO Telefono: _____	

LETTERA DI DIMISSIONE

Alla cortese attenzione del Medico Curante
 Trento, 16/05/2023

Egredi Colleghi, come da accordi intercorsi trasferiamo in data odierna la Signora **TREC,TESTA**, nata il 01/01/1970, ricoverata nella nostra Unità Operativa il 25/05/2023.

Motivo del Ricovero
 episodi presincretici e dubbio dolore toracico

Decorso Ospedaliero e terapie effettuate
 Il momento dell'accesso in reparto il paziente si presentava: orientato nello spazio e nel tempo

Condizioni del paziente alla dimissione
 Al momento della dimissione il paziente si presenta orientato nello spazio e nel tempo, autonomo, asintomatico.
 Cordiali saluti
 Per l'equipe medica

CDav2

Data/ora
16/05/2023 14:30
(Documento informatico firmato digitalmente ai sensi dell'art. 21 del D.Lgs. 02/08/2005 e ss.mm.ii. il 16/05/2023 14.36 da MEDICO_PRONV)

LA/Ul MEDICO
DR. MEDICO_PRONV

CDAv2

[illegible]

Il documento sanitario non sarà più un semplice pdf, nel quale il dato presente non risulta leggibile informaticamente, ma avremo un file PDF in cui viene incapsulato un documento CDA2 (in formato XML). L'obiettivo è quello di generare e distribuire un

unico file, idoneo per essere sottoscritto con firma elettronica qualificata, che possa essere agevolmente utilizzato sia da un utente umano, nella sua forma PDF, sia da un elaboratore estraendone la componente strutturata CDA2, gestendo, quindi, il dato dal punto di vista informatico per tutte le elaborazioni del caso.

Verranno anche implementate cinque cartelle specialistiche (CCE) verticali elettroniche per cinque discipline sanitarie ed un HUB (Piattaforma di interoperabilità) per l'integrazione/interoperabilità strutturata di tutti gli applicativi aziendali.

L'iniziativa PNRR Digitalizzazione DEA I e II livello

Di seguito la sintesi delle caratteristiche della **progettualità regionale** finanziata dalle risorse rese disponibili dal **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione 6 Salute, Componente 2 - Sub investimento 1.1.1.** che mira ad innalzare il livello di maturità digitale dei presidi sede di Dipartimenti di Emergenza e Accettazione di I e II livello.

PNRR – Missione 6 Componente 2 - Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero – Sub investimento 1.1.1. (Digitalizzazione DEA I e II livello)



33.612.075,57 € assegnati alla Regione Marche dal PNRR ai fini della **Digitalizzazione dei DEA** dichiarati attraverso le **Schede AGENAS**.



Il **termine di esecuzione** posto a livello europeo è il **T2 2025 (30/06/2025)**. Entro tale data, attraverso la valutazione di HIMSS tramite il modello EMRAM dovrà essere attestato un **innalzamento del livello di digitalizzazione dei DEA**.



Progettualità: rifacimento del parco applicativo ospedaliero regionale attuale al fine garantire: **scambio ed utilizzo** appropriato delle informazioni sanitarie; **aderenza alle attuali linee guida** nazionali (AGID, FSE 2.0, etc); **semplificazione** della continuità operativa e della gestione amministrativa; **integrazione** dei percorsi. **Sebbene le iniziative di acquisizione ad oggi siano molteplici l'obiettivo è la realizzazione di un Sistema Informativo Sanitario Unico e Interoperabile.**

Digitalizzazione DEA I e II livello: quadro economico

Si rappresenta che **inizialmente era prevista la pubblicazione di un unico Capitolato Tecnico Speciale** che rifletteva il carattere unitario della progettualità a livello regionale. A valle delle interlocuzioni formali con gli Organi di Governo centrali (Consig, UMPNRR, MdS) si è proseguito con il seguente scenario:

Blocchi Funzionali oggetto d'acquisto	Tipologia di procedura d'acquisto	Importo (IVA esclusa)	Importo (IVA inclusa) + Incentivi ex art. 113 D.Lgs. 50/2016
Nuovo Sistema Informativo Ospedaliero Unico Regionale (Pronto Soccorso, ADT, Order Manager, Modulo Prescrizione, Cartelle Cliniche Elettroniche Ambulatoriale e di Reparto)	Appalto Specifico	8.819.489,59 €	10.759.777,30 €
Castella Clinica Specialistica di Oncoematologia Regionale, Castella Clinica Specialistica di Nefrologia e Dialisi Regionale e Sistema Gestionale del Trasfusionale Regionale	Appalto Specifico	2.495.898,24 €	3.044.995,85 €
Sistema Gestionale del Blocco Operatorio Regionale	Appalto Specifico	702.533,82 €	857.091,26 €
Cartella Clinica Specialistica di Terapia Intensiva e Rianimazione e CIS regionali	Appalto Specifico	2.155.061,78 €	2.629.175,37 €
Piattaforma di Interoperabilità (Digital Integration Hub, Modulo Consensi, Gestione Accessi e Identità, Archivio Dati Clinici, Gestione Cataloghi)	Ordinativo Diretto d'Acquisto	4.933.849,10 €	6.019.295,90 €
Totali		19.106.832,53 €	23.310.335,68 €

▪ Area tematica: Processi sanitari Distrettuali

Il sistema informativo che gestisce i processi lavorativi distrettuali risulta essere il sistema con contratto centralizzato regionale SIRTE; tra le situazioni più importanti si dovrà definire nel corso del triennio l'attivazione dell' *Order Entry* distrettuale.

Anche questo applicativo sarà oggetto della migrazione al *cloud* tramite la progettualità Misura 1.2 "Abilitazione e facilitazione migrazione al *Cloud*".

Un altro applicativo che è stato implementato è **SmartGRAD**, ovvero un servizio di gestione delle graduatorie, che permette di compilare e instradare le domande di inclusione in graduatorie regionali da parte di medici specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali. L'AST di Fermo si è dotata di tale applicativo su richiesta del servizio UOC DAT, vista la necessità di gestire le graduatorie di medici specialisti ambulatoriali, professionisti e i vantaggi che da esso possono seguire come:

- introduzione di un sistema tracciabile e trasparente sia in fase di acquisizione delle domande che di formulazione della graduatoria, con l'eliminazione di rischi di errore;

- possibilità di estrarre gli esiti al fine dei seguiti di competenza (provvedimenti e pubblicazione);
- risparmio in termini di ore/lavoro degli operatori addetti;
- dematerializzazione degli archivi;
- gestione di una unica Banca Dati regionale (e relativo archivio storico) delle graduatorie e dei medici partecipanti alle stesse;
- gestione dei dati relativi a ciascun medico, inerenti ai titoli, alle attività svolte e quant'altro previsto nella definizione delle graduatorie;
- calcolo e la gestione delle graduatorie;
- generazione e l'archiviazione delle graduatorie definitive relative al periodo di competenza.

▪ **Area tematica: Data center/network rete dati/passaggio al cloud/informatizzazione delle Case/Ospedali di comunità/COT**

Per quanto riguarda la connettività della rete dati aziendali, nel corso del triennio, l'attuale rete dati geografica verrà completamente sostituita con un'altra più performante ed adeguata alle esigenze della transizione digitale aziendale.

La Regione Marche ha sviluppato, infatti, la progettualità "Sanità connessa" che prevede la fornitura di servizi di connettività a banda ultra larga di tutte le strutture del servizio sanitario pubblico della nostra regione con connettività ad almeno 1 Gbps, con 10 Gbps per ospedali, strutture di ricovero e CED regionali ad uso della sanità. È previsto che le attuali reti SPC2 e FSE saranno migrate sulla nuova connettività che prevede una rete MPLS con Centro Stella Fermo per l'AST FM.

Attualmente sono state migrate circa l'80% delle linee "sanità connessa" compreso il nuovo Ospedale di Amandola e l'attuale Ospedale di Fermo.

In ossequio a quanto indicato dall'Agid, Determinazione 628/2021, si procederà, per le principali situazioni possibile, nell'arco temporale del triennio, alla migrazione ai servizi *cloud*, esclusivamente qualificati da Agid.

Nel PNRR sono previsti interventi con risorse destinate a investimenti in tecnologie per la trasformazione digitale delle Pubbliche Amministrazioni, come la prima componente della Missione 1, al cui interno è prevista "Abilitazione e facilitazione

delle PA locali nella migrazione al *cloud*”, (Misura 1.2) per migrare i propri applicativi in *cloud* sulla piattaforma PA digitale 2026.

L'approccio *cloud first*, vuole guidare e favorire l'adozione sicura, controllata e completa delle tecnologie *cloud* da parte del settore pubblico, in linea con i principi di tutela della privacy; così le infrastrutture digitali saranno più affidabili e sicure e così l'AST di Fermo potrà rispondere in maniera organizzata agli attacchi informatici, garantendo continuità e qualità nella fruizione di dati e servizi.

L'AST di Fermo, in considerazione del consolidato principio *cloud first*, degli obblighi di cui all'art.33 *septies* del DL 18 ottobre 2012, n.179, convertito, con modificazioni, dalla L. 17 dicembre 2012, n.221, e del regolamento AGID sui servizi *cloud*, ha provveduto alla stipula di convenzioni per la migrazione in *cloud*, sulla base del tipo di servizi e dei dati se critici o ordinari da migrare, presso la data center di Regione Marche (CSP qualificato) e il Polo Strategico Nazionale (PSN).

Con i fondi del PNRR Missione M6C2 1.1.1 “Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero”, tramite l'Accordo quadro CONSIP id 2002 lotto 6 in ambito “Sanità digitale – sistemi informativi clinico assistenziali” sono state informatizzate le nuove strutture previste per l'AST FM (come per le altre AST provinciali): Case della Comunità e COT.

▪ **Area tematica: Privacy e cyber security**

Considerata la vulnerabilità delle reti informatiche, dei sistemi informativi e dei servizi informatici, considerata la necessità di adottare e realizzare importanti infrastrutture tecnologiche, la direttiva dell'Unione europea (UE) 2016/1148, recepita in Italia con il D.lgs. n. 65/2018, ha introdotto disposizioni volte a conseguire un elevato livello di sicurezza delle reti e dei sistemi informativi nell'Unione Europea.

Considerata la necessità e l'urgenza di tale tematica, e secondo quanto previsto negli obiettivi indicati dalla Regione Marche, l'AST di Fermo, con Determina n. 773 del 07/12/2023, ha nominato un gruppo operativo della Cybersicurezza, che lavorerà in maniera congiunta e sinergica con i responsabili della Cybersicurezza regionale, al fine di poter agire tempestivamente in caso di attacchi informatici ed arginare la situazione di pericolo.

Da punto di vista tecnico/infrastrutturale la misura principale messa in atto è stata quella della sostituzione dei vecchi firewall di tutti i presidi dell'AST con dei più moderni e performanti Firewall di seconda generazione che ci hanno permesso di fare un grosso salto di qualità dal punto di vista della sicurezza e dell'affidabilità.

A breve, inoltre, sarà implementato il NAC (*Network Access Control*), ovvero un software che si integra sulla rete aziendale in grado di capire tutti i dispositivi che sono collegati alla LAN; è possibile poi dalla semplice GUI creare VLAN e/o disabilitare porte degli apparati di rete dove sono collegati dispositivi non ammessi per poterli escludere.

Si è inoltre introdotto un sistema Security Operations Center (SOC) centralizzato, fondamentale per la cybersicurezza aziendale, con dei fondi PNRR reperiti a livello regionale e gestiti in modo integrato con le AST. Si prevede anche di implementare un ulteriore appalto dell'AST di Fermo nel triennio 2025-2027, per migliorare le attività del sistema Security Operations Center, in base alle disponibilità economiche aziendali.

Insieme a Firewall e NAC il terzo punto rilevante, che potrà migliorare il grado di sicurezza della rete aziendale e la continuità del servizio informatico, sarà la sostituzione degli apparati attivi di rete ormai obsoleti e non più *compliance*, con quelli installati recentemente che si integrano con i sistemi sopra citati (Firewall e NAC). Tale sostituzione avverrà nel corso del triennio, compatibilmente con le risorse economiche disponibili.

Circa i riflessi della digitalizzazione sugli aspetti di gestione archivistica l'AST Fermo dovrà procedere alla nomina ex DPCM 03.12.2013 del responsabile della gestione documentale e di quello della conservazione individuando a tale scopo idonee professionalità tecnico-informatiche.

Piano degli indicatori e dei risultati attesi come risultati di performance

Gli obiettivi 2024, di cui alla presente sezione, successivamente all'adozione del PIAO, saranno assegnati alle articolazioni dell'Azienda.

Nel corso dell'anno, tali indicatori e risultati attesi verranno aggiornati sulla base degli obiettivi che la Regione assegnerà agli Enti del SSR per l'anno 2024 con apposita Delibera di Giunta e rendicontati nella Relazione sulla Performance 2024, 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, come accennato in precedenza, 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 una percentuale prestabilita degli adempimenti);
- Verifica indicatori di monitoraggio e stato dell'arte della pubblicazione dei dati sulla sezione "Amministrazione Trasparente" (invio report periodici);
- 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).

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.

Sottosezione 2.3 - RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

Premessa

Con l’emanazione della legge n. 190/2012 "*Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione*", il legislatore si è posto l'obiettivo di realizzare una efficace politica di prevenzione e di repressione della corruzione, attraverso la definizione di una prima disciplina organica della materia volta alla promozione della legalità e della integrità della pubblica amministrazione. Tale provvedimento normativo ha introdotto nel nostro ordinamento un sistema organico di prevenzione della corruzione articolato su due livelli: 1) un primo livello “nazionale”, con alla base un piano nazionale anticorruzione (PNA)

predisposto ed approvato dall'autorità nazionale anticorruzione (ANAC); 2) un secondo livello "decentrato", in cui ogni amministrazione pubblica definisce un piano triennale di prevenzione della corruzione (PTPC), che, sulla base delle indicazioni presenti nel PNA, effettua l'analisi e la valutazione dei rischi specifici di corruzione e conseguentemente indica gli interventi organizzativi volti a prevenirli.

Il D.L. n. 80/2021, convertito in L. n. 113/2021, all'art 6, ha stabilito che le pubbliche amministrazioni devono predisporre annualmente il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (c.d. PIAO), costituendo un documento di programmazione unico che accorpa e sostituisce diversi piani che le P.A. erano tenute a predisporre, tra cui il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza.

L'Azienda Sanitaria Territoriale di Fermo, divenuta operativa solo dal 2023, sta definendo la propria organizzazione da includere nell'Atto Aziendale, in corso di adozione. La Delibera Giunta Regione Marche (di seguito DGRM) n. 1718 del 19/12/2022, 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..."*.

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 Fermo 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;
- 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 recente costituzione (anno 2023) si osserva che la AST di Fermo non essendo ancora dotata di un proprio sito web e non avendo ancora adottato l'Atto Aziendale non ha potuto ridefinire l'alberatura del sistema "Amministrazione Trasparente".

Il PNA 2022 è stato aggiornato per l'anno 2023, con Delibera n. 605 del 19 dicembre 2023, alla luce del Nuovo Codice dei Contratti Pubblici (D. Lgs. 36/2023), il cui scopo 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". Gli ambiti di intervento dell'Aggiornamento al PNA 2022 sono circoscritti alla sola parte speciale del PNA 2022. In particolare, ci si riferisce:

- alla sezione dedicata alla schematizzazione dei rischi di corruzione e di *bad administration* e alle relative misure di contenimento, intervenendo solo laddove alcuni rischi e misure previamente indicati, in via esemplificativa, non trovino più adeguato fondamento nelle nuove disposizioni;
- alla disciplina transitoria applicabile in materia di trasparenza amministrativa alla luce delle nuove disposizioni sulla digitalizzazione del sistema degli appalti e dei regolamenti adottati dall'ANAC, in particolare ai sensi degli artt. 23, comma 5, e 28, comma 4, del D. Leg.vo 36/2023 (Delib. ANAC 20/06/2023, n. 261 e Delib. ANAC 20/06/2023, n. 264).

L'attività di redazione di questa sezione si pone in una fase storica complessa, una stagione di forti cambiamenti dovuti alle molte riforme, da un lato normative dovute all'entrata in vigore delle nuove disposizioni sul codice degli appalti (D. Lgs. n. 36/2023), dall'altra 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'emisfero orientale. Nella presente Sezione sono definiti gli obiettivi strategici in materia di anticorruzione e trasparenza, la cui attuazione contribuisce alla creazione del valore pubblico intesa come miglioramento della qualità della vita e del benessere economico, sociale, ambientale delle comunità di riferimento, degli utenti, degli *stakeholders*, dei destinatari di una politica o di un servizio. In quest'ottica, **la prevenzione della corruzione è dimensione del valore pubblico che ha natura trasversale relativamente a tutte le attività volte alla realizzazione della missione istituzionale di AST Fermo.**

Lo stesso concetto di valore pubblico è valorizzato attraverso un miglioramento continuo del processo di gestione del rischio, di pari passo con il miglioramento dei controlli interni. L'obiettivo del PIAO è di mettere a sistema gli strumenti di programmazione e di coordinare fra loro i vari documenti di programmazione, in quanto funzionali ad una verifica dell'efficienza dell'organizzazione nel suo complesso.

Come premessa metodologica si precisa che gli adempimenti in materia di PCT gravanti sulle UU.OO. dell'area sanitaria sono espletate con la collaborazione tecnica, per quanto di relativa conoscenza/competenza, delle corrispondenti UU.OO. dell'area amministrativa (ad es. DMO-DAO oppure Distretto Sanitario-DAT).

Definizione di Corruzione

Ai sensi di Legge, la AST di Fermo mira a scongiurare 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 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 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 Fermo

L'organigramma e le funzioni della AST di Fermo 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

L'individuazione degli **obiettivi strategici, che riguardano anche la trasparenza**, definiti dalla Direzione Aziendale, riguardano:

- garantire una continua e progressiva **mappatura di tutti i processi e attività a rischio** in modo da ridurre la possibilità di casi di corruzione creando un contesto sfavorevole alla corruzione, anche con riguardo alla gestione dei fondi del PNRR;
- **garantire la trasparenza e l'accessibilità** dei dati relative all'attività dell'ente mediante un costante aggiornamento della sezione "Amministrazione Trasparente";
- mantenere un **percorso di collegamento tra gli obiettivi dell'anticorruzione e della trasparenza con la sezione delle Performance ed il processo di valutazione del personale**, al fine di tradurre le misure di prevenzione della corruzione e di rispetto delle normative ed obblighi sulla trasparenza e pubblicazione dati, in obiettivi organizzativi assegnati al personale;
- **revisione e miglioramento della regolamentazione interna**;
- miglioramento continuo dell'informatizzazione dei flussi per alimentare la pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione trasparente";
- **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);
- **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*.

2.3.1 Valutazione di impatto del contesto esterno

Le fonti e la normativa : si rimanda sul punto al più recente PIAO approvato non essendo intervenute variazioni salienti a riguardo.

Il fenomeno corruttivo a livello regionale

Si rimanda sul punto al più recente PIAO approvato non essendo intervenute variazioni salienti a riguardo

Situazione economica del contesto esterno: si rimanda sul punto al più recente PIAO approvato non essendo intervenute variazioni salienti a riguardo

I soggetti che interagiscono con l'AST di Fermo

L'Azienda sanitaria territoriale di Fermo 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 nonché gli enti del terzo settore.

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

La Regione è direttamente protagonista dell'attività programmatica preordinata all'erogazione dei servizi sanitari, mentre A.S.T. ed Ospedali assumono un ruolo esecutivo.

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.T. 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.

2.3.2 Valutazione di impatto del contesto interno

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

I soggetti che concorrono alla prevenzione della corruzione all'interno dell'AST sono:

- a) il Direttore Generale;
- b) il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT);
- c) i Referenti del RPCT per le aree di propria competenza;
- d) tutti i restanti Dirigenti per l'area di propria competenza;
- e) l'O.I.V. e gli altri organismi ed articolazioni organizzative di controllo interno partecipi del processo di gestione del rischio;
- g) l'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD);
- h) La Commissione Paritetica ALPI;
- i) Il Nucleo Ispettivo ex L.n.662/96;
- l) tutti i dipendenti dell'amministrazione;
- m) i collaboratori a qualsiasi titolo dell'amministrazione.

Al Direttore Generale, in qualità di organo di indirizzo dell'Azienda, compete la designazione del Responsabile aziendale della prevenzione della corruzione e della trasparenza, l'approvazione del PIAO e dei relativi aggiornamenti, nonché l'adozione di tutti gli atti di indirizzo aziendali, di carattere generale, finalizzati, anche indirettamente, alla prevenzione della corruzione e la definizione degli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Inoltre, al fine di garantire che il RPCT possa svolgere il proprio ruolo e compiti con piena autonomia ed effettività, il Direttore Generale dispone le indifferibili modifiche organizzative ed implementazioni di organico necessarie per assicurare funzioni e poteri idonei al RPCT.

La centralità del RPCT ed il nuovo ruolo proattivo

Con Determina n.20 del 18/01/2024, è stata formalizzata la nomina del RPCT con durata dell'incarico è fissata in anni uno; tale incarico è stato prorogato all'odierno.

In considerazione della recentissima costituzione della AST di Fermo, il presente PIAO e la sezione rischi corruttivi e trasparenza dovranno essere aggiornati anche in funzione della definizione dell'assetto in divenire da inserire nell'Atto Aziendale, 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.

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 Fermo) dello specifico dovere di collaborare attivamente con il RPCT, dovere la cui violazione deve essere ritenuta particolarmente grave in sede di responsabilità disciplinare.

Con il presente documento viene assicurata 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 inconfiribilità 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;
- la Direzione Sanitaria del Distretto Sanitario e del Presidio Ospedaliero.

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 Fermo.

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 disciolta ASUR, comunque responsabile e referente per quanto avvenuto fino al 31/12/2022 la AST di Fermo ha individuato il gruppo dei referenti e doterà il RPCT di un ufficio appositamente dedicato al supporto del RPCT, con adeguato personale, risorse strumentali e finanziarie.

REFERENTI DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA	
Macroarea/Struttura/Ufficio	Qualifica
Gestione Risorse Umane	Direttore
Acquisti e Logistica	Direttore
Contabilità e Bilancio	Direttore
Servizi Informativi	Direttore
Controllo di Gestione	Dirigente
URP	Referente
Legale	Referente
Formazione	Dirigente
Patrimonio, nuove opere e attività tecniche	Direttore
Direzione Amministrativa Territoriale	Direttore
Direzione Amministrativa Ospedaliera	Direttore
Ingegneria Clinica	Dirigente
Dipartimento di Prevenzione	Direttore
Presidio Ospedaliero Unico	Direttore
Distretto Sanitario Unico	Direttore ff

Farmacia	Direttore
Affari Generali	Direttore
Rischio Clinico-Qualità	Direttore
DMO	Direttore
RPCT	Terminale di filiera

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

I Referenti (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 afferenza;
- 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 afferenza;
- 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 1 dicembre 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 1 dicembre), che sulla base dei monitoraggi periodici eseguiti durante l'anno che attesti il rispetto degli obblighi di trasparenza, 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 (quale struttura di supporto), svolgono attività informativa nei confronti del RPCT, affinché questi abbia elementi e riscontri volti ad assicurare e monitorare 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 1 dicembre 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 coinvolti per garantire il corretto e tempestivo adempimento delle disposizioni previste nel richiamato Regolamento tutt'ora vigente.

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; l'allegato al presente PIAO denominato Griglia di Pubblicazione riporta, in forma tabellare, 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.

E' prevedibile la difficoltà di integrale e tempestivo adempimento degli incombenzi pubblicitari gravanti sulle strutture ad isorisorse e nel mantenimento dell'attuale sito istituzionale ex ASUR.

Rapporti tra RPCT e Responsabile della Protezione dei Dati

Il Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati) ha apportato importanti novità in materia di trattamento dei dati personali e di privacy. In particolare, all'art. 37, ha stabilito l'obbligo per il titolare del trattamento di nominare un responsabile della protezione dei dati (RPD), che può essere individuato in una professionalità interna all'Ente o assolvere ai suoi compiti in base ad un contratto di servizi stipulato con persona fisica o giuridica esterna all'Ente.

Nel 2024, l'Ente ha proceduto all'individuazione dell'affidatario esterno del servizio della protezione dei dati personali (Morolabs srl, DPO Avv.to Michele Centoscudi

PEO: dpo.rpd.ast.fm@sanita.marche.it); la disciplina aziendale in materia è stata formalizzata con det.na n.671/2024.

Per le questioni di carattere generale riguardanti la protezione dei dati personali, il RPD costituisce una figura di riferimento e confronto anche per il RPCT e svolge i compiti di cui all'art. 39 del GDPR e, in particolare: informa e fornisce consulenza al titolare del trattamento o al responsabile del trattamento nonché ai dipendenti che eseguono il trattamento in merito agli obblighi derivanti dal Regolamento UE 679/2016 nonché da altre disposizioni normative relative alla protezione dei dati e funge da punto di contatto per l'autorità di controllo per questioni connesse al trattamento.

L'affidatario esterno del servizio garantisce in ogni caso il puntuale assolvimento di tutti gli obblighi contrattualmente assunti.

Analisi della struttura organizzativa e capitale umano

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

Il modello organizzativo da adottare sulla base dell'atto aziendale in corso di elaborazione, 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.

La Rete Ospedaliera

Il presidio ospedaliero unico (articolazione organizzativa ospedaliera dell'Azienda sanitaria territoriale dotata di autonomia gestionale allocata sulle due sedi di Fermo e di Amandola) 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.

Assistenza Territoriale

L'Azienda, **allo stato attuale e nelle more dell'approvazione dell'Atto Aziendale**, dispone del:

- Dipartimento di Prevenzione: è la macrostruttura 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.).

Nella AST di Fermo 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.

L'Assistenza territoriale viene altresì assicurata dal distretto sanitario unico con molteplici poliambulatori; esso è articolazione territoriale dell'AST che assicura 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 gli stabilimenti ospedalieri, tramite il loro inserimento nel Programma delle attività territoriali. Costituisce il livello territoriale di base in cui si realizza la gestione integrata tra servizi sanitari, socio-sanitari e sociali. L'articolazione distrettuale, acquisito il parere della Conferenza dei sindaci, è individuata dall'atto aziendale che per la AST di Fermo deve essere ancora definito, sulla base delle indicazioni della Regione Marche.

A livello distrettuale vengono assicurate 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).

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 è stato approvato il manuale 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

Mappatura dei processi

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.

Sarà effettuata la valutazione delle aree a maggior rischio-reato, attraverso la somministrazione di questionari a tutti i responsabili di struttura, per la quale è stata predisposta la mappatura dei rischi, ai sensi dell'art. 1, comma 75 L. 190/12 (vedasi relativa tabella in calce al presente documento).

La citata ricognizione dei rischi, eseguita, pertanto, nel rispetto delle previsioni contenute nel PNA, è parte sostanziale del presente documento e consentirà 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 (acquisti e logistica, bilancio, gestione del personale, prevenzione-vigilanza-controlli), nonché le aree specifiche (attività libero-professionale intramuraria e liste d'attesa; privato accreditato; farmaceutica; attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero).

Sulla base della matrice di rischio vengono proposti gli interventi correttivi come misure anticorruzione per ogni settore e la Griglia degli obblighi di pubblicazione, evidenziando in grigio le-sezioni abrogate o le informazioni non pertinenti .

A seguito dell'adozione dell'Atto Aziendale, potrà essere aggiornata la mappatura dei processi dell'area acquisti e dell'area del personale preliminare delle attività "sensibili". Infatti, così come suggerito dal PNA vigente, è intenzione di introdurre le misure di prevenzione e corruzione in forma di obiettivi di performance. 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 al direttore 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 salve le attribuzioni normative;
- 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.

Coerentemente con l'innovato 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.

Mappatura dei processi e criteri di valutazione del rischio

Il PIAO a partire dal triennio in corso 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 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.

Per il corrente anno sono stati individuati come collegati al PNRR, i processi di gestione dei relativi contratti e rendicontazione, identificando tra le misure da adottare l'attuazione della trasparenza nella nuova definizione.

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

- Acquisti e Logistica
- Contenzioso
- Contabilità, Bilancio e Finanza
- Controllo di Gestione
- Formazione
- Patrimonio, Nuove Opere e Attività tecniche
- 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;
- Distretto Sanitario;

- DMO.

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.

Gli esiti vengono riportati 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.

Le schede di rischio sono state esaminate dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione in uno a tutti i dirigenti e i delegati delle strutture, 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)	
<u>Discrezionalità</u>		<u>Impatto organizzativo</u>	
Il processo è discrezionale?		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)	
No, è del tutto vincolato	1		
E' parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari)	2		
E' parzialmente vincolato solo dalla legge	3		
E' parzialmente vincolato solo da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari)	4	Fino a circa il 20%	1
E' altamente discrezionale	5	Fino a circa il 40%	2
		Fino a circa il 60%	3
		Fino a circa l'80%	4
		Fino a circa il 100%	5

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 nel precedente PIAO.

Se 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 esser sanzionata anche come responsabilità disciplinare. 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.

Nel caso di 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.

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.

Misure principali

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

- nomina di un responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT);
- definizione degli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza;
- obblighi di pubblicazione (trasparenza proattiva) e accesso civico semplice e generalizzato (trasparenza reattiva);
- 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 (ordinaria e straordinaria) 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 (di livello generale e specifico);
- 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*);
- patto di integrità o protocollo di legalità;
- disciplina specifica in materia di tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (*whistleblower*).

Promuovere il Whistleblowing

La AST promuove il *Whistleblowing* nel rispetto della legge 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.

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. 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.

Il Regolamento aziendale attualmente vigente 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 email dedicato;
- 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 Fermo, via Dante Zeppilli n.18 63900 Fermo, 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.

E' altresì disponibile la piattaforma WhistleblowingPA.

L'indirizzo web di AST Fermo per il servizio digitale di whistleblowing è disponibile sul sito istituzionale

Nel corso dell'anno corrente, la AST di Fermo potrà aggiornare la Policy contenuta nel 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".

Nel suddetto regolamento, sentite le OO.SS., saranno ridefiniti i canali e le modalità di presentazione delle segnalazioni, nel rispetto della Delibera ANAC n° 311 del 12 luglio 2023.

Nelle more dell'adeguamento regolamentare, già a partire dal mese di gennaio 2024, in applicazione della predetta delibera 311/2023 e del D.lgs. n. 24/2023, la AST di Fermo attiva le modalità di segnalazione:

- in forma scritta, anche con modalità informatiche (piattaforma online il cui link viene pubblicato in Amministrazione Trasparente / Prevenzione della Corruzione / PIAO / allegato segnalazioni Whistleblowing);
- in forma orale, alternativamente attraverso linee telefoniche (attualmente tel.07346252040), con sistemi di messaggistica vocale o incontro diretto.

Le segnalazioni dalle quali non è possibile ricavare l'identità del segnalante sono considerate anonime.

Le segnalazioni anonime, ove circostanziate, sono equiparate da ANAC a segnalazioni ordinarie e trattate consequenzialmente in conformità a quanto previsto nei Regolamenti di vigilanza.

I soggetti del settore pubblico e del settore privato considerano le segnalazioni anonime ricevute attraverso i canali interni alla stregua di segnalazioni ordinarie, laddove ne sia prevista la trattazione. In tali casi quindi le segnalazioni anonime saranno gestite secondo i criteri stabiliti, nei rispettivi ordinamenti, per le segnalazioni ordinarie; AST Fermo si allinea a tale previsione.

Il d.lgs. n. 24/2023 stabilisce che sono oggetto di segnalazione, divulgazione pubblica o denuncia le informazioni sulle violazioni, compresi i fondati sospetti, di normative nazionali e dell'Unione europea che ledono l'interesse pubblico o l'integrità dell'amministrazione pubblica o dell'ente privato commesse nell'ambito dell'organizzazione dell'ente con cui il segnalante o denunciante intrattiene uno di rapporti giuridici qualificati considerati dal legislatore 28 (cfr. § 2.1.2). Le informazioni sulle violazioni possono riguardare anche le violazioni non ancora commesse che il whistleblower, ragionevolmente, ritiene potrebbero esserlo sulla base di elementi concreti. Tali elementi possono essere anche irregolarità e anomalie (indici sintomatici) che il segnalante ritiene possano dar luogo ad una delle violazioni previste dal decreto.

Non sono ricomprese tra le informazioni sulle violazioni segnalabili o denunciabili le notizie palesemente prive di fondamento, le informazioni che sono già totalmente di dominio pubblico, nonché le informazioni acquisite solo sulla base di indiscrezioni o vociferazioni scarsamente attendibili (cd. voci di corridoio).

Tenendo conto dell'ampiezza delle fattispecie che possono essere oggetto di segnalazione, divulgazione pubblica o denuncia, il legislatore ha tipizzato gli illeciti, gli atti, i comportamenti o le omissioni che possono essere segnalati, divulgati o

denunciati, indicando in modo dettagliato, anche se con una tecnica di rinvio piuttosto complessa, che cosa è qualificabile come violazione.

L'intento è di comprendere tutte quelle situazioni in cui si vanifica l'oggetto o la finalità delle attività poste in essere nel settore pubblico o privato per la piena realizzazione delle finalità pubbliche, che ne devino gli scopi o che minino il corretto agire dei soggetti pubblici o privati cui si applica la disciplina del whistleblowing.

Diversamente da quanto previsto nelle precedenti LLGG ANAC n. 469/2021, la violazione segnalabile non può consistere in una mera irregolarità.

Tuttavia, le irregolarità possono costituire quegli "elementi concreti" (indici sintomatici) tali da far ritenere ragionevolmente al whistleblower che potrebbe essere commessa una delle violazioni previste dal decreto e di seguito indicate.

La ratio di fondo, anche in base alle nuove disposizioni, in linea con la l. n. 190/2012, è quella di valorizzare i principi costituzionali di buon andamento e imparzialità dell'azione amministrativa di cui all'art. 97 Cost. nonché quello della correttezza dell'azione all'interno dei soggetti che operano nell'ambito di un ente pubblico o privato, rafforzando i principi di legalità nonché della libertà di iniziativa economica e di libera concorrenza tutelati ai sensi dell'art. 41 Cost.

Le violazioni possono riguardare sia disposizioni normative nazionali che dell'Unione europea.

NON POSSONO ESSERE OGGETTO DI SEGNALAZIONE, DIVULGAZIONE PUBBLICA O DENUNCIA:

- Le contestazioni, rivendicazioni o richieste legate ad un interesse di carattere personale della persona segnalante o della persona che ha sporto una denuncia all'Autorità giudiziaria che attengono esclusivamente ai propri rapporti individuali di lavoro o di impiego pubblico, ovvero inerenti ai propri rapporti di lavoro o di impiego pubblico con le figure gerarchicamente sovraordinate.
- Le segnalazioni di violazioni laddove già disciplinate in via obbligatoria dagli atti dell'Unione europea o nazionali indicati nella parte II dell'allegato al decreto ovvero da quelli nazionali che costituiscono attuazione degli atti dell'Unione europea indicati nella parte II dell'allegato alla direttiva (UE) 2019/1937, seppur non indicati nella parte II dell'allegato al decreto.
- Le segnalazioni di violazioni in materia di sicurezza nazionale, nonché di appalti relativi ad aspetti di difesa o di sicurezza nazionale, a meno che tali aspetti rientrino nel diritto derivato pertinente dell'Unione europea;
- Le segnalazioni in materia di violazione della disciplina antinfortunistica o di sicurezza e salute sui luoghi di lavoro;
- Le segnalazioni in materia di violazioni in materia giuslavoristica;
- Le segnalazioni circa violazioni in discipline soggette a specifica filiera di controllo (Privacy, Tributi, etc.);
- Le segnalazioni afferenti alla critica politica e/o al dibattito sindacale;

I motivi che hanno indotto la persona a segnalare, denunciare o divulgare pubblicamente sono irrilevanti ai fini della trattazione della segnalazione e della protezione da misure ritorsive; resta comunque fermo che non sono considerate segnalazioni di whistleblowing quelle aventi ad oggetto una contestazione, rivendicazione o richiesta legata ad un interesse di carattere personale del segnalante

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 Fermo, 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..

Resta inteso che non costituisce conflitto di interessi l’adozione di un atto dovuto e/o comunque attribuito alla sfera di competenza di un operatore nonostante la prevedibilità di eventuali cointeressenze.

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 vigente, 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 circa l’assenza di conflitti di interesse, il possesso dei requisiti per l’incarico e la insussistenza di impedimenti e/o decadenze rispetto al suo espletamento.

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 anche pregressi che possono coinvolgerli nello svolgimento della propria funzione che implichi responsabilità nella gestione delle risorse e nei processi decisionali in materia di appalti, 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.

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.

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 Fermo 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.

Pantouflage

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. 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 Fermo 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;
- l'obbligo di una dichiarazione da far compilare al dipendente al momento dell'ingresso e/o 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.

La AST di Fermo incentiva 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 inconfiribilità 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 potrà avvalersi della collaborazione degli uffici competenti dell'amministrazione (ad esempio, l'ufficio del personale o l'ufficio gare e contratti).

2.3.4b Misure Specifiche

Incarichi e nomine

La rilevazione effettuata attraverso la somministrazione dei questionari ad un campione significativo del personale addetto al settore ha dimostrato una buona allocazione del rischio, pur non essendo istituito un albo per l'attivazione di ogni tipologia di incarico, la PUBBLICITÀ LEGALE è praticamente sempre garantita; è attivo l'albo formatori per conoscere professionalità e disponibilità del personale interno al fine di conferire incarichi di docenza.

Conferimento incarichi dirigenziali

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; allo stato attuale sono vigenti i regolamenti approvati dall'ex ASUR Marche con le determine n. 587/2018 e n. 422/2020: 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

L'articolo 20 della Legge 5 agosto 2022 n. 118, entrato in vigore in data 27 agosto 2022, ha riscritto il comma 7 bis dell'articolo 15 del D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, introducendo modifiche sostanziali alle procedure di conferimento degli incarichi di Struttura Complessa del ruolo sanitario, segnatamente con riferimento alle fattispecie di seguito indicate:

- commissione esaminatrice: composizione, presidente e rispetto di parità di genere;
- operazioni di sorteggio;
- casi di scorrimento della graduatoria;
- esiti della selezione e natura concorsuale della stessa;
- conferimento dell'incarico.

La richiamata disposizione legislativa, così come recentemente modificata, demanda alle Regioni la disciplina dei criteri e delle procedure per il conferimento degli incarichi di direzione di Struttura Complessa della dirigenza sanitaria, sulla base dei principi previsti dalla disposizione stessa.

Con DELIBERAZIONE n. 215 del 27/02/2023, la GIUNTA REGIONALE MARCHE ha disposto di approvare, in applicazione dell'art. 20 L.R. n. 19/2022, le linee di indirizzo per gli Enti del SSR di cui all'allegato A formante parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, concernenti i criteri e le modalità per il conferimento degli incarichi di direzione di Struttura Complessa per la dirigenza medica, veterinaria e sanitaria ai sensi dell'art. 20 L. 118/2022.

Gli indirizzi (all'allegato A della DGRM citata) non trovano applicazione nel caso di conferimento di incarichi di Direttore di Dipartimento o Distretto, per i quali operano le disposizioni specifiche contenute nel D. Lgs. 502/1992; si stabilisce inoltre che per il conferimento degli incarichi di direzione di Struttura Complessa non possono essere utilizzati contratti a tempo determinato di cui all'art. 15 *septies* del D. Lgs. 502/1992. Le linee di indirizzo hanno previsto forme di selezione e trasparenza a garanzia della qualità del profilo del soggetto da incaricare.

Ai sensi della disciplina attuale, le aziende sanitarie, individuato il fabbisogno, debbono procedere ad emettere apposito avviso pubblico per la copertura –della posizione di direzione della struttura complessa, da pubblicarsi in forma integrale sul Bollettino Ufficiale della Regione Marche e sul sito aziendale e, per estratto, sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana.

Incarichi a soggetti esterni

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.

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, direttore area socio-sanitaria, 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.

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.

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 temperare la tutela oggettiva dell'amministrazione (il suo prestigio, la sua imparzialità, la sua funzionalità) con quei diritti.

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.

Incompatibilità e inconferibilità

Per quanto riguarda il personale dirigenziale e non dirigenziale, 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 o di decadenza, 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 entro il termine ordinatorio di 15 giorni dal momento in cui ha avuto notizia della causa di inconferibilità o di incompatibilità o decadenza.
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 ovvero tramite il gestionale di protocollo PALEO.
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 o di decadenza dall'incarico.
2. Il dirigente, in caso di incompatibilità, ove consentito, 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. in caso 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 ordinatorio 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 inconfiribilità/decadenza 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/decadenza.
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, per l'adozione dei provvedimenti previsti dal D.Lgs. n. 39/2013.

Art. 4 - Ulteriori contestazioni del RPCT

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.

Gestione entrate, spese e patrimonio

Bilancio e Gestione dei pagamenti

La rilevazione effettuata attraverso la somministrazione dei questionari ad un campione significativo del personale addetto al settore ha dimostrato che le attività connesse ai pagamenti presentano rischi bassi di corruzione.

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 fatturazione 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 (riferimento Det.ASUR n. 605 del 2/12/2021);
3. tutti i mandati di pagamento e le reversali di incasso hanno una doppia firma, al fine di realizzare un controllo incrociato, sono tutti ordinativi informatici (OPI) che confluiscono nel sistema informatico SIOPE+; questo sistema trasferisce i dati dei pagamenti alla Piattaforma dei Crediti commerciali (PCC) del MEF al fine di associare le fatture e i rispettivi pagamenti;
4. la pubblicazione sul sito della trasparenza dell'indice trimestrale di tempestività dei pagamenti avviene con cadenza trimestrale, mentre quella del bilancio consuntivo secondo gli schemi ministeriali di conto economico sarà effettuata solo dopo l'approvazione del documento da parte della Regione Marche;
5. la gestione contabile-patrimoniale trasparente delle risorse attraverso la corretta tenuta delle scritture contabili (registrazione di bilancio e rilevazioni veritiere);
6. l'AST di Fermo con Determina del Direttore Generale 624 del 24 ottobre 2024 ha preso atto della riprogrammazione del percorso attuativo della certificabilità, di cui alla DGR n. 435 del 25 Marzo 2024, e di recepire le procedure PAC di cui alla Determina

del Direttore Generale ASUR n. 804 del 29/12/2017, integrata con la Determina del Direttore Generale ASUR n. 624 del 14/10/2022. Il Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC) dei bilanci degli enti del SSN è stato introdotto con la legge n. 266 del 23/12/2005 e il successivo decreto ministeriale del 17/9/2012. Con successivo D.M. del 01/03/2013 sono stati definiti i percorsi attuativi della certificabilità con cui vengono definiti i requisiti comuni in termini di standard organizzativi, contabili e procedurali. La Regione Marche, per dare adempimento alle norme nazionali, ha avviato un percorso con gli Enti del SSR e con varie delibere di Giunta, da ultimo con la DGR n. 435 del 25 Marzo 2024, sono state riprogrammate le tappe del percorso attuativo.

Area Patrimonio e Servizi Manutentivi

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 è 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 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 e indisponibile dell'AST, deve essere pubblicato in Amministrazione Trasparente; il patrimonio disponibile è oggetto di progressiva dismissione per quanto concerne i cespiti non aventi rilevanza strategica.

Il rischio della gestione immobiliare 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. Le informazioni relative alla consistenza di beni immobili posseduti o detenuti devono essere 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. Il rafforzamento di queste misure può eventualmente avvenire pubblicando dati ulteriori facoltativi quali, ad esempio, il valore degli immobili di proprietà, utilizzati e non utilizzati, le modalità e le finalità di utilizzo, le procedure di dismissione.

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 resi disponibili tutti i dati richiesti dall'Art. 30 D.Lgs. n. 33/2013 novellato dal D.Lgs. 97/2016 a cura della struttura tecnica patrimonio e nuove opere.

Attività di vigilanza, controlli, ispezioni

La rilevazione effettuata in altre realtà aziendali attraverso la somministrazione dei questionari ad un campione significativo del personale addetto al settore ha dimostrato che le attività presentano rischi bassi di corruzione, sono sempre più standardizzate e le procedure sono informatizzate. Va rafforzata in alcune aree l'omogeneizzazione della regolamentazione e della modulistica nonché la rotazione del personale per i controlli.

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

Attività ALPI

La rilevazione effettuata in altre realtà aziendali attraverso la somministrazione dei questionari ad un campione significativo del personale addetto al settore ha dimostrato che le attività presentano rischi bassi di corruzione, sono sempre più standardizzate e le procedure sono informatizzate.

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 dell’attività libero professionale in agende gestite da sistema informativo;
- pianificazione dei volumi dell’attività istituzionale e libero professionale (ex DGR 106/2015);
- istituzione e operatività della Commissioni paritetica bilaterale
- istituzione e operatività dei Servizi ispettivi;
- in AST FM sono stati istituiti la Commissione Paritetica ALPI ed il Nucleo Ispettivo ex L.n.662/96.

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 attraverso la adozione del piano annuale volumi ALPI/SSN con apposita determina costituente integrazione d'ufficio delle schede negoziate;
- 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 a cura del COGEST ;
 - nei Direttori di Unità operativa complessa: sarà stato predisposto un format aziendale per la comunicazione del piano di lavoro dei titolari di Unità operativa complessa dell'Area Sanitaria a cura dell'Ufficio Personale;
- 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;

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 numero particolarmente esiguo di prestazioni svolte.

Allo scopo di uniformare la disciplina dell'ALPI (inclusa quella dei supporti) tra le varie AA.SS.TT., anche per più approfondita valutazione delle questioni legate al c.d. *intramoenia* allargato in spazi pubblici di altri Enti SSR, tutta la regolamentazione interna vigente in materia è confermata fino al 12° mese successivo all'approvazione di tale provvedimento da parte di tutte le AA.SS.TT. sino successiva a revisione.

La materia ex art. DL n.34/2023 art.13 e s.m. non costituisce ALPI ed è affidata gestionalmente all'Ufficio Personale.

Liste di attesa

Nell'ultimo decennio sono state adottate diverse iniziative, a livello nazionale/regionale, per ridurre le liste di attesa e contenere i tempi di accesso alle prestazioni sanitarie. Nelle Intese siglate in sede di Conferenza Stato Regioni il

contenimento delle liste di attesa è divenuto, infatti, oggetto di una disciplina specifica, prevedendo il coinvolgimento di tutti i livelli di governo del Servizio Sanitario nel monitoraggio e nella quantificazione del fenomeno delle liste di attesa.

In seno alle ridette intese è scaturito il “Piano nazionale di governo delle liste di attesa” (PNGLA) destinato ad essere recepito da ciascuna Regione nel “Piano regionale di governo delle liste di attesa”, nonché nei “Piani attuativi aziendali”, elaborati dalle singole aziende e strutture sanitarie, in cui il PNGLA 2019 – 2021 costituisce il principale strumento diretto a regolare in modo uniforme su tutto il territorio nazionale l’accesso alle prestazioni sanitarie.

Con DGR n. 462 del 16/04/2019 la Regione Marche ha recepito il “PNGLA 2019-2021 (Rep. Atti n.28/CSR del 21 febbraio 2019). Nuovo Piano Regionale per il Governo delle Liste d'Attesa (PRGLA) per gli erogatori pubblici e privati accreditati”, cui ha fatto seguito il formale recepimento degli Enti del SSR, per quel che afferisce l’ASUR il Piano Attuativo approvato con Determina ASUR DG n.628 del 15/11/2019 “Adozione del Piano Attuativo Aziendale per il governo delle Liste di Attesa. Recepimento e attuazione della DGRM n. 462/2019”. Le criticità emerse nella gestione delle liste di attesa per prestazioni specialistiche e ricoveri già prima del 2020, si sono significativamente acuite a causa dell’emergenza pandemica rendendo necessari, negli ultimi tre anni, stanziamenti di risorse ad hoc destinati al recupero delle prestazioni non erogate per cause strettamente correlate al fenomeno pandemico da Covid – 19.

Nell’intento di rafforzare il processo di riassorbimento delle prestazioni ambulatoriali, dei ricoveri ospedalieri e di screening rimasti inevasi, il Governo è intervenuto con il decreto-legge 14/8/2020, n.104 (convertito dalla Legge 13/10/2020 n.126) sulla base del cui articolo 29, comma 1, le Regioni e gli enti del SSN potevano avvalersi, sino al 31/12/2020, di strumenti straordinari, anche in deroga ai vincoli previsti dalla legislazione vigente in materia di spesa per il personale, per il recupero dei ricoveri e delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di screening, non erogati nel periodo dell'emergenza epidemiologica, nonché di risorse specifiche finalizzate del Fondo Sanitario. La Regione Marche, a tale riguardo, ha adottato il Piano Operativo per il recupero delle liste di attesa con DGRM n.1323 del 10/09/2020: “Art. 29 decreto-legge 14/8/2020, n.104 azioni relative al personale dipendente, lavoratore autonomo e convenzionato ai fini della realizzazione del piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa”.

L’art. 26 del DL n. 73/2021 ha previsto la proroga delle risorse già stanziare con il decreto-legge n.104, fino al 31/12/2021, al fine di consentire un maggior recupero delle prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti in regime di elezione e delle prestazioni di specialistica ambulatoriale non erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate e che dette misure sono state ulteriormente prorogate, nella Legge di bilancio 2022, al fine di garantire la piena attuazione del Piano Operativo per il recupero delle liste di attesa di cui all’ articolo 29 sopra citato. La Regione Marche, in materia, con DGRM

490 del 02/05/2022 “Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste d'attesa di cui alla DGR n. 1323/2020 ex art. 29 del DL 104/2020 - Rimodulazione per l'anno 2022 ai sensi della Legge n. 234 del 30 dicembre 2021, art 1 commi 276 - 279” ha rimodulato il Piano Operativo per il recupero delle liste di attesa di cui alla DGR 1323/2020.

L'ulteriore proroga degli strumenti straordinari adottati dal 2022 è avvenuta con DL n.198 del 29/12/2022 - art 4 comma 9 - octies “Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi”, convertito con modificazioni dalla L. 24 febbraio 2023, n. 14, di cui parte del finanziamento previsto - 70% del valore stimato delle risorse finalizzate a livello statale - è stato assegnato agli Enti del SSR con DGRM 1046/2023. In aggiunta, nel corso del 2022 e nel 2023 la Regione e gli Enti del SSR, data la rilevanza e le criticità degli obiettivi da raggiungere nell'ambito delle Liste di Attesa, hanno istituito una rete di referenti delle liste di attesa, a livello regionale, aziendale e distrettuale.

A livello regionale, con decreto del Direttore del Dipartimento Salute n.22 del 15/6/2022 è stata prevista la costituzione di un Gruppo Guida Sovra Territoriale con funzioni di pianificazione e monitoraggio e un Gruppo Territoriale con funzioni di monitoraggio attivo anche con il fine di sviluppare un'attività di programmazione e pianificazione delle attività nell'ambito del CUP regionale.

A livello aziendale/locale, lo strumento organizzativo adottato dalle ex Aree Vaste è stato quello dei Comitati Tecnici delle Liste di Attesa, la cui costituzione e composizione è stata prevista dall' Allegato A della determina ASUR DG n. 280 del 01/05/2014 “Piano Attuativo Aziendale (PAA) per il contenimento dei Tempi di Attesa (TdA) ai sensi della DGRM n. 1 del 07/01/2014, avvio e sviluppo”.

Conseguentemente, oltre alle funzioni complessive di governo e monitoraggio dei tempi di attesa, i Comitati Tecnici sono coinvolti nella formulazione dei PAA (quale strumento operativo Aziendale confermato anche dall'ultima Intesa Stato – Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il Triennio 2019-2021).

Con determina n.143 del 03.03.2023 è stato nuovamente costituito il “Comitato Tecnico per il contenimento dei tempi di Attesa” dell'AST di Fermo, con il compito di supportare la Direzione Generale nelle attività di indirizzo, monitoraggio e valutazione delle specifiche azioni da adottarsi in materia di strutturazione dell'offerta e di modalità omogenee di gestione delle liste d'attesa, ed in particolare:

- Aggiornamento/modifica delle agende con i tempi unitari per prestazione esistenti in periodo pre - covid (2019);
- Indicazioni sui volumi di attività e obiettivi da assegnare alle UUOO nel Budget in tema di tempi di attesa;
- Autorizzazione preventiva alla creazione delle agende di prenotazione ambulatoriali, sulla base dei volumi di attività e risorse assegnate;

- Autorizzazione preventiva alla sospensione delle agende di prenotazione che comportano una qualsiasi riduzione dell'offerta di prestazioni ambulatoriali;
- Formulazione di un piano di recupero delle liste di attesa, attuativo della DGRM 1046/2023 e degli altri istituti contrattuali utilizzabili per incentivare l'offerta di prestazioni, da negoziare con gli erogatori;
- Gestione del tavolo di confronto con i MMG/PLS sulle regole di accesso alle prestazioni con priorità, mediante il coinvolgimento dei Direttori di Distretto o loro delegati;
- Indicazioni per la committenza verso il privato accreditato finalizzate alla riduzione delle Liste di attesa;
- Gestione del tavolo di committenza verso l'Azienda Ospedaliero - Universitaria delle Marche e l'INRCA finalizzato alla gestione delle Liste di attesa dei residenti dell'AST Fermo.

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

- a) 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
- b) 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 corrente:

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

La rilevazione effettuata in altre realtà aziendali attraverso la somministrazione dei questionari ad un campione significativo del personale addetto al settore ha dimostrato che le attività presentano rischi bassi di corruzione.

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 potrebbe essere 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 possono 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 abusi 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 quali- quantitativo 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, 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 potrebbe costituire un punto di rilievo 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, al Direttore del Distretto e al vertice aziendale;
- potenziare le attività di distribuzione diretta tramite le farmacie interne;
- elaborare *reports* trimestrali relativi al consumo di beni sanitari da parte dei centri di costo ospedalieri e territoriali che vengono inviati al COGEST al fine di valutare eventuali scostamenti dal budget assegnato;

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 e nelle strutture territoriali

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 Fermo 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 Il PNRR e i contratti pubblici.

Contratti Pubblici in Sanità

Nella materia dei contratti pubblici rileva l'Aggiornamento 2023 del PIANO NAZIONALE ANTICORRUZIONE, adottato con Delibera ANAC n. 605 del 19 dicembre 2023.

Nel corso del 2023 la disciplina dei contratti pubblici è stata interessata da una serie di interventi legislativi che hanno contribuito a innovarne significativamente l'assetto. L'entrata in vigore il 1° aprile 2023, con efficacia dal successivo 1° luglio 2023, del nuovo Codice dei contratti pubblici di cui al d.lgs. 36/2023 (nel seguito, anche "nuovo Codice") e la conferma di diverse norme derogatorie contenute nel d.l. 76/2020 e nel

d.l. n. 77/2021 riferite al d.lgs. 50/2016 (nel seguito, anche “vecchio Codice” o “Codice previgente”), hanno determinato un nuovo quadro di riferimento, consolidando, al contempo, alcuni istituti e novità introdotte negli ultimi anni. L’assetto normativo in essere dopo il 1° luglio 2023 determina pertanto la seguente tripartizione:

- a) procedure di affidamento avviate entro la data del 30 giugno 2023, c.d. “procedimenti in corso”, disciplinate dal vecchio Codice (art. 226, comma 2, d.lgs. 36/2023);
- b) procedure di affidamento avviate dal 1° luglio 2023 in poi, disciplinate dal nuovo Codice;
- c) procedure di affidamento relative a interventi PNRR/PNC, disciplinati, anche dopo il 1° luglio 2023, dalle norme speciali riguardanti tali interventi contenute nel d.l. 77/2021 e ss.mm.ii. e dal nuovo Codice per quanto non regolato dalla disciplina speciale.

Con riferimento a tutte le suddette procedure di affidamento, l’Autorità fornisce puntuali indicazioni sui diversi regimi di trasparenza da attuare, in base alla data di pubblicazione del bando/avviso e dello stato dell’esecuzione del contratto alla data del 31.12.2023.

Come ulteriori elementi di novità introdotti dal d.lgs. 36/2023, anche in evoluzione e graduazione rispetto al quadro normativo precedente, si annoverano:

- le disposizioni sulla digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti pubblici recate dalla Parte II del Codice, ovvero dagli artt. 19 e ss. d.lgs. 36/2023, la cui attuazione decorre dal 1° gennaio 2024, come fattore, tra l’altro, di standardizzazione, di semplificazione, di riduzione degli oneri amministrativi in capo agli operatori economici, nonché di trasparenza delle procedure; sia pure a fronte, quanto meno nel medio periodo, di un corrispondente aggravio per la Stazione Appaltante sotto il profilo sia della procedura sia delle competenze necessarie al suo espletamento;
- le norme in materia di qualificazione delle stazioni appaltanti di cui agli artt. 62 e 63, d.lgs. 36/2023.

Qualificazione e digitalizzazione costituiscono, quindi, pilastri del nuovo sistema e la loro effettiva, piena, attuazione potrebbe medio tempore contribuire a velocizzare l’affidamento e la realizzazione delle opere, riducendo al contempo i rischi di *bad admistration* mediante la previsione di committenti pubblici dotati di adeguate capacità, esperienza e professionalità e tramite la maggiore trasparenza e tracciabilità delle procedure.

L’aspetto particolarmente rilevante del nuovo Codice è rappresentato dall’inedita introduzione di alcuni principi generali, di cui i più importanti sono i primi tre declinati nel testo, veri e propri principi guida, ossia quelli del risultato, della fiducia e dell’accesso al mercato. Il nuovo Codice enuncia inoltre il valore funzionale della concorrenza e della trasparenza, tutelate non come mero fine ovvero sotto il profilo di

formalismi fine a sé stessi, ma come mezzo per la massimizzazione dell'accesso al mercato e il raggiungimento del più efficiente risultato nell'affidamento e nell'esecuzione dei contratti pubblici.

Tenuto conto del quadro normativo descritto l'ANAC ha fornito le seguenti precisazioni circa l'applicabilità delle indicazioni in materia di contratti pubblici contenute nella Parte Speciale del PNA 2022 e nel presente Aggiornamento 2023:

1. si applica il PNA 2022 a tutti i contratti con bandi e avvisi pubblicati prima del 1° luglio 2023, ivi inclusi i contratti PNRR;
2. si applica il PNA 2022 ai contratti con bandi e avvisi pubblicati dal 1° luglio 2023 al 31 dicembre 2023, limitatamente alle specifiche disposizioni di cui alle norme transitorie e di coordinamento previste dalla parte III del nuovo Codice (da art. 224 a 229);
3. si applica il PNA 2022 ai contratti PNRR con bandi e avvisi pubblicati dal 1° luglio 2023, con l'eccezione degli istituti non regolati dal d.l. n. 77/2021 e normati dal nuovo Codice (ad esempio, la digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti), per i quali si applica il presente Aggiornamento 2023;
4. si applica l'Aggiornamento 2023 ai contratti con bandi e avvisi pubblicati dal 1° luglio 2023, tranne quelli di cui ai precedenti punti 2 e 3.

Il Responsabile unico del procedimento/progetto (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.

In particolare il responsabile unico del progetto sostituisce il responsabile unico del procedimento, a parità di acronimo, al fine di accentuare e valorizzare gli aspetti di progettazione complessa; ove i responsabili delle singole fasi (programmazione, progettazione, gara ed esecuzione) retrocedono e vengono posti sotto il coordinamento di tale nuova figura, in tutto assimilabile a quella di *project manager*.

Si prende atto che la delicatezza e responsabilità dei compiti connessi alla figura del RUP, specie per quanto riguarda il responsabile unico del procedimento, ha originato una vertenza sindacale da parte di O.S. dell'area della dirigenza sanitaria ritenendosi tale attribuzione di incarico avulsa dal mansionario professionale ordinistico.

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.

I Servizi Sanitari dell'AST, alla luce delle loro peculiari competenze specialistiche, collaborano anche all'identificazione dei fabbisogni e delle caratteristiche tecniche dei prodotti da mettere in gara e 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 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 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 può 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 e conservate dal RUP nel fascicolo di gara, 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.

Va comunque segnalato che il nuovo codice appalti (art.49 segg.) ha potenziato l'istituto dell'affidamento diretto fino ad € 140.000 (I.E.) per servizi e forniture e fino ad € 150.000 (I.E.) per lavori - quale corollario del principio di fiducia- compensato funzionalmente dall'irrigidimento del principio di rotazione da applicarsi tramite l'utilizzo del codice merceologico CPV.

Patto di Integrità e RASA

Con comunicato del 28 ottobre 2013, l'ANAC ha stabilito che ogni stazione appaltante è tenuta "a nominare con apposito provvedimento il soggetto responsabile incaricato della verifica e/o della compilazione e del successivo aggiornamento, almeno annuale, delle informazioni e dei dati identificativi della stazione appaltante stessa, denominato Responsabile dell'Anagrafe della Stazione Appaltante (RASA)".

Successivamente il PNA 2016 ha previsto l'indicazione di tale figura nel PTPCT, individuandola come misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione.

L'obbligo informativo, consistente nell'implementazione della banca dati nazionale dei contratti pubblici presso l'ANAC dei dati relativi all'anagrafica della stazione appaltante, la classificazione della stessa e l'articolazione in centri di costo, sussiste fino alla data di entrata in vigore del sistema di qualificazione delle stazioni appaltanti previsto dall'art. 38 del D.Lgs. n. 50/2013.

Il Responsabile Anagrafe Stazione Appaltante (RASA) per l'AST è il Direttore della UOC Acquisti & Logistica. Il suddetto nominativo è registrato, a cura del RASA stesso, sul portale Anagrafe Unica Stazione Appaltante (AUSA).

Come previsto dalla DGR 1718/2022, attualmente, nelle more dell'adozione dei nuovi regolamenti da parte dell'AST, rimangono vigenti gli atti generali ex ASUR pertinenti la materia degli approvvigionamenti/lavori pubblici.

Il vigente patto di integrità aziendale 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; al momento è parimenti richiamato, entrando a far parte del corpo negoziale "per relationem" in quanto l'espressa sottoscrizione comporterebbe ulteriore aggravio procedurale. Può

ipotizzarsi per dall'1/01/2024 la sottoscrizione digitale potrebbe essere introdotta, tenuto conto del minor impatto

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.

La trasparenza dei contratti pubblici a seguito dell'entrata in vigore del d.lgs. n. 36/2023

La disciplina che dispone sugli obblighi di pubblicazione in materia di contratti pubblici di lavori, servizi e forniture si rinviene oggi all'art. 37 del d.lgs. 33/2013 e nel nuovo Codice dei contratti di cui al d.lgs. n. 36/2023 che ha acquistato efficacia dal 1° luglio 2023 (art. 229, co. 2).

In particolare, sulla trasparenza dei contratti pubblici il nuovo Codice ha previsto:

- che le informazioni e i dati relativi alla programmazione di lavori, servizi e forniture, nonché alle procedure del ciclo di vita dei contratti pubblici, ove non considerati riservati ovvero secretati, siano tempestivamente trasmessi alla Banca dati nazionale dei contratti pubblici (BDNCP) presso l'ANAC da parte delle stazioni appaltanti e dagli enti concedenti attraverso le piattaforme di approvvigionamento digitale utilizzate per svolgere le procedure di affidamento e di esecuzione dei contratti pubblici (art. 28);
- che spetta alle stazioni appaltanti e agli enti concedenti, al fine di garantire la trasparenza dei dati comunicati alla BDNCP, il compito di assicurare il collegamento tra la sezione «Amministrazione trasparente» del sito istituzionale e la stessa BDNCP, secondo le disposizioni di cui al d.lgs. 33/2013;
- la sostituzione, ad opera dell'art. 224, co. 4 del Codice, dell'art. 37 del d.lgs. 33/2013 rubricato “Obblighi di pubblicazione concernenti i contratti pubblici di lavori, servizi e forniture” con il seguente: “1. Fermo restando quanto previsto dall'articolo 9-bis e fermi restando gli obblighi di pubblicità legale, le pubbliche amministrazioni e le stazioni appaltanti pubblicano i dati, gli atti e le informazioni secondo quanto previsto dall'articolo 28 del codice dei contratti pubblici di cui al decreto legislativo di attuazione della legge 21 giugno 2022, n. 78. 2. Ai sensi dell'articolo 9-bis, gli obblighi di pubblicazione di cui al comma 1 si intendono

assolti attraverso l’invio dei medesimi dati alla Banca dati nazionale dei contratti pubblici presso l’ANAC e alla banca dati delle amministrazioni pubbliche ai sensi dell’articolo 2 del decreto legislativo 29 dicembre 2011, n. 229, limitatamente alla parte lavori.”

- che le disposizioni in materia di pubblicazione di bandi e avvisi e l’art. 29 del d.lgs. 50/2016 recante la disciplina di carattere generale in materia di trasparenza (cfr. Allegato 9 al PNA 2022) continuano ad applicarsi fino al 31 dicembre 2023;
- che l’art. 28, co. 3 individua i dati minimi oggetto di pubblicazione e che in ragione di tale norma è stata disposta l’abrogazione, con decorrenza dal 1°luglio 2023, dell’art. 1, co. 32 della legge n. 190/2012.

A completamento del quadro normativo descritto occorre richiamare i provvedimenti dell’Autorità che hanno precisato gli obblighi di pubblicazione e le modalità di attuazione degli stessi a decorrere dal 1°gennaio 2024:

- la deliberazione ANAC n. 261 del 20 giugno 2023 recante “Adozione del provvedimento di cui all’articolo 23, comma 5, del decreto legislativo 31 marzo 2023, n. 36 recante «Individuazione delle informazioni che le stazioni appaltanti sono tenute a trasmettere alla Banca dati nazionale dei contratti pubblici attraverso le piattaforme telematiche e i tempi entro i quali i titolari delle piattaforme e delle banche dati di cui agli articoli 22 e 23, comma 3, del codice garantiscono l’integrazione con i servizi abilitanti l’ecosistema di approvvigionamento digitale”. La delibera – come riporta il titolo - individua le informazioni che le stazioni appaltanti sono tenute a trasmettere alla BDNCP attraverso le piattaforme telematiche;
- la deliberazione ANAC n. 264 del 20 giugno 2023 e ss.mm.ii. recante “Adozione del provvedimento di cui all’articolo 28, comma 4, del decreto legislativo n. 31 marzo 2023, n. 36 recante individuazione delle informazioni e dei dati relativi alla programmazione di lavori, servizi e forniture, nonché alle procedure del ciclo di vita dei contratti pubblici che rilevano ai fini dell’assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui al decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 e relativo allegato 1). La delibera – come riporta il titolo - individua gli atti, le informazioni e i dati relativi al ciclo di vita dei contratti pubblici oggetto di trasparenza ai fini e per gli effetti dell’articolo 37 del decreto trasparenza e dell’articolo 28 del Codice.

In particolare, nella deliberazione n. 264/2023 l’Autorità ha chiarito che gli obblighi di pubblicazione in materia di contratti pubblici sono assolti dalle stazioni appaltanti e dagli enti concedenti:

- con la comunicazione tempestiva alla BDNCP, ai sensi dell’articolo 9-bis del d.lgs. 33/2013, di tutti i dati e le informazioni individuati nell’articolo 10 della deliberazione ANAC n. 261/2023;

- con l'inserimento sul sito istituzionale, nella sezione "Amministrazione trasparente", di un collegamento ipertestuale che rinvia ai dati relativi all'intero ciclo di vita del contratto contenuti nella BDNCP. Il collegamento garantisce un accesso immediato e diretto ai dati da consultare riferiti allo specifico contratto della stazione appaltante e dell'ente concedente ed assicura la trasparenza in ogni fase della procedura contrattuale, dall'avvio all'esecuzione;
- con la pubblicazione in "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale dei soli atti e documenti, dati e informazioni che non devono essere comunicati alla BDNCP, come elencati nell'Allegato 1) della delibera n. ANAC 264/2023 e successivi aggiornamenti.

Alla luce delle disposizioni vigenti richiamate, delle abrogazioni disposte dal Codice, dell'efficacia differita prevista per alcune disposizioni, si valuta che la trasparenza dei contratti pubblici sia materia governata da norme differenziate, che determinano distinti regimi di pubblicazione dei dati e che possono essere ripartiti nelle seguenti fattispecie:

- a) Contratti con bandi, avvisi o richieste di offerta RDO MePa pubblicati prima o dopo il 1° luglio 2023 ed esecuzione conclusa entro il 31 dicembre 2023.
- b) Contratti con bandi, avvisi o richieste di offerta RDO MePa pubblicati prima o dopo il 1° luglio 2023 ma non ancora conclusi alla data del 31 dicembre 2023.
- c) Contratti con bandi, avvisi o richieste di offerta RDO MePa pubblicati dopo il 1° gennaio 2024.

Fattispecie	Pubblicità trasparenza
Contratti con bandi e avvisi pubblicati prima o dopo il 1° luglio 2023 ed esecuzione conclusa entro il 31 dicembre 2023	Pubblicazione nella "Sezione Amministrazione trasparente" sottosezione "Bandi di gara e contratti", secondo le indicazioni ANAC di cui all'All. 9) al PNA 2022
Contratti con bandi e avvisi pubblicati prima o dopo il 1° luglio 2023 ma non ancora conclusi alla data del 31 dicembre 2023	Assolvimento degli obblighi di trasparenza secondo le indicazioni di cui al comunicato sull'avvio del processo di digitalizzazione che ANAC, d'intesa con il MIT, ha adottato con Delibera n. 582 del 13 dicembre 2023, oltre che con Pubblicazione nella "Sezione Amministrazione trasparente" sottosezione "Bandi di gara e contratti"
Contratti con bandi e avvisi pubblicati dopo il 1° gennaio 2024	Pubblicazione mediante invio alla BDNCP e pubblicazione in AT secondo quanto previsto dalle disposizioni del nuovo Codice in materia di digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti di cui agli artt. 19 e ssgg e dalle delibere ANAC nn. n. 261/2023 e n. 264/2023 (e relativo Allegato 1) e

successivi aggiornamenti oltre che con Pubblicazione nella “Sezione Amministrazione trasparente” sottosezione “Bandi di gara e contratti”

Vale precisare che nel PNA 2022 ANAC aveva già affrontato il tema della trasparenza in materia di contratti pubblici del PNRR. A tal proposito, alla luce di quanto già sopra indicato, resta naturalmente ferma la disciplina speciale dettata dal MEF per i dati sui contratti PNRR per quanto concerne la trasmissione al sistema informativo “ReGiS” descritta nella parte Speciale del PNA 2022, come aggiornata dalle Linee guida e Circolari successivamente adottate dal MEF.

2.3.5 Monitoraggio sull’idoneità e sull’attuazione delle misure

CATALOGO DELLE ATTIVITÀ A RISCHIO, MISURE PREVISTE E INDICATORI DI MONITORAGGIO (tabella riassuntiva)

catalogo attività a rischio	Obiettivi e misure principali	INDICATORI
attività trasversali a tutte le UU.OO.CC.	• nomina di un responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT); • definizione degli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza; • corretta applicazione obblighi di pubblicazione (trasp. proattiva) e accesso civico semplice e generalizzato (trasp. reattiva); • 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 (ordinaria e straordinaria) 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 (di livello generale e specifico); • redazione dichiarazioni su assenza conflitto di interesse o incompatibilità; • applicazione disciplina specifica in materia di incarichi d’ufficio e attività ed incarichi extra-istituzionali; • applicazione 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.; • applicazione 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); • adozione disciplina specifica e piattaforma di segnalazione in materia di dipendente che effettua segnalazioni di illecito (whistleblower).	Attività Effettuata/ Attività NON effettuata (SI/NO)

prevenzione del riciclaggio	Formazione inserita nel PFA (Piano formativo aziendale) e organizzata dal RPCT per l'approfondimento della normativa e delle attività da porre in essere. Costituzione di un gruppo di lavoro per la redazione di una procedura antiriciclaggio e contrasto al finanziamento della criminalità	Attività Effettuata/ Attività NON effettuata (SI/NO)
Misure Specifiche		
“Acquisizione e progressione del personale, incarichi e nomine” Attività di rischio: 1. Reclutamento 2. Progressioni di carriera, incarichi e nomine 3. Conferimento di incarichi libero professionali e di collaborazione 4. Altre forme di reclutamento diverse dal lavoro dipendente (tirocini, borse di studio, ecc.) 5. Sostituzione della dirigenza medica e sanitaria	Applicazione regolamento che assicuri che il procedimento di individuazione del soggetto al quale affidare l'incarico di struttura complessa sia caratterizzato da profili di imparzialità Estensione, per quanto applicabili, del regolamento di cui al punto precedente ai casi di conferimento di incarichi individuali anche a professionisti esterni all'organizzazione Applicazione principi di integrità, trasparenza e imparzialità a tutti i processi Programmazione ed attuazione delle procedure di rotazione, compatibilmente con le caratteristiche della organizzazione, correlandole con altre vicende contrattuali connesse alla scadenza di incarichi.	Misura Effettuata/ Misura NON effettuata (SI/NO)
“Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio” Attività di rischio: 1. Fatturazione Attiva 2. Fatturazione Passiva 3. Gestione del patrimonio immobiliare e mobiliare 4. Gestione Finanziamenti Pubblici 5. Incasso Ticket (Maneggio denaro) 6. Pagamenti 7. Gestione delle uscite 8. Donazioni	piena tracciabilità e trasparenza dei flussi contabili e finanziari, tutti i mandati di pagamento devono avere una doppia firma, al fine di realizzare un controllo incrociato; pubblicazione sul sito della trasparenza dell'indice trimestrale di tempestività dei pagamenti e del bilancio secondo gli schemi ministeriali di conto economico; gestione contabile-patrimoniale trasparente delle risorse attraverso corretta tenuta delle scritture contabili (registrazione di bilancio e rilevazioni veritiere) Tutte le procedure di dismissione del patrimonio immobiliare disponibile devono essere pubblicate nella specifica sottosezione dell'Amministrazione trasparente 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)	Misura Effettuata/ Misura NON effettuata (SI/NO)
Attività di vigilanza, controllo, ispezione e l'eventuale irrogazione di sanzioni	utilizzo di modelli standard di verbali con check list; rotazione del personale ispettivo, controllo a campione dichiarazioni su assenza conflitto di interesse o incompatibilità	Misura Effettuata/ Misura NON effettuata (SI/NO)
Attività libero professionale e liste di attesa” Attività di rischio: a) false/imprecise dichiarazioni prodotte ai fini del rilascio dell'autorizzazione; b) mancato rispetto della proporzionalità tra attività istituzionale e libero professionale;	• definizione di un format aziendale di richiesta; • negoziazione dei volumi di attività libero professionale nell'ambito del processo di budget tramite rimando d'ufficio al vigente piano di volumi SSN/ALPI; • attivazione di un cruscotto basato sui posti a CUP per centro di costo per il monitoraggio dell'offerta istituzionale e libero professionale; • predisposizione di un format aziendale per la comunicazione del piano di lavoro istituzionale dei titolari di Unità operativa complessa sanitaria;	Misura Effettuata/ Misura NON effettuata (SI/NO) numero di prestazioni erogate in intramoenia/numero di prestazioni erogate in attività istituzionali (sia per singolo specialista che in equipe se possibile)

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 f) Alterazione liste di attesa	• monitoraggio del sistema rilevazione presenze per il controllo periodico della corretta registrazione dell'orario di attività libero professionale Rimodulazione dell'offerta tra diverse prestazioni e rimodulazione dell'offerta tra diverse sedi di erogazione, Implementazione, ove vi sia disponibilità di ore di incarico vacanti, dell'offerta specialistica convenzionata, Utilizzo mirato del fondo Balduzzi, Revisione della committenza verso le strutture private	
Strutture convenzionate Attività di rischio - mancato rispetto delle previsioni contrattuali in merito alla tipologia ed alla qualità delle prestazioni, riconoscimenti economici indebiti per prestazioni inappropriate o non erogate, assenza o inadeguatezza delle attività di controllo	controlli continui sull'attuazione degli accordi contrattuali.	Misura Effettuata/ Misura NON effettuata (SI/NO)
Spesa farmaceutica convenzionata ed interna Attività di rischio 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"	implementazione di una reportistica utile ad individuare tempestivamente eventuali anomalie prescrittive. Attuazione delle seguenti 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 <i>reports</i> trimestrali relativi al consumo di beni sanitari da parte dei centri di costo ospedalieri e territoriali che vengono inviati al Direttore Generale ed al Cogest al fine di valutare eventuali scostamenti dal <i>budget</i> assegnato;	Misura Effettuata/ Misura NON effettuata (SI/NO)
Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero	aggiornamento delle 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 Funebrì deve essere limitata	Misura Effettuata/ Misura NON effettuata (SI/NO)

	unicamente allo svolgimento delle funzioni consentite e per il tempo strettamente necessario; • gli addetti delle ditte all’internodell’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”		
Affidamento di lavori, servizi e forniture e contratti pubblici			
Carattere generale	ADEGUAMENTO REGOLAMENTO ACQUISTI E BENI SERVIZI ADOZIONE PROGRAMMA TRIENNALE BENI E SERVIZI NUOVI PATTI DI INTEGRITA' CON AGGIORNAMENTO DICHIARAZIONI CONFLITTI DI INTERESSE ADOZIONE NUOVO REGOLAMENTO INCENTIVI	Misura Effettuata/ Misura NON effettuata (SI/NO)	
Nuovo Codice dei contratti pubblici (decreto legislativo 36/2023)			
Norma	Possibili eventi rischiosi	Possibili Misure	indicatori
Art. 50, d.lgs. 36/2023 Appalti sotto soglia comunitaria In particolare fattispecie di cui al comma 1: per gli appalti di servizi e forniture di importo fino a 140 mila € e lavori di importo inferiore 150 mila € affidamento diretto, anche senza consultazione di più OO.EE.	Condizionamento dell’intera procedura di affidamento ed esecuzione dell’appalto attraverso la nomina di un Responsabile Unico di Progetto (RUP) non in possesso di adeguati requisiti di professionalità ai sensi dell’art. 15, d.lgs. 36/2023 e allegato I.2 al medesimo decreto.	Link alla 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.	Misura Effettuata/ Misura NON effettuata (SI/NO)
		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. 16, d.lgs. 36/2023	Misura Effettuata/ Misura NON effettuata (SI/NO)
		Individuazione del soggetto competente alla verifica e valutazione delle dichiarazioni rese (cfr. Parte speciale, Conflitti di interessi in materia di contratti pubblici del PNA 2022).	Misura Effettuata/ Misura NON effettuata (SI/NO)
Nella scelta degli OO.EE. affidatari tramite l’affidamento diretto e la procedura negoziata si applica un criterio di rotazione degli affidamenti NB: La rotazione non si applica quando l’indagine di mercato sia stata effettuata senza porre limiti al numero di operatori economici in possesso dei requisiti richiesti da invitare alla successiva procedura negoziata (art. 49, comma 5).	Mancata rotazione degli operatori economici, secondo il criterio dei successivi due affidamenti ex art. 49, commi 2 e 4 del Codice, chiamati a partecipare e formulazione di inviti alla procedura ad un numero di soggetti inferiori a quello previsto dalla norma al fine di	Verifica da parte della SA circa la corretta attuazione del principio di rotazione degli affidamenti al fine di garantire la parità di trattamento in termini di effettiva possibilità di partecipazione alle gare anche delle micro, piccole e medie imprese, tracciamento degli operatori economici per verificare quelli	Misura Effettuata/ Misura NON effettuata (SI/NO)

	favorire determinati operatori economici a discapito di altri.	che in un determinato arco temporale risultano come gli affidatari più ricorrenti	
Art. 76 Codice Appalti sopra soglia Quando il bando o l'avviso o altro atto equivalente sia adottato dopo il 30 giugno 2023, utilizzo delle procedure negoziate senza bando ex art. 76 del Codice.	Possibile abuso del ricorso alla procedura negoziata di cui agli artt. 76 in assenza del ricorrere delle condizioni e in particolare: - dell'unicità dell'operatore economico (comma 2, lett. b); - dell'estrema urgenza da eventi imprevedibili dalla stazione appaltante (comma 2, lett. c): -Dalla necessità di garantire la fornitura o il servizio in attesa di utile aggiudicazione dell'appalto centralizzato nelle categorie merceologiche di competenza esclusiva del soggetto aggregatore ex DPCM 11/07/2018	Chiara e puntuale esplicitazione nella decisione a contrarre motivazioni che hanno indotto la S.A. a ricorrere alle procedure negoziate Tracciamento di beni infungibili/esclusivi	Misura Effettuata/ Misura NON effettuata (SI/NO) -procedure negoziate senza previa pubblicazione del bando di gara/ su gare complessive (per quantità e valore economico); -affidamenti (quantità e valore) al medesimo fornitore / su gare complessive -affidamenti (quantità e valore) di beni infungibili/esclusivi sul totale delle richieste pervenute per unità di committenza
Art. 215, d.lgs. n. 36/2023 e All. V.2 Disciplina del Collegio consultivo tecnico (CCT) facoltativa Per servizi e forniture di importo pari o superiore a 1 milione € e per lavori diretti alla realizzazione delle opere pubbliche di importo pari o superiore alle soglie comunitarie è obbligatoria, presso ogni stazione appaltante, la costituzione di un CCT, per la rapida risoluzione delle eventuali controversie in corso di esecuzione, prima dell'avvio dell'esecuzione o entro 10 giorni da tale data	Nomina di soggetti che non garantiscono la necessaria indipendenza rispetto alle parti interessate (SA o impresa) anche al fine di ottenere vantaggi dalla posizione ricoperta.	Adozione regolamento aziendale; Pubblicazione dei dati relativi ai componenti del Collegio consultivo tecnico ai sensi dell'art. 28 d.lgs. n. 36/2023 (cfr. LLGG MIT sul Collegio consultivo tecnico approvate con Decreto 17 gennaio 2022 n. 12, pubblicate sulla GURI n. 55 del 7 marzo 2022).	Misura Effettuata/ Misura NON effettuata (SI/NO)
Art. 44 d.lgs. 36/2023 Appalto integrato E' prevista la possibilità per le stazioni appaltanti di procedere all'affidamento di progettazione ed esecuzione dei lavori sulla base del progetto di fattibilità tecnica ed economica approvato, ad eccezione delle opere di manutenzione ordinaria.	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	Comunicazione del RUP al Controllo di Gestione 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.	Misura Effettuata/ Misura NON effettuata (SI/NO)

Norme del d.l. n. 77 del 2021 conv. in l. n. 108/2021 relative ai contratti pubblici finanziati in tutto o in parte con le risorse del PNRR

Norma	Possibili eventi rischiosi	Possibili Misure	Indicatori
Art. 48 co. 3, d.l. n. 77/2021 Per la realizzazione degli investimenti di cui	Possibile abuso del ricorso alla	Chiara e puntuale esplicitazione nella determina a contrarre o atto equivalente delle motivazioni che hanno indotto la S.A. a	Misura Effettuata/

al comma 1 le stazioni appaltanti possono altresì ricorrere alla procedura negoziata senza pubblicazione di un bando di gara di cui all'articolo 76 del decreto legislativo n. 36 del 2023, per i settori ordinari, e di cui all'articolo 158 del medesimo decreto legislativo, per i settori speciali, qualora sussistano i relativi presupposti.	procedura negoziata di cui agli artt. 76 e 158 del d.lgs. n. 36/2023 in assenza delle condizioni ivi previste, con particolare riferimento alle condizioni di estrema urgenza derivanti da circostanze imprevedibili, non imputabili alla stazione appaltante, e all'assenza di concorrenza per motivi tecnici.	ricorrere alla procedura negoziata senza bando. Nel caso di ragioni di estrema urgenza derivanti da circostanze imprevedibili, non imputabili alla stazione appaltante, per cui i termini, anche abbreviati, previsti dalle procedure ordinarie non possono essere rispettati, il richiamo alle condizioni di urgenza non deve essere generico ma supportato da un'analitica trattazione che manifesti l'impossibilità del ricorso alle procedure ordinarie per il rispetto dei tempi di attuazione degli interventi. Nel caso di assenza di concorrenza per motivi tecnici vanno puntualmente esplicitate le condizioni/motivazioni dell'assenza.	Misura NON effettuata (SI/NO)
Art. 53, d.l. n. 77/2021 Semplificazione degli acquisti di beni e servizi informatici strumentali alla realizzazione del PNRR e in materia di procedure di e-procurement e acquisto di beni e servizi informatici. In applicazione della norma in commento le stazioni appaltanti possono ricorrere alla procedura negoziata anche per importi superiori alle soglie UE, per affidamenti aventi ad oggetto l'acquisto di beni e servizi informatici, in particolare basati sulla tecnologia cloud, nonché servizi di connettività, la cui determina a contrarre o altro atto di avvio del procedimento equivalente sia adottato entro il 31 dicembre 2026, anche ove ricorra la rapida obsolescenza tecnologica delle soluzioni disponibili tale da non consentire il ricorso ad altra procedura di affidamento.	Mancata rotazione dei soggetti chiamati a partecipare alle procedure e formulazione dei relativi inviti ad un numero inferiore di soggetti rispetto a quello previsto dalla norma al fine di favorire determinati operatori economici a discapito di altri.	Verifica da parte dell'ente circa la corretta attuazione del principio di rotazione degli inviti al fine di garantire la parità di trattamento degli operatori economici in termini di effettiva possibilità di partecipazione alle gare, verificando quelli che in un determinato arco temporale risultano essere stati con maggior frequenza invitati o aggiudicatari.	Misura Effettuata/ Misura NON effettuata (SI/NO)

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 Fermo 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, sono stati individuati i Referenti Trasparenza, che operano secondo le direttive impartite dal RPCT e sono periodicamente confermati o sostituiti; la griglia di interesse è qui acclusa.

La sottosezione Trasparenza aggiorna le precedenti e costituisce l'atto organizzativo fondamentale dei flussi informativi necessari per garantire, nel triennio 2024-2026, 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 sotto-sezioni 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.

Obiettivi strategici in materia di trasparenza e rapporti con gli stakeholders

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 Fermo 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, potrà essere rimodulata, con il coinvolgimento degli *stakeholders*.

Il confronto con gli *stakeholders* 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, potranno essere realizzate forme di consultazione, da strutturare e pubblicizzare adeguatamente, volte a sollecitare proposte e suggerimenti da parte degli *stakeholders*, 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, possono essere 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.

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. Lo schema di PIAO, viene trasmesso con apposita informativa alle Organizzazioni Sindacali del Comparto e della Dirigenza, a tutte le UU.OO. e pubblicato sul sito Internet aziendale, all'interno della sezione "Amministrazione Trasparente".

L'AST di Fermo organizza compatibilmente con le misure preventive relative alla contingenza sanitaria e col prioritario assolvimento dei propri compiti istituzionali-assistenziali, 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 della propria *mission*. 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 Fermo 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 soddisfacimento 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, viene proposto il seguente indirizzo email:

□ rpct.ast.fm@sanita.marche.it (da istituirsi a cura del SIA)

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; egli è altresì Referente per la Trasparenza. In tutti i casi in cui la pubblicazione avviene per estrazione automatica dei dati dal gestionale informatico, responsabile della pubblicazione è, viceversa, il responsabile dell’attività informatica connessa.

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.

La corretta e idonea progettazione ed implementazione della sezione “*Amministrazione Trasparente*” ed il suo corretto funzionamento devono intendersi quale presupposto per i connessi adempimenti.

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 per l'attuazione della trasparenza

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). 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'OIV AST FM è stato individuato con det.na n.186/2023.

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 può segnalare 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 Fermo, 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 2024 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 espone 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

Carta dei servizi

La Carta dei servizi dell'Azienda Sanitaria Territoriale di Fermo è il documento che garantisce processi d'informazione/comunicazione verso i cittadini. Essa è redatta dall'URP e 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 Fermo, 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 argomento) 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 cura dell'URP, 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

ANAC, con la redazione del PNA 2022-2024, aggiornato al 2023 con Delibera n. 605 del 19 dicembre 2023, svolge un ruolo fondamentale nel supportare le amministrazioni nella redazione del PIAO, anche alla luce degli impegni assunti dall'Italia con il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Il PNRR trova origine nel Next Generation EU, si articola in sei Missioni e 16 Componenti.

Le sei Missioni del Piano sono:

1. digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo;
2. rivoluzione verde e transizione ecologica;
3. infrastrutture per una mobilità sostenibile;
4. istruzione e ricerca;
5. inclusione e coesione;
6. salute.

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), rientrano 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 rientrano in quelli da pubblicare nella sezione “Amministrazione trasparente” ex d.lgs. n. 33/2013, 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 1 dicembre di ogni anno
Presentazione proposte per aggiornamento	Dirigenti responsabili	Entro il 1 dicembre di ogni anno
Predisposizione bozza aggiornamento sezione "Rischi corruttivi e Trasparenza"	RPCT e Referenti	Entro il 10 gennaio di ogni anno
Definizione sezione "Rischi corruttivi e Trasparenza"	RPCT	Entro il 31 gennaio di ogni anno o altro termine stabilito
Pubblicazione PIAO o sezione "Rischi corruttivi e Trasparenza"	RPCT	Entro il 31 gennaio di ogni anno o altro termine stabilito
Relazione annuale sull'attività svolta in materia di prevenzione della corruzione	RPCT	Entro il 31 gennaio di ogni anno o altro termine stabilito
Adempimento per competenza degli obblighi di pubblicazione come da Griglia	Dirigenti responsabili e Referenti	Entro il 31 luglio e il 31 gennaio di ogni anno
Verifica indicatori di monitoraggio e invio Report della pubblicazione dei dati	Dirigenti responsabili e Referenti	Entro il 31 luglio e il 31 gennaio di ogni anno

Verifica pubblicazione dati della griglia degli obblighi per attestazione OIV	Dirigenti responsabili RPCT e Referenti	Entro il 30 aprile di ogni anno o diverso termine stabilito
Acquisizione nominativi dipendenti da formare	Dirigenti responsabili RPCT e Referenti	Entro il 31 marzo di ogni anno
Definizione corsi di formazione da inserire nel Piano formativo per l'anno seguente	RPCT e Referenti Dirigenti responsabili	Entro il 31 gennaio di ogni anno o altro termine stabilito da Regione
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 della criminalità 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 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 al Dirigente/Direttore incaricato pro-tempore quale Responsabile per l'UO Bilancio. 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.

Per il corrente anno è prevista una formazione dedicata in tal senso; i discenti saranno individuati dalla direzione aziendale.

2.3.8 Prevenzione del rischio corruzione e collegamento con il Ciclo della Performance

La legge n. 190/2012 prevede che “l'organo di indirizzo definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale e del Piano triennale per la prevenzione della corruzione” (art. 1, co. 8, come novellato dal D.Lgs. n. 97/2016). L'art. 44 D.Lgs. n. 33/2013, inoltre, prevede che “l'Organismo Indipendente di Valutazione verifica la coerenza tra gli obiettivi previsti nel Piano triennale per la prevenzione della corruzione e quelli indicati nel Piano della performance, valutando altresì l'adeguatezza dei relativi indicatori”. Pertanto, come già evidenziato dall'ANAC da ultimo nella delibera n. 1064 del 13 novembre 2019, è dunque necessario un coordinamento tra il PTPCT (piano assorbito e sostituito dal PIAO”) e gli strumenti già vigenti per il controllo nell'amministrazione nonché quelli individuati dal D.Lgs. 150/2009, ossia:

- il Piano e la Relazione annuale sulla performance (art. 10 del D.Lgs. 150/2009);
- il Sistema di misurazione e valutazione della performance (art. 7 del D.Lgs. 150/2009).

Il Piano delle Performance del PIAO è un documento programmatico triennale in cui sono esplicitati gli obiettivi aziendali, gli indicatori e i valori attesi, riferiti ai diversi ambiti di intervento e alle articolazioni aziendali interessate; il Piano costituisce il riferimento per la definizione, l'attuazione e la misurazione degli obiettivi e per la rendicontazione dei risultati aziendali.

Come previsto dall'ANAC, particolare attenzione deve essere posta alla coerenza tra l'ex PTPCT/sezione “rischi corruttivi e trasparenza” PIAO e Piano della Performance/sezione “Performance” del PIAO sotto due profili:

- a. performance organizzativa: attuazione di piani e misure di prevenzione della corruzione, ovvero la misurazione dell'effettivo grado di attuazione dei medesimi, nel rispetto delle fasi e dei tempi previsti; le politiche sulla Performance contribuiscono alla costruzione di un clima organizzativo che favorisce la prevenzione della corruzione;

- b. performance individuale: le misure della prevenzione della corruzione devono essere tradotte sempre in obiettivi organizzativi ed individuali assegnati agli uffici e ai loro Dirigenti.

L'AST di Fermo assicura un'integrazione tra i due strumenti traducendo le misure di prevenzione contenute nell'ex PTPCT, sostituito dalla sezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del PIAO, in veri e propri obiettivi da inserire nell'ex Piano delle Performance/sezione "Performance" del PIAO. Conseguentemente alla redazione dell'ex Piano della Performance/sezione "Performance" del PIAO, vengono declinati annualmente gli obiettivi di performance organizzativa ed individuale, correlati anche al sistema di retribuzione di risultato e di produttività collettiva, che tengono conto di quanto rappresentato nelle schede di programmazione delle misure di prevenzione della corruzione incluse nel presente PIAO sezione "Rischi corruttivi e trasparenza"

SEZIONE 3 - ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA

L'AST definisce in proprio l'assetto organizzativo e le modalità di funzionamento più appropriate per corrispondere alle indicazioni programmatiche del governo regionale con specifico riguardo agli obiettivi di prevenzione, clinico-assistenziali ed economico-finanziari individuati nel Piano Sanitario Regionale.

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

L'organizzazione aziendale, pur presentandosi unitaria, assume a riferimento la separazione funzionale tra le responsabilità di governo, di indirizzo e di controllo da un lato, e quelle di produzione/gestione delle prestazioni, di organizzazione e gestione delle risorse a tal fine assegnate dall'altro.

Le attività aziendali sono svolte nelle Macrostrutture Sanitarie: (Presidio Ospedaliero, Dipartimenti, Distretto), Tecniche, Amministrative e nelle Aree di Staff.

Organi Aziendali dell'AST Fermo ai sensi della Legge Regionale n. 19/2022 sono il **Direttore Generale** (organi di Governo strategico), il **Collegio di Direzione** ed il **Collegio Sindacale** (organi di controllo interno).

Il Direttore Generale è l'organo di vertice della struttura organizzativa aziendale al quale competono tutti i poteri di gestione nonché la rappresentanza legale dell'Azienda ai sensi dell'art. 3 comma 6 del D.lgs n. 502/92, come da ultimo modificato dall'art. 3 del D. lgs n. 229/99.

Il Direttore Generale, nominato dalla Giunta Regionale ai sensi e con le modalità stabilite dalla normativa statale vigente in materia, ha la rappresentanza legale dell'ente ed è responsabile della gestione aziendale.

Il Direttore Generale, al fine di garantire il corretto, efficace ed efficiente funzionamento dell'ente, assicura, tramite l'atto di organizzazione di cui all'articolo 24 L.R. 19/2022, un'adeguata distribuzione delle potestà decisionali, mantenendo presso la direzione aziendale le funzioni di programmazione e di gestione strategica.

Il Direttore Generale è responsabile dei risultati di gestione conseguiti in riferimento agli indirizzi e agli obiettivi fissati, in termini di efficacia e di economicità dell'azione amministrativa e di ottimale utilizzo delle risorse.

Il Direttore Generale assicura le funzioni di direzione dell'ente previste dalla normativa vigente in materia. In particolare:

- a) elabora le strategie aziendali e la loro specificazione attraverso gli strumenti di programmazione e di controllo della gestione;
- b) persegue il raggiungimento e il costante miglioramento di condizioni gestionali tali da garantire la uniforme ed efficace tutela della salute;
- c) 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;
- d) gestisce e valorizza il patrimonio dell'ente;
- e) adotta tutti i provvedimenti che si rendono necessari per la conduzione unitaria dell'ente.

Sono, inoltre, di competenza del Direttore Generale:

- a) la nomina, la sospensione e la decadenza del Direttore Amministrativo, del Direttore Sanitario e del Direttore Socio-Sanitario, nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 3 del d.lgs. 171/2016;
- b) la nomina dei componenti del Collegio Sindacale designati secondo quanto previsto dal comma 3 dell'articolo 3 ter del d.lgs. 502/1992;
- c) la nomina del Consiglio dei Sanitari di cui all'articolo 30 L.R. 19/2022;
- d) la nomina dei direttori dei dipartimenti con le modalità di cui all'articolo 33 L.R. 19/2022;
- e) la nomina dei direttori di distretto con le modalità di cui all'articolo 32 L.R. 19/2022;
- f) l'adozione dell'atto di organizzazione di cui all'articolo 24 L.R. 19/2022;
- g) gli atti di bilancio;
- h) l'adozione del Piano attuativo di cui all'articolo 16 L.R. 19/2022;
- i) l'approvazione del Programma delle attività territoriali di cui all'articolo 17 L.R. 19/2022;
- l) l'adozione della relazione sanitaria aziendale di cui all'articolo 19 L.R. 19/2022 ;
- m) l'adozione del Piano integrato di attività e organizzazione di cui all'articolo 6 del decreto legge 9 giugno 2021, n. 80 (Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano

nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia), convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113;

n) la nomina della delegazione trattante di parte pubblica;

o) gli altri atti previsti dalla normativa vigente.

Il **Collegio di Direzione** è istituito per lo svolgimento delle funzioni previste dall'articolo 17 del d.lgs. 502/1992 ed esercita altresì ogni altra funzione prevista dalla normativa statale.

La Giunta regionale definisce la composizione del Collegio di Direzione in modo da garantire la partecipazione di tutte le figure professionali presenti nell'ente, prevedendo comunque, al fine di favorire l'integrazione delle attività territoriali ospedaliere e di prevenzione, la partecipazione dei direttori di distretto, di dipartimento e di presidio, nonché dei coordinatori degli ambiti territoriali sociali (ATS) di cui alla l.r. 32/2014. La Giunta regionale ne disciplina altresì le competenze e i criteri di funzionamento.

Le modalità di funzionamento del Collegio di Direzione, nonché le relazioni con gli altri organi dell'ente, sono disciplinate **nell'Atto Aziendale**.

Ai componenti del Collegio di Direzione non spetta alcun emolumento, compenso, indennità o rimborso spese.

Il **Collegio Sindacale** è nominato dal Direttore Generale a seguito delle designazioni effettuate ai sensi dell'articolo 3 ter del d.lgs. 502/1992 e svolge le funzioni di cui al medesimo articolo, nonché ogni altra funzione prevista dalla normativa statale. Il Collegio Sindacale dura in carica tre anni ed è composto da 3 membri, di cui uno designato dal Presidente della Giunta regionale, uno dal Ministro dell'economia e delle finanze e uno dal Ministro della Salute

Il Direttore Generale è coadiuvato nell'esercizio delle proprie funzioni dal **Direttore Amministrativo**, dal **Direttore Sanitario** e dal **Direttore Socio-Sanitario**.

Il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario coadiuvano il Direttore Generale nell'esercizio delle proprie funzioni. Essi partecipano, unitamente al direttore generale, che ne ha la responsabilità, alla direzione dell'azienda, assumono diretta responsabilità delle funzioni loro attribuite e concorrono, con la formulazione di proposte e pareri, alla formazione delle decisioni della direzione generale, con particolare riferimento alla pianificazione, al coordinamento, al monitoraggio e alla verifica dei percorsi e dei

processi relativi alle aree di rispettiva competenza. Essi svolgono, altresì, le ulteriori funzioni di cui agli articoli 3 e 3-bis del d.lgs. 502/1992.

Nella AST Fermo il Direttore Generale è coadiuvato anche da un Direttore Socio-Sanitario con compiti di direzione e di coordinamento delle attività di integrazione socio-sanitaria di cui all'articolo 3-septies del d.lgs. 502/1992, con particolare riferimento agli aspetti organizzativi dei servizi sociali e socio-sanitari.

Il Direttore Generale, nel rispetto dei requisiti e delle modalità previsti dalla normativa statale vigente, nomina il Direttore Amministrativo, il Direttore Sanitario e il Direttore Socio-Sanitario attingendo obbligatoriamente agli elenchi regionali di idonei, anche di altre regioni, appositamente costituiti.

Il rapporto di lavoro del Direttore Sanitario, del Direttore Amministrativo e del Direttore Socio-Sanitario è esclusivo ed è regolato da contratto di diritto privato di durata non inferiore a tre anni e non superiore a cinque anni; tale contratto è stipulato dal Direttore Generale sulla base di uno schema tipo approvato dalla Giunta Regionale.

Le Aree centrali dell'AST Fermo sono le seguenti:

- Area Integrazione Socio Sanitaria
- Area Acquisti e Logistica
- Area Affari Generali e Contenzioso
- Area Contabilità, Bilancio e Finanza
- Area Controllo di Gestione
- Area Patrimonio Nuove Opere ed Attività Tecniche
- Area Politiche del Personale
- Area Comunicazione, Formazione e URP
- Area Sistemi Informativi
- Area Amministrativa Territoriale

La vigente articolazione sarà oggetto di revisione in seguito alla adozione ed approvazione **dell'Atto Aziendale**, documento adottato dal Direttore Generale, che individua le modalità organizzative finalizzate alla realizzazione degli obiettivi previsti

nell'ambito della programmazione sanitaria e socio-sanitaria nazionale e regionale, nel rispetto dei criteri di efficienza, efficacia, qualità, appropriatezza ed economicità che sottendono l'intero sistema.

Il **Modello Dipartimentale** è il modello ordinario di gestione operativa e di organizzazione di tutte le attività dell'AST.

Il Dipartimento, unità organizzativa fondamentale dell'Azienda, è costituito da strutture complesse e semplici, omogenee, omologhe, affini o complementari, che perseguono comuni finalità e sono quindi tra loro interdipendenti, pur mantenendo le rispettive autonomie e responsabilità professionali.

Ai dipartimenti sanitari compete:

- il corretto utilizzo dei metodi e degli strumenti del governo clinico;
- l'identificazione delle priorità e dei programmi di dipartimento, garantendo una corretta allocazione delle risorse assegnate, nonché acquisendo la responsabilità dei risultati complessivi raggiunti in ambito dipartimentale;
- la responsabilità della gestione appropriata delle risorse negoziate e assegnate per raggiungere gli obiettivi definiti dagli strumenti di programmazione.

Nell'ambito dei dipartimenti sanitari vi sono:

- **Strutture Complesse:** aggregano risorse professionali mediche, sanitarie non mediche, tecniche, risorse tecnologiche e finanziarie; esse agiscono nel rispetto degli indirizzi definiti dalla Direzione Aziendale con il percorso di budget.
- **Strutture Semplici:** comprendono attività di una stessa unità operativa, assicurando il miglioramento continuo del processo assistenziale e l'organizzazione e la gestione delle risorse attribuite; dal punto di vista organizzativo, di norma, dipendono dalle strutture complesse, ad eccezione delle strutture semplici Dipartimentali per le quali si configura una diretta dipendenza dal Dipartimento di afferenza.

La DGRM 1718/2022 espressamente prevede che, nella fase di prima operatività e sino a nuove determinazioni in merito da parte del Legale Rappresentante, le AST sono tenute a garantire la validità e l'efficacia della normazione interna allo stato vigente presso le Aziende soppresse, intendendosi sia la normazione ASUR che quella Area Vasta.

Posto quanto sopra, L'Assetto Organizzativo e Funzionale dell'AST è quello – ad oggi – risultante dall'assetto delineato dalla ASUR con i seguenti atti:

- Determina Direttore Generale 361/2017

- Determina Direttore Generale n. 486/2017 con la quale si è preso atto di un mero errore materiale presente nella determina n.361/2017
- Determine Direttore Generale n. 355/2017 e 356/2017 con le quali sono stato approvati i modelli funzionali ed organizzativi della Direzione Sanitaria e della Direzione di Integrazione Socio Sanitaria, che si articolano in funzioni di staff e funzioni di line.

Relativamente all'Area **Amministrativo Tecnico Logistica** (ATL) il modello funzionale e organizzativo è stato da ultimo revisionato con determina DGASUR n. 238/2017.

Le Deliberazioni di giunta n. 1283/2022 e n. 511/2021 (recepite rispettivamente da determina ASUR n. 764/2022 e determina ASUR 671/2021) hanno ridefinito il numero delle Strutture Complesse e Semplici.

Con determina 742/2019, quale revisione della 361/2017, l'ASUR ha approvato il nuovo assetto organizzativo aziendale fermo restando in relazione agli obiettivi e alle necessità organizzative, la possibilità di ulteriori adeguamenti delle aree in fase di riorganizzazione e/o potenziamento. Con la medesima determina n. 742/2019 si rinviava a successivo e separato atto l'attuazione di ulteriori modifiche relativamente all'Area ATL al fine di ricondurre il numero complessivo delle Strutture Complesse e Semplici in ottemperanza agli indirizzi regionali.

Con successiva determina ASURDG n. 163/2020 l'ASUR ha proceduto alla sospensione della determina DGASUR n. 742/2019 per le motivazioni ivi riportate.

Di seguito, l'attuale assetto della Azienda Sanitaria Territoriale di Fermo derivante dagli atti sopra citati.

STRUTTURE COMPLESSE

Area Sanitaria	Dirigenza Professionale Tecnica Amministrativa	Totale
38	8	46

STRUTTURE SEMPLICI /STRUTTURE SEMPLICI DIPARTIMENTALI

Area Sanitaria	Dirigenza Professionale Tecnica Amministrativa	Totale
46	2	48

Con i provvedimenti ASUR sopra citati (611/2021 e 764/2022) si rinviava a successivo e separato atto la definizione dei nuovi assetti organizzativi sulla base del numero di strutture sopra indicato.

In base alla normativa regionale di riordino del SSR (L.R. 19/2022) tutto questo sarà oggetto del nuovo Atto Aziendale che sarà adottato dal Direttore Generale di questa Azienda Sanitaria Territoriale in conformità alle linee guida regionali.

Con D.G.R.M. 1980 del 18.12.2023 la Giunta Regione Marche approva le Linee di indirizzo per la predisposizione degli atti aziendali degli Enti del SSR.

Il percorso sopra descritto è in fase di ultimazione con la predisposizione della proposta di Atto Aziendale da parte della Direzione di questa Azienda: eventuali modifiche all'assetto verranno trasfuse nel successivo documento di aggiornamento del P.I.A.O.

3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

3.2.1 Evoluzione e applicazione dell'istituto

Il lavoro agile è stato introdotto dall'art. 18, comma 1, della Legge 22.5.2017, n. 81 che ha previsto una specifica modalità di svolgimento del lavoro subordinato da remoto conferendogli autonoma disciplina, differenziando tale nuova modalità di prestazione dal 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 promuovere il lavoro agile per incrementare la competitività e agevolare la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro.

Il comma 3 in particolare precisa che le disposizioni normative si applicano anche ai rapporti di lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche.

Il lavoro in modalità agile ha rappresentato durante le fasi più acute dell'emergenza pandemica 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 delle pubbliche amministrazioni nonché, per quanto possibile, la continuità dei servizi erogati dalle amministrazioni.

L'ASUR, dalla cui soppressione per effetto della L.R. 19/2022 è stata istituita la Azienda Sanitaria Territoriale di Fermo, ha attivato la modalità di lavoro agile fin dai primi giorni della pandemia COVID.

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 a strumento ordinario, con contestuale riduzione dei lavoratori da autorizzare.

Con il D.P.C.M. 23.9.2021 il lavoro agile infatti ha cessato, a decorrere dal 15.10.2021, di essere una delle modalità ordinarie di svolgimento del lavoro alle dipendenze delle pubbliche amministrazioni; a decorrere dalla detta data del 15.10.2021 pertanto la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa è quella svolta in presenza, fermo restando l'obbligo di assicurare il rispetto delle misure sanitarie di contenimento del rischio di contagio da Covid - 19.

Il conseguente D.M. 8.10.2021 del Ministro per la Pubblica Amministrazione ha proceduto, in attuazione del D.P.C.M. 23.9.2021, a disciplinare il rientro al lavoro in presenza per tutti i dipendenti della Pubblica Amministrazione a partire dal 15.10.2021; con il medesimo D.M. sono state individuati 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 dei diritti dei cittadini ad una adeguata qualità dei servizi.

L'art. 1, comma 3, del D.M. 8.10.2021 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;
- 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;

- prevalente svolgimento in presenza della prestazione lavorativa dei soggetti titolari di funzioni di coordinamento e controllo, dei dirigenti e dei responsabili dei procedimenti;

- rotazione del personale in presenza ove richiesto dalle misure di carattere sanitario.

Il Dipartimento della Funzione Pubblica, nelle more della regolamentazione dei Contratti Collettivi Nazionali Di Lavoro relativi al triennio 2019-2021 che disciplineranno a regime l'istituto per gli aspetti non riservati alla fonte unilaterale, 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 recente CCNL Area Comparto Sanità siglato il 2.11.2022 disciplina, con un'intera sezione (TITOLO VI), sia il lavoro agile sia il lavoro da remoto, prevedendo il Confronto sindacale sui criteri generali per l'individuazione delle attività che possono essere effettuate in lavoro agile e/o da remoto, nonché sui criteri di priorità per l'accesso agli stessi.

Da ultimo, il D.M. 30.6.2022 "Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione", all'articolo 4 comma 1 n.2), dispone che il P.I.A.O. contenga espressamente una sottosezione dedicata al lavoro agile, che deve a sua volta prevedere:

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

Da quanto sopra derivava la necessità per questa Azienda Sanitaria di dotarsi di un Regolamento (allegato 1/ 3.2.A.) per l'utilizzo dell'istituto del lavoro agile che definisse: gli obiettivi, i destinatari, le modalità di svolgimento e di rilevazione, il trattamento economico e giuridico e la formazione, che è stato adottato con determina n. 782/AST_FM del 12.12.2023, cui si rimanda per tutti gli aspetti operativi, segnatamente indicati nell'indice del Regolamento:

- 1) DEFINIZIONI E FINALITÀ
- 2) DESTINATARI
- 3) ACCESSO AL LAVORO AGILE
- 4) ACCORDO INDIVIDUALE PER LO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITÀ DI LAVORO IN MODALITÀ AGILE
- 5) CRITERI E MODALITÀ DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITÀ LAVORATIVA IN MODALITÀ AGILE
- 6) TRATTAMENTO GIURIDICO ED ECONOMICO
- 7) MODALITÀ DI RILEVAZIONE DELLE PRESENZE E RICOGNIZIONE ATTIVITÀ LAVORATIVA IN MODALITÀ DI LAVORO AGILE
- 8) FORMAZIONE
- 9) DOTAZIONE TECNOLOGICA E SICUREZZA DEI DATI
- 10) SICUREZZA SUL LAVORO

- 11) ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA PER GLI INFORTUNI E LE MALATTIE PROFESSIONALI
- 12) VALUTAZIONE E MONITORAGGIO
- 13) RECESSO
- 14) RUOLO DEL CUG
- 15) DISPOSIZIONI FINALI

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.

Il passo successivo è stata l'introduzione del P.I.A.O. (Piano integrato di attività e organizzazione), un nuovo adempimento semplificato per le pubbliche amministrazioni.

È stato introdotto all'articolo 6 del decreto legge n. 80/2021, "*Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia*", il cosiddetto "Decreto Reclutamento" convertito dalla legge 6 agosto 2021, n. 113.

Si stabilisce che le amministrazioni con più di 50 dipendenti (esclusi gli istituti scolastici) debbano riunire in quest'unico atto tutta la programmazione, finora inserita in piani differenti, e relativa a: gestione delle risorse umane, organizzazione dei dipendenti nei vari uffici, formazione e modalità di prevenzione della corruzione.

Il P.I.A.O. ha durata triennale, ma viene aggiornato annualmente.

Definisce:

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

Il 2 dicembre 2021 è arrivato il via libera della Conferenza Unificata al decreto del ministro per la Pubblica Amministrazione, Renato Brunetta, con cui si definisce il contenuto del PIAO.

Il 29 dicembre 2021 il Consiglio dei Ministri approva, lo schema di Decreto del Presidente della Repubblica che individua e abroga gli adempimenti relativi ai piani, diversi da quelli economico-finanziari, che saranno assorbiti dal PIAO.

L'iter normativo si conclude con l'approvazione in via definitiva in Consiglio dei Ministri, il 26 maggio 2022, e la pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale n. 151/2022 del 30 giugno 2022 del Dpr n. 81, che si compone di 3 articoli:

L'articolo 1 dispone la soppressione degli adempimenti assorbiti nel P.I.A.O.

L'articolo 2 contiene alcune disposizioni di coordinamento, che si rendono necessarie nonostante la nuova qualificazione dell'intervento normativo.

L'articolo 3 prevede che il Dipartimento della Funzione Pubblica e l'ANAC effettuino una attività di monitoraggio sull'effettiva utilità degli adempimenti richiesti dai piani non inclusi nel P.I.A.O., all'esito della quale provvedere alla individuazione di eventuali ulteriori disposizioni incompatibili con la disciplina introdotta.

3.3.2 Il Piano triennale dei fabbisogni del personale in AST FM

ANALISI CONTESTO ORGANIZZATIVO

Va necessariamente evidenziato che il contesto organizzativo nella Regione Marche è profondamente mutato dal 1.1.2023: ai sensi art. 42 della L.R. 19/2022, infatti, l'Azienda Sanitaria Unica Regionale (A.S.UR.) è soppressa dal 01.01.2023.

Il punto 2.6 dell'Allegato A della D.G.R.M. n. 1718/2022 prevede che 'I rapporti di lavoro del personale in corso al 31/12/2022 presso Area Vasta 4 continuano con la AST di Fermo ed il personale conserva tutti i diritti acquisiti. Con Decreto del Direttore del Dipartimento Salute, formulato sulla base di una ricognizione che verrà formalizzata dal Commissario Straordinario di ASUR, verranno definite le assegnazioni nominative. Le ferie e i crediti orari maturati al 31/12/2022 si trasferiscono alla AST di Fermo. La AST di Fermo è obbligata per tutti i crediti che il personale dipendente della Area Vasta 4 vanta al 31/12/2022'.

Con determina n. 980/AV4 del Direttore Area Vasta 4 del 30.12.2022 si è preso atto delle assegnazioni nominative del personale dell'Azienda Sanitaria Territoriale di Fermo a decorrere dal 01.01.2023.

STATO ATTUAZIONE PRECEDENTE PIANO ASSUNZIONI

Con determina n. 120/AST_FM/2024 viene aggiornato il P.I.A.O. 2024-2026 con la previsione del fabbisogno di personale annuale e triennale e conseguente valutazione di impatto economico.

Il Piano assunzioni 2024, previsto all'interno del P.I.A.O. 2024 – 2026, prevedeva uno sviluppo di assunzioni/cessazioni riepilogato dalla tabella seguente:

	ASSUNZIONI TI	CESSAZIONI TI
DIRIGENZA SANITARIA	60	17
COMPARTO RUOLO SANITARIO	54	12
COMPARTO RUOLO NON SANITARIO	68	13

Da un'analisi delle dinamiche di reclutamento dell'anno 2024, si rileva, in termini percentuali quanto segue:

	ASSUNZIONI TI
DIRIGENZA SANITARIA	48,33%
COMPARTO RUOLO SANITARIO	79,63%
COMPARTO RUOLO NON SANITARIO	35,29%

Segnatamente:

per alcune categorie di personale, si è proceduto a reclutare il numero di unità rappresentative del fabbisogno, ma in assenza di graduatorie per assunzioni a tempo indeterminato si è dovuto ricorrere al tempo determinato: vedasi, ad esempio, assistenti amministrativi, od altro personale del ruolo tecnico quali geometra od ingegneri, ma anche figure sanitarie quali assistenti sanitarie, tecnici perfusionisti, educatore professionale, tecnici neuropsicomotricista; per gli O.S.S. si segnala che si è proceduto al reclutamento a tempo determinato in quanto la graduatoria del concorso per tempo indeterminato è stata approvata in data 31.10.2024 con conseguenti assunzioni slittate necessariamente all'anno 2025.

Un focus a parte merita la dirigenza sanitaria, in quanto è oramai nota la fisiologica difficoltà di reperire personale, soprattutto in discipline quali medicina e chirurgia d'urgenza, cardiologia, medicina trasfusionale, anestesia e pediatria. Da quanto sopra deriva che in questo momento il target principale delle procedure di reclutamento è rappresentato da medici che non hanno completato il percorso formativo, con conseguente ricorso sempre maggiore ad assunzioni effettuate con il cd. Decreto Calabria, quindi in prima battuta a tempo determinato (finalizzato al tempo indeterminato in seguito alla avvenuta specializzazione) ed anche, in alcuni casi, ad assunzioni a tempo determinato cd. 2-ter (dall'art.2-ter d.l. 18/2020 più volte prorogato) laddove la struttura destinataria non appartenga alla rete formativa.

Si segnala che il piano 2024 ha visto realizzato il potenziamento delle dotazioni dei servizi amministrativi deputati al front office nonché:

- l'utilizzo delle opportunità di passaggio verticale del personale avente titolo di cui all'art. 22, comma 15, del D. lgs. n. 75/2017 come modificato dalla L. 8/2020 con il duplice fine di utilizzare al meglio le potenzialità umane e di adeguare le qualifiche professionali alle nuove necessità operative.
- L'utilizzo dell'istituto delle cd. Stabilizzazioni COVID con l'obiettivo di riduzione del precariato principalmente alle esigue voci di supplenza ed interinato nelle more delle procedure concorsuali.

Questa Azienda nel corso del 2024 ha inoltre attivato procedure di mobilità esterna, con bando emesso per l'area comparto in data 16.02.2024 in seguito alla quale si sono verificate nel corso del 2024 n. 20 assunzioni tempo indeterminato, ed il redigendo Piano prevede l'utilizzo di tali graduatorie anche per l'anno 2025.

Da quanto sopra, seppur nelle more della approvazione dell'Atto Aziendale, deriva la necessità per questa Azienda Sanitaria Territoriale di aggiornare il Piano di Fabbisogno di Personale, per il triennio 2025-2027, nei limiti della compatibilità economica con le risorse disponibili di seguito descritte, a partire da quelle figure non reclutate nel corso del 2024 di cui permane il fabbisogno (tecnici di laboratorio, tecnici della prevenzione, anestesisti, pediatri, cardiologi, medici dell'emergenza ecc)

CONTESTO ECONOMICO

Con Delibera di Giunta n. 54 del 27.01.2025 viene assegnato a questa AST il nuovo tetto di personale valevole per l'anno 2024, pari ad € 76.615.000,00 di contro ad un tetto previsto per l'anno 2023 pari ad € 75.430.000: tale tetto di spesa anno 2024

costituisce la base della capacità di spesa per il fattore produttivo personale per l'anno 2025, nelle more di nuove indicazioni regionali per l'anno 2025.

In data 22.01.2025 si è concluso il percorso del confronto regionale tra Dipartimento Salute, Aziende del SSR e Organizzazioni sindacali Area Comparto (7 comma 1 del CCNL del comparto sanità 2/11/2022) ed Area Dirigenza Sanità (art. 7 comma 1 lett. a) del CCNL della dirigenza area sanità 2019/2021) ad oggetto, rispettivamente:

- Per l'Area Comparto: "Linee d'indirizzo sulle modalità di incremento dei fondi in caso di aumento della dotazione organica del personale o dei servizi anche ad invarianza del numero complessivo di essa
- Per l'area Dirigenza Sanità: Linee d'indirizzo sulle modalità di incremento dei fondi in caso di incremento dei servizi ad invarianza della dotazione organica

Le sopra indicate Linee di indirizzo vengono approvate con Delibera di Giunta n. 55 del 27.01.2025.

Le Linee di Indirizzo trattano, tra gli altri argomenti, l'applicazione del cd. Decreto Calabria (art. 11 comma 1 del D.L. 35/2019 convertito in legge n. 60/2019 e s.m.i.).

I punti salienti possono essere così riassunti:

- Le modalità di calcolo per gli incrementi dei Fondi Contrattuali ai sensi e per gli effetti del cd. Decreto Calabria (art. 11 comma 1 del D.L. 35/2019 convertito in legge n. 60/2019 e s.m.i.) sono enunciate nel Documento n. 20/186/CR4ter/C7 del 22 ottobre 2020, della Conferenza delle Regioni e delle Province e dal parere del Ministero Economia e Finanze n. 179877 del 1 settembre 2020.
- Nel computo del personale al 31.12.2018, per le ex Aree Vaste si deve tener conto del criterio di attribuzione previsto dalla Regione Marche con D.G.R.M. 1718/2022
- Nelle linee di indirizzo viene comunicato il valore della quota media anno 2018 della ex ASUR, valevole quindi per questa AST.

Viene confermato il principio dell'equilibrio generale della compatibilità economica del SSR e delle linee di sviluppo dello stesso.

Dai documenti sopra esposti, deriva:

- Un aumento del tetto di spesa per il personale 2024 su 2023 di € 1.185.000,00

- Un incremento dei Fondi Contrattuali per l'area Comparto a far data dal 1.1.2025 per complessive n. 29 teste ed € 243.091,49 come rappresentato dall'allegato n.2/ 3.3.2.A

ANALISI DOCUMENTO DI PROGRAMMAZIONE FABBISOGNO PERSONALE

Il presente documento definisce quindi il fabbisogno di personale necessario all'AST di Fermo per raggiungere gli obiettivi assegnati ed i livelli di servizi da erogarsi in favore dei cittadini assistiti, nel rispetto dei vincoli economici sopra esposti.

Il fabbisogno di personale viene quindi definito sotto un duplice profilo (punto 2.0 Linee guida del 08/05/2018 di cui al D.M. 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 P.T.F.P. 2025-2027 allegato (allegati 3/ 3.3.2.B –4/ 3.3.2.C – 5/3.3.2.D) redatto secondo le linee di indirizzo di cui al D.M. 08/05/2018 (linee guida per la definizione del piano triennale del fabbisogno) è quindi un atto programmatico e 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 esse non incidono sul tetto di spesa; 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 P.T.F.P. trova specifica e puntuale tracciatura negli atti di dimissione del personale e di conseguente assunzione di nuove unità, atti che dovranno essere specificatamente collegati in termini di "unità entrante" a fronte di "unità uscente" di pari profilo.

Va da sé che possono verificarsi nel corso dell'anno situazioni imprevedibili e contingenti che richiedono un reclutamento "straordinario", (vedi ad esempio le ipotesi contemplate dall'art. 70 CCNL 2.11.2022 Area Comparto e art. 84 CCNL 21.1.2024 Area Dirigenza Sanità), che devono realizzarsi all'interno della cornice economica della presente programmazione, previa verifica della compatibilità economica oltre che giuridica delle singole fattispecie.

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.

Per quanto riguarda le dotazioni ed i volumi di spesa del personale, quale punto di partenza per l'aggiornamento, va preso a riferimento il P.T.F.P. di cui al P.I.A.O. 2024-2026 adottato con determina n. 120/AST_FM/2024 approvato con DGRM n. 670 del 6.5.2024, oltre che di quanto sopra esposto nel paragrafo "contesto economico", e la situazione in termini di consistenza di risorse umane al 31.12.2024.

Il piano 2025 è quindi caratterizzato da una forte azione di consolidamento delle dotazioni di personale, prevedendo le nuove stabilizzazioni cd. COVID (vedi paragrafo 3.3.4.2) con l'obiettivo di completamento delle procedure entro la fine dell'anno 2025 di cui si ha un dettaglio nell'allegato 6/3.3.4.2.A.

Questo comporta la riduzione del precariato alle sole casistiche di assunzioni per circostanze imprevedibili e/o contingenti o alle ipotesi di mera supplenza, fatto salvo il necessario reclutamento con rapporto di lavoro flessibile ogni qualvolta non è presente una graduatoria per assunzioni a tempo indeterminato.

Il Piano 2025 prevede altresì le progressioni tra aree ai sensi degli articoli 20 e 21 CCNL 2.11.2022 Area Comparto di cui si ha un dettaglio nell'allegato 7/ 3.3.5.A

TREND OCCUPAZIONALE

Il Piano proposto contiene una programmazione caratterizzata da un numero crescente di personale in servizio al 31.12.2025 rispetto a quello in servizio al 31.12.2024 di circa il 5% medio tra tutte le qualifiche con una percentuale di turn over maggiore del 100%

Per gli anni 2026 e 2027 la programmazione prevede il mantenimento del contingente attraverso *il turn over*, fermo restando che i piani 2026 e 2027 verranno necessariamente aggiornati sia in base a nuova valutazione quali-quantitativa del fabbisogno sia in base a nuove ed eventuali disposizioni nazionali/regionali in tema di spesa del personale.

ASSUNZIONI PROGRAMMATE PER SPECIFICHE FINALIZZAZIONI

Si segnalano diverse aree di intervento, tracciate anche dalla normativa regionale (D.G.R.M. 54 del 27.01.2025) di finalizzazione dell'incremento di spesa del personale:

- 1) Assunzioni finalizzate al recupero delle liste di attesa: ovviamente si tiene conto delle prestazioni maggiormente attenzionate, per le quali il Piano prevede assunzione di figure quali:
dirigente medico radiologo,
dirigente medico anestesista
dirigente medico di chirurgia
dirigente medico cardiologia,
dirigente medico gastro,
dirigente medico medicina interna
tecnici radiologia
tecnici laboratorio
- 2) Nel Piano viene previsto il potenziamento del Dipartimento di Prevenzione mediante reclutamento di figure aggiuntive di tecnici della prevenzione;
- 3) Previsto un potenziamento dell'area della Salute Mentale con l'assunzione di un dirigente psicologo;
- 4) Vista la priorità fissata dal P.N.R.R. per l'area Tecnica e per l'area Informatica, il Piano prevede il potenziamento del settore I.C.T. con il reclutamento di n. 1 programmatore e di n. 1 coll.re tecnico prof.le per l'efficientamento del

procedimento di digitalizzazione dell'attività nonché per una migliore gestione della Cybersecurity, e di n. 1 assistente tecnico (geometra) per l'area Tecnica;

- 5) Attivazione di nuovi ospedali: La programmazione tiene necessariamente conto dell'apertura dell'ospedale di zona disagiata in Amandola, finalizzando un numero consistente di risorse umane principalmente dell'Area Comparto Infermieri, OSS, Fisioterapisti

Oltre a quanto sopra elencato:

- 6) Nel Piano viene previsto il potenziamento del territorio, mediante:
- assunzioni di personale infermieristico destinato alle C.O.T.
 - assunzioni di personale infermieristico destinato alle Case di Comunità
- 7) Prevista la assunzione di personale dirigenziale – anche di secondo livello - necessario a garantire la autosufficienza del centro trasfusionale;
- 8) Previste assunzioni tempo determinato per garantire il supporto alle attività formative nell'ambito dei Protocolli di intesa Regione-Università, al fine di garantire lo svolgimento dei corsi di Laurea delle professioni Sanitarie;
- 9) E' previsto il potenziamento della capacità comunicativa esterna della AST mediante il reclutamento di uno "specialista dei rapporti con i media";
- 10) Sono previste sostituzioni di Direttori di U.O.C. vacanti per collocamento a riposo o per dimissioni del titolare, riferite a strutture non interessate al riordino di cui all'adottando Atto Aziendale;

Il Piano rappresenta anche la base di calcolo da considerare per l'individuazione del limite assunzionale del 10% previsto dall'art. 1 comma 165 L. 207/2024

I piani 2026 e 2027, allo stato attuale, rappresentano il consolidamento prospettico del piano 2025, 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 2025 (allegato 3/ 3.3.2.B), 2026 (allegato 4/ 3.3.2.C) e 2027 (allegato 5/ 3.3.2.D) espongono il P.I.A.O. 2025-2027 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

Per maggiore completezza di esposizione dei dati, come richiesto dal Dipartimento Salute Regione Marche con direttiva assunta al protocollo aziendale con segnature n. 006917 del 29.01.2027, si allegano altresì:

- quadro economico complessivo coerente con gli allegati del P.I.A.O. 2025/2027 secondo il format richiesto dalla Regione Marche (allegato 8/3.3.2.E)
- prospetto di sintesi del personale su format regionale per l'area Dirigenza Sanità, tenuto conto comunque della natura programmatoria del P.I.A.O. in relazione alla necessaria flessibilità nella programmazione di tali figure, dovuta anche alle sopra esposte difficoltà di reclutamento con possibilità di modifiche durante l'anno (allegato 9/ 3.3.2.F e allegato 10/3.3.3.F BIS)

In merito al rispetto dei vincoli e obblighi declinati dalla normativa e dalle disposizioni regionali, si rappresenta quanto segue.

3.3.3 Riduzione della spesa del personale con rapporto di lavoro flessibile

Visto l'attuale tenore letterale dell'art. 9 comma 28 del D.L. 78/2010, si attesta che il Piano 2025 – 2027 rispetta il tetto di spesa dei rapporti di lavoro flessibile – rispetto all'anno 2009 – così come determinato in base alle modifiche apportate alla norma originaria dall'art. 44-ter D.L. 19/2024 per il personale della dirigenza medica e per il personale non dirigenziale appartenente ai profili sanitario e socio-sanitario.

Per il personale appartenente ai profili “professionale, tecnico ed amministrativo” nonché per il personale della dirigenza sanitaria non medica si attesta, il rispetto dell'originario vincolo del 50 per cento della spesa sostenuta nell'anno 2009 per la stessa finalità, temperato da quanto previsto dall'art. 27 L.R. 33/2014 in ordine a rapporti instaurati con la dirigenza sanitaria non medica per garantire attività di emergenza, urgenza e mantenimento LEA.

3.3.4 Stabilizzazioni del precariato

Questa AST ha concluso il percorso di riduzione del precariato ai sensi dell'art. 20 del D. Lgs. 75/2021, normato nel dettaglio dalle DGRM 626/2020 e 581/2021 con riferimento al personale che ha maturato i requisiti al 31.12.2022.

Detto processo si è sviluppato con molteplici atti aziendali, da ultimo determina n. 440/AST_FM del 30.06.2023 tenuto conto delle esigenze organizzative, del mutato

quadro normativo che ha prorogato i termini per la maturazione dei requisiti e delle disposizioni regionali che hanno disciplinato le procedure in parola.

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 del già più volte citato D. Lgs. 75/2017, prevedendo 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.

3.3.4.2 Le stabilizzazioni “Covid”

Con DGRM 1787/2022 e n. 946/2023, vengono approvati lo schema di protocollo di intesa tra Regione Marche, Aziende ed Enti del SSR e organizzazioni sindacali della dirigenza sanitaria, professionale, tecnica ed amministrativa e del comparto sanità in materia di stabilizzazioni in attuazione dell'art. 1 comma 268 lett. b) L. 234/2021 come modificato dal D.L. 198/2022.

Con determina n. 466/AST/2023, viene emesso avviso di manifestazione di interesse alla stabilizzazione ex art. 1 comma 268 *lett. b)* della l. 30 dicembre 2021 n. 234 e s.m.i., al fine di procedere ad una ricognizione del personale potenzialmente in possesso dei requisiti di cui alla normativa sopra descritta e interessato alle procedure di stabilizzazione, predisponendo nel corso del 2024 le procedure necessarie per la conclusione del percorso.

L'evoluzione normativa (art. 1 comma 268 Legge 234 del 30.12.2021 e art. 4 comma 9-quinquiesdecies D.L. n. 198 del 29.12.2022) prevede la possibilità per gli enti del SSR di assumere a tempo indeterminato, in coerenza con il piano triennale dei fabbisogni di personale, il personale del ruolo sanitario e del ruolo socio sanitario, anche qualora non più in servizio, che siano stati reclutati a tempo determinato con procedure concorsuali e che abbiano maturato al 31.12.2024 alle dipendenze di un Ente del Servizio Sanitario Nazionale almeno diciotto mesi di servizio anche non continuativi, di cui almeno sei mesi nel periodo intercorrente tra il 31 gennaio 2020 e il 31 dicembre 2024, secondo criteri di priorità definiti da ciascuna Regione.

Alla luce di quanto sopra, si predispone il nuovo programma di stabilizzazioni “COVID”, allegato 6/3.3.4.2.A.

3.3.5 Progressioni verticali tra le aree del personale del comparto

Nel 2024 la AST di Fermo ha utilizzato l'istituto delle progressioni verticali previsto dall'art. 22, comma 15 del D. Lgs. n. 75/2017 e s.m.i.

Per l'anno 2025 la normativa a cui fare riferimento è rappresentata dagli articoli 20 e 21 CCNL 2.11.2022 Area Comparto, segnatamente:

Art. 20 Progressioni tra aree : *In relazione al piano triennale dei fabbisogni, ai sensi dell'art. 52, comma 1-bis del d.lgs. n. 165/2001, fatta salva una riserva di almeno il 50 per cento delle posizioni disponibili destinata all'accesso dall'esterno, le progressioni tra un'area e quella immediatamente superiore avvengono tramite procedura selettiva interna unitamente alla comparazione delle valutazioni di performance individuale conseguite dal dipendente negli ultimi tre anni in servizio o comunque le ultime tre valutazioni disponibili in ordine cronologico, qualora non sia stato possibile effettuare la valutazione a causa di assenza dal servizio in relazione ad una delle annualità, sull'assenza di provvedimenti disciplinari negli ultimi due anni, sul possesso di titoli o competenze professionali ovvero di studio ulteriori rispetto a quelli previsti per l'accesso all'area dall'esterno, nonché sul numero e sulla tipologia degli incarichi rivestiti.*

Art. 21 Norme di prima applicazione

1. In applicazione dell'art. 52, comma 1-bis, penultimo periodo, del d.lgs. n. 165/2001, la corrispondenza fra il nuovo ordinamento contrattuale e il previgente sistema di classificazione, è riportata in Tabella F, allegata al presente CCNL.

2. Ove le Aziende ed Enti, nell'ambito di propri piani triennali dei fabbisogni, rilevino la necessità di copertura di specifici profili, al fine di tener conto dell'esperienza e professionalità maturate ed effettivamente utilizzate dall'Azienda o Ente di appartenenza, in fase di prima applicazione del nuovo ordinamento professionale e comunque entro il termine del 30.6.2025, previo confronto ai sensi dell'art. 6, comma 3, lettera n) (Confronto), possono attivare la progressione tra le aree con procedure valutative cui sono ammessi i dipendenti in servizio:

- in possesso del titolo di studio richiesto per l'area immediatamente superiore ed almeno 5 anni di esperienza professionale maturata nel profilo professionale di appartenenza;*
- in alternativa il possesso del titolo di studio relativo all'area cui il dipendente è inquadrato ed almeno 10 anni di esperienza professionale maturata nel profilo professionale di appartenenza.*

Ai soli fini dell'applicazione del presente articolo, gli Operatore Socio Sanitari che, a seguito della progressione tra aree, accedono all'area degli assistenti, acquisiscono la denominazione di "Operatore Socio Sanitario senior". La denominazione di "Operatore Socio Sanitario senior" è acquisibile solo a seguito della progressione, in prima applicazione, del presente articolo.

3. Le progressioni di cui al presente articolo sono finanziate anche mediante l'utilizzo delle risorse determinate ai sensi dell'art. 1 comma 612 della legge n. 234 del 30 dicembre 2021 (Legge di bilancio 2022) in misura non superiore a Euro 25,50 pro-capite, applicato alle unità di personale destinatarie del presente CCNL in servizio al 31/12/2018, a valere su risorse appositamente stanziare a carico dei bilanci delle aziende o degli enti.

Posto quanto sopra, nella redazione del presente Piano ed in coerenza con il contesto globale dello stesso, viene predisposto – allegato 7/3.3.5.A - il programma delle progressioni "verticali" dell'area Comparto, che necessita quale elemento prodromico dell'adozione di specifico Regolamento, previo confronto con le Organizzazioni - Sindacali.

3.3.6 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 "ai singoli Centri Impiego spetta la competenza di sottoscrivere le Convenzioni con i datori di lavoro pubblici e privati quando la ricaduta occupazionale riguardi il proprio territorio".

Posto quanto sopra, la AST di Fermo sta definendo una nuova Convenzione con il Centro per l'Impiego di Fermo, di cui si riporta tabella di sintesi oggetto di proposta di questa Azienda, fermo restando che il nel successivo aggiornamento del P.I.A.O. verrà riportata la Convenzione sottoscritta da ambedue gli Enti.

	ANNO 2025	ANNO 2026	ANNO 2027	ANNO 2028
Personale ruolo amministrativo e tecnico	7	6	5	5
Ruolo socio sanitario	0	1	4	0
Ruolo sanitario	1	0	2	2

3.3.7 Dotazione organica

Preliminarmente si evidenzia che L'ASUR Marche, nell'ambito del PTFP 2018-2020 (det. ASURDG n. 78/2019), ha provveduto ad una prima ridefinizione della propria dotazione organica, conseguentemente ed in coerenza alla ridefinizione dei fondi contrattuali posta dal D.L. 78/2010 e dall'art. 9 *quinquies* D.L. 78/2015. Tale provvedimento fu sottoposto a revisione con la determina 988/ASURDG/2022 più volte citata, anche alla luce della intervenuta riforma del Servizio Sanitario Regionale.

Ai sensi art. 42 della L.R. 19/2022, l'ASUR MARCHE è soppressa dal 01.01.2023 ed, ai sensi della DGRM 1718 del 19/12/2022, restano validi ed efficaci le normative interne allo stato vigente presso le Aziende sopresse.

Il punto 2.6 dell'Allegato A della DGRM 1718/2022 prevede che *‘I rapporti di lavoro del personale in corso al 31/12/2022 presso Area Vasta 4 continuano con la AST di Fermo ed il personale conserva tutti i diritti acquisiti. Con Decreto del Direttore del Dipartimento Salute, formulato sulla base di una ricognizione che verrà formalizzata dal Commissario Straordinario di ASUR, verranno definite le assegnazioni nominative. Le ferie e i crediti orari maturati al 31/12/2022 si trasferiscono alla AST di Fermo. La AST di Fermo è obbligata per tutti i crediti che il personale dipendente della Area Vasta 4 vanta al 31/12/2022’* e, con determina n. 980 del Direttore Area Vasta 4 del 30.12.2022, si è preso atto delle assegnazioni nominative del personale dell'Azienda Sanitaria Territoriale di Fermo, a decorrere dal 01.01.2023.

Ai sensi del combinato disposto dei punti 3.4 e 2.8 dell'Allegato A della DGRM 1718/2022, la dotazione organica della AST di Fermo è pari al Sezionale dell'Area Vasta 4 della Dotazione Organica ASUR approvata con la determina 988/ASURDG/2022, incrementata dei rapporti di lavoro del personale assegnato alle U.O. Ingegneria Clinica e Ufficio Legale presso la direzione Generale ASUR in corso al 31.12.2022, che continuano con le AST comprendenti le sedi di lavoro presso cui lo stesso personale opera al 31.12.2022.

Con determina n. 980/AV4 del 30.12.2022 viene effettuata la presa d'atto del Decreto Dipartimento Salute Regione Marche n. 58/2022 ad oggetto "Assegnazione del personale alla Azienda Sanitaria Territoriale di Fermo".

Successivamente a specifiche comunicazioni che perverranno da parte della Gestione Liquidatoria della ex ASUR Marche, con successivo provvedimento verrà effettuata nuova rimodulazione della Dotazione Organica nonché dei Fondi Contrattuali, con riferimento a tali figure.

Con determina n. 120/AST_FM/2024 viene aggiornato il PIAO 2024-2026, approvato con DGRM n. 670 del 6.5.2024, che aveva accluso in allegato anche la dotazione organica della AST, secondo il modello da anni in utilizzo, prevedendo in essa delle variazioni qualitative ad isorisorse.

Con il presente Piano si prende atto che l'analisi e la programmazione occupazionale hanno fatto emergere la necessità di un adeguamento quali-quantitativo della dotazione organica al Piano dei fabbisogni, da operarsi in primis mediante trasformazione di posti quindi, complessivamente, ad invarianza di teste e senza incremento del volume di spesa come previsto D.M. 08/05/2018.

In continuità con i Piani degli anni precedenti, le rimodulazioni hanno riguardato principalmente:

- Riconversione, a seguito di cessazione dei titolari, di posti di qualifiche obsolete;
- Declassamento, sempre a seguito di cessazione dei titolari, di posti dal livello DS a quello D;
- Incremento di posti di Operatore Socio Sanitario mediante riconversione di posti di ausiliario e di OTA anche in prospettiva di attivazione dei processi di progressione verticale di cui all'art. 22 comma 15 del D.Lgs. 75/2017 e s.m.i.;
- Incremento di posti di ex livello D amministrativo/tecnico mediante riconversione di posti di ex DS, anche in prospettiva di attivazione dei processi di progressione verticale di cui all'art. 22 comma 15 del D.Lgs. 75/2017 e s.m.i.;
- Rimodulazione di qualifiche dell'area Comparto finalizzate al potenziamento delle funzioni territoriali e di prevenzione

Sia sotto il profilo quantitativo che qualitativo, la D.O. viene altresì modulata in base alle risultanze dell'applicazione del c.d. Decreto Calabria, come sopra esposto, trasfuso nel documento allegato (allegato 11/3.3.7.A)

3.3.8 Piani azioni positive e comitati unici di garanzia

Il CUG risulta costituito con determina 570/AST_FM/2023 e sta procedendo alla definizione del nuovo Piano di Azioni Positive.

Con determina 484/AST-FM del 15.07.2024 è stato adottato il Piano di Azioni Positive per il triennio 2024 – 2026.

3.3.9 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 rivisto ai sensi dell'art. 11 comma 1 DL 35/2019.

Per quanto riguarda il tetto di spesa per il personale, va fatto quindi riferimento:

- al PTFP di cui al P.I.A.O. 2024-2026 adottato con determina n. 120/AST_FM_2024
- alla recente D.G.RM. 54 del 27.01.2025 che prevede per l'anno 2024 un aumento del tetto di spesa per un complessivo importo di euro 76.615.000,00 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 presente PTFP 2025-2027 accluso al P.I.A.O. rientra nel tetto di spesa per il personale come sopra individuato (allegato 8/ 3.3.2.E).

Si provvederà a successivo aggiornamento del presente documento in occasione della futura applicazione dell'art. 5 DL.73/2024.

3.3.10 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 l'atto di adozione del P.I.A.O. 2025-2027 viene attestato - (allegato 8/3.3.2.E) - il rispetto del budget assegnato con DGRM 2015/2024 nonché la coerenza dei fattori produttivi con il bilancio di previsione 2025 in corso di adozione.

Per gli anni 2026 e 2027, la spesa sarà resa compatibile con i relativi budget quando definiti ed assegnati.

Si provvederà a rilevare i costi ed i risparmi relativi alle cessazioni ed assunzioni di cui alla presente programmazione, per l'anno 2025 e successivi, nei singoli ed appositi atti applicativi provvedendo, altresì, ad effettuare le necessarie imputazioni nell'ambito del budget annuale. I costi verranno contabilizzati nei rispettivi conti dal momento del pagamento delle competenze spettanti.

3.3.11 RISPETTO TETTO MISSIONI EX ART. 6 comma 12 D.L. 78/2010

Obiettivo della normativa in epigrafe è la riduzione della spesa delle missioni, che non può essere superiore al 50% della spesa complessiva per le missioni anno 2009, escluse quelle per lo svolgimento di compiti ispettivi e di controllo. Fatti salvi questi ultimi casi, il rimborso della spesa di trasporto in caso di autorizzazioni del mezzo proprio è costituito da un indennizzo corrispondente alla somma che il dipendente avrebbe speso ove fosse ricorso ai mezzi pubblici.

Per il tetto 2009 si prende a riferimento quanto allegato alla determina ASUR del n. 834/DG del 11.12.2014

A.S.T. FERMO	ANNO 2009	ANNO 2024	ANNO 2025 - previsione
Spesa per missioni	€ 68.346	€ 836,31	€ 800,00

Posto quanto sopra, si attesta l'avvenuto rispetto di tale disposizione.

3.3.12 RISPETTO TETTO CONSULENZE EX ART. 6 comma 7 D.L. 78/2010

Obiettivo della normativa in epigrafe è riduzione della spesa annua per studi ed incarichi di consulenza, inclusa quella relativa a studi ed incarichi di consulenza conferiti a pubblici dipendenti, che non può essere superiore al 20% di quella sostenuta

per l'anno 2009. Fatti salvi questi ultimi casi, il rimborso della spesa di trasporto in caso di autorizzazioni del mezzo proprio è costituito da un indennizzo corrispondente alla somma che il dipendente avrebbe speso ove fosse ricorso ai mezzi pubblici. Per il tetto 2009 si prende a riferimento quanto allegato alla determina ASUR del n. 834/DG del 11.12.2014

A.S.T. FERMO	ANNO 2009	ANNO 2024	ANNO 2025 - previsione
Spesa per consulenze	€ 6.648,00	€ 0,00	€ 0,00

Posto quanto sopra, si attesta l'avvenuto rispetto di tale disposizione.

INFORMATIVA SINDACALE

Si dà atto che in data 24.01.2025 è stata effettuata la prevista informativa sindacale sul piano del fabbisogno.

3.4 FORMAZIONE DEL PERSONALE

Il contesto generale di riferimento

Il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992 , n. 502, all'art. 16 bis prevede che “...la formazione continua comprende l'aggiornamento professionale e la formazione permanente. L'aggiornamento professionale è l'attività successiva al corso di diploma, laurea, specializzazione, formazione complementare, formazione specifica in medicina generale, diretta ad adeguare per tutto l'arco della vita professionale le conoscenze professionali. La formazione permanente comprende le attività finalizzate a migliorare le competenze e le abilità' cliniche, tecniche e manageriali ed i comportamenti degli operatori sanitari al progresso scientifico e tecnologico con l'obiettivo di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza alla assistenza prestata dal Servizio sanitario nazionale. ... La formazione continua consiste in attività di qualificazione specifica per i diversi profili professionali, attraverso la partecipazione a corsi, convegni, seminari, organizzati da istituzioni pubbliche o private accreditate ai sensi del presente decreto, nonché soggiorni di studio e la partecipazione a studi clinici controllati e ad attività di ricerca, di sperimentazione e di sviluppo...”.

Lo stesso D.Lgs 502/1992, all'art. 16-quater, prevede che “...La partecipazione alle attività di formazione continua costituisce requisito indispensabile per svolgere attività professionale in qualità di dipendente o libero professionista, per conto delle aziende ospedaliere, delle università, delle unità sanitarie locali e delle strutture sanitarie private. I contratti collettivi nazionali di lavoro del personale dipendente e convenzionato individuano specifici elementi di penalizzazione, anche di natura economica, per il personale che nel triennio non ha conseguito il minimo di crediti formativi stabilito dalla Commissione nazionale. Per le strutture sanitarie private l'adempimento, da parte del personale sanitario dipendente o convenzionato che opera nella struttura, dell'obbligo di partecipazione alla formazione continua e il conseguimento dei crediti nel triennio costituiscono requisito essenziale per ottenere e mantenere l'accreditamento da parte del Servizio sanitario nazionale...”.

La formazione continua dei professionisti sanitari è espressione del valore fondamentale della tutela della salute. Obiettivo della formazione continua è l'attivazione, il miglioramento, il sostegno ed il consolidamento di processi di apprendimento. I D.lgs n.502/92 e n.229/99 hanno istituzionalizzato nel paese il Sistema di Educazione Continua in Medicina. Nel D.lgs 229/99 sei articoli segnano il passaggio da una formazione concepita come accessoria, episodica, sostanzialmente individuale e autodeterminata, ad una formazione come elemento strategico per lo sviluppo della professionalità e della qualità del sistema di cure al paziente. Il programma sperimentale per l'ECM è iniziato nel 2002, a cui ha fatto seguito il

passaggio dall'accreditamento degli eventi all'accreditamento dei provider e l'entrata a regime dell'intero sistema con il susseguirsi di Accordi Stato Regioni (2007, 2009, 2012) e determine della Commissione nazionale che hanno dettato regole e modalità operative.

L'ultimo Accordo Stato Regioni *“La formazione continua nel settore Salute”* del 2 febbraio 2017 rappresenta il punto di riferimento attuale a cui seguono il Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione degli eventi ECM e il Manuale nazionale sulla formazione continua del professionista sanitario. La Regione Marche, avendo un proprio sistema di accreditamento dal 2005, ha adottato un proprio Manuale regionale per l'accreditamento dei provider regionali e degli eventi formativi, e, nel contempo, ha lavorato in stretta sinergia con il Comitato Tecnico delle Regioni e con la Commissione nazionale alla definizione delle regole comuni.

L'accreditamento di un Provider è il riconoscimento da parte di un'istituzione pubblica (Commissione Nazionale per la Formazione Continua o Regioni o Province Autonome direttamente o attraverso organismi da questi individuati) che un soggetto è attivo e qualificato nel campo della formazione continua in sanità e che, pertanto, è abilitato a realizzare attività formative riconosciute idonee per l'ECM, individuando ed attribuendo direttamente i crediti ai partecipanti. L'accreditamento si basa su un sistema di requisiti minimi considerati indispensabili per lo svolgimento di attività formative (ECM) e viene rilasciato ad ogni provider da un solo Ente accreditante a seguito della verifica del possesso di tutti i requisiti minimi stabiliti dalla normativa nazionale e contenuti nel Manuale nazionale e nei Manuali regionali, per le Regioni che hanno un proprio sistema di accreditamento regionale. L'accreditamento conseguito presso la Commissione nazionale consente ai provider di erogare eventi su tutto il territorio nazionale e al di fuori di esso come previsto dall'art.44 dell'Accordo Stato Regioni. L'accreditamento conseguito presso le Regioni consente di erogare eventi esclusivamente nel territorio dell'ente accreditante. Non è consentito conseguire l'accreditamento come provider nazionale e regionale. Il Cogeaps (Consorzio per la gestione anagrafica delle professioni sanitarie -art. 22 dell'Accordo Stato Regioni 2017) gestisce l'anagrafe nazionale dei crediti formativi ECM riconosciuti a tutti i professionisti sanitari ricevendo, dai provider nazionali e regionali, i report delle partecipazioni ECM attraverso un tracciato unico a livello nazionale. Fornisce gli strumenti agli Ordini per certificare l'adempimento dell'obbligo formativo dei professionisti sanitari.

Il *“Manuale di accreditamento dei provider ECM pubblici e privati della Regione Marche per l'erogazione di eventi ECM”* costituisce l'allegato B della DGR n.1501/17 e descrive il procedimento di accreditamento dei provider a livello regionale e i necessari requisiti nel rispetto delle caratteristiche dei provider, della loro organizzazione generale, delle risorse, della qualità dell'offerta formativa e dell'assenza di conflitto di interesse. La Regione Marche, come previsto dall'Accordo

Stato Regioni 2017, ha ritenuto di individuare alcuni requisiti aggiuntivi che rispecchiano più specificatamente il contesto regionale e che si propongono di innalzare il livello qualitativo della formazione erogata. Il Manuale regionale recepisce altresì le modalità di assegnazione dei crediti alle diverse tipologie formative definendo all'interno di esse indicatori e strumenti tesi a monitorare l'offerta formativa che deve essere orientata a promuovere l'apprendimento dei professionisti della salute.

Va, di conseguenza, considerato il 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 erano articolazioni territoriali, trasformando tali ultime in Aziende Sanitarie Territoriali.

Come previsto con DGRM n. 1385 del 28 ottobre 2022, entro il 31/12/2022, la AST di Fermo ha chiesto l’Accreditamento PROVIDER ECM, al fine di garantire la continuità della formazione ECM ai professionisti sanitari in funzione dell’assolvimento del prescritto obbligo formativo.

Gestione del sistema qualità nella formazione

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. Restano impregiudicati i doverosi adeguamenti dei suddetti atti a sopravvenute disposizioni di legge e regolamentari, statali e regionali...”. Di conseguenza, in riferimento a quanto previsto al paragrafo 3.9 dell’allegato A alla DGRM n. 1385 del 28/10/2022, oltre a quanto previsto con DGRM 1501 del 18/12/2017, nelle more del processo di organizzazione e fino a nuove disposizioni, continuano a trovare applicazione, tra gli altri regolamenti:

- Manuale per la gestione di un Sistema Qualità nella Formazione dell’ASUR Marche di cui alla DETERMINA DEL DIRETTORE GENERALE ASUR N. 599 DEL 19/10/2018;
- Linee Guida per le attività di formazione e aggiornamento del personale di cui alla DETERMINA DEL DIRETTORE GENERALE ASUR N. 327 DEL 31/05/2017.

In particolare, il Manuale per la gestione di un Sistema Qualità nella Formazione (Determina DG ASUR 599/2018) definisce la politica per la qualità della formazione aziendale, prevedendo che *“la Direzione, al fine di ottenere i migliori risultati nello sviluppo delle conoscenze e della buona pratica, introduce, applica e mantiene attivo un Sistema di Gestione della Qualità, nel rispetto della normativa nazionale e regionale vigente in materia di Educazione Continua in Medicina (ECM).*

La Direzione ritiene che la garanzia di una formazione di qualità sia una responsabilità collettiva che coinvolge sia l'Azienda, sia i singoli professionisti e per questa ragione favorisce lo sviluppo delle competenze, non solo individuali, ma anche dei team per una integrazione, collaborazione e condivisione, funzionali al raggiungimento degli obiettivi.

La Direzione inoltre, si impegna a garantire affidabilità, efficacia, appropriatezza, idonee risorse umane, tecnologiche ed economico-finanziarie, atte al conseguimento dei risultati attesi, secondo le esigenze dei professionisti sanitari e dei cittadini utenti... I principali processi necessari per il SGQ nell'ECM e l'applicazione nelle attività garantite da tutti i livelli partecipativi dell'organizzazione sono di seguito identificati e descritti:

Fasi	ID processo	Responsabilità	Elementi in entrata	Elementi in uscita	Evidenza e misura
1	Rilevazione ed analisi dei Fabbisogni formativi	Committenti Provider	Normativa di riferimento Piano formativo ASUR Politica/strategie aziendali	Fabbisogni Formativi	Scheda fabbisogno Scheda riepilogo fabbisogno annuale
2	Pianificazione	Resp.Formazione Direttore Generale	Fabbisogni formativi Strategie Aziendali e budget	Piano formativo Annuale	Determina di approvazione
3	Progettazione	Resp. Formazione Resp. Scientifico/ Progetto	Progetto formativo	Programma validato e relative comunicazioni	Scheda progetto
4	Erogazione	Resp. formazione Resp. scientifico/ Progetto Docenti e tutor	Programma validato	Corso realizzato	Registri presenze
5	Valutazione	Resp. formazione Resp. scientifico Docenti Tutor	Strumenti e criteri di rilevazione del gradimento, della qualità e dell'apprendimento	Valutazione finale e qualità percepita Valutazione apprendimento	Elaborazione e analisi dei risultati. Report finale
6	Rilascio attestato/Attribuzione crediti	Rappresentante legale o suo delegato	Inserimento dati relativi alla valutazione (processo 5) e rilevazione presenze	Attestato	Attestato
7	Relazione sull'attività annuale	Resp. formazione Comitato scientifico	Analisi annuale sull'attività svolta	Relazione annuale	Relazione annuale Trasmissione documento all'ARS

8	Miglioramento della qualità	Direzione Generale Resp. Formazione Comitato Scientifico Resp. Qualità	Obiettivi ed evidenza del miglioramento della qualità	Manuale Qualità	Griglia di evidenza Scheda obiettivi
---	------------------------------------	---	---	-----------------	---

Rilevazione del fabbisogno formativo

La rilevazione e l'analisi del fabbisogno formativo costituiscono la fase propedeutica alla stesura del Piano e alla conseguente progettazione e realizzazione delle iniziative di formazione. Si esplicano nella raccolta delle istanze dei professionisti e dell'organizzazione e nel valutarne la congruenza con gli indirizzi strategici e gli obiettivi aziendali.

La raccolta dei bisogni riguarda prevalentemente tre aree:

- 1. bisogni di salute della popolazione rilevati con studi epidemiologici, dati socio economici e di ecosistema e l'analisi dei reclami;*
- 2. fabbisogni dell'organizzazione rilevati con i dati a disposizione circa il funzionamento dell'organizzazione, il personale e le specifiche professionalità, elementi derivati dal Piano Strategico Aziendale, dai Piani Sanitari Regionali, programmi d'intervento e sviluppo aziendale, documenti di settore e obiettivi di Budget;*
- 3. bisogni degli operatori rilevati con l'analisi delle attività formative già attuate, l'analisi delle attese, eventuali analisi di clima, eventuali analisi di ruolo e delle attività lavorative, dati relativi ad eventuali situazioni di criticità.*

Al Manuale di cui alla Determina DG ASUR 599/2018 vengono allegate:

- Procedura PQ n. 1 "Rilevazione fabbisogno e pianificazione"*
- Procedura PQ n. 2 "Progettazione, erogazione e valutazione iniziativa formativa in sede"*
- Procedura PQ n. 3 "Gestione documenti"*
- Procedura PQ n. 4 "Analisi e miglioramento"*

La Procedura PQ n. 1 "Rilevazione fabbisogno e pianificazione" prevede che le UU.OO. Formazione ASUR/AAVV trasmettono, con apposita nota, ai Direttori Dipartimenti, ai Responsabili/Posizioni Organizzative/Coordinatori/Rete referenti UU.OO. e Distretto gli indirizzi Asur con eventuali integrazioni di AV. Gli stessi sono invitati ad avviare e completare, entro il 30 settembre, la rilevazione delle esigenze formative attraverso il "sistema Formaker"/griglia predefinita, fornendo i seguenti dati:

- le UU.OO. destinatarie;*
- le figure/profili a cui è rivolta l'iniziativa;*
- l'ambito di programmazione;*
- gli obiettivi dei progetti formativi;*
- l'area di riferimento;*

- *la metodologia formativa;*
- *il numero di edizioni, numero ore per edizione e il totale delle ore;*
- *il numero di partecipanti per edizione e in totale;*
- *il numero dei crediti programmati per partecipante e in totale;*
- *lo strumento di valutazione dell'apprendimento;*
- *le risorse necessarie;*
- *gli eventuali sponsor.*

I soggetti di AAVV di cui sopra provvedono alla definizione delle esigenze formative attraverso incontri di Comitato Dipartimento/Conferenze servizio, di cui viene redatto apposito verbale e griglia riepilogativa sottoscritta da trasmettere ai Servizi Formazione.

I Servizi Formazione ASUR /AAVV raccolgono tutte le proposte inviate, le esaminano e, se necessario, chiedono opportuni chiarimenti/integrazioni/modifiche.

Assolto tale adempimento, i servizi formazione di AAVV provvedono alla stesura del documento riepilogativo attraverso apposita griglia e lo inviano, entro il 15 ottobre, all'Area Formazione ASUR. Tutta la documentazione pervenuta integrata con le esigenze raccolte a livello centrale saranno trasmesse al Comitato Scientifico per la valutazione.

Lo stesso provvede, entro il 30 ottobre, all'analisi delle proposte formative pervenute verificandone i contenuti scientifici, la coerenza con gli indirizzi direzionali, il rispetto dei criteri metodologici ed organizzativi propri dell'attività formazione. L'esito dell'esame è formalizzato con apposito verbale e, in presenza di rilievi, gli stessi vengono comunicati tramite mail ai Servizi Formazione Asur/AAVV per le necessarie modifiche, da operare nei tempi fissati. Le revisioni apportate verranno nuovamente trasmesse all'Area Formazione dell'ASUR per l'ulteriore verifica da parte del Comitato Scientifico, da completarsi entro il 22 Novembre, di cui viene redatto apposito verbale.

Pianificazione

Le proposte formative sono così raccolte in un unico documento riepilogativo che costituirà il "Piano Formativo Aziendale Anno xxxx".

Lo stesso sarà oggetto di specifica determina del Direttore Generale ASUR da adottare entro il 15/12 dell'anno in corso. Successivamente i Direttori di AAVV formalizzano entro il 31 Gennaio dell'anno successivo, con apposita determina e previa informativa sindacale e parere del Collegio Direzione, il "Piano Formazione Area Vasta anno xxxx".

Il Piano Formativo ASUR/AAVV (ora AST) può essere oggetto di integrazioni/modifiche nel rispetto dei criteri stabiliti Comitato Scientifico.

Il contesto aziendale

L'azienda Sanitaria Territoriale di Fermo, costituitasi dal 1 gennaio 2023 a seguito della riorganizzazione sanitaria regionale, è accreditata provvisoriamente (fino a nuova riorganizzazione) come *Provider ECM* per l'erogazione di eventi ECM.

L'azienda Sanitaria Territoriale di Fermo si avvale di circa 1.500 dipendenti e di personale convenzionato. Tali professionisti, appartenenti a vari ruoli (sanitario, tecnico, professionale ed amministrativo) rappresentano il capitale intellettuale dell'Azienda, consapevole della necessità di doverne aver cura, sia a livello motivazionale che tecnico professionale al fine di supportare le trasformazioni culturali, organizzative e gestionali.

La formazione continua

Nel costituire un elemento strategico di innovazione e di costante allineamento delle competenze e delle performance dei professionisti alla rapida evoluzione dei modelli organizzativi ed operativi, dei bisogni sanitari, dei mutamenti della domanda nonché di richiesta di maggiori e qualificate competenze scientifiche e tecnologiche, la formazione continua è chiamata ad accompagnare e supportare il cambiamento nonché a stimolare e creare le condizioni culturali dello stesso con conseguente attenzione alle teorie e alle pratiche connesse all'apprendimento in età adulta e alle condizioni che lo rendono possibile per i diversi individui, nei diversi contesti.

A ribadire l'importanza della formazione continua nel settore Salute è stato il D.Lgs 502/1992 successivamente integrato dal D.Lgs 229/1999 e implementato a partire dal 2002 che ne sancisce l'obbligatorietà per medici e professionisti sanitari definendo finalità, soggetti coinvolti e modalità di attuazione.

L'art. 7 comma 4 del D.Lgs. 165/01 e s.m.i. stabilisce che *“Le amministrazioni pubbliche curano la formazione e l'aggiornamento del personale, ivi compreso quello con qualifiche dirigenziali, garantendo altresì l'adeguamento dei programmi formativi, al fine di contribuire allo sviluppo della cultura di genere della pubblica amministrazione”*.

Disposizioni in materia di formazione sono inoltre contenute nei CC.NN.LL. comparto sanità, dirigenza medica e veterinaria e di quella sanitaria, tecnica, professionale ed amministrativa, negli Accordi Stato Regioni, leggi regionali, ecc.

Il Piano Formativo Annuale/Triennale

La definizione di dettagli del Piano Formativo Aziendale Annuale è tuttora in corso, in un processo attivato a partire da novembre 2024 e con conclusione prevista entro febbraio 2025. Includerà un numero di circa 100 progetti/eventi di formazione, in linea con lo storico e con la necessità di miglioramento continuo della qualità dei corsi erogati dal provider AST di Fermo. La definizione del piano annuale avviene in coerenza con le indicazioni regionali trasmessa con Prot. N1435393 del 12/11/2024 e

con la programmazione triennale dei bisogni formativi che è approvata dalla Regione Marche (prossimo programma formativo 2025-2027 deliberato con DGRM 2028/24 con decreti in via di assegnazione).

Nell'anno 2025 in attuazione dei LEA concernenti il Piano nazionale di aggiornamento del personale dell'SRR ed in coerenza con il nuovo Piano Socio-Sanitario 2023-2025 (DGR n.709/23) uno spazio prioritario avevano gli **obiettivi formativi** che privilegiano i seguenti settori:

- Piano prevenzione 2020-2025 (DGR n.1640/21) e Piano di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale ai sensi della DGR 188/2022;
- Le azioni contenute nel piano nazionale di contrasto dell'Antimicrobico Resistenza (PNCAR) 2023-2025 ai sensi della DGR 1084/223
- Le azioni del Piano Regionale Prevenzione Vaccinale 2023-2025 ai sensi della DGR 797/2024
- Gli interventi previsti dal PNRR M6
 - o C1.3.1 implementazione dell'utilizzo del FSE in coerenza con l'infrastruttura tecnologica e con il Piano operativo per l'incremento delle competenze digitali – interventi di formazione, con Decreto del Dipartimento Salute di prossima approvazione in coerenza con le Linee operative Formazione FSE 2.0 a cui la Regione Marche ha partecipato attivamente alla sua stesura;
 - o C.2.2 accrescimento delle competenze in tema di infezioni ospedaliere secondo la programmazione regionale DGR n.398 del 27 marzo 2022 per il raggiungimento del target del 52% del personale ospedaliero formato entro marzo 2025 e del 100% entro il 2026.
- La coprogettazione delle Case di Comunità con le équipes multiprofessionali ed il proseguimento della formazione dell'infermiere di comunità in applicazione de Decreto Ministeriale del 23 maggio 2022 n.77;
- Le cure palliative di base da parte della rete dei formatori costituitasi a seguito del corso regionale svolto nel 2024;
- Le competenze digitali e l'Health Technology Assessment (HTA);
- La violenza contro gli operatori ed il benessere dei sanitari e di tutto il personale dipendente e convenzionato.

Nell'ambito dell'obbligo formativo triennale ECM 2023-2025 gli obiettivi formativi di particolare interesse nazionale stabiliti con apposite delibere della Commissione nazionale ECM sono:

- Sanità digitale
- Formazione in infezioni ospedaliere (ICA) e piano strategico operativo nazionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale (PanFlu 2021/223)
- Health Technology Assessment (HTA)

- Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN
- Formazione all'uso improprio del fentanyl e di altri oppioidi sintetici.

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.

Il PFR si pone ad integrazione e non in sostituzione del Piano formativo Annuale (PFA) della AST di Fermo con funzione di indirizzo alla programmazione aziendale.

La realizzazione dei progetti formativi 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.

La AST di Fermo è chiamata a realizzare le attività formative sulla base delle schede contenute nell'allegato A di cui alla DGR n. 2028 del 30 dicembre 2024, denominato PIANO DI FORMAZIONE REGIONALE 2025-2027 e rivolto al personale del servizio sanitario regionale, procedendo alla definizione della progettazione di dettaglio in collaborazione con il responsabile scientifico regionale, proponente l'iniziativa, in modo che l'erogazione possa essere quanto più coerente con l'analisi del fabbisogno regionale e con gli obiettivi proposti. Il settore Risorse Umane e Formazione garantisce il supporto metodologico necessario per la realizzazione delle attività formative.

I progetti previsti dal Piano formativo regionale dovranno essere realizzati non oltre il primo semestre 2026, salvo eventuali proroghe del Piano.

La AST di Fermo è coinvolta, come ente gestore, nei corsi indicati al su citato Decreto Regionale.

Il Piano Formativo Aziendale rappresenta lo strumento di programmazione, promozione e governo delle iniziative formative ritenute prioritarie dalla Direzione, viene redatto annualmente tenendo conto pertanto degli obiettivi nazionali, regionali e strategici aziendali, obblighi normativi, innovazioni tecnologiche, analisi criticità organizzative e fabbisogni formativi emersi.

La rilevazione del fabbisogno formativo segue procedure codificate ed avviene, attraverso apposito schema, a livello Dipartimentale /MacroArea/ Distretto /UUOO varie con il supporto della Rete Referenti (Determina Direttore Generale n. 827 del 20.12.2023).

L'UOsd Formazione ed Aggiornamento della AST di Fermo provvede quindi alla raccolta e valutazione dei bisogni espressi e alla predisposizione del piano che sarà sottoposto all'esame del Comitato Scientifico Aziendale per la valutazione di merito.

A valutazioni effettuate, il Piano verrà inviato al Collegio di Direzione ed alle OOSS delle tre Aree contrattuale per la necessaria ed opportuna informativa e, quindi, formalmente approvato con apposito atto. Lo stesso verrà inoltrato alla Regione entro il 28 febbraio dell'anno di riferimento.

Il Piano Annuale/Triennale si declina con corsi riconducibili ad uno dei 38 obiettivi formativi individuati nel “*Manuale di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM*” e possono essere racchiusi in tre macro-aree:

- quelli di carattere **tecnico-professionale**, volti all'acquisizione di competenze e conoscenze tecnico-professionali specifiche della professione
- gli **obiettivi formativi di processo**, individuabili nei corsi dedicati “a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza degli specifici processi di produzione delle attività sanitarie”
- quelli **di sistema**, volti al potenziamento delle attività e delle procedure dei servizi sanitari.

Nel rispondere alle normative nazionali, regionali e direttive direzionali, le tematiche proposte affrontano argomenti diversi quali procedure e strumenti per il governo clinico delle attività sanitarie, documentazione clinica, percorsi clinico-assistenziali diagnostici e riabilitativi, contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione e/o specializzazione, comunicazione con paziente, privacy, palliazione, fragilità di minori, anziani, dipendenze patologiche e salute mentale, strumenti per la gestione e prevenzione delle aggressioni a danno degli operatori sanitari, sicurezza ambientale, lavorativa ed animale, radioprotezione, ecc.

Alle predette si aggiungono, inoltre, tutte le attività collegate al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR):

- MISSIONE 6 C2 inerente lo sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario – corso su Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) in ambito ospedaliero comprendente sia la parte teorica generale propedeutica che quella specialistica riservata agli operatori del CICA aziendale
- MISSIONE 6 C2 inerente l'innovazione, ricerca e digitalizzazione del personale del sistema sanitario – incremento delle competenze digitali afferenti al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE).

Lo sviluppo delle varie tematiche utilizza metodologie formative coerenti agli obiettivi da raggiungere come la metodologia Residenziale (RES), la Formazione sul campo (FSC), quella Blended e quella a distanza (FAD)”, modalità digitale mediante apposita piattaforma regionale con specifico impianto didattico su contenuti, durata, partecipazione asincrona., modalità mista in cui le attività didattiche vengono realizzate parte in presenza e parte a distanza e/o sul campo.

Il Piano Formativo 2025 è in corso di adozione.

Formazione sul 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 stato adottato 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. E' stato altresì adottato 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 stanziare dalle Leggi di Bilancio e con risorse REACT-EU destinate ai contratti di formazione specialistica.

Formazione sul Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)

Con Decreto del Dirigente del Settore Risorse Umane e Formazione nr. 83 del 30/11/2023, è stato istituito il gruppo di lavoro di Coordinamento regionale della Formazione FSE 2.0.

Il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), introdotto dall'art. 12 del DL 179/2012 "*Fascicolo sanitario elettronico e sistemi di sorveglianza nel settore sanitario*" e articolato secondo il DPCM 178/2015 "*Regolamento in materia di fascicolo sanitario elettronico*", è lo strumento attraverso il quale il cittadino può tracciare e consultare tutta la storia della propria vita sanitaria, condividendola con i professionisti del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

La linea di Missione PNRR M6 C2, attraverso il sub-investimento M6 C2 1.3.1 – Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (FSE), punta al rafforzamento del Fascicolo Sanitario Elettronico per estendere e uniformare a livello nazionale i contenuti dei referti e documenti digitali sanitari, le funzioni e l'esperienza utente, l'alimentazione e consultazione da parte dei professionisti del SSN.

Sulla base degli obiettivi definiti all'interno del PNRR, con Decreto 20 maggio 2022 "Adozione delle Linee Guida per l'attuazione del Fascicolo sanitario elettronico" sono state adottate le Linee Guida per il potenziamento del FSE nella nuova versione 2.0 con riferimento a contenuti, servizi, architettura ed al modello di governance del nuovo Fascicolo.

Il successivo Decreto del Dipartimento per la Trasformazione Digitale del 8 agosto 2022 dal titolo "Assegnazione di risorse territorializzabili riconducibili alla linea di attività M6C2 1.3.1(b) - Adozione e utilizzo FSE da parte delle regioni - nell'ambito dell'investimento PNRR M6C2 1.3." definisce i criteri di riparto delle risorse riconducibili alla linea di attività dell'intervento di investimento M6C2 1.3.1 b) - Adozione e utilizzo FSE da parte delle regioni- per l'attuazione delle due linee di intervento:

- a) Potenziamento dell'infrastruttura digitale dei sistemi sanitari (hardware e software);
- b) Incremento delle competenze digitali dei professionisti del sistema sanitario (Attività di Formazione e Comunicazione).

L'art. 1 stabilisce che l'erogazione annuale delle risorse è subordinata alla redazione ed alla approvazione dei Piani di adeguamento per il potenziamento delle infrastrutture digitali e per l'incremento delle competenze digitali – Comunicazione e Formazione.

In attuazione di quanto sopra, con pec prot. 1553408 del 19/12/2022, la Regione Marche ha inviato al Dipartimento per la trasformazione digitale e il Ministero della Salute la propria proposta di iniziative da erogare in ambito di formazione FSE 2.0, con riferimento al periodo 2023-2026, secondo quanto contenuto nei due Piani Operativi per l'incremento delle competenze digitali del SSR, ivi allegati, distinti per

le due linee di attività Comunicazione e Formazione. Con conseguente nota PEC n.0001025 del 02 marzo 2023, il Dipartimento per la trasformazione digitale ha approvato le proposte predisposte dalla Regione Marche che costituiscono, pertanto, la base di partenza per la costruzione dei Piani di Comunicazione e Formazione a livello regionale.

Successivamente, in virtù delle modifiche organizzative del Servizio Sanitario Regionale introdotte dalla Legge Regionale n. 19/2022 “Organizzazione del Servizio Sanitario Regionale” (in vigore dal 01 gennaio 2023), il Direttore del Dipartimento Salute, con proprio decreto n.46 del 05 giugno 2023, ha provveduto all’adeguamento dei richiamati Piani operativi.

Il Piano Operativo regionale formazione è suddiviso per aree/settori di intervento e target in funzione degli obiettivi di apprendimento, nello specifico: sono di diretta gestione regionale i corsi HUB-formazione formatori e apicali che dovranno attivare e portare avanti il progetto nazionale e le iniziative a livello SPOKE. Queste ultime, delegate agli Enti del SSR, riguardano la formazione sugli applicativi, la formazione all’uso del dato in ambito sanitario, la formazione alla divulgazione del FSE e la formazione generica sul FSE. La formazione continua concorrerà al raggiungimento dell’obiettivo finale previsto dal target PNRR M6 C2I 1.3 entro giugno 2026 “Tutte le Regioni adottano e utilizzano il FSE”.

Con DGR n.892 del 26 giugno 2023, il Direttore del Dipartimento Salute ha provveduto a delegare gli Enti del Servizio Sanitario Regionale (SSR), quali Enti attuatori esterni, all’esercizio delle competenze relative all’avvio, alla realizzazione operativa e al funzionamento degli interventi di rispettiva competenza, descritti negli Allegati dal n. 1 al n. 3 del succitato decreto n.46/2023, attuativi degli obiettivi del PNRR afferenti l’investimento M6C2, 1.3.1 “Adozione e utilizzo FSE (Fascicolo Sanitario Elettronico) da parte delle Regioni”. Con il medesimo atto si è, altresì, proceduto ad approvare il riparto delle risorse assegnate alla Regione Marche per il PNRR Missione 6 Componente 2 “Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale” – Investimento 1.3.1 “Fascicolo Sanitario Elettronico”, sub-investimento 1.3.1(b) “Adozione e utilizzo FSE da parte delle regioni”.

In tale quadro di riferimento, nell’ottica di favorire l’attuazione dei citati Piani Operativi regionali di Comunicazione e Formazione FSE, si è innestato il progetto europeo “*Digital skills to increase quality and resilience of the Health System in Italy (digital skills)*” che vede la collaborazione di Ministero della Salute, Dipartimento per la trasformazione digitale, Agenas e il Programma Mattone Internazionale Salute (ProMIS). Nell’ambito di tale progetto sono stati di recente elaborati e formalizzati due documenti, l’uno recante “Strategia di accrescimento delle competenze digitali” volto a dotare le Regioni di un approccio strutturale per la gestione strategica dell’Educazione in sanità Digitale al fine di migliorare le competenze digitali dei professionisti sanitari e socio-sanitari e l’altro contenente specifiche Linee Operative

per la formazione in ambito FSE 2.0 diretto a supportare le amministrazioni nella predisposizione delle iniziative contenute nei Piani Operativi di Formazione FSE che, in ragione delle specifiche eterogeneità regionali, dovranno essere declinate da ciascuna Amministrazione in considerazione dello stato di partenza delle singole realtà locali.

Le Linee Operative per la formazione in ambito FSE 2.0 in particolare contengono tra le altre cose, una serie di raccomandazioni per il governo e il monitoraggio delle iniziative di formazione FSE 2.0, utili alla realizzazione di quanto contenuto nei singoli Piani Operativi predisposti da ciascuna Regione, come l'istituzione di un Tavolo/GDL di Coordinamento regionale della Formazione FSE 2.0.

I principali compiti del Tavolo/GDL regionale Formazione FSE 2.0 possono essere così sintetizzati:

- a) analisi dei fabbisogni formativi sul FSE, sentita la componente strutturale regionale, rispetto ai target allo scopo di definire le azioni prioritarie e specifiche a partire da quanto rappresentato nel Piano operativo (PO);
- b) coordinamento con il GDL Interregionale per la promozione di iniziative di formazione in ambito FSE 2.0;
- c) governo e monitoraggio della formazione formatori e apicali (formazione HUB);
- d) coordinamento e integrazione delle iniziative di formazione sul FSE 2.0 previste dal PO e delegate agli Enti del SSR (formazione SPOKE);
- e) integrazione del Piano Operativo formazione FSE 2.0 con la programmazione regionale triennale e aziendale annuale;
- f) monitoraggio delle iniziative formative regionali e aziendali dei provider ECM in termini qualitativi e quantitativi anche con la definizione di specifici indicatori di esito e risultato;
- g) valutazione del raggiungimento di specifici obiettivi formativi assegnati alle Aziende sanitarie;
- h) relazioni con le Federazioni degli Ordini delle Professioni Sanitarie attraverso l'Organismo dell'Osservatorio sulla qualità della formazione continua di cui al Decreto SRU n.61/2023 che è composto dai rappresentanti degli Ordini di tutte le professioni sanitarie, per favorire il coinvolgimento degli stakeholder nell'opportuna attività di indirizzo del Tavolo;
- i) supporto all'adozione a livello regionale di modelli europei/nazionali per lo sviluppo delle competenze digitali dei professionisti del SSR (piano di educazione in sanità digitale. Strategia generale di accrescimento delle competenze digitali).

In riferimento alla composizione del Tavolo/GDL regionale della Formazione FSE 2.0 esso risulta così composto:

- Referente regionale Formazione FSE 2.0;
- Referenti della Formazione FSE 2.0 di ogni Azienda Ospedaliera e Territoriale e INRCA;

- Referente regionale Comunicazione FSE 2.0 per l'allineamento delle reciproche specifiche iniziative;
- Referente regionale infrastruttura FSE 2.0 per l'allineamento con gli aggiornamenti infrastrutturali e l'avvio delle relative attività formative.

Per progettare e gestire operativamente le iniziative di formazione potranno essere attivati, all'interno del Tavolo regionale, dei board tecnici-tematici come quello composto dai responsabili dei sistemi informativi delle Aziende e quello della sanità del privato accreditato, da coinvolgere attraverso le diramazioni regionali delle relative associazioni. Non sono previsti compensi o gettoni di presenza per la partecipazione alle riunioni che potranno avere cadenza mensile.

I provider ECM erogatori della formazione continua sono rappresentati dai referenti aziendali della formazione FSE 2.0, che assicurano il coinvolgimento dei relativi servizi formazione per la gestione, l'accreditamento ECM delle iniziative ed il coinvolgimento dei destinatari/target.

L'Academy Marche di cui al Decreto RUM n.8/21 potrà essere utilizzata quale supporto metodologico per la costruzione di percorsi formativi in modalità blended o e-learning. Con nota PEC prot. n.1300277 del 23/10/2023|R_MARCHE|GRM|SALU| il Direttore del Dipartimento Salute ha richiesto ai Direttori Generali degli Enti del SSR i nominativi dei referenti della formazione FSE 2.0 aziendale. Entro i termini indicati sono pervenuti i nominativi richiesti.

Il GDL informerà il Responsabile del Progetto FSE 2.0, Direttore del Dipartimento Salute, sulle azioni condivise al fine di procedere, per garantire la coerenza e la visione complessiva su tutte le dimensioni dell'intervento: implementazione/evoluzione tecnologica, formazione, comunicazione.

Potrà essere coinvolta la Scuola di Formazione del personale regionale ove se ne ravvisi la necessità e l'opportunità.

Al fine di dare avvio alle attività formative previste dal Piano Operativo Formazione FSE 2.0 2023-2026 e alla luce di quanto sopra si propone l'adozione del presente atto.

Piano formativo regionale sulle infezioni correlate all'assistenza (ICA) in ambito ospedaliero.

Con DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 398 del 27/03/2023 si è disposto di approvare il "Piano formativo regionale sulle infezioni correlate all'assistenza (ICA) in ambito ospedaliero. PNRR Missione 6 Salute C2 intervento 2.2 b "Sviluppo delle competenze tecniche -professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario – Corso di formazione in infezioni ospedaliere." individuando come provider tutti gli Enti del Sistema Sanitario Regionale accreditati in qualità di provider ECM.

La Missione 6 Salute del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) mira a potenziare e riorientare il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per migliorarne l'efficacia nel rispondere ai bisogni di cura delle persone, anche alla luce delle criticità emerse nel corso dell'emergenza pandemica. E' articolata in due Componenti: la componente 1, Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza territoriale e la componente 2 Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale. La Componente 1 ha l'obiettivo di rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie all'attivazione e al potenziamento di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), rafforzando l'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi sociosanitari. La Componente 2 comprende, invece, misure volte al rinnovamento e all'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, al potenziamento e alla diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) ed una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) da realizzare anche attraverso il potenziamento dei flussi informativi sanitari. Inoltre, rilevanti risorse sono destinate anche alla ricerca scientifica e a rafforzare le competenze e il capitale umano del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Tra gli interventi della componente 2 è previsto il sub-investimento M6C2 2.2 (b) "Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario – Corso di formazione in infezioni ospedaliere", cioè l'avvio di un Piano di formazione straordinario sulla sicurezza in tema di infezioni ospedaliere per le risorse umane del SSN.

Con DGR n. 656 del 30/05/2022 è stato approvato il Piano Operativo regionale (POR), documento tecnico, redatto e approvato dalla Regione, su indicazioni e con il supporto del Ministero della Salute, tramite l'Agenas che contiene gli Action Plan per gli investimenti di attuazione regionale. Con DGR n.812 del 27/06/2022 è stato recepito il Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS)- Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza-, uno degli strumenti di programmazione identificato dalla normativa nazionale per la Missione 6 Salute a cui è allegato il POR.

Il programma formativo viene sviluppato da ciascuna Regione/P.A. ed è articolato nelle sue diverse componenti (corsi/moduli) sulla base delle indicazioni nazionali, di cui all'Allegato 5 del POR, tenendo in considerazione le peculiarità di ogni Regione/P.A. e i diversi *setting*. A tale scopo si valorizzano le competenze specifiche dei vari *stakeholders* presenti sul territorio, anche attraverso la collaborazione con le Università, gli IRCSS e l'Istituto Superiore di Sanità.

Con deliberazione della Giunta regionale n. 970 del 27/07/2022 "Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - Missione 6 "Salute" Componenti 1 e 2- approvazione delega delle attività e ripartizione risorse agli Enti del Sistema Sanitario Regionale", e con la successiva D.G.R. n. 1330 del 17/10/2022 sono stati delegati gli Enti del SSR in qualità di soggetti attuatori e ripartita la somma assegnata complessiva di euro 1.991.772,80

riferita al progetto M6C2 2.2 b) Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario - Corso di formazione in infezioni ospedaliere.

Con la Legge n.19/22 la Regione Marche ha dato avvio alla riorganizzazione regionale degli Enti del SSR, in particolare con la cessazione dell'ASUR al 31/12/2022 e l'istituzione di cinque Aziende sanitarie territoriali, si intendono modificare gli atti di delega e conseguentemente rivedere il riparto della somma assegnata in funzione dei destinatari di ciascuna AST. I relativi atti di modifica e aggiornamento delle deleghe e del relativo riparto sono in fase di formalizzazione.

Con DGR n.1385 del 28 ottobre 2022 "Attuazione delle disposizioni di cui all'art.42 comma 5 della L.R. 8 agosto 2022 n.19 (Organizzazione del SSR): indirizzi per la costituzione delle Aziende Sanitarie Territoriali (AST)" la Regione Marche ha dato mandato entro il 31/12/2022 alle istituende AST subentranti alla soppressa Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR) di provvedere, tra gli altri adempimenti funzionali dell'Ente, a richiedere l'accreditamento come provider ECM. Il settore Risorse Umane e formazione con il supporto della Commissione tecnica ECM ha poi valutato le domande di accreditamento delle istituende AST e provveduto alla verifica documentale. Con decreto SRU n. 16/2023 è stata accreditata provvisoriamente come provider ECM l'AST di Fermo, con decreto SRU n.17/2023 è stata accreditata provvisoriamente come provider ECM l'AST di Ancona, con decreto SRU n.21/2023 è stata accreditata provvisoriamente come provider ECM l'AST di Macerata e con decreto SRU n.19/2023 è stata accreditata provvisoriamente come provider ECM l'AST di Ascoli. In questo modo la Regione ha completato la procedura per la selezione dei provider dei corsi di formazione al fine di rispondere al primo *milestone* atteso dal programma ritiene di individuare come provider dei corsi sulle infezioni ospedaliere tutti gli Enti del SSR accreditati come provider ECM: AST Pesaro-Urbino, AST Ancona, AST Macerata, AST Fermo, AST Ascoli, Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche e l'INRCA.

Con decreto del Direttore di Dipartimento n.6 del 25/02/2022 e con Decreto del Segretario Generale n. 39 del 19 aprile 2022 si è costituito un gruppo di lavoro regionale per la programmazione e il coordinamento delle attività da realizzare al fine di garantire supporto ai servizi formazione degli Enti del SSR e coerenza metodologica e di contenuto in relazione alle attività formative da erogare a livello regionale.

Il gruppo di lavoro regionale, che funge anche da comitato scientifico/task force, è composto dalle Direzioni Sanitarie degli Enti, i dirigenti della formazione e alcuni esperti dalla Facoltà di Medicina che si sono resi disponibili. Il gruppo regionale di lavoro, task force scientifica di coordinamento e progettazione ha validato il "Piano formativo regionale sulle infezioni correlate all'assistenza (ICA) in ambito ospedaliero" che rappresenta l'allegato A della presente deliberazione.

Il Piano formativo regionale è sviluppato in modalità *blended* (modalità mista, in ambienti di apprendimento diversi che includono formazione frontale in aula, sul campo e online), prevedendo sia una formazione teorica di base e di approfondimento, che una formazione pratica a livello locale presso le strutture sanitarie di afferenza dei partecipanti, assicurando così la possibilità di formazione attraverso la metodologia *learning by doing*.

In ragione dei diversi profili professionali e delle diverse aree di attività dei destinatari del corso, questo dovrà includere sia moduli che forniscono conoscenze relative ad un approccio di base, trasversale sia approfondimenti specifici per le diverse professionalità/aree di attività.

Il programma formativo si basa su 4 moduli (A, B, C e D) come da indicazioni nazionali, che la Regione Marche intende organizzare in 3 corsi distinti:

- Corso FAD base (modulo A) di ca 14 ore, propedeutico ai moduli B e C;
- Corso pratico moduli B + C di almeno 14 ore;
- Corso modulo D per i Comitati aziendali ICA di almeno 14 ore, propedeutico agli altri moduli.

Il corso base interprofessionale previsto dal programma sulle ICA (modulo A) è coordinato dal Settore Risorse Umane con il gruppo regionale Academy per la progettazione di corsi e-learning e gli esperti di contenuto dell'Università Politecnica delle Marche - Facoltà di Medicina.

Il programma relativo ai corsi delle infezioni ospedaliere, moduli B, C e D, viene gestito ed erogato da ciascuna Azienda secondo i propri fabbisogni formativi interni, poiché trattasi di materie strettamente operative e legate al contesto, seguendo le indicazioni contenute nelle schede dell'allegato A della deliberazione nr. 398 del 27/03/2023. L'allegato A infatti contiene le schede relative ai diversi corsi e moduli utili per la micro-progettazione, la realizzazione e l'accreditamento ECM e informazioni sulla rendicontazione delle attività. E', inoltre, previsto il raccordo con gli obiettivi formativi del Piano nazionale e regionale della Prevenzione e del Piano nazionale contrasto antibiotico-resistenza (PNCAR) per i quali il settore competente dell'ARS aveva avviato attività e individuato una rete di formatori, che permetterà di rafforzare utili sinergie e raggiungere un più efficace apprendimento delle competenze in materia di ICA.

A chiusura del paragrafo si puntualizza che l'AST FM è impegnata nella attuazione dei percorsi formativi secondo le modalità di cui alla recente Direttiva Min.Funz.ne Pubbl.ca del 14/01/2025.

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. Nuova forma di monitoraggio introdotta dal legislatore è il monitoraggio integrato e permanente delle sezioni che costituiscono il PIAO.

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, semestralmente 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.

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. 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 ha 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.

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 4.3 – Catalogo delle attività a rischio, misure previste e monitoraggio

Le relative attività sono previste nella sottostante tabella.

ATTIVITA' A RISCHIO	OBIETTIVI E MISURE GENERALI	INDICATORI	MONITORAGGIO E VERIFICA
Attività trasversali a tutte le UU.OO.CC.	• nomina di un responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT); • definizione degli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza; • corretta applicazione obblighi di pubblicazione e accesso civico semplice e generalizzato; • 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 ordinaria e straordinaria del personale operante nelle aree a rischio; • formazione generale e specifica in materia di etica, integrità, trasparenza e prevenzione della corruzione; • predisposizione e verifica dichiarazioni su assenza conflitto di interesse o incompatibilità; • applicazione disciplina specifica in materia di incarichi d'ufficio e attività ed incarichi extra-istituzionali; • applicazione 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.;	Attività Effettuata/ Attività NON effettuata	I Dirigenti responsabili delle Unità operative interessate dai processi e procedimenti relativi alla realizzazione delle misure indicate, essendo considerate aree potenzialmente a rischio corruzione, sono tenuti a mettere a disposizione del RPCT ogni informazione utile per comprendere come la misura venga progressivamente applicata e quali siano le eventuali difficoltà riscontrate nel metterla in azione; inoltre gli stessi devono rendicontare al RPCT il livello di attuazione delle misure di rotazione e del programma di formazione in materia anticorruzione, motivando gli eventuali scostamenti tra quanto pianificate e quanto effettivamente realizzato. Nelle attività a maggior rischio corruzione, ogni Dirigente, per la parte di propria competenza, ha il compito di monitorare il rispetto dei termini di conclusione di ogni procedimento, termini fissati dai responsabili delle singole strutture sulla

	• applicazione 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); • adozione disciplina specifica e piattaforma di segnalazione in materia di dipendente che effettua segnalazioni di illecito (whistleblower).		base della normativa vigente e dei regolamenti interni. Ogni anno gli stessi verificano il rispetto dei termini di conclusione dei procedimenti e relazionano sul numero e sulla fattispecie dei procedimenti per i quali si registra un ritardo, motivandolo. Il RPCT, anche ai fini dell’attestazione da parte dell’OIV, almeno 1 volta all’anno, verifica l’osservanza e l’applicazione di tutte le misure di prevenzione previste, rilevando, se presenti, le criticità e le segnalazioni relative.
Prevenzione del riciclaggio	Formazione inserita nel PFA (Piano formativo aziendale) e organizzata dal RPCT per l’approfondimento della normativa e delle attività da porre in essere. Costituzione di un gruppo di lavoro per la redazione di una procedura antiriciclaggio e contrasto al finanziamento del terrorismo	Attività Effettuata/ Attività NON effettuata	Tale attività sarà riportata nel PIAO e nella Relazione annuale da parte del RPCT

ATTIVITA' A RISCHIO INDICATORI		MISURE SPECIFICHE	MONITORAGGIO E VERIFICHE
“Acquisizione e progressione del personale, incarichi e nomine” Attività di rischio: 6. Reclutamento 7. Progressioni di carriera, incarichi e nomine 8. Conferimento di incarichi libero professionali e di collaborazione 9. Forme di reclutamento diverse dal lavoro dipendente (tirocini, borse di studio, ecc.) 10. Sostituzione della dirigenza medica e sanitaria	Applicazione regolamento che assicuri che il procedimento di individuazione del soggetto al quale affidare l'incarico di struttura complessa sia caratterizzato da profili di imparzialità	Misura Effettuata/ Misura NON effettuata	Il Direttore della UOC Risorse Umane verifica quanto degli obiettivi programmati sia stato realizzato e l'adeguatezza della realizzazione, inserendo l'analisi dell'eventuale scostamento nella relazione da trasmettere annualmente al RPCT
	Estensione, per quanto applicabili, del regolamento di cui al punto precedente ai casi di conferimento di incarichi individuali anche a professionisti esterni all'organizzazione		
	Applicazione principi di integrità, trasparenza e imparzialità a tutti i processi		
	Programmazione ed attuazione delle procedure di rotazione, compatibilmente con le caratteristiche della organizzazione, correlandole con altre vicende contrattuali connesse alla scadenza di incarichi.		
“Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio”	-Piena tracciabilità e trasparenza dei flussi contabili e finanziari,	Misura Effettuata/ Misura NON effettuata	Ogni Direttore delle UU.OO.CC. coinvolte (Bilancio, Contabilità e Finanza, Controllo di Gestione, Patrimonio e Nuove Opere)

Attività di rischio: 9. Fatturazione Attiva 10. Fatturazione Passiva 11. Gestione del patrimonio immobiliare e mobiliare 12. Gestione Finanziamenti Pubblici 13. Incasso Ticket (Maneggio denaro) 14. Pagamenti 15. Gestione delle uscite 16. Donazioni	-Tutti i mandati di pagamento devono avere una doppia firma, al fine di realizzare un controllo incrociato; -Pubblicazione sul sito della trasparenza dell'indice trimestrale di tempestività dei pagamenti e del bilancio secondo gli schemi ministeriali di conto economico; -Gestione contabile-patrimoniale trasparente delle risorse attraverso corretta tenuta delle scritture contabili (registrazione di bilancio e rilevazioni veritiere); -Completamento percorso di Certificabilità del Bilancio Le informazioni relative ai beni immobili posseduti o detenuti sono pubblicate nella specifica sottosezione dell'Amministrazione trasparente Nell'apposita sotto-sezione "Opere pubbliche" del link "Amministrazione Trasparente" sono pubblicati tutti i dati, compresi gli atti di programmazione, anche attraverso il collegamento con la Banca dati delle Amministrazioni pubbliche (BDAP)		per la propria parte di competenza, verifica se gli obiettivi programmati sono stati realizzati e relaziona sull'adeguatezza delle misure utilizzate per la realizzazione degli obiettivi, riportando l'analisi dell'eventuale scostamento nella relazione da trasmettere annualmente al RPCT
--	--	--	--

ATTIVITA' A RISCHIO INDICATORI	MISURE SPECIFICHE	MONITORAGGIO E VERIFICHE
Attività di vigilanza, controllo, ispezione e l'eventuale irrogazione di sanzioni	-Utilizzo di modelli standard di verbali con check list; -Rotazione del personale ispettivo, -Controllo a campione dichiarazioni su assenza conflitto di interesse o incompatibilità	Misura Effettuata/ Misura NON effettuata numero di prestazioni erogate in intramoenia/numero di prestazioni erogate in attività istituzionali (sia per singolo specialista che in equipe) Il Direttore del Dipartimento di Prevenzione verifica la realizzazione degli obiettivi programmati e l'adeguatezza delle misure applicate e ne relaziona al RPCT per la rendicontazione annuale
Attività libero professionale (LP) e liste di attesa" Attività di rischio: g) false/imprecise dichiarazioni ai fini del rilascio dell'autorizzazione; h) mancato rispetto della proporzionalità tra attività istituzionale e libero professionale; i) svolgimento della LP in orario di servizio;	• 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 a cura del COGEST mediante rimando all'apposito piano annuale approvato; • attivazione di un cruscotto basato sui posti a CUP per centro di costo per il monitoraggio dell'offerta istituzionale e libero professionale; • predisposizione di un format aziendale per la comunicazione del piano di lavoro dei titolari di Unità operativa complessa sanitaria; • accesso dei referenti della libera professione al sistema rilevazione presenze per il controllo periodico della	Misura Effettuata/ Misura NON effettuata numero di prestazioni erogate in intramoenia/numero di prestazioni erogate in attività istituzionali (sia per singolo specialista che in equipe) Misura Effettuata/ Misura NON effettuata Il Cogest verifica quanto degli obiettivi programmati sia stato realizzato e analizza l'adeguatezza della realizzazione nella relazione annuale da trasmettere al RPCT, tenendo conto anche dei seguenti indicatori previsti: - numero di prestazioni erogate in intramoenia/numero di prestazioni

j) anomalie nella gestione del supporto diretto nell'attività libero professionale; k) trattamento differenziato dei pazienti trattati in LP l) Alterazione liste di attesa	corretta registrazione dell'orario di attività libero professionale ➤ Rimodulazione dell'offerta tra diverse prestazioni e rimodulazione dell'offerta tra diverse sedi di erogazione, ➤ Implementazione, ove vi sia disponibilità di ore di incarico vacanti, dell'offerta specialistica convenzionata (SUMAISTI), ➤ Utilizzo mirato del fondo Balduzzi, ➤ Revisione della committenza verso le strutture private		erogate in attività istituzionali (sia per singolo specialista, ove rilevabile, che in equipe)
Strutture convenzionate Attività di rischio - mancato rispetto delle previsioni contrattuali in merito alla tipologia ed alla qualità delle prestazioni, - riconoscimenti economici indebiti per prestazioni inappropriate o non erogate, assenza o inadeguatezza delle attività di controllo	➤ Effettuazione di controlli continui sull'attuazione degli accordi contrattuali.	INDICATORI	Il Direttore del Distretto verifica se gli obiettivi programmati siano stati realizzati e analizza l'adeguatezza della realizzazione delle misure riportando in tutto nella relazione annuale da trasmettere al RPCT

ATTIVITA' A RISCHIO INDICATORI	MISURE SPECIFICHE		MONITORAGGIO E VERIFICHE
Spesa farmaceutica convenzionata ed interna Attività di rischio: f) furto di medicinali, g) comparaggio farmaceutico, h) improprio utilizzo di farmaci, i) richiesta di indebiti rimborsi, j) il fenomeno c.d. "delle ricette ai morti"	Implementazione di una reportistica utile ad individuare tempestivamente eventuali anomalie prescrittive. Attuazione delle seguenti 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 <i>reports</i> trimestrali relativi al consumo di beni sanitari da parte dei centri di costo ospedalieri e territoriali che vengono inviati al Direttore Generale ed al Cogest al fine di valutare eventuali scostamenti dal <i>budget</i> assegnato;	Misura Effettuata/ Misura NON effettuata	Il Direttore del Servizio Farmaceutico, per la propria parte di competenza, verifica quanto degli obiettivi programmati sia stato realizzato e l'adeguatezza della realizzazione degli obiettivi nella relazione annuale da trasmettere al RPCT
Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero	Aggiornamento delle 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;	Misura Effettuata/ Misura NON effettuata	

	• nessuna forma di pubblicità riferita ad imprese di onoranze funebri, neppure indiretta, è consentita all'interno dei locali delle strutture dell'AST 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"		Il Direttore DMO, per la propria parte di competenza, verifica quanto degli obiettivi programmati sia stato realizzato e l'adeguatezza delle misure rispetto all'effettiva realizzazione degli obiettivi riportando l'analisi dettagliata nella relazione annuale da trasmettere al RPCT
AFFIDAMENTO DI LAVORI, SERVIZI E FORNITURE E CONTRATTI PUBBLICI AI SENSI DEL NUOVO CODICE DEI CONTRATTI PUBBLICI (D.LGS. N.36/2023)			
Carattere generale	ADOZIONE PROGRAMMA TRIENNALE BENI E SERVIZI AGGIORNAMENTO PATTO DI INTEGRITA' E relative DICHIARAZIONI CONFLITTI DI INTERESSE ADOZIONE NUOVO REGOLAMENTO INCENTIVI	MISURE SPECIFICHE	I Direttori delle UU.OO.CC. coinvolte (Acquisti e Logistica, Sistemi Informativi, Servizi Farmaceutici, Patrimonio e Nuove opere) dovranno compilare la relazione annuale al RPCT

NORMA DI RIFERIMENTO	ATTIVITA' A RISCHIO	Link alla 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.	INDICATORI	MONITORAGGIO E VERIFICHE
Art. 50, d.lgs. 36/2023 Appalti sotto soglia comunitaria In particolare fattispecie di cui al comma 1: per gli appalti di servizi e forniture di importo fino a 140 mila € e lavori di importo inferiore 150 mila € affidamento diretto, anche senza consultazione di più OO.EE.	Condizionamento dell'intera procedura di affidamento ed esecuzione dell'appalto attraverso la nomina di un Responsabile Unico di Progetto (RUP) che NON SIA IN POSSESSO di adeguati requisiti di professionalità ai sensi dell'art. 15, d.lgs. 36/2023 e allegato I.2 al medesimo decreto.	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. 16, d.lgs. 36/2023	SI Misura Effettuata/ Misura NON effettuata	I Direttori delle UU.OO.CC. coinvolte (Acquisti e Logistica, Sistemi Informativi, Servizi Farmaceutici, Patrimonio e Nuove opere) dovranno compilare la griglia degli obblighi di pubblicazione e inviare gli indicatori per lo stato dell'arte nei monitoraggi semestrali. Inoltre dovranno relazionare annualmente al RPCT, oltre a rispondere a eventuali richieste dell'OIV o di altri organi di controllo interno o esterno.
		Individuazione del soggetto competente alla verifica e valutazione delle dichiarazioni rese (cfr. Parte speciale, Conflitti di interessi in materia di contratti pubblici del PNA 2022).	Misura Effettuata/ Misura NON effettuata	
		Verifica da parte della SA circa la corretta attuazione del principio di rotazione degli affidamenti al fine di garantire la parità di trattamento in termini di effettiva possibilità di partecipazione alle gare anche delle micro, piccole e medie imprese tracciamento degli operatori economici per verificare quelli che	Misura Effettuata/ Misura NON effettuata	

		in un determinato arco temporale risultano come gli affidatari più ricorrenti		
Nella scelta degli OO.EE. affidatari tramite l'affidamento diretto e la procedura negoziata si applica un criterio di rotazione degli affidamenti NB: La rotazione non si applica	Mancata rotazione degli operatori economici, secondo il criterio dei successivi due affidamenti ex art. 49, commi 2 e 4 del Codice, chiamati a	MISURE SPECIFICHE	Misura Effettuata/ Misura NON effettuata	La UO Controllo di gestione dovrà effettuare verifiche a campione (un campione rappresentativo del 5%) sulla corretta attuazione del principio di rotazione degli inviti al fine di garantire la

quando l'indagine di mercato sia stata effettuata senza porre limiti al numero di operatori economici in possesso dei requisiti richiesti da invitare alla successiva procedura negoziata (art. 49, comma 5).	partecipare e formulazione di inviti alla procedura ad un numero di soggetti inferiori a quello previsto dalla norma al fine di favorire determinati operatori economici a discapito di altri.			parità di trattamento in termini di effettiva possibilità di partecipazione alle gare anche delle micro, piccole e medie imprese
NORMA DI RIFERIMENTO	ATTIVITA' A RISCHIO	Chiara e puntuale esplicitazione nella decisione a contrarre motivazioni che hanno indotto la S.A. a ricorrere alle procedure negoziate Tracciamento di beni infungibili/esclusivi	INDICATORI	MONITORAGGIO E VERIFICHE
Art. 76 Codice Appalti sopra soglia Quando il bando o l'avviso o altro atto equivalente sia adottato dopo il 30 giugno 2023, utilizzo delle procedure negoziate senza bando ex art. 76 del Codice.	Possibile abuso del ricorso alla procedura negoziata di cui agli artt. 76 in assenza del ricorrere delle condizioni e in particolare: - dell'unicità dell'operatore	solo per i lavori (per servizi e forniture l'istituto è solo facoltativo a norma del decreto correttivo) Pubblicazione dei dati relativi ai componenti del Collegio consultivo tecnico ai sensi dell'art. 28 d.lgs. n. 36/2023 (cfr. LLGG MIT sul Collegio consultivo tecnico approvate con Decreto 17 gennaio	Misura Effettuata/ Misura NON effettuata • procedure negoziate senza previa pubblicazione del bando di gara/ su gare complessive (per quantità e valore economico);	

	economico (comma 2, lett. b); - dell'estrema urgenza da eventi imprevedibili dalla stazione appaltante (comma 2, lett. c):	2022 n. 12, pubblicate sulla GURI n. 55 del 7 marzo 2022). Adozione regolamento	• affidamenti (quantità e valore) al medesimo fornitore / su gare complessive • numero affidamenti (quantità e valore) di beni infungibili/esclusivi sul totale delle richieste pervenute per unità di committenza	I Direttori delle UU.OO.CC. coinvolte (Acquisti e Logistica, Sistemi Informativi, Servizi Farmaceutici, Patrimonio e Nuove opere) dovranno compilare la griglia degli obblighi di pubblicazione e inviare gli indicatori per la verifica dello stato dell'arte nei monitoraggi semestrali (1° semestre entro il 31 luglio dell'anno e il 2° semestre entro il 31 gennaio dell'anno successivo).
Art. 215, d.lgs. n. 36/2023 e All. V.2 Disciplina del Collegio consultivo tecnico (CCT) Facoltativo Per servizi e forniture di importo pari o superiore a 1 milione € e obbligatorio per lavori diretti alla realizzazione delle opere pubbliche di importo pari o superiore alle soglie comunitarie è obbligatoria, presso ogni stazione appaltante, la costituzione di un CCT, per la rapida risoluzione	Nomina di soggetti che non garantiscono la necessaria indipendenza rispetto alle parti interessate (SA o impresa) anche al fine di ottenere vantaggi dalla posizione ricoperta.	MISURE SPECIFICHE	Misura Effettuata/ Misura NON effettuata	Inoltre dovranno relazionare annualmente al RPCT, oltre a rispondere a eventuali richieste dell'OIV o di altri organi di controllo interno o esterno.

delle eventuali controversie in corso di esecuzione, prima dell'avvio dell'esecuzione o entro 10 giorni da tale data				
NORMA DI RIFERIMENTO	ATTIVITA' A RISCHIO	Comunicazione del RUP al Controllo di Gestione 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.	INDICATORI	MONITORAGGIO E VERIFICHE
Art. 44 d.lgs. 36/2023 Appalto integrato E' prevista la possibilità per le stazioni appaltanti di procedere all'affidamento di progettazione ed esecuzione dei lavori sulla base del progetto di fattibilità tecnica ed economica approvato, ad eccezione delle opere di manutenzione ordinaria.	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	Comunicazione del RUP al Controllo di Gestione 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.	Misura Effettuata/ Misura NON effettuata	La UO Controllo di gestione dovrà: effettuare verifiche a campione (un campione rappresentativo del 10%) sulle comunicazioni ricevute I Direttori delle UU.OO.CC. coinvolte (Acquisti e Logistica, Sistemi Informativi, Servizi Farmaceutici, Patrimonio e Nuove opere) dovranno compilare la relazione annuale al RPCT.

Norme del d.l. n. 77 del 2021 conv. in l. n. 108/2021 relative ai contratti pubblici finanziati in tutto o in parte con le risorse del PNRR				
NORMA DI RIFERIMENTO	ATTIVITA' A RISCHIO	Chiara e puntuale esplicitazione nella determina a contrarre o atto equivalente delle motivazioni che hanno indotto la S.A. a ricorrere alla procedura negoziata senza bando. Nel caso di ragioni di estrema urgenza derivanti da circostanze imprevedibili, non imputabili alla stazione appaltante, per cui i termini, anche abbreviati, previsti dalle procedure ordinarie non possono essere rispettati, il richiamo alle condizioni di urgenza non deve essere generico ma supportato da un'analitica trattazione che manifesti l'impossibilità del ricorso alle procedure ordinarie per il rispetto dei tempi di attuazione degli interventi. Nel caso di assenza di concorrenza per motivi tecnici vanno puntualmente esplicitate le condizioni/motivazioni dell'assenza.	INDICATORI	MONITORAGGIO E VERIFICHE

Art. 48 co. 3, d.l. n. 77/2021 Per la realizzazione degli investimenti di cui al comma 1 le stazioni appaltanti possono altresì ricorrere alla procedura negoziata senza pubblicazione di un bando di gara di cui all'articolo 63 del decreto legislativo n. 50 del 2016, per i settori ordinari, e di cui all'articolo 125 del medesimo decreto legislativo, per i settori speciali, qualora sussistano i relativi presupposti.	Possibile abuso del ricorso alla procedura negoziata di cui agli artt. 63 e 125 del d.lgs. n. 50/2016 in assenza delle condizioni ivi previste, con particolare riferimento alle condizioni di estrema urgenza derivanti da circostanze imprevedibili, non imputabili alla stazione appaltante, e all'assenza di concorrenza per motivi tecnici.	MISURE SPECIFICHE	Misura Effettuata/ Misura NON effettuata	La UO Controllo di gestione dovrà effettuare verifiche a campione (un campione rappresentativo del 10%) sulla corretta attuazione delle misure I Direttori delle UU.OO.CC. coinvolte (Acquisti e Logistica, Sistemi Informativi, Servizi Farmaceutici, Patrimonio e Nuove opere) dovranno compilare la relazione annuale al RPCT.
NORMA DI RIFERIMENTO	ATTIVITA' A RISCHIO	Verifica da parte dell'ente circa la corretta attuazione del principio di rotazione degli inviti al fine di garantire la parità di trattamento degli operatori economici in termini di effettiva possibilità di partecipazione alle gare, verificando quelli che in un	INDICATORI	MONITORAGGIO E VERIFICHE

		determinato arco temporale risultano essere stati con maggior frequenza invitati o aggiudicatari.		
Art. 53, d.l. n. 77/2021 Semplificazione degli acquisti di beni e servizi informatici strumentali alla realizzazione del PNRR e in materia di procedure di e-procurement e acquisto di beni e servizi informatici. In applicazione della norma in commento le stazioni appaltanti possono ricorrere alla procedura negoziata anche per importi superiori alle soglie UE, per affidamenti aventi ad oggetto l'acquisto di beni e servizi informatici, in particolare basati sulla tecnologia cloud,	Mancata rotazione dei soggetti chiamati a partecipare alle procedure e formulazione dei relativi inviti ad un numero inferiore di soggetti rispetto a quello previsto dalla norma al fine di favorire determinati operatori economici a discapito di altri.	Verifica da parte dell'ente circa la corretta attuazione del principio di rotazione degli inviti al fine di garantire la parità di trattamento degli operatori economici in termini di effettiva possibilità di partecipazione alle gare, verificando quelli che in un determinato arco temporale risultano essere stati con maggior frequenza invitati o aggiudicatari.	Misura Effettuata/ Misura NON effettuata	I Direttori delle UU.OO.CC. coinvolte (Acquisti e Logistica, Sistemi Informativi, Servizi Farmaceutici, Ingegneria clinica, Patrimonio e Nuove opere) dovranno compilare la relazione annuale al RPCT.



Servizio Sanitario Nazionale
Regione Marche

**Azienda Sanitaria Territoriale
di Fermo**

nonché servizi di connettività, la cui determina a contrarre o altro atto di avvio del procedimento equivalente sia adottato entro il 31 dicembre **2026**, anche ove ricorra la rapida obsolescenza tecnologica delle soluzioni disponibili tale da non consentire il ricorso ad altra procedura di affidamento.

ELENCO ALLEGATI*

1	REGOLAMENTO LAVORO AGILE	3.2.A
2	PROSPETTO INCREMENTI FONDI CONTRATTUALI	3.3.2.A
3	PROSPETTO PIANO OCCUPAZIONALE ANNO 2025	3.3.2.B
4	PROSPETTO PIANO OCCUPAZIONALE ANNO 2026	3.3.2.C
5	PROSPETTO PIANO OCCUPAZIONALE ANNO 2027	3.3.2.D
6	PIANO DI STABILIZZAZIONI	3.3.4.2.A
7	PIANO PROGRESSIONI TRA AREE	3.3.5.A
8	QUADRO ECONOMICO COMPLESSIVO	3.3.2.E
9	PROSPETTO DI SINTESI DEL PERSONALE	3.3.2.F
10	PROSPETTO ASSUNZIONI CESSAZIONI PER DISCIPLINE	3.3.2.F BIS
11	PROSPETTO DOTAZIONE ORGANICA	3.3.7.A
12	PIANO DELLA PERFORMANCE	2.3

*Si omette, anche per ragioni tecniche di voluminosità dei *files*, la produzione in allegati di alcuni documenti citati nel testo soggetti a regime di pubblicazione obbligatoria in quanto resi disponibili per la consultazione sulle relative fonti di cognizione telematiche del sito web istituzionale dell'Ente.