



***Piano Integrato di Attività e  
Organizzazione (PIAO)2023-2025***

## Indice

### Sommario

1 – Presentazione del Piano - Introduzione .....	4
1. SEZIONE VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE .....	5
1.1 Sottosezione Valore Pubblico e Performance .....	6
1.2 Contesto di riferimento. ....	8
2. IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE .....	31
2.1 Il processo seguito nel Ciclo di gestione delle performance e la coerenza tra i documenti di programmazione .....	31
2.2 Fasi soggetti e tempi della Performance .....	33
2.3 Coerenza tra Piano della Performance, Programmazione economico-finanziaria e .....	34
Sistema di Budgeting .....	34
2.4 Programmazione strategica .....	35
2.4.1 Obiettivi strategici .....	36
2.4.2 L'albero delle performance.....	37
3. SOTTOSEZIONE LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA .....	43
Premessa.....	43
3.1 LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE: CONTESTO, SOGGETTI, RUOLI E RESPONSABILITA'.....	45
3.1.1. Il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (PTPCT) – Finalità .....	45
3.1.2. Soggetti interni coinvolti nel processo di predisposizione e adozione del PTPC: ruoli e responsabilità .....	46
3.1.2.1 Organo di indirizzo: il Direttore Generale .....	46
3.1.2.2 Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) .....	46
3.1.2.3 Supporto operativo al RPCT.....	47
3.1.2.4 Referenti del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza: ruolo e compiti. .....	47
3.1.2.5 Ruolo dei Dirigenti per l'area di rispettiva competenza.....	49
3.1.2.6 Organismo indipendente di valutazione.....	50
3.1.2.7 L'Ufficio per i procedimenti disciplinari .....	50
3.1.2.8 Ruolo dei dipendenti .....	51
3.1.2.9 Collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda .....	51
3.1.2.10 Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) e responsabile anagrafe per la stazione appaltante (RASA) .....	51
3.1.2.11 – “Gestore” delle comunicazioni di operazioni sospette di riciclaggio. ....	52
3.1.2.12 – Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza e Responsabile per la Protezione dei Dati Personali .....	52
3.1.2.13 Responsabile Unico del Procedimento (RUP) .....	53
3.2 LA GESTIONE DEL RISCHIO .....	54
3.2.1. Linee generali .....	54
3.2.2. Analisi del contesto di riferimento: esterno e interno.....	56
3.2.3 Il fenomeno della corruzione: i contributi internazionali e la corruzione in Italia.....	56
3.2.4 La “mappatura” dei processi .....	61

3.2.5	La valutazione del rischio.....	63
3.2.6	Identificazione degli eventi rischiosi .....	63
3.2.7	L'analisi del rischio.....	64
3.2.8	La ponderazione del rischio.....	67
3.2.9	Determinazione della classe di rischio .....	68
3.2.10	Il trattamento del rischio .....	69
3.3	L'individuazione delle misure.....	69
3.3.1	La programmazione delle misure .....	70
3.4	Monitoraggio e riesame .....	72
3.4.1	Il monitoraggio sull'attuazione delle misure .....	72
8.2.	Monitoraggio sull'idoneità delle misure.....	73
3.5	LE MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE .....	74
3.5.1	Doveri di comportamento. Il Codice di comportamento.....	74
3.5.2.	Conflitto di interessi e obbligo di astensione.....	75
3.5.2.1	Conflitto di interessi e incarichi a consulenti e collaboratori .....	77
3.5.2.2	Verifiche delle dichiarazioni di assenza di conflitto d'interesse.....	78
3.5.3	Inconferibilità e incompatibilità di incarichi.....	78
5.5.4	Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage – revolving doors) .....	82
3.5.5	Rotazione del personale.....	85
13.1 –	La Rotazione "straordinaria" .....	88
3.5.6	Patti di integrità negli affidamenti .....	89
3.5.7	Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (whistleblower) .....	90
3.5.8	Monitoraggio del rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti.....	91
3.5.9	Attività e comportamenti in caso di decesso di pazienti nelle Unità operative dei Presidi ospedalieri aziendali.....	91
3.5.10	Adozione di strumenti operativi di anticiclaggio.....	92
3.5.11	Controlli nelle strutture convenzionate.....	93
3.5.12	Controlli PNRR .....	96
3.6	LA TRASPARENZA .....	97
3.6.1	La misura della trasparenza .....	97
3.6.2	Processo di attuazione degli obblighi di pubblicazione nella sezione "Amministrazione Trasparente" .....	98
3.6.3	Qualità dei dati pubblicati .....	99
3.6.4	Decorrenza e durata dell'obbligo di pubblicazione .....	101
3.6.5	Monitoraggio.....	102
3.6.6	Le "Giornate della trasparenza" .....	102
4-	SEZIONE ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO - .....	103
4.1	Struttura Organizzativa .....	103
4.2	Organizzazione del Lavoro Agile .....	103
4.3	Piano triennale dei fabbisogni del personale.....	108
	<i>Programmazione triennale dei Piani Occupazionali 2022-2024</i> .....	109
	<i>Dotazione organica</i> .....	113
	<i>Azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro e Urbino -</i> .....	114
5	MONITORAGGIO .....	124

## **1 – Presentazione del Piano - Introduzione**

L'art. 6 del D.L. 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla L. 6 agosto 2021, n. 113, ha previsto che le pubbliche amministrazioni adottino, entro il 31 gennaio di ogni anno, il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO).

Il Piano ha durata triennale, viene aggiornato annualmente e definisce:

- a) gli obiettivi e gli indicatori di performance di efficienza e di efficacia anche in relazione alla tempistica delle procedure;
- b) gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa, nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione;
- c) lo sviluppo di modelli innovativi di lavoro volti alla flessibilità logistica ed oraria tramite l'organizzazione delle attività attraverso obiettivi;
- d) gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni di personale;
- e) il potenziamento delle competenze tecniche e professionali tramite percorsi di istruzione e formazione.

Il PIAO ha, quindi, l'obiettivo di assorbire, razionalizzandone la disciplina in un'ottica di massima semplificazione, molti degli atti di pianificazione cui sono tenute le amministrazioni, in particolare:

- il Piano della Performance, poiché definisce gli obiettivi programmatici e strategici della performance, stabilendo il collegamento tra performance individuale e risultati della performance organizzativa
- il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) e il Piano della Formazione, nella misura in cui definiscono la strategia di gestione del capitale umano e dello sviluppo organizzativo
- il Piano Triennale del Fabbisogno del Personale, poiché definisce gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e la valorizzazione delle risorse interne
- il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT).

Il disposto normativo prevede, infatti, che le amministrazioni racchiudano, in un solo atto, tutta la programmazione relativa alla gestione delle risorse umane, all'organizzazione dei dipendenti nei vari uffici, alla loro formazione e alle modalità di prevenzione della corruzione, conseguendo la massima semplificazione attraverso la predisposizione di un unico Piano con sezioni specifiche, indicando la programmazione degli obiettivi, gli indicatori di performance, le attese da soddisfare.

La stesura del PIAO della AST di Pesaro Urbino si inserisce in un particolare momento storico, caratterizzato da un nuovo assetto organizzativo dell'intero sistema sanitario regionale.

Ai sensi e per gli effetti dell'art.42 della L.R. Marche 8 agosto 2022, n.19 (Organizzazione del Servizio Sanitario Regionale):

- alla data del 31 dicembre 2022 l'Azienda sanitaria unica regionale (ASUR) è soppressa e dal 1° gennaio 2023 sono costituite e divengono operative le Aziende sanitarie territoriali, che subentrano all'ASUR senza soluzione di continuità, secondo le modalità stabilite dalla Giunta regionale (comma 9);
- dal 1 gennaio 2023, con la costituzione dell'Azienda sanitaria territoriale di Pesaro-Urbino, l'Azienda ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord" è incorporata nell'Azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro e Urbino che subentra, a tutti gli effetti e senza soluzione di continuità, nell'attività e nei rapporti giuridici attivi e passivi dell'Azienda ospedaliera cessata (comma 10).

Dal 1/1/2023, con DGRM n. 1869/2022, l'intera gestione aziendale è affidata al Commissario Straordinario con mandato di assicurare il completamento del percorso di riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale.

In questo contesto di riorganizzazione, il PIAO non può che rappresentare, allo stato attuale, un atto di avvio della pianificazione aziendale che, nel corso del 2023, verrà individuata sempre più puntualmente in ragione della riorganizzazione in atto e della integrazione delle due aree omogenee che compongono l'Azienda. Pertanto, nel corso del 2023, si prevede di attivare un percorso di progressivo superamento del presente documento, attraverso la ricognizione e progettazione della nuova organizzazione, omogeneizzando gli strumenti di programmazione così come previsto dal Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO) per le Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale.

## **1. SEZIONE VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE**

La missione istituzionale di ogni Pubblica Amministrazione è la creazione di Valore Pubblico. Un Ente genera Valore Pubblico quando riesce a gestire in modo razionale le risorse economiche a disposizione ed a valorizzare il proprio patrimonio in modo funzionale al soddisfacimento delle esigenze degli utenti, degli stakeholders e dei cittadini in generale.

Una Pubblica Amministrazione è in grado di generare Valore Pubblico, quindi, nel momento in cui il livello di benessere dei suoi utenti e il livello di salute del proprio contesto, interno ed esterno, grazie al miglioramento delle performances dell'Ente, diventano superiori rispetto alle condizioni di partenza, delle politiche pubbliche e dei progetti di miglioramento dello stesso.

Il successo dell'azione pubblica dipende dalla capacità di un'organizzazione di coordinare e realizzare simultaneamente tre condizioni (Cfr. MOORE M.H. 1995):

1. produrre risultati oggettivamente validi per i soggetti pubblici, per i cittadini e per gli stakeholder (occorre che l'azione pubblica sia giudicata desiderabile da parte di un gruppo di destinatari) "clienti";
2. intraprendere iniziative sostenibili dal punto di vista organizzativo (le risorse da destinare alle politiche pubbliche devono essere adeguate agli obiettivi istituzionali) - "macchina interna";
3. essere legittimata a godere di sostegno esterno (deve saper attrarre il sostegno degli attori rilevanti).

La missione strategica dell'Azienda si esplica nel dare soddisfazione ai bisogni e alle aspettative di salute dei cittadini, assicurando livelli essenziali ed uniformi di assistenza, nel rispetto dei seguenti principi:

- dignità della persona-cittadino;
- tempestività e integrazione nella risposta ai bisogni della persona-cittadino;
- equità e libertà di scelta nell'accesso ai servizi;
- appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni di prevenzione e cura;
- economicità ed efficienza nella gestione delle risorse;
- trasparenza e semplificazione dell'azione amministrativa;

- formazione continua del personale;

al fine di:

- indirizzare i programmi e le attività dell'Azienda a rispondere alla domanda di salute e a orientarla, garantendo prestazioni efficaci accessibili a tutti coloro che ne hanno bisogno nel momento in cui si rendono necessarie;
- porre il cittadino utente al centro dell'attività aziendale, orientando i Servizi e gli operatori al servizio all'utente a cui deve essere garantita continuità dei percorsi diagnostico assistenziali;
- raccordare le iniziative e le attività socio - sanitarie con le indicazioni regionali, in sintonia con gli Enti Locali e i loro organismi di rappresentanza.

L'Azienda concorre, nell'ambito della specificità del proprio ruolo e delle proprie competenze, allo sviluppo a rete del sistema sanitario regionale e a tale scopo opera a livello provinciale che rappresenta la dimensione territoriale ottimale per la realizzazione della programmazione strategica regionale al fine di perseguire l'appropriatezza degli interventi, l'integrazione dei servizi assistenziali in rete, l'ottimizzazione delle risorse e la valorizzazione e lo sviluppo delle risorse umane e delle competenze.

### **1.1 Sottosezione Valore Pubblico e Performance**

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

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

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

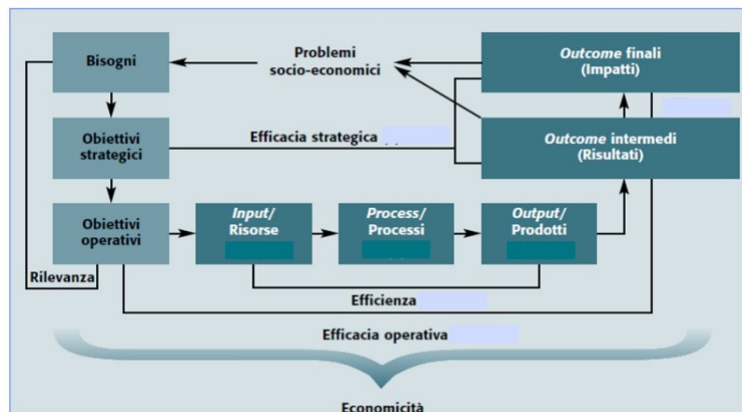
- supportare i processi decisionali, favorendo la verifica di coerenza tra risorse e obiettivi, in funzione del miglioramento del benessere dei destinatari diretti e indiretti (creazione di valore pubblico);
- migliorare la consapevolezza del personale rispetto agli obiettivi dell'amministrazione, guidando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

La misurazione e la valutazione della performance rappresentano strumenti di miglioramento, di crescita e di responsabilizzazione di tutto il personale oltre che attuare percorsi di miglioramento continuo delle performance. In questa sezione viene esplicitata e declinata la programmazione strategica, anche al fine di consentire a tutti coloro che sono interessati di avere conoscenza degli elementi utili per la valutazione della performance aziendale.

Con il PIAO la Pubblica amministrazione compie un passo decisivo verso una dimensione di maggiore efficienza, efficacia, produttività, misurazione della performance.

Ciò in quanto il Valore Pubblico riveste il ruolo di **nuova frontiera delle performance**, consentendo

all'Azienda di mettere le dimensioni della Performance a sistema e di finalizzarle verso lo scopo nobile del mantenimento delle promesse di mandato (risultati) e del miglioramento delle condizioni di vita dell'ente e dei suoi utenti e stakeholder (impatti).



Il concetto di Valore Pubblico dovrebbe guidare quello delle Performance, divenendone la "stella polare". E le performance dovrebbero venire valutate per il loro contributo individuale, organizzativo o istituzionale al Valore Pubblico.

La creazione di Valore Pubblico in senso ampio viene raggiunto quando l'Azienda, coinvolgendo e motivando dirigenti e dipendenti, cura la gestione delle risorse e migliora le performance in termini di efficienza e di efficacia, in modo funzionale al miglioramento degli impatti. In tale prospettiva, il Valore Pubblico si crea programmando obiettivi operativi specifici (e relativi indicatori performance di efficacia quanti-qualitativa e di efficienza economico-finanziaria, gestionale, produttiva, temporale) e obiettivi operativi trasversali come la semplificazione, la digitalizzazione, la piena accessibilità, le pari opportunità e l'equilibrio di genere, funzionali alle strategie di generazione del Valore Pubblico.



Gli obiettivi strategici che l'Azienda intende perseguire sono identificati in modo tale da consentire anche la misurazione dei risultati che l'Azienda produce per i cittadini utenti, in quanto l'intero ciclo della Performance stesso tende a orientare l'organizzazione tutta a massimizzare il valore che essa produce per la collettività e per il contesto di riferimento.

Gli stessi, riproposti nella presente sezione del piano, sono invero orientati alla qualità delle cure, appropriatezza e sicurezza delle prestazioni, alla garanzia di tempestività nell'erogazione dei servizi offerti, alla trasparenza delle regole e protocolli adottati e alla correttezza nell'agire quotidiano del personale, obiettivi che ben possono inquadrarsi nell'alveo di Valore Pubblico.

In tale contesto la Performance 2023-2025 costituisce il tassello di congiunzione tra le linee strategiche contenute negli atti regionali di programmazione, nel bilancio di previsione pluriennale ed il processo di budget aziendale.

Con il PIAO, tramite il contenuto dedicato alla Performance, l'Azienda dà dunque avvio al ciclo di gestione della performance.

Il ciclo della Performance cui il Piano nella sezione Performance dà avvio, è strettamente correlato al ciclo di bilancio, in quanto gli obiettivi in esso contenuti sono inscindibilmente collegati alle risorse disponibili.

Allo scopo di garantire la massima trasparenza, ogni fase del ciclo di gestione della performance è documentata attraverso le informazioni ed i dati contenuti sul sito istituzionale aziendale nell'apposita sezione denominata: "Amministrazione trasparente".

## 1.2 Contesto di riferimento.

L'Azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro Urbino (AST Pesaro Urbino) si estende su un territorio di 2.510,8 Km<sup>2</sup> (26,8% del territorio regionale) con struttura geomorfologica differenziata. La popolazione assistita al 01/01/2022 è pari a 349.596 distribuita in 50 Comuni e in 3 Distretti.

Nel 2021 la sua densità demografica, pari a 142,95 ab/km<sup>2</sup>, risulta inferiore del 13,22% alla densità demografica regionale.

La densità abitativa è elevata sulla costa e lungo gli assi produttivi che si sviluppano dalla costa lungo le valli principali che si snodano dalla costa verso l'interno. In particolare, nelle zone interne si registra una maggiore presenza di popolazione over 75.

La percentuale di superficie in km<sup>2</sup> distribuita per "Area Montana" e "Area non Montana" nei territori della Regione Marche, rileva nella Provincia di Pesaro-Urbino una percentuale maggiore di km<sup>2</sup> Area Montana (76% sul totale). La popolazione residente è situata principalmente nelle Aree non Montane, in cui risiede il 67% della popolazione della provincia di Pesaro-Urbino.

La popolazione per Azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro Urbino e classe di età è riportata nella tabella seguente.

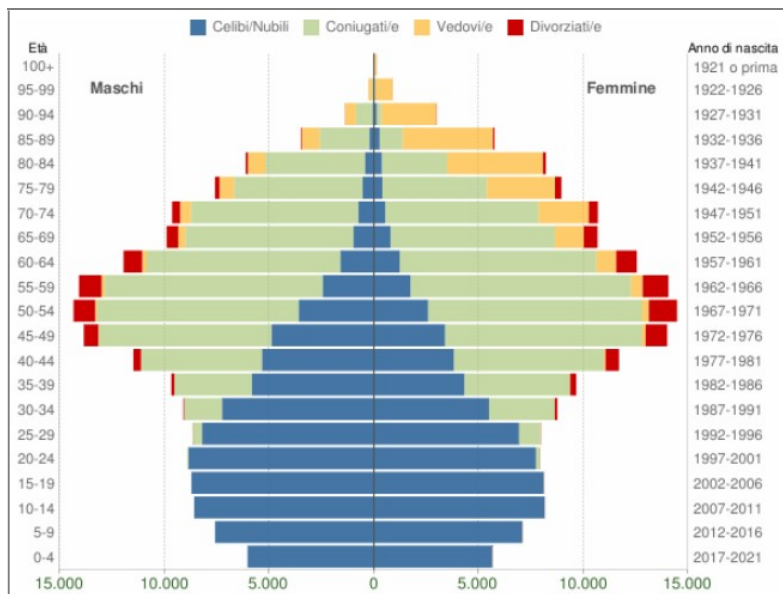
AST - PESARO	TOTALE POPOLAZIONE ALL' 1/01/2022	CLASSI DI ETÀ'							
		NEONATI	1-4 anni	5-14 anni	15-44 anni Maschi	15-44 anni Femmine	45-64 anni	65-74 anni	>=75 anni
DS 01 - Pesaro	137.984	870	3.686	12.446	22.472	21.585	43.757	15.581	17.587
DS 02 - Urbino	77.783	481	2.131	6.854	12.600	12.086	23.405	9.707	10.519
DS 03 - Fano	133.829	845	3.649	12.032	21.652	20.856	41.630	15.529	17.636
<b>TOTALE</b>	<b>349.596</b>	<b>2.196</b>	<b>9.466</b>	<b>31.332</b>	<b>56.724</b>	<b>54.527</b>	<b>108.792</b>	<b>40.817</b>	<b>45.742</b>



Nella provincia di Pesaro Urbino la speranza di vita alla nascita è di 81,8 anni per gli uomini e di 85,7 per le donne, valori sostanzialmente allineati al dato regionale, che è di 81,1 anni per gli uomini e di 85,2 per le donne e più alti rispetto al dato medio nazionale che è di 80,3 per gli uomini e di 84,8 per le donne (dati Istat 2021).

La struttura per età della popolazione residente nella provincia di Pesaro-Urbino evidenzia un processo di invecchiamento rilevante.

#### Struttura Demografica popolazione provincia di Pesaro-Urbino – anno 2021



Le dinamiche demografiche relative alla Provincia di Pesaro-Urbino rilevano: un aumento delle classi di età anziane, nell'anno 2021 la popolazione  $\geq 65$  anni rappresenta il 25,4% del totale e nella comparazione con l'anno 2011 ha registrato un incremento dell'8,6% complessivo.

La popolazione, quindi risulta nel suo complesso invecchiata, manifestando una tendenza comune al resto del territorio regionale e nazionale, come testimoniato dall'andamento dell'indice di vecchiaia, passato nell'area di studio dal 172,93 nel 2015 a 201,10 nel 2021.

#### Indice di vecchiaia AST 1, distribuzione per sesso e anno (2015 e 2021)

Anno	Sesso	>65 anni	0-14 anni	Indice di vecchiaia per sesso	Indice di Vecchiaia
Anno 2015	Maschi	36.820	25.144	146,43	172,93
	Femmine	47.819	23.800	200,92	
Anno 2021	Maschi	38.361	22.198	172,81	201,10
	Femmine	48.318	20.903	231,15	

Pertanto, nella Provincia di Pesaro-Urbino il contesto sociosanitario è caratterizzato da una forte transizione demografica ed epidemiologica ed una delle sfide più complesse è quindi rappresentata dalla necessità di risposta alla domanda di salute indotta dalla continua crescita delle patologie cronico - degenerative. Per tale motivo è fondamentale la creazione di nuovi percorsi assistenziali che siano in grado di prendere in carico il paziente nel lungo termine, prevenire e contenere la disabilità, garantire la continuità assistenziale e l'integrazione degli interventi sociosanitari.

### 1.2.1 .OFFERTA OSPEDALIERA

Per quanto riguarda la dotazione di posti letto della provincia di Pesaro-Urbino, come riportato nella DGRM 2/2018 è previsto un tasso di pl/1.000 ab pari a 2,75, a fronte di una media regionale pari a 3,61.

<b>PROVINCIA</b>	<b>TASSO PL/1.000 AB</b>
PU	2,75
AN	4,38
MC	3,76
FM	2,78
AP	3,76
REGIONE MARCHE	3,61

Presso l'AST di Pesaro Urbino, l'assistenza ospedaliera, è erogata dai seguenti Ospedali:

- ✓ Ospedale "Santa Maria della Misericordia" di Urbino;
- ✓ Ospedale "Santi Carlo e Donnino" di Pergola;
- ✓ Ospedale "Santa Croce" di Fano;
- ✓ Ospedali "San Salvatore" e "Muraglia" di Pesaro

Sono inoltre presenti, per quanto attiene all'ospedalità privata accreditata, posti letto all'interno dell'Ospedale di Comunità di Cagli (gestione Kos Care) e all'interno della struttura di Sassocorvaro (gestione "Villa Rete Montefeltro").

La dotazione di posti letto ordinari e DH a gestione diretta (al netto delle variazioni temporanee legate all'emergenza Covid-19), risulta la seguente (Fonte Modello hsp12 2022).

	<b>DH/ DS</b>	<b>Ordinari</b>	<b>Totale</b>
<b>URBINO</b>	24	207	231
<b>PERGOLA</b>	9	59	68
<b>FANO</b>	40	241	281
<b>PESARO</b>	50	302	352

### 1.2.2 OFFERTA TERRITORIALE

L'azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro Urbino è costituita da 3 Distretti Sanitari.

I distretti costituiscono il livello territoriale di base in cui si realizza la gestione integrata tra servizi sanitari, socio-sanitari e sociali. Il Distretto, non solo come luogo di produzione dei servizi, ma luogo di programmazione sulla base dell'analisi dei bisogni di salute della popolazione e delle risorse disponibili, ha la responsabilità di governare la domanda e la funzione di produzione/erogazione dei servizi sanitari territoriali: è la sede organizzativa e di governo delle cure primarie.

Il Distretto di Pesaro conta un bacino di utenza di n.137.998 abitanti suddivisi in n. 7 Comuni; il territorio coincide con quelle dell'Ambito Territoriale Sociale n.1. Il Distretto di Fano conta un bacino di utenza di n. 131763 abitanti suddivisi in n.14 comuni; il territorio coincide con quello degli Ambiti Territoriali Sociali n. 7 di Fossombrone e 6 di Fano. Il Distretto di Urbino conta un bacino di utenza di n 80.088 abitanti suddivisi in n.30 comuni; il territorio coincide con 3 Ambiti Territoriali Sociali.

Sono presenti 241 Medici di Medicina Generale (MMG), 36 Pediatri di Libera scelta (PLS) organizzati in 13 équipe territoriali. 18 sono le postazioni di Continuità assistenziale (di cui 2 postazioni del distretto di Pesaro nel 2022 non attive per carenza di medici) che hanno effettuato in totale nel 2022 n. 70.072 contatti (accessi + contatti telefonici).

L'assistenza agli Stranieri temporaneamente presenti (STP) è garantita da 4 ambulatori garantendo nel garantendo l'assistenza di circa 600 persone adulte.

L'Azienda opera mediante 126 strutture territoriali a gestione diretta e 76 strutture territoriali convenzionate (Fonte STS 11).

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

<b>Numero di strutture a gestione diretta</b>	<b>ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE</b>	<b>AMBULATORIO E LABORATORIO</b>	<b>STRUTTURA RESIDENZIALE</b>	<b>STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE</b>	<b>Totale complessivo</b>
ASSISTENZA AGLI ANZIANI			12		12
ASSISTENZA AI DISABILI FISICI			2	1	3
ASSISTENZA AI DISABILI PSICHICI			2	3	5
ASSISTENZA AI MALATI TERMINALI			1		1
ASSISTENZA PAZIENTI COVID-19			1		1
ASSISTENZA PER TOSSICODIPENDENTI	6			1	7
ASSISTENZA PSICHIATRICA	8		9	3	20
ATTIVITA` CLINICA	22	10			32
ATTIVITA` DI CONSULTORIO MATERNO-INFANTILE	12				12
ATTIVITA` DI LABORATORIO	6	5			11
DIAGNOSTICA STRUMENTALE E PER IMMAGINI	9	5			14
PRESCRIZIONE FARMACI NOTA 99 AIFA		3			3
VACCINAZIONI ANTI COVID-19	5				5
<b>Totale complessivo</b>	<b>68</b>	<b>23</b>	<b>27</b>	<b>8</b>	<b>126</b>

	<b>ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE</b>	<b>AMBULATORIO E LABORATORIO</b>	<b>STRUTTURA RESIDENZIALE</b>	<b>STRUTTURA RESIDENZIALE</b>	<b>Totale complessivo</b>
<b>Strutture Convenzionate</b>	<b>2</b>	<b>28</b>	<b>1</b>	<b>45</b>	<b>76</b>

ASSISTENZA AGLI ANZIANI			1		1
ASSISTENZA AGLI ANZIANI				33	33
ASSISTENZA AIDS				1	1
ASSISTENZA IDROTERMALE	2				2
ASSISTENZA PAZIENTI COVID-19				1	1
ASSISTENZA PER TOSSICODIPENDENTI				6	6
ASSISTENZA PSICHIATRICA				4	4
ATTIVITA` CLINICA		14			14
ATTIVITA` DI LABORATORIO		8			8
DIAGNOSTICA STRUMENTALE E PER IMMAGINI		6			6
<b>Totale complessivo</b>	<b>2</b>	<b>28</b>	<b>1</b>	<b>45</b>	<b>76</b>

Relativamente alle strutture private che erogano prestazioni di specialistica ambulatoriale è utile segnalare la limitata presenza di tale tipologia di strutture. Pertanto, vengono erogate dal privato convenzionato prestazioni afferenti ad un numero limitato di discipline (es non sono attive strutture che erogano prestazioni di endoscopia digestiva, di pneumologia, ecc).

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

POSTI LETTO PER STRUTTURA	Tipo di assistenza erogata	STRUTTURA RESIDENZIALE	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE	TOTALE
Strutture a gestione diretta	Assistenza agli anziani	303	-	303
	Assistenza ai disabili fisici	12	8	20
	Assistenza ai disabili psichici	42	46	88
	Assistenza ai malati terminali	10	-	10
	Assistenza per tossicodipendenti	-	-	-
	Assistenza psichiatrica	103	50	153
	Attività clinica	-	-	-
	Attività di consultorio familiare	-	-	-
	Attività di laboratorio	-	-	-
	Covid-19	-	-	-
	Diagnostica strumentale e per immagini	-	-	-
<i>Totale</i>		<i>470</i>	<i>104</i>	<i>574</i>
Strutture convenzionate	Assistenza agli anziani	1.222	-	1.222
	Assistenza ai disabili fisici	-	24	24
	Assistenza AIDS	-	-	-
	Assistenza idrotermale	-	-	-
	Assistenza per tossicodipendenti	-	-	-
	Assistenza psichiatrica	118	-	118
	Attività clinica	-	-	-
	Attività di laboratorio	-	-	-
	Covid-19	-	-	-
Diagnostica strumentale e per immagini	-	-	-	
<i>Totale</i>		<i>1.340</i>	<i>24</i>	<i>1.364</i>
<b>Totale complessivo</b>		<b>1.810</b>	<b>128</b>	<b>1.938</b>

### **1.2.3 PNRR Missione 6 Salute – Ricognizione attività**

Con DGRM 656 del 30/05/2022 "Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) sono stati esplicitati gli interventi regionali di cui alla Missione 6 Salute - Componenti 1 e 2 e Aggiornato l'elenco degli interventi di cui alla delibera n. 271 del 14/03/2022 e approvato del Piano Operativo Regionale

La Missione 6 Salute 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, ed è articolata in due Componenti:

1. **Componente 1:** Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza territoriale;
2. **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).

Nello specifico di seguito vengono riepilogati gli interventi ricadenti all'interno del P.N.R.R. – Missione 6 Salute – riferiti all'ex ASUR Marche Area Vasta 1 - ora Azienda Territoriale di Pesaro Urbino - e di competenza dell'U.O.C. Patrimonio, Nuove Opere, Attività Tecniche di AV1 – ora U.O.C. Ufficio Tecnico e Patrimonio -, suddiviso per *Componenti* e *Investimenti*, con i primi riscontri che stiamo ricevendo dai vari progettisti incaricati.

M6 C1 – Investimento 1.1. "Case della Comunità e presa in carico della persona".

<b>Descrizione</b>	<b>Sito</b>	<b>CUP</b>	<b>Stato</b>	<b>IMPORTO FINANZIATO</b>
CASA DELLA COMUNITA' MONDOLFO	Mondolfo (PU), P.zza Bartolini, 6	F12C22000120006	Avviato	400.000,00 €
CASA DELLA COMUNITA' FOSSOMBRONE	Fossombrone (PU), Via Fratelli Kennedy, 27	F52C22000110006	Avviato	700.000,00 €
CASA DELLA COMUNITA' GALANTARA	Strada per Novilara,8 Pesaro	F72C22000120006	Avviato	2.500.000,00 €
<b>TOTALE</b>				<b>3.600.000,00 €</b>

M6 C1 – Investimento 1.2. "Casa come primo luogo di cura e telemedicina" – 1.2.2. "Implementazione delle Centrali Operative Territoriali (COT- Infrastrutturale)".

<b>Descrizione</b>	<b>Sito</b>	<b>CUP</b>	<b>Stato</b>	<b>IMPORTO FINANZIATO</b>
COT	Fano (PU), Via IV Novembre, 63	F32C22000140006	Avviato	173.075,00 €

COT	Pesaro (PU), Via Vatielli, 5	F72C22000110006	Avviato	173.075,00 €
COT	Urbino (PU), Via Comandino, 21	F32C22000150006	Avviato	173.075,00 €
<b>TOTALE</b>				<b>519.225,00 €</b>

M6 C1 – Investimento 1.3. “Rafforzamento dell’assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)”.

Descrizione	Sito	CUP	Stato	IMPORTO FINANZIATO
OSPEDALE DI COMUNITA’	Mombaroccio (PU), Via Villagrande, snc	F85F22001420006	Avviato	3.600.000,00 €
<b>TOTALE</b>				<b>3.600.000,00 €</b>

### Di seguito gli investimenti seguiti direttamente dalla Regione Marche

PNRR/PNC M6C2 Investimento 1.2. Verso un ospedale sicuro e sostenibile – situazione al 31.12.2022					Riferimenti Normativi
	Importo finanziato con fondi PNRR	Importo finanziato con fondi PNC	Fondi di cui ex art. 20		
Realizzazione Palazzina delle Emergenze presso P.O. Santa Croce di Fano	€ 11.682.300,00	_____	€ 4.317.700,00	Gara per affidamento della PFTE, con opzione per la Direzione Lavori e il Coordinamento della Sicurezza terminata. Decreto di aggiudicazione pubblicato (n. 250/2022). Avvio della progettazione in via d’urgenza. Operatore Economico aggiudicatario: RT 3TI_Speri costituito da 3TI Progetti Italia Ingegneria Integrata s.p.a (capogruppo/mandataria di Roma); Studio SPERI Soc. di Ingegneria s.r.l. (mandante con quota partecipazione 40% di Roma).	D.G.R. n.967 e n. 968 del 30/07/2021 aggiornate con D.G.R. n. 140 del 14/02/2022 “Masterplan dell’Edilizia Ospedaliera: approvazione dell’aggiornamento del piano dei fabbisogni per interventi di adeguamento sismico e antincendio, ammodernamento, ristrutturazione e sostituzione di strutture ospedaliere della Regione Marche - Modifica delle DGR nn. 967 e 968 del 30 luglio 2021.” DGR del 30/05/2022 “Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) Missione 6 Salute – Componenti 1 e 2: Aggiornamento dell’elenco degli interventi di cui alla delibera n. 271 del 14/03/2022 e approvazione del Piano Operativo Regionale”
Realizzazione Palazzina delle	_____	€ 7.160.400,00	€ 2.819.600,00	Gara per affidamento PFTE, con opzione per la	DGR 140/2022 “Masterplan

Emergenze presso P.O. Santa Maria della Misericordia di Urbino				Direzione Lavori e Coordinamento per la sicurezza in corso di aggiudicazione (decreto di aggiudicazione in corso di pubblicazione). Operatore Economico aggiudicatario: RT 3TI_Speri costituito da 3TI Progetti Italia Ingegneria Integrata s.p.a (capogruppo/mandataria di Roma); Studio SPERI Soc. di Ingegneria s.r.l. (mandante con quota partecipazione 40% di Roma).	dell'Edilizia Ospedaliera: approvazione dell'aggiornamento del piano dei fabbisogni per interventi di adeguamento sismico e antincendio, ammodernamento, ristrutturazione e sostituzione di strutture ospedaliere della Regione Marche - Modifica delle DGR nn. 967 e 968 del 30 luglio 2021." E DGR 1020/2022 ". Approvazione schema di Accordo di Programma tra Regione Marche, Comune di Urbino ed Azienda Sanitaria Unica Regionale delle Marche per la realizzazione della Palazzina Emergenze dell'Ospedale "Santa Maria della Misericordia" di Urbino (PU) ai sensi dell'art. 34 del D. Lgs. n. 267/2000.
Riqualificazione e adeguamento sismico Ospedale di Pergola	_____	€ 5.942.020,00	€ 5.057.980,00	Progetto definitivo in fase di ultimazione. Consegna prevista entro il mese di gennaio.	D.G.R. n.967 e n. 968 del 30/07/2021 aggiornate con D.G.R. n. 140 del 14/02/2022 "Masterplan dell'Edilizia Ospedaliera: approvazione dell'aggiornamento del piano dei fabbisogni per interventi di adeguamento sismico e antincendio, ammodernamento, ristrutturazione e sostituzione di strutture ospedaliere della Regione Marche - Modifica delle DGR nn. 967 e 968 del 30 luglio 2021." DGR del 30/05/2022 "Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) Missione 6 Salute - Componenti 1 e 2: Aggiornamento dell'elenco degli

					interventi di cui alla delibera n. 271 del 14/03/2022 e approvazione del Piano Operativo Regionale”
PNRR M6C1 Investimenti 1.1. e 1.3. Case della Comunità o Ospedale di Comunità – situazione al 31.12.2022					
Realizzazione della nuova Struttura da adibire a CdC e OdC presso Cagli	€ 6.789.490,00	_____	_____	Gara per affidamento PFTE terminata. Decreto di aggiudicazione in corso di pubblicazione. Avvio della progettazione in via di urgenza. Operatore Economico aggiudicatario: RT “Studio Florio s.r.l.” costituito da – Studio Florio s.r.l., con sede in Via Petrarca n. 199 (80122 Napoli) come mandataria; Studio Petrillo s.r.l., con sede in Via Cavour n. 4 (70027 Palo del colle Bari) come mandante; Aspasia Arche oservice s.r.l. con sede in via Nazionale Pentimele n. 202 (89122 Reggio Calabria) come mandante e Dott.ssa Maria Grazia Lizio P.IVA 02705380737 con sede in Via G.Verdi n. 4 (Martina Franca TA) come mandante	D.G.R. n. 114 del 14/02/2022 “Attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione M6C1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale – Definizione del quadro programmatico dei sub-interventi 1.1 “Case 17 della Comunità e presa in carico della persona”, 1.2.2 “COT, interconnessione aziendale, device” e 1.3 “Rafforzamento dell’assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)”. Identificazione dei siti idonei”

### Realizzazione “Nuovo Ospedale di Pesaro”

Oltre agli interventi sopra previsti, rientranti nell’ambito PNRR, con DGR n. 967 del 30.07.2021, la Giunta regionale ha approvato il Masterplan di edilizia sanitaria e ospedaliera inerente la realizzazione degli interventi di riqualificazione della rete ospedaliera marchigiana tramite l’adeguamento normativo dei presidi ospedalieri e nuove edificazioni, prevedendo interventi di tipo I, IIA e IIB. Tra gli interventi di tipo I (Nuove strutture ospedaliere in corso di esecuzione/progettazione) è previsto il “Nuovo Ospedale di Pesaro”.

Per la sua realizzazione con DGR n. 314 del 21.03.2022 è stato approvato lo schema di accordo tra Regione Marche e Azienda Sanitaria Ospedali Riuniti Marche Nord per lo svolgimento di attività di interesse comune ai sensi dell’art. 15 della legge n. 241 del 7 agosto 1990 e ss.mm.ii; tale accordo è stato sottoscritto e registrato nel repertorio interno della Regione Marche al numero 1264 del 30.03.2022. Coerentemente alla DGRM sopra riportata la riorganizzazione e riqualificazione della rete ospedaliera viene realizzata in base ad un modello organizzativo-strutturale che supera quello di accentramento dei servizi ospedalieri ma si sviluppa, sempre nell’ottica di adeguamento al DM 70/2015, secondo direttrici che si inseriscono nell’ambito delle recenti disposizioni nazionali, emerse a seguito degli eventi pandemici, in termini di posti letto e



specializzazione dei servizi offerti, e delle indicazioni contenute nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

Questo intervento rientra anche nell'obiettivo di migliorare la digitalizzazione dell'assistenza sanitaria e migliorare la qualità dei processi, garantendo la sicurezza dei pazienti e l'erogazione di servizi di alta qualità. e si riferisce al potenziamento del livello di digitalizzazione delle strutture sede di DEA (Dipartimenti di emergenza e accettazione) di I livello e di II livello.

Questo investimento consiste nel migliorare la digitalizzazione dell'assistenza e migliorare la qualità dei processi, garantendo la sicurezza dei pazienti e l'erogazione di servizi di alta qualità. e si riferisce all'ammodernamento digitale del parco tecnologico ospedaliero tramite la sostituzione di modelli obsoleti con modelli tecnologicamente avanza.

**M6C1 – Investimento 1.1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione DEA)**

Descrizione	Sito	CUP	Stato	IMPORTO FINANZIATO
DIGITALIZZAZIONE DEA - I LIVELLO	EX A.O. OSPEDALI RIUNITI MARCHE NORD	G14E22000280003	Avviato	4.470.406,05 €
DIGITALIZZAZIONE DEA - I LIVELLO	EX ASUR PRESIDIO UNICO A.V.1	F31J22000000007	Avviato	2.241.925,44 €
<b>TOTALE</b>				<b>6.712.331,49 €</b>

**M6C1 – Investimento 1.1.2: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi Apparecchiature)**

Descrizione	Sito	CUP	Stato	IMPORTO FINANZIATO
ACCELERATORE LINEARE	STABILIMENTO DI PESARO	G74E22000770003	Avviato	2.295.000,00 €
RMN 1,5T	STABILIMENTO DI PESARO	G14E22000280003	Da Avviare	914.000,00 €
RMN 1,5T	STABILIMENTO DI FANO	G34E22000370003	Avviato	914.000,00 €
TAC A 128 STRATI	STABILIMENTO DI PESARO	G74E22000720003	Da Avviare	530.000,00 €
SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	STABILIMENTO DI FANO	G34E22000390003	Avviato	280.600,00 €
SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	STABILIMENTO DI PESARO	G74E22000760003	Avviato	280.600,00 €
SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	STABILIMENTO DI PESARO	G74E22000750003	Avviato	244.000,00 €
SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	STABILIMENTO DI URBINO	F39I22000080007	Avviato	280.600,00 €
MAMMOGRAFO	DISTRETTO DI PESARO	F79I22000070007	Avviato	274.500,00 €
ECOTOMOGRAFI	STABILIMENTO DI PERGOLA	F69I22000250007	Concluso	57.000,00 €
ECOTOMOGRAFI	STABILIMENTO DI PESARO	G74E22000780003	Concluso	57.000,00 €
ECOTOMOGRAFI	STABILIMENTO DI PESARO	G74E22000790003	Concluso	82.000,00 €
<b>TOTALE</b>				<b>6.209.300,00 €</b>

**Altri progetti PNRR**

Descrizione	CUP	Stato	IMPORTO FINANZIATO
Misura 1.4.4 "Estensione dell'utilizzo delle piattaforme nazionali di identità digitale - SPID CIE"	n.p.	Da avviare	14.000,00 €
Misura 1.4.3 "Adozione app IO"	F71F23000030006	Da avviare	35.424,00 €
Misura 1.4.3 "Adozione piattaforma pagoPA"	F71F23000040006	Da avviare	309.981,00 €
<b>TOTALE</b>			<b>359.405,00 €</b>

## 1.2.4 DATI DI ATTIVITA'

### ATTIVITA' DI PREVENZIONE

Le tabelle sottostanti mostrano i dati di attività anno 2021 (per SISP) e 2022 (per area veterinaria, SIAN e SPSAL) relativamente all'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro ed un focus sull'attività vaccinali e attività programmi di screening.

Indicatori FLS18 e valutazione Obiettivi Sanitari DP AST Pesaro Urbino (AV1 al 31/12/2022)

Assistenza Sanitaria Collettiva in Ambiente di vita e di Lavoro	
Indicatore	2021
FLS18-Indagini epidemiologiche effettuate (in seguito a riscontri di malattie infettive)-ISP MI	71
FLS18-Residenti che hanno compiuto 24 mesi di età e sono stati regolarmente vaccinati –ISP MI	2150

Indicatori FLS18 e valutazione Obiettivi Sanitari DP AST Pesaro Urbino (AV1 al 31/12/2022)

Assistenza Sanitaria Collettiva in Ambiente di vita e di Lavoro	
Indicatore	2022
FLS18-Numero lavoratori controllati o comunque esaminati per accertamenti o certificazioni sanitarie	2034
FLS18-Numero lavoratori controllati o comunque esaminati per accertamenti o certificazioni sanitarie: di cui apprendisti minori	0
FLS18-Numero Indagini effettuate per infortunio sul lavoro	168
FLS18-Numero indagini effettuate per Malattie Professionali	56
FLS18-Numero di aziende interessate da atti autorizzativi, esame progetti, piani di lavoro e notifiche	1150
FLS18-Numero Aziende in cui sono stati effettuati interventi di vigilanza e di polizia giudiziaria	1949
FLS18-Numero di studi epidemiologici su malattie cronico degenerative e studi di mortalità	4
FLS18-Numero di campagne di screening effettuate per la prevenzione di patologie tumorali	3
FLS18-Numero di pareri richiesti per autorizzazioni nel campo dell'edilizia civile	375
FLS18-Numero di pareri espressi per autorizzazioni nel campo dell'edilizia civile	375
Controllo imprese presenti sul territorio (LEA) / Numero imprese controllate	5,38% (LEA 5%)
Attuazione Piano Nazionale di Prevenzione in edilizia 2.2.1, numero cantieri Ispezionati	323
Vigilanza su campione di aziende selezionate in base a indici infortunistici e addetti, Numero aziende controllate	377
Area SA (prevenzione, veterinaria e sicurezza alimentare, settore A.2 Veterinaria e sicurezza alimentare). obiettivo n.A.2-8 <i>Malattie Animali Trasmisibili all'uomo</i> Indicatore: Numero di Allevamenti Bovini/bufalini Controllati per TBC (al 31/12/2022)	153
Area SA (prevenzione, veterinaria e sicurezza alimentare, settore A.2 Veterinaria e sicurezza alimentare). obiettivo n.A.2-8 <i>Malattie Animali Trasmisibili all'uomo</i> Indicatore: Numero Allevamenti delle tre specie controllati per BRC (al 31/12/2022)	265
Area SA (prevenzione, veterinaria e sicurezza alimentare, settore A.2 Veterinaria e sicurezza alimentare). obiettivo n.A.2-4 <i>Encefalopatie Spongiformi Trasmisibili</i> Indicatore: Numero Bovini morti testati per BSE (al 31/12/2022)	115
Area SA (prevenzione, veterinaria e sicurezza alimentare, settore A.2 Veterinaria e sicurezza alimentare). obiettivo n.A.2-4 <i>Encefalopatie Spongiformi Trasmisibili</i> Indicatore: Numero di ovini morti testati per TSE/Scrapie (al 31/12/2022)	50

Numero caprini morti testati TSE/Scrapie (al 31/12/2022)	24
Area A (prevenzione, veterinaria e sicurezza alimentare, settore A.2 Veterinaria e sicurezza alimentare). <i>obiettivo n.20 PNR</i> Indicatore: Campioni effettuati per il PNR (SIAPZ)	27
Area A (prevenzione, veterinaria e sicurezza alimentare, settore A.2 Veterinaria e sicurezza alimentare), <i>obiettivo n.18 PNA</i> Indicatore: Campioni effettuati per il PNA (SIAPZ)	61
Area A (prevenzione, veterinaria e sicurezza alimentare, settore A.2 Veterinaria e sicurezza alimentare), <i>obiettivo n.17 farmacosorveglianza</i> Indicatore: Numero Operatori controllati al 31-12-2016 (SIAPZ)	87
Area A (prevenzione, veterinaria e sicurezza alimentare, settore A.2 Veterinaria e sicurezza alimentare), <i>obiettivo n.19 - fitosanitari su alimenti</i> Indicatore: Numero di Campioni effettuati (SIAN)	47
Area SA (prevenzione, veterinaria e sicurezza alimentare, settore A.2 Veterinaria e sicurezza alimentare), <i>obiettivo n.A.2-1 Anagrafi zootecniche</i> Indicatore: Numero di aziende Ovi-Caprine controllate presenti in BDN (al 31/12/2022)	28
Numero di capi ovi-caprini controllati presenti in BDN (al 31/12/2022)	2073
Area A (prevenzione, veterinaria e sicurezza alimentare, settore A.2 Veterinaria e sicurezza alimentare), <i>obiettivo n.A.2-1 Anagrafi zootecniche. Indicatore: n° aziende controllate in BDN</i>	18
AREA SA (prevenzione, veterinaria e sicurezza alimentare, settore A.2 Veterinaria e sicurezza alimentare), <i>obiettivo n.14 Anagrafi zootecniche</i> Indicatore: Numero di Aziende bovine controllate presenti in BDN (al 31/12/2022)	25
AREA SA (prevenzione, veterinaria e sicurezza alimentare, settore A.2 Veterinaria e sicurezza alimentare), <i>obiettivo n. 15 Anagrafi zootecniche</i> Indicatore: Numero di Aziende equine controllate presenti in BDN (al 31/12/2022)	84
AREA SA (prevenzione, veterinaria e sicurezza alimentare, settore A.2 Veterinaria e sicurezza alimentare), <i>obiettivo n. 16 Anagrafi zootecniche</i> Indicatore: Numero di Allevamenti apistici controllati presenti in BDN (al 31/12/2022)	21
Area A (prevenzione, veterinaria e sicurezza alimentare, settore A.2 Veterinaria e sicurezza alimentare), <i>obiettivo n.A2 (P36) Piano Sorveglianza MBV</i> Indicatore: Area di raccolta molluschi sottoposte a monitoraggio con frequenza prevista alla data 31-12-2022; n° campioni	1016
Area SA (prevenzione, veterinaria e sicurezza alimentare, settore A.2 Veterinaria e sicurezza alimentare), <i>obiettivo n.A.2-13 Salmonellosi Zootecniche</i> Indicatore: Campioni effettuati al 31-12-2022	14
Area SA (prevenzione, veterinaria e sicurezza alimentare, settore A.2 Veterinaria e sicurezza alimentare), <i>obiettivo n.40 Biosicurezza stabilimenti suini</i> Indicatore: Numero di stabilimenti suini controllati per biosicurezza (al 31-12-2022)	21
Area A (prevenzione, veterinaria e sicurezza alimentare, settore A.2 Veterinaria e sicurezza alimentare), <i>obiettivo n.21 –ADDITIVI ALIMENTARI i</i> Indicatore: Numero di Campioni effettuati (SIAN)	8
Area A (prevenzione, veterinaria e sicurezza alimentare, settore A.2 Veterinaria e sicurezza alimentare), <i>obiettivo n.30 –CONTROLLI ANALITICI NELLE FASI DI PRODUZIONE DISTRIBUZIONE</i> Indicatore: Numero di Campioni effettuati (SIAN)	166
Area A (prevenzione, veterinaria e sicurezza alimentare, settore A.2 Veterinaria e sicurezza alimentare), <i>obiettivo n.31 OGM</i> Indicatore: Campioni eseguiti (SIAN)	6
Area A (prevenzione, veterinaria e sicurezza alimentare, settore A.2 Veterinaria e sicurezza alimentare), <i>obiettivo n.32 Audit su OSA</i> Indicatore: Numero Audit effettuati	5 SIAN 3 SIAN+SIAOA
Area A (prevenzione, veterinaria e sicurezza alimentare, settore A.2 Veterinaria e sicurezza alimentare), <i>obiettivo n.33 RADIAZIONI IONIZZANTI</i> Indicatore: Campioni eseguiti (SIAN)	1
Area A (prevenzione, veterinaria e sicurezza alimentare, settore A.2 Veterinaria e sicurezza alimentare), <i>obiettivo n.35 POTENZIAMENTO ATTIVITA' COMUNICAZIONE RISCHIO</i> Indicatore: Articolo Pubblicato (SIAN)	1
Area A (prevenzione, veterinaria e sicurezza alimentare, settore A.2 Veterinaria e sicurezza alimentare), <i>obiettivo n.36 PIANO NAZIONALE MICOTOSSINE</i> Indicatore: Campioni eseguiti (SIAN)	14
Area A (prevenzione, veterinaria e sicurezza alimentare, settore A.2 Veterinaria e sicurezza alimentare), <i>obiettivo n.27 Benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti</i> Indicatore: % Controlli effettuati per benessere negli allevamenti di vitelli, suini, ovaiole, polli da carne al 31-12-2022 (SIAPZ)	34
Area A (prevenzione, veterinaria e sicurezza alimentare, settore A.2 Veterinaria e sicurezza alimentare), <i>obiettivo n.28 Benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti</i> Indicatore: % Controlli effettuati per benessere negli allevamenti di "altri bovini " al 31-12-2022 (SIAPZ)	13
Area A (prevenzione, veterinaria e sicurezza alimentare, settore A.2 Veterinaria e sicurezza alimentare), <i>obiettivo n.35 Potenziamento attività comunicazione del rischio</i> Indicatore: Articolo pubblicato (SIAPZ)	1
Area A (prevenzione, veterinaria e sicurezza alimentare, settore A.2 Veterinaria e sicurezza alimentare), <i>obiettivo n.P31 - Controlli per il rispetto del benessere animale negli impianti di macellazione</i> Indicatore: Numero dei controlli effettuati nel 2022	4
Area A (prevenzione, veterinaria e sicurezza alimentare, settore A.2 Veterinaria e sicurezza alimentare), <i>obiettivo n.32 Audit su OSA</i>	12+3 congiunti

Indicatore: Numero Audit effettuati nel 2022	con SIAN
Area A (prevenzione, veterinaria e sicurezza alimentare, settore A.2 Veterinaria e sicurezza alimentare), obiettivo n.33 RADIAZIONI IONIZZANTI Indicatore: Campioni eseguiti (SIAOA) nel 2022	1
Area A (prevenzione, veterinaria e sicurezza alimentare, settore A.2 Veterinaria e sicurezza alimentare), obiettivo n.35 POTENZIAMENTO ATTIVITA' COMUNICAZIONE RISCHIO Indicatore: Articolo programmato (in attesa di pubblicazione) nel 2022 (SIAOA)	1
Piano regionale micotossine Indicatore: Campioni eseguiti (SIAOA) nel 2022	21
Area A (prevenzione, veterinaria e sicurezza alimentare, settore A.2 Veterinaria e sicurezza alimentare), obiettivo n.21 –ADDITIVI ALIMENTARI Indicatore: Numero di Campioni effettuati (SIAOA)	11
Area A (prevenzione, veterinaria e sicurezza alimentare, settore A.2 Veterinaria e sicurezza alimentare), obiettivo n.30 –CONTROLLI ANALITICI NELLE FASI DI PRODUZIONE- DISTRIBUZIONE Indicatore: Numero di Campioni effettuati (SIAOA) nel 2022	167
Controlli ufficiali, così come indicati dal Regolamento CE 625/2017	782
Controlli e campionamenti UVAC	47

### Attività vaccinale

Le vaccinazioni sono riconosciute come uno dei maggiori interventi per la prevenzione primaria delle Malattie Infettive, strumento essenziale per la salute della popolazione, soprattutto in quella infantile, anche se la pandemia da Sars-CoV-2 ne ha dimostrato l'efficacia anche nelle altre classi di età. Nella regione Marche e in modo simile in Italia, si è registrato un andamento di flessione delle coperture nel periodo 2013-2015 (con il punto più basso di coperture nel 2015: 92% esavalente e 79,9% MPR). Successivamente l'andamento dal 2015 ha registrato progressivamente un incremento delle coperture e nel 2021 si registrano nelle esavalenti coperture del 94,2% e MPR del 92,8%.

Si riportano di seguito le percentuali di copertura vaccinale e tipologia di vaccinazione e distribuzione per Distretto, relativamente all'anno 2021.

Vaccino	AST-1 PU		
	Pesaro	Urbino	Fano
Polio(a)	95,3	96,8	95,9
Difterite (a)	95,3	96,8	95,9
Tetano (a)	95,3	96,8	95,9
Pertosse (a)	95,3	96,8	95,9
Epatite B(a)	95,3	96,8	95,9
Haemophilus i. tipo b	95,3	96,8	95,9
Morbillo(c)	93,0	95,7	96,7
Parotite (c)	93,0	95,7	96,7
Rosolia (c)	93,0	95,7	96,7
Varicella (c)	90,8	95,3	94,8
Meningococco C c. b	77,1	94,0	88,2
Pneumococco con. (b)	91,5	96,1	93,8

L'andamento delle coperture ha registrato un incremento anche grazie alla Legge 119 del 2017 che ha contribuito direttamente all'incremento delle percentuali.

### **ATTIVITA' DISTRETTUALE**

Nel contesto regionale, osservando i dati demografici della popolazione assistita si osserva un aumento della popolazione anziana che impone una maggiore attenzione al mondo della cronicità, al fine di rispondere alla complessità delle domande di salute indotte dalla continua crescita delle patologie cronico-degenerative. Il mondo della cronicità, in particolare per le fasce più anziane della popolazione, comporta un sempre maggiore impegno di risorse, richiedendo continuità di assistenza per periodi di lunga durata e una forte integrazione dei servizi sanitari con quelli sociali.

Questa Integrazione sociale e sanitaria si è concretizzata a livello distrettuale nell' Unità Operativa Sociale e Sanitaria U.O.SeS, che rappresenta la principale svolta innovativa intrapresa dalla regione Marche. Nell'ottica di questa integrazione, al fine di dare una concreta risposta ai cittadini, nei distretti sono stati attivati degli sportelli socio sanitari (PUA) nelle varie sedi distrettuali con l'obiettivo di indirizzare i bisogni della popolazione. Questi sportelli PUA rispondono ai bisogni semplici ed ai bisogni complessi della popolazione, rapportandosi in quest'ultimo caso con l'UVI (unità valutativa integrata), un team multidisciplinare che valutando i bisogni socio sanitari individua il setting assistenziale adeguato.

Nella tabella sottostante vengono mostrate alcune delle attività "core" distrettuali.

#### Attività "core" dei Distretti – anno 2022

Attività	Distretti			
	Distretto Pesaro	Distretto Urbino	Distretto Fano	Totale
PUA (accessi)	8.207	1.760	7.791	17.758
UVI	1.806	1.900	2.646	6.352
ADI	2.546	1.353	2.931	6.830
CDCD (pazienti)	850	266	1.063	2.179

### **ASSISTENZA DOMICILIARE**

La distribuzione per Distretto delle Prese in carico (PIC) nell'anno 2021 rileva complessivamente un totale di n. 4.237 nuove PIC.

#### Presenza in carico per anno (PIC) con distribuzione per Distretto anni 2019-2021

Ente	2019	2020	2021	Media
Distretto Pesaro	1.572	1.598	1.642	1.604
Distretto Urbino	1.123	1.029	944	1.032
Distretto Fano	1.385	1.381	1.651	1.472
AST PU	4.080	4.008	4.237	4.108

L'incremento dell'assistenza domiciliare risulta in linea con gli obiettivi identificati nell'ambito del PNRR. In particolare l'investimento del PNRR che è stato chiamato "Casa come primo luogo di cura, assistenza domiciliare e Telemedicina" prevede di aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare. A livello nazionale il fabbisogno di risorse per la realizzazione di questo investimento è determinato in 2,72 miliardi.

Il Distretto assicura anche la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia, mediante collaborazione con la Struttura Semplice Dipartimentale "Consultori", integrate con quelle ospedaliere e con la pediatria di libera scelta anche nell'ambito del Dipartimento Materno-Infantile.

In tabella sono mostrati alcuni dati di attività della UOC Cure Tutelari relativi all'anno 2022.

Attività	Distretti			
	Distretto Pesaro	Distretto Urbino	Distretto Fano	Totale
UMEE	1267	434	1264	2965
UMEA	644	205	657	1506
Attività consultoriale*	1363	618	1264	3245

\*Tutela Minori – Violenza di genere – sostegno alla genitorialità – Adozioni – Affidamento familiare – Tribunale per i Minorenni

Per quanto riguarda il percorso nascita in tabella sono mostrati i dati relativi all'anno 2021, dato che comunque risente della pandemia da COVID 19.

ATTIVITA' 2021	FANO	PESARO	URBINO	TOTALE
PERCORSO NASCITA				
N. Corsi pre-parto	25	22	12	59
N. Donne partecipanti corso pre-parto	334	247	144	725
N. Donne Puerperio a domicilio	474	234	169	877
N. Donne Puerperio ambulatorio	60	127	45	232

Il Distretto sviluppa attività di assistenza sanitaria e socio-sanitaria rivolta agli anziani, ai disabili, al disagio psichico ed alle dipendenze patologiche, compresa l'assistenza residenziale e semi-residenziale, coordinate con quelle dei Dipartimenti interessati.

A livello territoriale viene anche garantita l'attività nell'ambito del Dipartimento di Salute Mentale. Il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) si occupa della promozione della salute mentale, della prevenzione, della diagnosi, della cura e della riabilitazione del disagio psichico e del disturbo mentale. Secondo i bisogni e le condizioni della persona, vengono definiti percorsi di cura personalizzati e finalizzati alla ripresa e al recupero del paziente, alla valorizzazione delle sue risorse personali e alla continuità della presa in carico. Le diverse attività sono realizzate in integrazione tra altri Servizi sanitari, Enti di prossimità, Terzo e Quarto settore.

Nel 2019 i pazienti che hanno avuto almeno un contatto nell'anno con una delle strutture del DSM o delle strutture private a gestione da parte del DSM; sono inclusi gli utenti che si rivolgono al DSM anche solo per accertamenti medico-legali sono state 4.828 (di cui 2.734 femmine). I pazienti presi in carico sono stati 3.488 (di cui 1932 femmine) e gli utenti che per la prima volta hanno fatto un accesso a strutture DSM sono stati 514 (di cui 302 femmine).

E' inoltre presente il Dipartimento delle Dipendenze Patologiche (DDP), istituito con la DGRM 747/2004, che si occupa di problematiche relative sia alla dipendenza da sostanze stupefacenti, alcol, tabacco sia ad altri comportamenti patologici attinenti a gioco d'azzardo, net-addiction, etc. Nell'anno 2022 il DDP ha seguito 1818 soggetti: 356 UOC Urbino, 250 UOS Fossombrone, 777 UOC Pesaro, 435 UOS Fano. Nella UOC di Pesaro è presente anche il dato relativo ai soggetti privati della libertà seguiti nella Casa Circondariale. Nel 2022 il numero è 136.

## SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Il governo della gestione delle liste e dei tempi di attesa rappresenta una delle principali attività finalizzate ad assicurare al cittadino la migliore performance possibile nella erogazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie.

### PRESTAZIONI AMBULATORIALI

	2020	2021	9 MESI 2022	Previsione 2022
Prestazioni Amb. Totali	3.913.863	5.098.973	3.831.968	5.109.290

Nel complesso le prestazioni ambulatoriali per esterni sono aumentate nel corso del 2021 rispetto al dato del 2020 del 30,2% in termini di quantità, ed è previsto un ulteriore aumento per il 2022.

### DETTAGLIO DISCIPLINA EROGATO

	2020	2021	9 mesi 2022	prev 2022
-	4	2	5	7
Analgesia	203	200	77	103
Anatomia - ist pat	12476	13341	13369	17825
Anestesia	4524	5126	4450	5933
Astanteria			19767	26356
Cardiologia	47519	47390	38882	51843
Chirurgia generale	23975	25934	22389	29852
Chirurgia plastica	205	629	654	872
Chirurgia vascolare	6433	8519	7386	9848
Dermatologia	12879	12177	12468	16624
Ematologia	6695	6820	6883	9177
Gastroenterologia	11039	12394	12699	16932
Immunologia	3889	4638	2748	3664
Laboratorio analisi	2750679	3437000	2841430	3788573
Malattie endocrine/diabetologia	80751	93280	12792	17056
Medicina del lavoro	160	136	256	341
Medicina generale	3390	3580	3371	4495
Medicina Legale			1855	2473
Medicina nucleare	15196	15756	12370	16493
Medicina sportiva	5111	5752	3975	5300
Nefrologia	190542	204621	141895	189193
Neurologia	10377	13226	17200	22933

Neuropsichiatria infantile	9207	12952	10321	13761
Non Specificata	315050	382336	222543	296724
Oculistica	34291	38220	28409	37879
Odontoiatria e stomatologia	6190	6684	6392	8523
Oncologia	14660	14435	13039	17385
Ortopedia e traumatologia	19250	21814	20702	27603
Ostetricia e ginecologia	19754	21661	18126	24168
Otorinolaringoiatria	22318	24385	24248	32331
Pediatria	780	785	935	1247
Pneumologia	7340	7539	6948	9264
Psichiatria	12661	13370	10466	13955
Radiodiagnostica	8901	9500	9561	12748
Radiologia	141856	160323	136814	182419
Recupero e riabilitazione funzionale	125766	151105	122697	163596
Sert		9	97	129
Urologia	13736	12861	12292	16389

Il dettaglio delle prestazioni ambulatoriali per esterni suddiviso per disciplina, evidenzia che gli incrementi hanno riguardato pressoché tutte le discipline.

Nel 2021 sono state erogate un totale di 149.204 prestazioni per residenti fuori provincia. (Fonte File C).

Va segnalata, in particolare per alcune discipline, la mobilità significativa di pazienti da altre provincie. Di seguito si riporta il dettaglio delle prestazioni di specialistica ambulatoriale (prestazioni monitorate ai sensi del PNGLA 2019-2021) erogate a provenienti da Fuori provincia (Fonte File C) nel 2021.

	% Fuori prov 2021
EGDS/ Colonscopia	15%
Prima Visita Gastroenterologica	23%
Prima Visita Ortopedica	12%
Prima Visita Cardiologica	7%

In relazione alla propria mission, è obiettivo prioritario dell'Azienda soddisfare la domanda di salute dei pazienti residenti in provincia di Pesaro Urbino, sia per quanto riguarda le prestazioni di primo accesso, che rappresentano il primo contatto del cittadino con il SSN, sia per quanto riguarda gli accessi successivi, ovvero prestazioni di approfondimento, di controllo, e di follow up, con particolare focus sulle prese in carico dei pazienti cronici (pazienti oncologici, pazienti affetti da patologie croniche, ad es. sclerosi multipla, diabete mellito, BPCO, ecc).

Alla luce della Legge Regionale n. 19 del 8 agosto 2022 "Organizzazione del Servizio Sanitario Regionale", che ha istituito la AST di Pesaro Urbino a far data dal 1° gennaio 2023, al fine di garantire una migliore accessibilità dei pazienti ai servizi erogati, in un'ottica di prossimità di cura dei servizi al cittadino, e al fine



di contribuire al contenimento dei tempi di attesa, è previsto un percorso di collaborazione tra i diversi setting assistenziali (ospedaliero - territoriale), con la creazione di percorsi ambulatoriali condivisi e integrati.

L'AST di Pesaro-Urbino inoltre è impegnata, tramite il Nucleo Operativo Liste di Attesa, nella gestione quotidiana delle liste di pre-appuntamento, applicata alle prestazioni monitorate ai sensi del PNGLA 2019-2021, al fine di garantire la prenotazione ai pazienti residenti in provincia di Pesaro Urbino presso le strutture provinciali.

## **FARMACEUTICA**

	2021	2022	scostamento
Farmaceutica ospedaliera e per conto	84.481.620	93.017.933	8.536.313
Farmaceutica Convenzionata	45.846.240	46.591.302	745.062

### **Farmaceutica Territoriale**

Nella provincia di Pesaro Urbino sono presenti 137 Farmacie Convenzionate, pubbliche e private, che erogano in convenzione i farmaci agli assistiti residenti nonché ai cittadini che per motivi di lavoro e/o turistici necessitano di assistenza farmaceutica.

Nell'anno 2022 sono state spedite n° 3.775.333 ricette in convenzionata per una spesa totale pari a € 75.655.055,01, comprensiva di erogazioni farmaci in convenzionata e DPC, oltre che prodotti AIR per l'erogazione di dietetici, incontinenza / stomie e diabetici a pazienti.

Nell'anno 2022 sono state poste in essere azioni volte al monitoraggio periodico delle prescrizioni farmaceutiche, alla verifica del rispetto delle note AIFA, alla presenza /validità dei Piani terapeutici, all'orientamento su prescrizioni di farmaci generici e biosimilari a minor costo ed alla verifica del numero di confezioni prescritte coerentemente con la copertura terapeutica effettivamente disponibile per ciascun assistito.

### **Farmacia Ospedaliera**

Per quanto riguarda la spesa farmaceutica ospedaliera, nell'anno 2022 vi è stato un forte incremento della spesa rispetto all'anno precedente; si sottolinea che l'aumento è la combinazione algebrica dei maggiori costi legati alla spesa farmaceutica in somministrazione diretta e di farmaci ospedalieri dovuta principalmente al consumo dei farmaci ad alto costo onco-ematologici.

Relativamente alla spesa farmaceutica c'è un aumento dovuto essenzialmente a farmaci ad alto costo passati in prima linea per il trattamento di patologie oncologiche con elevata incidenza, a cui corrisponde un incremento del numero di pazienti trattati ed il conseguente incremento della spesa specifica.

L'aumento della spesa farmaceutica va di pari passo all'incremento dell'attività erogata in favore di pazienti cronici (es pz onco-ematologici, patologie croniche neurologiche, ecc).

Andando a valutare il numero dei pazienti trattati per le principali diagnosi oncologiche, si assiste ad un trend in incremento dei pazienti presi in carico dalla UOC di Oncologia e sottoposti a chemioterapia orale o infusiva.

Relativamente alla branca di neurologia nei primi 9 mesi del 2022, si è assistito ad un incremento dell'attività erogata rispetto all'anno precedente. In particolare si è registrato un incremento delle prime visite neurologiche erogate, con un incremento di +1.620 prime visite rispetto al 2021). Relativamente ai ricoveri ordinari si assiste ad un incremento pari al +67% rispetto all'anno precedente (+192 dimessi).

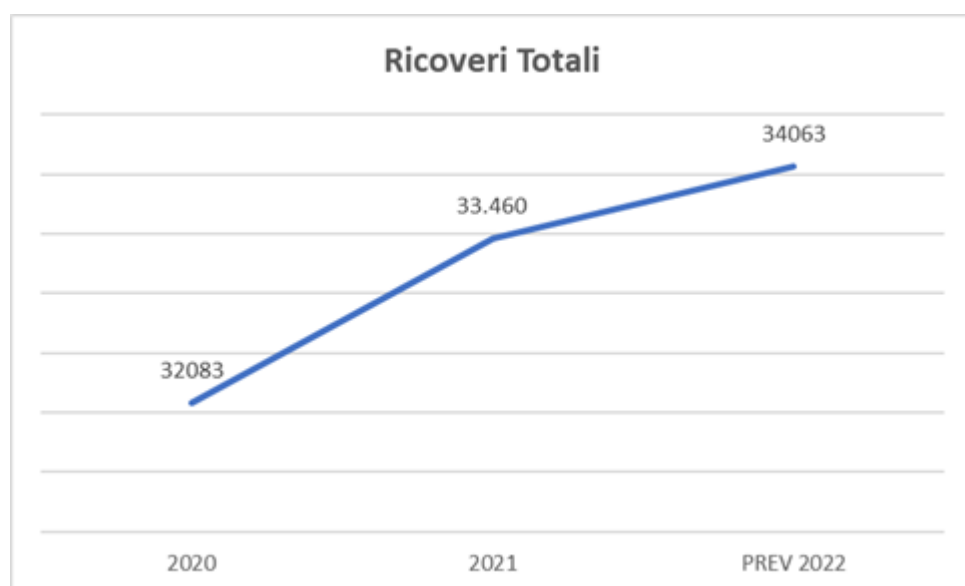
### ATTIVITA' OSPEDALIERA

Si riportano di seguito i dimessi totali dalle strutture ospedaliere che operano nella provincia di Pesaro Urbino.

ATTIVITA' DI RICOVERO (Fonte SDO)

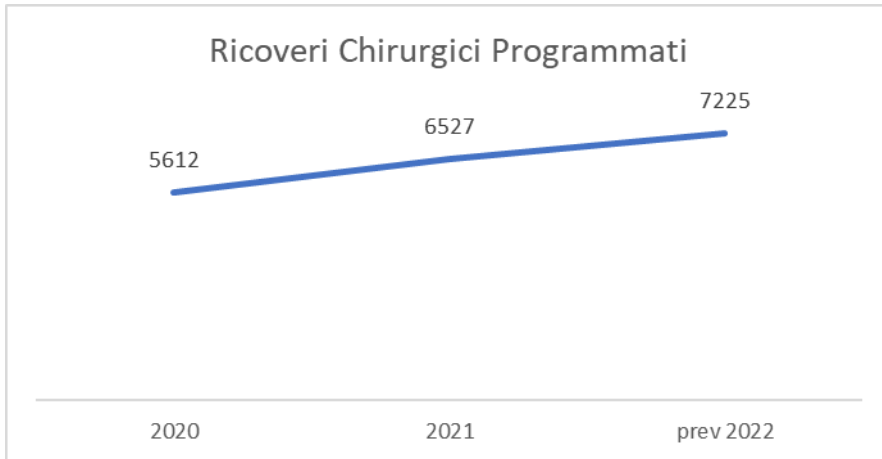
STABILIMENTO	RICOVERI 2021	9 mesi 2022 (al netto dei DH ciclici aperti)
CASA DI CURA VILLA MONTEFELTRO	1.056	858
CENTRO SANTO STEFANO - CAGLI	301	255
OSPEDALE DI FANO	12.143	9.687
OSPEDALE DI PERGOLA	844	879
OSPEDALE DI PESARO	12.000	9.095
OSPEDALE DI URBINO	7.116	4.773

Nel 2022 si prevede un incremento dell'attività di ricovero rispetto al 2021, nonostante il perdurare della riduzione della dotazione di posti letto, dovuta alle misure di contenimento della diffusione del virus, tra cui il distanziamento fisico dei letti.



L'incremento riguarda in particolare i ricoveri chirurgici programmati, difatti coerentemente a quanto disposto dall'articolo 1, comma 276, della legge 30 dicembre 2021, n. 234 (Bilancio di previsione dello Stato

per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024), recepito poi a livello regionale con DGR 490/2022 è stato attuato un piano di potenziamento delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e dei ricoveri chirurgici programmati per l'anno 2022. Il piano di potenziamento dell'attività chirurgica programmata ha previsto l'implementazione di ulteriori sedute operatorie, sia presso i blocchi operatori della provincia, dando priorità alla chirurgia oncologica e agli interventi oggetto di monitoraggio secondo il PNGLA 2019-2021, per cui sono stati valutati i tempi di attesa ex-post dell'anno 2021.



Nel periodo osservato, tutte le discipline chirurgiche mostrano un trend di attività in incremento, così come illustrato dalla seguente tabella.

DIMESSI CON DRG CHIRURGICO IN REGIME ORDINARIO	2021	10m 2022	prev 2022	delta 2021-prev 2022
Chirurgia Generale	1.664	1.538	1.624	187
Chirurgia Vascolare	129	129	155	26
Neurochirurgia	683	725	870	187
Ortopedia	1.388	1.263	1.242	74
Ostetria-Ginecologia	719	676	811	92
Urologia	1.333	1.283	1,54	207

Relativamente alla complessità della casistica trattata, si riporta di seguito il case mix del totale dei ricoveri.

Classe di Pesi	2020	2020%	2021	2021%
Tra 0 e 0,49 - Complessità Bassa	3.017	10%	2.812	9%
Tra 0,5 e 1 - Complessità Medio-Bassa	10.613	36%	11.442	38%
Tra 1 e 1,99 - Complessità Medio-Alta	11.722	40%	11.654	38%
Tra 2 e 4,99 - Complessità Alta	3.547	12%	4.347	14%
> di 5 - Complessità Altissima	190	1%	156	1%

Nel 2021 si assiste ad un incremento dei ricoveri con complessità alta, che passano da 3.547 a 4.347 con un incremento pari a +22,5%.

Anno	ResidentiAst1	Residenti Altre Ast	Mobilità Attiva SSN ed Estero	% Residenti Altre AST+ Mob.
2019	37.558	2.234	2.063	10%
2020	28.401	1.442	1.396	9%
2021	28.771	1.839	1.493	10%

Il 10% dell'attività di ricovero viene erogata per pazienti residenti fuori provincia/ fuori regione.

In relazione alla propria missione di rilevanza collettiva, l'Azienda è impegnata nella garanzia di erogazione di cure caratterizzate dalla massima qualità, sia in termini di efficacia, che di sicurezza. Alla luce della Legge Regionale n. 19 del 8 agosto 2022 "Organizzazione del Servizio Sanitario Regionale", che ha istituito la AST di Pesaro Urbino a far data dal 1° gennaio 2023 è in atto un processo di riorganizzazione della rete ospedaliera della Provincia di Pesaro-Urbino, nel rispetto dei volumi minimi previsti dal DM 70/2015 e del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) dei LEA, con l'obiettivo di potenziare le reti cliniche provinciali, che devono rappresentare il modello organizzativo di riferimento per la gestione coordinata dell'intera filiera assistenziale di specifiche patologie o servizi. Uno degli obiettivi principali è rappresentato dall'integrazione delle attività per acuti e post-acuti con l'attività territoriale, al fine di realizzare vere e proprie connessioni tra i diversi momenti di cura dei pazienti (promozione della salute, cura, riabilitazione e prevenzione delle cronicità) ed i diversi soggetti responsabili del trattamento, in un sistema di governance condivisa.

Alla luce della transizione epidemiologica che sta interessando la provincia, e degli obiettivi posti dal DM 77/2022 è necessario individuare nuovi modelli organizzativi con i quali l'ospedale va concepito come uno snodo di alta specializzazione del sistema di cure per l'acuzie e per le riacutizzazioni della cronicità, che interagisca con la specialistica ambulatoriale e con l'assistenza primaria. In particolare, è necessario prevedere la creazione di reti multi specialistiche dedicate e dimissioni assistite nel territorio, finalizzate a ridurre il dropout dalla rete assistenziale, causa frequente di riospedalizzazione a breve termine e di outcome negativi nei pazienti con cronicità.

Per l'anno 2022 si prevedono ottimi risultati anche sulla base del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria, che va ad individuare per l'assistenza ospedaliera una serie di indicatori al fine di monitorare efficienza ed appropriatezza organizzativa; efficacia ed appropriatezza clinica e sicurezza delle cure.

	Urbino- Pergola 2022	Pesaro- Fano 2022
% pz (>=65 aa) con diagnosi principale di frattura di femore operati entro 2 giorni	77,20%	85,90%
% dimessi da reparti chirurgici con DRG medici	5,60%	7,50%
Degenza Media pre-operatori	1,1	0,92
% Colecistectomie laparoscopiche: degenza inferiore a 3 gg	52,60%	96,50%

Relativamente ai volumi erogati, si evidenzia che anche nel 2022, nonostante l’impatto della pandemia, sono stati rispettati i parametri ed i target definiti nel DM 70/2015.

	Urbino-Pergola prev 2022	Pesaro- Fano prev 2022
Volumi IMA	152	478
Fratture del collo di femore	206	330
Interventi per tumore maligno mammella	160	410
Parti	547	1.022

#### Attività di Ricovero Pazienti COVID-19 positivi

Il 2022, nonostante il potenziamento dell’attività, è stato comunque segnato dalla prosecuzione dell’attività di ricovero rivolta ai pazienti COVID-19 positivi. Nel 2022, sulla base dei dati di attività dei primi dieci mesi, si prevedono 1.500 ricoveri di pazienti COVID-19 positivi (fonte SDO). Per il 2022 si stimano casi per un valore complessivo della attività di ricovero riconducibile al Covid di 8.700.000 euro. Relativamente ai ricoveri COVID-19 nei primi 10 mesi del 2022 si registra una degenza media di circa 10 giorni, in riduzione rispetto all’anno scorso, e si denota da una minor complessità, come dimostrato dalla riduzione del peso medio DRG (Peso medio: 1,7), in quanto si sono ridotti i ricoveri in terapia intensiva. Occorre considerare che i ricoveri per COVID-19 presentano una degenza media pari a 10 giorni, dovuta alle caratteristiche cliniche della patologia in oggetto che rendono necessaria la degenza in ambito ospedaliero per periodi prolungati, con un importante impegno di risorse umane e tecnologiche. Il 15% dei pazienti ha necessitato di assistenza nei reparti di terapia intensiva. Pertanto l’attività svolta per fronteggiare l’epidemia ha comportato un impegno notevole di risorse umane e tecnologiche.

## RETE EMERGENZA URGENZA

Rete Territoriale del Soccorso Provincia Pesaro-Urbino

Dati attività anno 2022

Codici rosso in uscita (incluso rosso diminuito)	19.183	
Totale attivazioni MSA	19.461	
Totale attivazioni MSI	14.940	
Totale attivazioni MSB	8.842	
Totale attivazioni Elisoccorso	279	Assistiti trasportati da elisoccorso: 157
Numero eventi con invio soccorsi	38.579	
Totale mezzi attivati	43.243	In alcuni interventi viene attivato più di un mezzo

Dal confronto con i dati del 2021 si ricava che le postazioni costitutive hanno svolto più servizi rispetto all'anno precedente. L'aumento complessivo delle missioni svolte dai mezzi costitutivi è del 13,97%.

ACCESSI PRONTO SOCCORSO (Fonte EMUR)

	2018	2019	2020	2021	11 mesi 2022
Urbino	23.521	23.745	15.794	18.247	20.157
Pergola	6.403	6.061	3.864	4.437	4.988
Pesaro	45.444	46.591	26.648	28.623	29.600
Fano	41.875	45.004	32.409	34.529	38.230

Nel 2022 si prevede un aumento del numero degli accessi presso i Pronto Soccorso della provincia di Pesaro Urbino.

	11 Mesi 2022	%
Bianco	5.655	7%
Verde	44.673	52%
Azzurro	11.769	14%
Arancione	19.714	23%
Rosso	4.571	5%

## 2. 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 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.



### 2.1 Il processo seguito nel Ciclo di gestione delle performance e la coerenza tra i documenti di programmazione

Il processo di pianificazione è articolato, in modo integrato e flessibile, in fasi progressive come di seguito riportato:

- individuazione delle aree di bisogno e di domanda di servizi sanitari, con analisi delle condizioni di salute e di bisogno/domanda di servizi tenendo conto delle analisi epidemiologiche condotte a livello regionale e del grado di perseguimento dei LEA;

- individuazione degli obiettivi prioritari di intervento nel quadro delle indicazioni della programmazione sanitaria nazionale e regionale, con adozione del Bilancio preventivo pluriennale, quali strumenti guida della programmazione aziendale;
- valutazione delle risorse necessarie al raggiungimento degli obiettivi nei limiti delle effettive disponibilità di risorse, con garanzia della piena integrazione tra governo clinico e governo economico;
- formulazione di piani e programmi di intervento annuali, mediante la programmazione annuale e il sistema di budgeting;
- verifica dei risultati conseguiti (intermedi e finali), sulla base del sistema dei controlli aziendali atto a garantire, in modo sistematico e costante, un confronto tra obiettivi e risultati per evidenziare le cause di eventuali scostamenti con individuazione delle azioni correttive necessarie e opportune.

L'Azienda, tramite la programmazione, individua le concrete azioni da realizzare nel breve periodo sulla base degli indirizzi strategici formulati in fase di pianificazione, definendo gli obiettivi in termini di risultato e performance aziendale e di struttura, con allocazione delle risorse ai vari livelli di governo aziendale. In particolare, la programmazione comporta una diretta responsabilizzazione dei professionisti con loro partecipazione al processo di qualificazione dell'offerta di servizi, al conseguimento degli obiettivi strategici e, più in generale delle finalità istituzionali dell'Azienda.

Attraverso il sistema di budget, l'Azienda persegue l'integrazione operativa tra la Direzione Generale e le articolazioni organizzative, creando il necessario collegamento con la programmazione generale aziendale e gli obiettivi specifici delle singole strutture aziendali ed assicurando, al contempo, il coordinamento e la funzionalizzazione unitaria di tutte le attività aziendali, nonché l'individuazione delle più opportune azioni da intraprendere sulla base dell'analisi e la valutazione dei risultati.

L'Azienda effettua valutazioni periodiche di priorità tra gli obiettivi strategici e di compatibilità rispetto alle risorse disponibili, definendo conseguentemente - anche sulla base del confronto con i vari livelli di responsabilità - le scelte sulle azioni da compiere e sulle risorse da utilizzare, compatibilmente ai limiti di spesa regionali.

In particolare, tramite l'esplicitazione e la negoziazione a tutti i livelli aziendali degli obiettivi e delle risorse necessarie al loro conseguimento, l'Azienda:

- a) coordina il complesso insieme dei propri processi operativi;
- b) responsabilizza i dirigenti e acquisisce elementi utili alla formulazione di giudizi circa l'attitudine ad assumere responsabilità gestionali;
- c) garantisce le condizioni per una piena realizzazione dell'autonomia professionale e manageriale;
- d) comunica i risultati attesi della gestione a tutti i soggetti coinvolti.

Il budget generale d'Azienda è uno strumento programmatico aziendale che, riferendosi ai risultati attesi da ogni unità organizzativa, collega le attività alle risorse umane, tecnologiche e finanziarie. Gli obiettivi aziendali vengono declinati in attività specifiche per ogni articolazione aziendale cui spetta conseguirli nel rispetto degli standard di qualità attesi. Elemento fondamentale del budget è, quindi, la correlazione tra obiettivi, risorse e risultati.

L'Azienda articola il processo di budget in fasi successive ed integrate.

La Direzione Generale elabora le principali linee strategiche da attuare nell'anno successivo sulla base delle indicazioni della programmazione regionale e sulla base degli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia, indicando la previsione delle risorse a disposizione per l'esercizio ed i progetti da attuare nonché, tramite il supporto della U.O.C. Controllo di Gestione, le stesse proposte di budget.



Tali proposte, codificate nella scheda di budget, sono oggetto di contrattazione tra la Direzione Aziendale i direttori di dipartimento ed i direttori/responsabili delle articolazioni organizzative, anche in considerazione delle compatibilità economiche aziendali.

La scheda di budget diviene il documento base che, per ciascuna struttura, sintetizza gli obiettivi assegnati (la performance organizzativa da raggiungere), i valori attesi, le modalità di misurazione e il peso dei medesimi, ovvero la rilevanza e significatività rispetto alle strategie aziendali di riferimento, entro un totale complessivo di peso per ciascuna struttura del 100%.

Nella scheda di budget sono inseriti gli obiettivi, ed i relativi pesi, al raggiungimento dei quali è chiamato a contribuire anche il comparto afferente alla struttura.

Partendo da tali indicazioni, i direttori di dipartimento ed i direttori/responsabili delle articolazioni aziendali, eventualmente con il supporto della U.O.C. Controllo di Gestione e dei servizi interni erogatori di risorse, declinano le linee strategiche e gli obiettivi di budget in programmi e progetti operativi e definiscono gli obiettivi individuali da assegnare ai dirigenti afferenti alla struttura da loro diretta.

La Direzione aziendale può, inoltre, assegnare obiettivi di potenziamento/sviluppo con assegnazione di risorse a specifici centri di responsabilità in relazione alla programmazione regionale e aziendale. L'assegnazione delle risorse è effettuata coerentemente ai principi di riparto del Fondo Sanitario Regionale e/o di ulteriori finanziamenti finalizzati ed ai criteri di finanziamento/remunerazione dei servizi e delle prestazioni definiti dalle vigenti norme in materia.

In caso di impossibilità a conseguire i risultati attesi negoziati o a causa di sopravvenute esigenze, è prevista l'eventuale rinegoziazione degli obiettivi, anche a seguito di modifiche degli obiettivi di attività ed economici assegnati dalla Regione o da normative nazionali, nonché in riferimento alle risultanze di quanto riportato in fase di monitoraggio periodico.

## **2.2 Fasi soggetti e tempi della Performance**

A conclusione del ciclo sopra descritto l'Azienda procede alla fase di valutazione della Performance.

La valutazione dei risultati conseguiti dai centri di responsabilità aziendali è volta alla verifica della rispondenza degli stessi con gli obiettivi concordati, evidenziando ed analizzando le cause degli eventuali scostamenti e favorendo l'individuazione di azioni correttive da realizzare per raggiungere l'obiettivo prefissato, nonché individuando punti di forza e di debolezza allo scopo di supportare i processi di programmazione futuri.

La valutazione dei risultati, in questo caso, è anche utilizzata allo scopo di supportare il sistema premiante aziendale nelle modalità e sulla base dei principi generali e dei criteri definiti dalla normativa vigente, dalla contrattazione e dagli accordi aziendali.

La valutazione individuale si inserisce nel ciclo delle performance per migliorare la consapevolezza del personale rispetto agli obiettivi dell'amministrazione guidando i percorsi realizzativi ed i comportamenti dei singoli ed allo scopo di assicurare lo sviluppo continuo delle competenze professionali degli operatori e, quindi, alla verifica delle capacità sviluppate e alla pianificazione di quelle da conseguire, nonché per orientare e valutare i comportamenti.

Tramite essa si è in grado di valutare l'apporto dei singoli ai risultati dell'équipe di appartenenza e la capacità dimostrata di saper ricoprire il ruolo o la posizione assegnata.

La valutazione in termini percentuali del grado di raggiungimento degli obiettivi incide direttamente sulla valutazione del Direttore di struttura e su ciascun dipendente afferente alla stessa (sia dirigente che del comparto). Infatti, la percentuale di raggiungimento degli obiettivi, in funzione delle soglie predefinite nei accordi contrattuali impatta sul premio individuale spettante.

Il premio individuale, oltre a risentire degli esiti della performance organizzativa, è legato anche alla

valutazione della performance individuale, infatti, viene quantificato anche tenendo conto del punteggio conseguito nelle schede di valutazione individuale che vengono annualmente compilate per ogni dipendente dell'Azienda (dirigente e personale del comparto).

Per quanto riguarda i tempi del ciclo della performance, questi possono essere riassunti dalla tabella che segue

	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Sett	Ott	Nov	Dic
Piano Performance triennale												
Documento Direttive dell'anno in corso												
Predisposizione e negoziazione schede di budget												
Eventuali modifiche alle schede di budget												
Approvazione schede di budget anno in corso e firme Direttori												
Monitoraggio obiettivi di budget												
Incontri di monitoraggio												
Valutazione performance organizzativa anno precedente												
Valutazione performance individuale anno precedente												
Redazione Relazione sulla Performance anno precedente												
Verifiche da parte dell'OIV												
Validazione da parte dell'OIV												

### 2.3 Coerenza tra Piano della Performance, Programmazione economico-finanziaria e Sistema di Budgeting

Secondo quanto previsto dall'art. 5, co.1, e dall'art. 10, co. 1 lett. a) del Decreto Legislativo n. 150/2009, la definizione degli obiettivi nell'ambito del Piano della Performance deve avvenire in maniera integrata con il processo di programmazione e budgeting, nonché con la redazione del bilancio di previsione.

Al fine di garantire tale coerenza, il ciclo di gestione della performance è strutturato in modo tale che la definizione degli obiettivi da assegnare alle strutture aziendali sia strettamente correlata alla definizione di documenti di pianificazione strategica, nonché alle risorse disponibili.

A seguito dell'assegnazione, da parte della Regione, degli obiettivi e delle risorse economiche alle Aziende Sanitarie, viene predisposta l'assegnazione degli Obiettivi annuali di Budget alle singole Strutture e il Bilancio di Previsione (pluriennale e annuale).

## 2.4 Programmazione strategica

Nella definizione della programmazione strategica aziendale rappresentata nel PIAO si è tenuto in debito conto lo scenario normativo ed economico attuale, caratterizzato dalla necessità di garantire l'erogazione delle cure in condizioni di appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità e sicurezza, in un contesto di risorse limitate e condizionate dall'aumento generalizzato dei prezzi legato al caro energia, nonché, in questa fase, in una situazione ancora parzialmente contraddistinta dal permanere della pandemia Covid 19 tutt'ora in corso.

In ambito economico, il contesto internazionale resta caratterizzato dagli alti livelli dei prezzi delle materie prime, che mostrano tuttavia timidi segnali di stabilizzazione, e dal perdurare dell'incertezza legata alle tensioni geopolitiche e all'evoluzione del conflitto in Ucraina.

In tale contesto l'Azienda si impegna in una tensione costante verso lo sviluppo di servizi di qualità, che rispondano in modo appropriato ai bisogni dei cittadini mantenendo contestualmente un'attenzione prioritaria verso la sostenibilità economica.

Questo comporta la necessità di mantenere una visione strategica rispetto all'appropriatezza degli interventi, ovvero al generare risposte efficaci a bisogni riconosciuti, tenuto conto del vincolo di risorse.

A ciò si aggiunge l'implementazione del nuovo assetto organizzativo regionale previsto dalla L.R. 19/2022 che impegnerà l'Azienda in un percorso di integrazione e omogeneizzazione organizzativa ed operativa.

Il Piano, in questa sezione dedicata alla performance, individua le strategie e gli obiettivi strategici, sulla base di quattro macroaree di sviluppo:

- Miglioramento degli impatti: orientamento al paziente, al cittadino e agli altri portatori di interesse, contrasto alla corruzione, trasparenza ed integrità, accessibilità ed accoglienza
- Efficienza economico-finanziaria, gestionale, produttiva, temporale: perseguimento dell'equilibrio economico finanziario e gestione delle risorse di budget e degli investimenti secondo criteri di efficienza ed efficacia
- Efficacia interna e qualità organizzativa: tramite obiettivi trasversali come la semplificazione, la digitalizzazione, crescita e sviluppo del personale, miglioramento dei processi interni, le pari opportunità e l'equilibrio di genere, funzionali alle strategie di generazione del Valore Pubblico
- Valorizzazione delle risorse interne, e crescita delle competenze tramite l'apprendimento compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni di personale, sviluppo di modelli innovativi di lavoro volti alla flessibilità logistica ed oraria.

Gli elementi sopra descritti non sono una dichiarazione generica di intenti, ma rappresentano l'attenzione prioritaria assegnata anche alle strutture aziendali quali obiettivi di performance organizzativa.

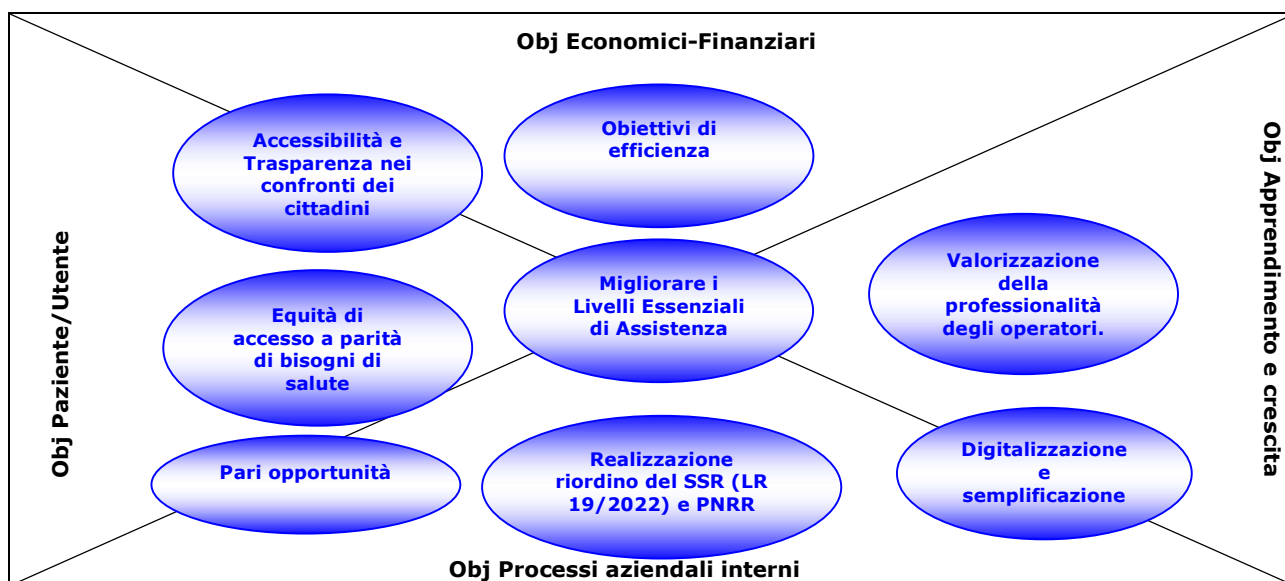
Con l'individuazione degli obiettivi strategici, la Direzione intende rendere fruibile a tutti i portatori di interesse, gli elementi utili per l'analisi e la valutazione dei risultati raggiunti.

## 2.4.1 Obiettivi strategici

Di seguito, si descrive la logica che lega 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



gli obiettivi strategici sono individuati in funzione del ruolo che la nuova Azienda è chiamata a ricoprire in ambito provinciale, quale azienda inserita nella rete dei servizi sanitari e ospedalieri della Regione Marche, e in qualità di centro di riferimento per la diagnosi e la cura dei pazienti che necessitano di trattamenti sanitari.

L'integrazione tra le diverse forme di assistenza sanitaria e sociale e la ricerca della cooperazione e del coinvolgimento di tutte le componenti rappresentative espresse dal contesto di riferimento costituiscono elementi di supporto e di indirizzo di grande rilevanza per gli orientamenti strategici ed organizzativi aziendali.

Costituiscono, inoltre, obiettivi prioritari la valorizzazione dei professionisti, lo sviluppo professionale e tecnologico e l'adeguamento delle competenze all'evoluzione scientifica per accrescere il ruolo di eccellenza nel panorama sanitario regionale per le proprie funzioni, che verranno rappresentati nella sezione relativa al personale.

In materia di obiettivi strategici l'Azienda tiene conto delle indicazioni nazionali e di quelle regionali, in particolar modo fa riferimento a:

- Nuovo Sistema di Garanzia
- Griglia LEA, per gli indicatori che sono stati fino ad oggi il riferimento nazionale per il monitoraggio dei LEA e che tuttora non siano confluiti nel Nuovo Sistema di Garanzia

- Indicatori Volume e di esito (PNE)

- Indicatori definiti dalla Regione, con riferimento al monitoraggio di specifiche azioni di governo.

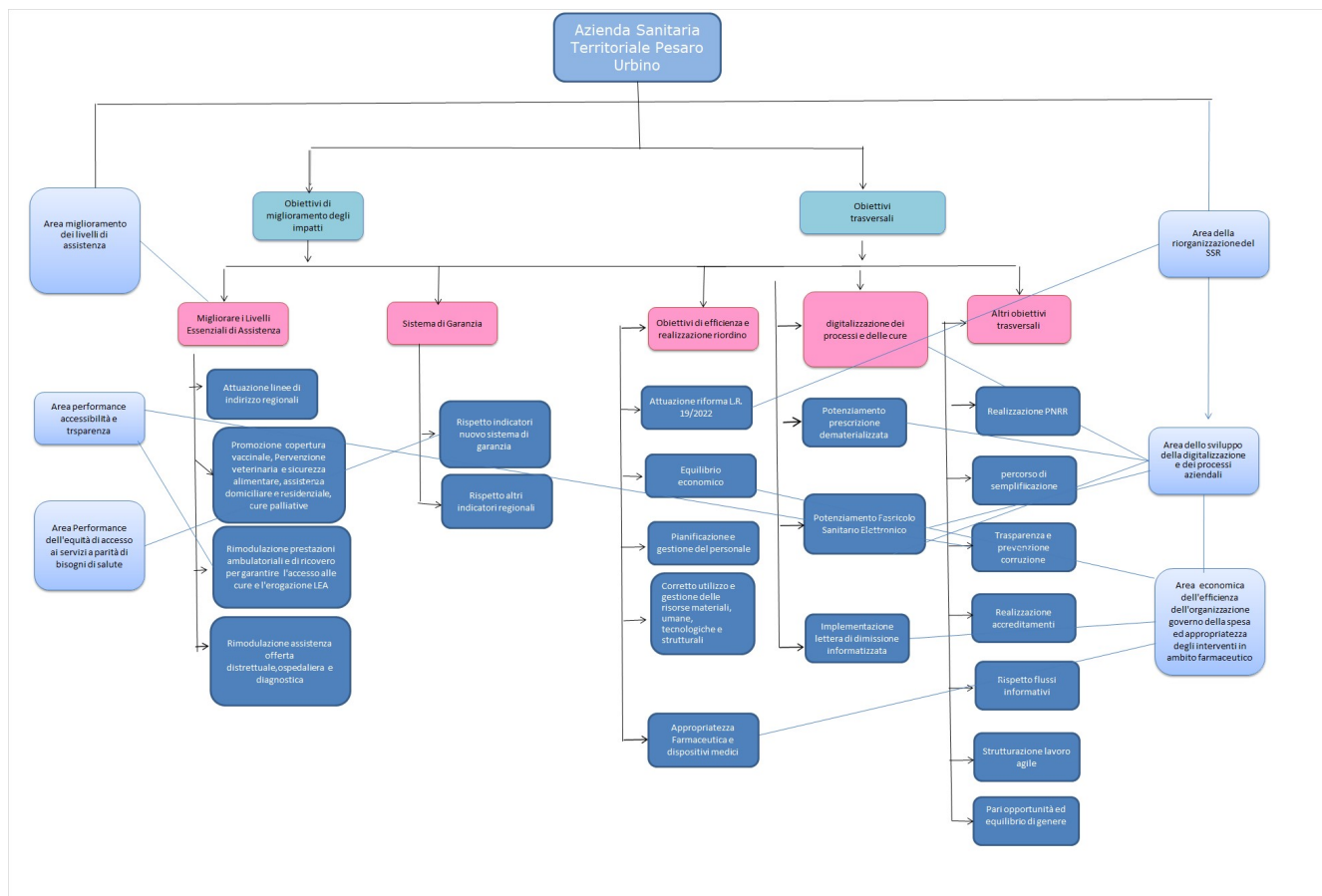
Tutti questi obiettivi sono perseguiti tenendo conto della missione istituzionale delle Pubbliche Amministrazioni che è la creazione di Valore Pubblico a favore dei propri utenti, stakeholder e cittadini.

L'Azienda favorisce, inoltre, nei processi di pianificazione e gestione, la piena realizzazione del processo riorganizzativo in atto in ambito regionale.

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

### 2.4.2 L'albero delle performance

I legami fra mandato istituzionale, Valore Aggiunto, aree strategiche e obiettivi strategici nell'ottica della trasversalità delle funzioni, sono rappresentati con l'albero delle Performance che fornisce una rappresentazione articolata, completa, sintetica ed integrata della performance aziendale. Le aree strategiche forniscono una rappresentazione degli outcome perseguiti dall'azienda, che spesso si rivelano trasversali rispetto agli obiettivi strategici. Tutto ciò è rappresentato all'interno dell'albero delle performance che segue, strutturato a seguito dell'analisi SWAT



Impostando gli obiettivi dell'albero sulle diverse dimensioni della Performance, e adottando una strutturazione multidimensionale a matrice, le aree degli obiettivi di intervento strategico, saranno le seguenti:

## Area Organizzativa – Realizzazione L.R. 19/2022

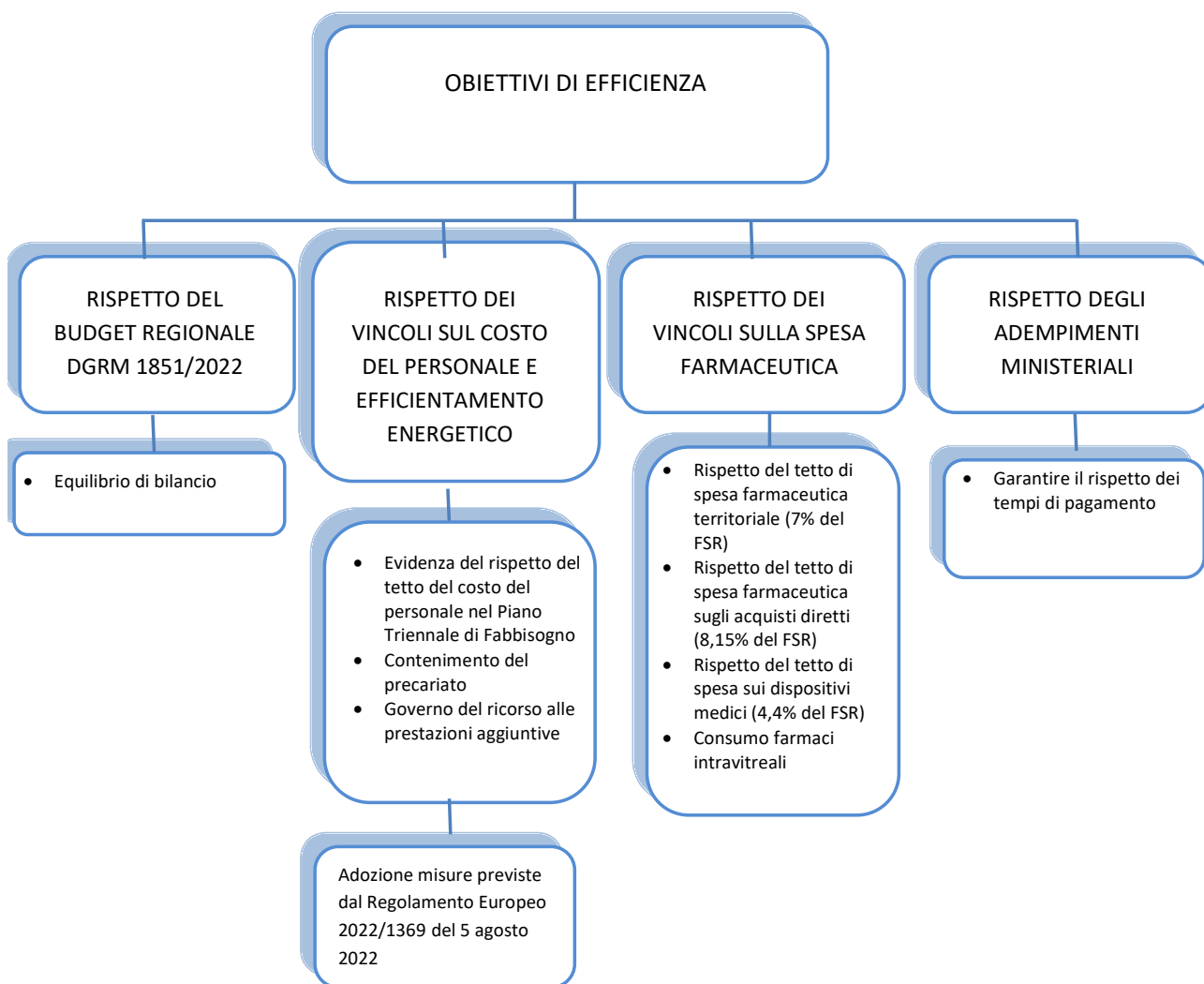
Il mandato istituzionale che sottende alla costituzione dell’Azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro Urbino è l’attuazione della riforma sulla riorganizzazione del Sistema Sanitario Regionale, prevista dalla L.R. 19/2022.

## Area Economica – Obiettivi di efficienza

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.

Tra le principali azioni, è prioritario realizzare attività strutturate che coinvolgano i prescrittori, in ambito territoriale ed ospedaliero, al fine di perseguire l’uso appropriato dei farmaci e dei dispositivi medici.

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*”, che prevede l’inclusione, tra gli obiettivi della Sezione “Valore pubblico, performance, anticorruzione” del PIAO, specifici obiettivi legati all’efficientamento energetico.

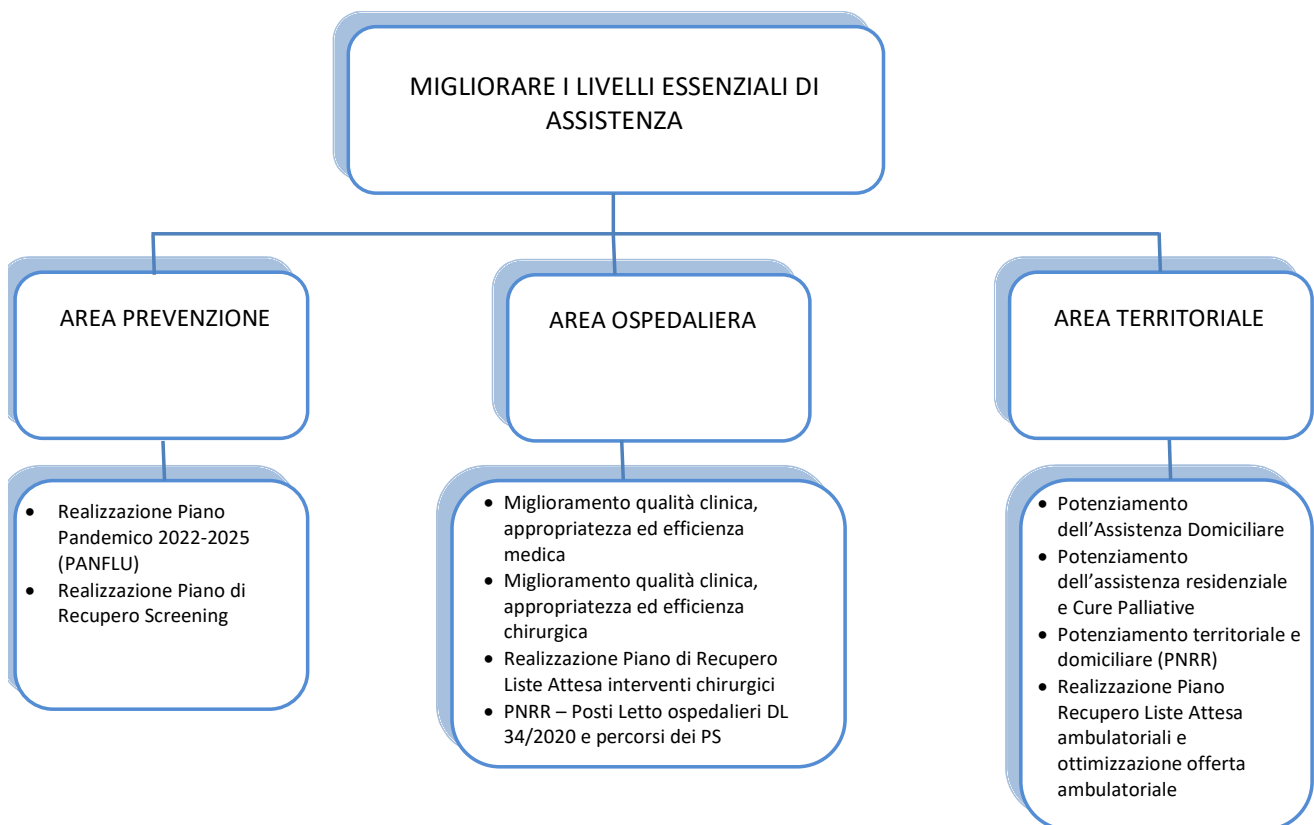


## Area del miglioramento dei livelli essenziali di assistenza

Il miglioramento quali-quantitativo delle prestazioni è obiettivo proprio di tutte le UU.OO. afferenti ai diversi Dipartimenti, tenuto conto della costante ricerca dell'appropriatezza della risposta quali-quantitativa ai bisogni assistenziali e delle modalità di erogazione delle prestazioni, nonché dello sviluppo e mantenimento delle attuali eccellenze.

Pertanto, è fondamentale che i professionisti recepiscano e attuino i più recenti protocolli terapeutici al fine di garantire le migliori cure in termini di efficacia, anche attraverso l'elaborazione di documenti di consenso condivisi dai professionisti.

Quest'area, che riveste un ruolo importante nel prossimo futuro, riassume la pianificazione aziendale e le misure messe in campo, suddivise per area di intervento



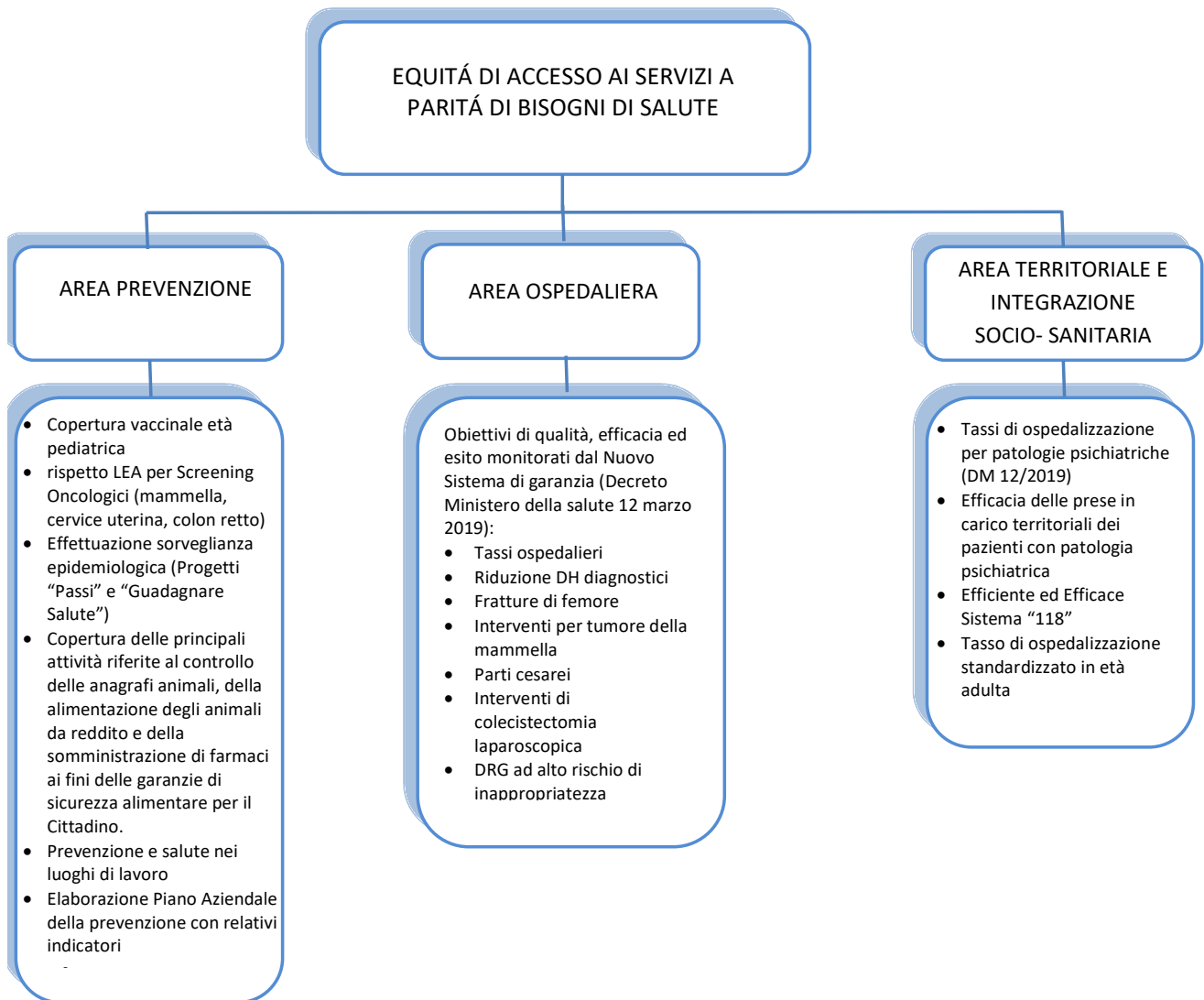
### **Area di performance dell'organizzazione – Equità di accesso ai servizi**

L'Azienda si impegna a garantire l'accesso ai servizi sanitari 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, ciò anche attraverso un'ulteriore implementazione dei PDTA aziendali.

In quest'area rientrano gli obiettivi in grado di esprimere la performance del governo della domanda e del grado di risposta che il sistema riesce a garantire: misura la risposta ai bisogni (potenziali ed effettivi) del singolo e della comunità da parte dell'Azienda e la tempestività con cui essi vengono soddisfatti.

Tra gli obiettivi dell'Azienda, risulta essere la garanzia ai pazienti di accesso a tutte le strategie terapeutiche migliori, sulla base delle più recenti evidenze scientifiche.

Nel prossimo triennio l'Azienda si propone, per l'area di performance dell'organizzazione e dell'equità di accesso, il rispetto dei parametri previsti dal Nuovo Sistema di Garanzia, attraverso lo sviluppo delle best practices riconosciute a livello nazionale, onde concorrere ad una qualificazione dell'Azienda all'interno dei gold standards di riferimento.



Particolare attenzione sarà posta ad ulteriori obiettivi che saranno individuati a livello regionale.

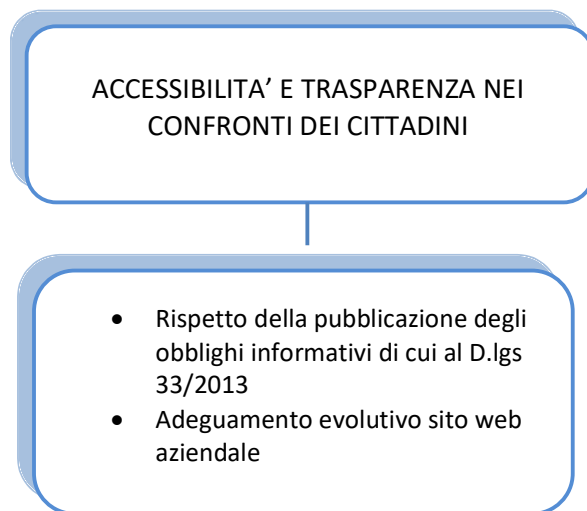
### **Area di performance accessibilità e della Trasparenza**

L'accessibilità ai servizi sanitari offerti dall'Azienda deve essere supportata ed assicurata da una informativa più ampia possibile 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.

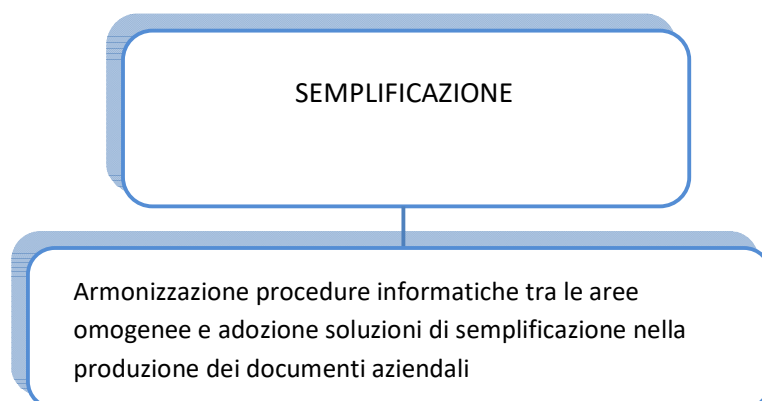
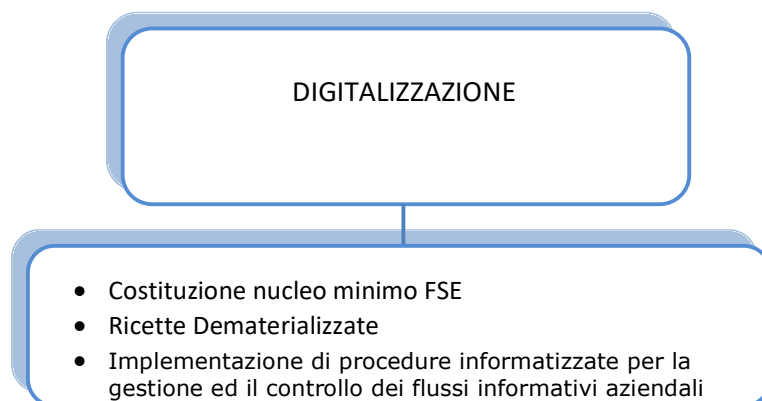
Pertanto, l'equità di accesso deve essere assicurata anche tramite





### **Area dello Sviluppo della digitalizzazione dei processi aziendali e della semplificazione**

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, in particolare tramite:

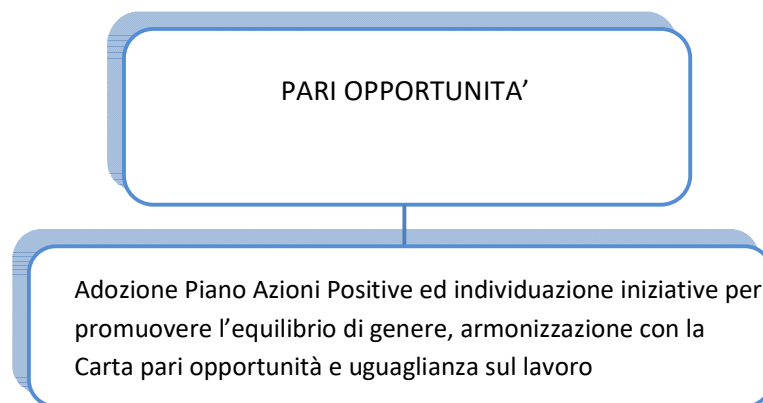


### **Area delle politiche di pari opportunità ed equilibrio di genere.**

L'Azienda, tramite il supporto del CUG aziendale, intende individuare azioni da porre in essere per assicurare pari opportunità a uomini e donne sia in riferimento agli operatori aziendali che ai cittadini utenti, nonché garantire la parità di genere in riferimento ad ogni politica aziendale di reclutamento di risorse o costituzione di organismi e gruppi di lavoro.

Le principali linee di intervento su cui si impegnerà l'Azienda saranno:

- Definire e attuare politiche di Pari Opportunità, partendo dal vertice
- Attribuire chiare responsabilità relative alle Pari Opportunità a persone o funzioni aziendali
- Superare gli stereotipi di genere
- Integrare il principio nei processi di gestione del personale
- Sensibilizzare e formare tutti i livelli dell'organizzazione
- Monitorare l'andamento e valutare l'impatto delle pratiche
- Fornire al personale strumento di garanzia
- Fornire strumenti concreti per favorire la conciliazione famiglia-lavoro
- Comunicare al personale l'impegno, i progetti e i risultati
- Promuovere la visibilità esterna dell'impegno, dare testimonianza.



### **Area di performance dell'anticorruzione**

Per gli obiettivi strategici in ambito di prevenzione alla corruzione si rinvia all'apposita sezione del piano.

### **3. SOTTOSEZIONE LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA**

#### **Premessa**

Con le modifiche introdotte dall'articolo 6 del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113 il Piano triennale della Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) dovrà integrarsi nel Piano integrato di attività e organizzazione (P.I.A.O.) che anche la neo Azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro e Urbino (AST PU) istituita con la legge regionale n. 19/2022 è tenuta ad approvare per il corrente anno entro il 31 gennaio 2023.

Sulla base di quanto già descritto nel PTPCT della ex Azienda Marche Nord approvato con determina n. 251/2022 e integrato con le attività descritte nel PIAO 2022-2024 dell'ex ASUR pubblicato nel sito asur marche nell'apposita sezione, nelle more della piena operatività delle Strutture, successivamente riorganizzate secondo quanto regolamentato nel futuro Atto Aziendale.

Pertanto i paragrafi che seguono costituiscono l'atto attraverso il quale l'Azienda individua le strategie prioritarie per la prevenzione ed il contrasto della corruzione, atto che, per la sua stessa natura, si presenta non come un'attività compiuta con un termine di completamento finale, bensì come un insieme di strumenti già individuati nei precedenti Piani finalizzati alla prevenzione che verranno via via affinati, modificati o sostituiti in relazione ai lavori che verranno avviati per aree di rischio

Il PIAO è quindi un documento dinamico; in ragione di ciò la normativa prevede il suo aggiornamento con cadenza annuale e/o a seguito di cambiamenti normativi, organizzativi e sul riscontro di importanti anomalie, che ne richiedano l'immediata attualizzazione. Questa caratteristica di dinamicità sarà ancora più evidente nel contesto attuale di questa Azienda, in piena evoluzione ed ancora completamente da implementare in termini organizzativi non avendo un Atto aziendale, le cui linee di indirizzo regionali devono essere formalizzate dalla Giunta Regionale.

Scopo della presente sezione è quella di istituzionalizzare un programma di attività, con indicazione delle aree di rischio corruzione e dei rischi specifici, delle misure da implementare per la prevenzione in relazione al livello di pericolosità dei rischi specifici, dei responsabili per l'applicazione di ciascuna misura e dei tempi.

Esso ha quindi la funzione di:

- fornire una valutazione del diverso livello di esposizione degli uffici al rischio di corruzione e stabilire interventi organizzativi volti a prevenire il medesimo rischio;
- creare altresì un collegamento tra corruzione - trasparenza - performance nell'ottica di una più ampia gestione del "rischio istituzionale".

L'Azienda, al pari di tutte le amministrazioni pubbliche e specificatamente di quelle operanti nell'ambito del Servizio Sanitario, è stata chiamata a conformare la propria attività e le regole organizzative ai processi di semplificazione, attraverso la digitalizzazione delle procedure di gara per gli affidamenti dei contratti pubblici, riducendo gli oneri amministrativi a carico di stazioni appaltanti e operatori economici in modo da consentire a tutti i soggetti interessati di interagire con la pubblica amministrazione e di operare sul mercato in maniera efficiente ed efficace.

In linea con la raccomandazione espressa nell'ambito del programma nazionale di riforma 2020 dell'Italia dell'8 giugno 2020 (8431/20), l'Azienda ritiene che la trasparenza nel settore pubblico e il rafforzamento dei controlli per contrastare la corruzione possano garantire appalti pubblici efficienti, assicurando un equilibrio tra la necessità di un monitoraggio scrupoloso e la necessità di essere tempestivi.

Nello specifico la corretta ed efficace predisposizione di misure di prevenzione della corruzione, tra l'altro, contribuisce ad una rinnovata sensibilità culturale in cui la prevenzione della corruzione non sia intesa come

onere aggiuntivo all'agire quotidiano delle amministrazioni, ma sia essa stessa considerata nell'impostazione ordinaria della gestione amministrativa per contribuire a raggiungere il valore pubblico.

Infatti, in quest'ottica, come ribadito dal PNA 2022-2024, la prevenzione della corruzione è dimensione del valore pubblico e per la creazione del valore pubblico e ha natura trasversale a tutte le attività volte alla realizzazione della missione istituzionale di una amministrazione o ente. Nel prevenire fenomeni di cattiva amministrazione e nel perseguire obiettivi di imparzialità e trasparenza, la prevenzione della corruzione contribuisce, cioè, a generare valore pubblico, riducendo gli sprechi e orientando correttamente l'azione amministrativa. Lo stesso concetto di valore pubblico è valorizzato attraverso un miglioramento continuo del processo di gestione del rischio, in particolare per il profilo legato all'apprendimento collettivo mediante il lavoro in team.

Da sottolineare che in questa annualità obiettivo principale della nuova AST in tema di prevenzione corruzione e trasparenza sarà quella di censire, analizzare e omogenizzare le misure di prevenzione e corruzione e trasparenza descritte nei paragrafi che seguono.

### 3.1 LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE: CONTESTO, SOGGETTI, RUOLI E RESPONSABILITÀ

#### 3.1.1. Il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (PTPCT) – Finalità

Finalità di questa sezione è quella di identificare le misure organizzative volte a contenere il rischio di assunzione di decisioni non imparziali, secondo una metodologia – conformata ai principi strategici, metodologici e finalistici di cui al PNA 2022-2024 con la finalità di semplificare ed uniformare il più possibile le modalità di gestione delle misure derivanti e descritte nei precedenti piani dell'ex AOM e ex ASUR 2022-2024.

In relazione alle specificità ordinamentali e dimensionali dell'Azienda nonché alle caratteristiche di contesto (territoriale, sociale, economico, culturale ed organizzativo) in cui la stessa si colloca, la progettazione ed attuazione del processo di gestione del rischio corruttivo deve tenere conto, come detto, dei seguenti principi guida:

a) principi strategici che attengono il coinvolgimento dell'organo di indirizzo nella definizione delle strategie di rischio corruttivo nonché la piena ed attiva collaborazione della dirigenza, del personale non dirigente e degli organi di valutazione e controllo, secondo una logica di "responsabilizzazione diffusa" atta ad inverare una "cultura organizzativa diffusa di gestione del rischio";

b) principi metodologici che riguardano:

- l'"analisi del contesto esterno ed interno";

- la "gradualità" nella gestione del rischio secondo un approccio che consenta di migliorare progressivamente e continuamente l'entità e/o la profondità dell'analisi del contesto (in particolare nella rilevazione e analisi dei processi) nonché la valutazione e il trattamento dei rischi;

- la "selettività" al fine di migliorare la sostenibilità organizzativa, l'efficienza e l'efficacia del processo di gestione del rischio, individuando le priorità di intervento (occorre selezionare, sulla base delle risultanze ottenute in sede di valutazione del rischio, interventi specifici e puntuali volti ad incidere sugli ambiti maggiormente esposti ai rischi, valutando al contempo la reale necessità di specificare nuove misure, qualora quelle esistenti abbiano già dimostrato un'adeguata efficacia);

- l'"integrazione" tra il processo di gestione del rischio e il ciclo di gestione della performance: a tal fine, alle misure programmate nella presente sezione devono corrispondere specifici obiettivi nel Piano della Performance e nella misurazione e valutazione delle performance organizzative e individuali si deve tener conto dell'attuazione delle misure programmate nel PTPCT, della effettiva partecipazione delle strutture e degli individui alle varie fasi del processo di gestione del rischio, nonché del grado di collaborazione con il RPCT;

- il miglioramento continuo nella gestione del rischio basato su processi di apprendimento generati attraverso il monitoraggio e la valutazione dell'effettiva attuazione ed efficacia delle misure e il riesame periodico della funzionalità complessiva del sistema di prevenzione.

c) principi finalistici: la gestione del rischio deve tendere ad una effettiva riduzione del livello di esposizione dell'organizzazione ai rischi corruttivi e coniugarsi con criteri di efficienza e efficacia complessiva dell'amministrazione, evitando di generare oneri organizzativi inutili o ingiustificati e privilegiando misure specifiche che agiscano sulla semplificazione delle procedure e sullo sviluppo di una cultura organizzativa basata sull'integrità; la gestione del rischio deve contribuire alla generazione di "valore pubblico", inteso come il miglioramento del livello di benessere delle comunità di riferimento, mediante la riduzione del rischio di erosione del valore pubblico a seguito di fenomeni corruttivi.

### **3.1.2. Soggetti interni coinvolti nel processo di predisposizione e adozione del PTPC: ruoli e responsabilità**

In coerenza alle indicazioni fornite dall'ANAC, si dà evidenza nei paragrafi che seguono (in stretto raccordo con quanto già evidenziato nei precedenti paragrafi) del ruolo e delle connesse responsabilità di tutti i soggetti che a livello aziendale partecipano, a vario titolo, alla programmazione, adozione, attuazione e monitoraggio delle misure di prevenzione della corruzione e all'adempimento agli obblighi connessi alla "trasparenza".

#### **3.1.2.1 Organo di indirizzo: il Direttore Generale**

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

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

#### **3.1.2.2 Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)**

Ai sensi dell'art. 1, comma 7, della legge 190/2012 e ss.mm.ii., il Commissario Straordinario dell'Azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro Urbino ha nominato, quale Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza la Dott.ssa Monja Marinelli – Dirigente Analista di ruolo in servizio nella Unità Operativa Complessa *Controllo di Gestione* (provvedimento provvisorio 2508 del 17/01/2023), con decorrenza 1 gennaio 2023 sino al 28 febbraio 2023 e comunque sino a successive nuove determinazioni in merito da parte del Legale Rappresentante.

Il relativo nominativo è stato, quindi, pubblicato sui siti web istituzionale [www.asur.it](http://www.asur.it) e [www.ospedalimarchenord.it](http://www.ospedalimarchenord.it) alla Sezione "Amministrazione Trasparente" – sotto-sezione Altri Contenuti – Prevenzione della Corruzione.

Al Responsabile aziendale per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza sono assegnati i seguenti compiti:

1. partecipa alla predisposizione del PIAO per la sezione della prevenzione della corruzione e per la trasparenza ai fini della relativa adozione entro il 31 gennaio di ogni anno (art. 1, comma 8, L. 190/2012), salvo diverse disposizioni normative e/o di attuazione;
2. definisce, entro lo stesso termine di cui al precedente punto 1., procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione (art.1, comma 8, L.190/2012);
3. verifica l'efficace attuazione del Piano e la sua idoneità (art.1, comma 10, lett. a), L.190/2012) nonché propone la modifica dello stesso nelle ipotesi di accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero qualora intervengano mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione;
4. verifica, d'intesa con il Dirigente competente e in stretto raccordo con la Direzione Generale, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione (art.1, comma 10, lett. b), legge 190/2012), fermo restando l'esigenza di garantire la piena funzionalità delle strutture organizzative aziendali ed i relativi parametri di professionalità e competenze specifiche, e comunque conformandosi alle specifiche indicazioni dettate da ANAC in tema di rotazione del personale nel settore sanitario;
5. individua, con la collaborazione dei Dirigenti afferenti alle aree a maggiore rischio di corruzione, il personale da inserire nei programmi di formazione sui temi dell'etica e della legalità (art. 1, comma 10, lett. c), legge 190/2012);
6. trasmette, entro il 15 dicembre di ogni anno, all'Organismo indipendente di valutazione e al Direttore Generale una relazione recante i risultati dell'attività svolta, curandone la pubblicazione sul sito web

aziendale nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente" (art.1, comma 14, legge 190/2012), salvo diverse disposizioni normative e/o di attuazione;

7. riferisce sull'attività al Direttore Generale in tutti i casi in cui questi lo richieda o, comunque, qualora lo stesso Responsabile ne ravvisi l'opportunità (art.1, comma 14, legge 190/2012);
8. verifica periodicamente il corretto adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente (art.43, comma 1, d.lgs. 33/2013 e ss.mm.ii.);
9. segnala al Direttore Generale, all'OIV, all'ANAC e, nelle ipotesi più gravi, all'Ufficio di disciplina i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente (art.43, comm1 e 5, d.lgs. 33/2013);
10. procede al riesame delle istanze in materia di accesso civico e "generalizzato" nei casi e nei termini previsti dall'art.5, comma 7, d.lgs. n. 33/2013 e ss.mm.ii. e dalle relative disposizioni di attuazione dell'ANAC nonché dalla specifica disciplina regolamentare interna;
11. cura, anche attraverso le disposizioni del piano anticorruzione, che nell'amministrazione, siano rispettate le disposizioni del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39 (art. 15), in materia di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi;
12. cura la diffusione della conoscenza del Codice di comportamento nell'amministrazione, il monitoraggio annuale sull'attuazione, la pubblicazione sul sito istituzionale e la comunicazione ad ANAC dei risultati del monitoraggio (art.15, comma 3, DPR 62/2013);
13. svolge ogni ulteriore compito previsto dalle disposizioni vigenti in materia.

### **3.1.2.3 Supporto operativo al RPCT**

In considerazione della complessità dell'organizzazione aziendale nonché dell'articolazione per centri di responsabilità della neo Azienda Territoriale Sanitaria, l'attività del RPCT è stata affiancata da un supporto operativo individuato nel Dirigente Analista Dott. Fabrizio Biondi, in modo da creare un meccanismo dinamico ed oggettivo tra le principali linee di attività dell'Azienda – Prevenzione, territorio, Ospedale.

### **3.1.2.4 Referenti del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza: ruolo e compiti.**

Tenuto conto del carattere complesso della singola organizzazione, nonché dell'articolazione per centri di responsabilità suddivisi per linee di attività Prevenzione, Territorio e Ospedale, è indispensabile individuare "**Referenti**" per la prevenzione della corruzione che operino nelle strutture delle aree a rischio

Ogni referente assolve a compiti di coordinamento, monitoraggio e verifica dell'attività della struttura di competenza sia in materia di prevenzione della corruzione, sia in materia di trasparenza, instaurando una comunicazione diretta con il RPCT, nell'ottica dell'attuazione di un sistema di controllo efficace. L'attività dei referenti è indispensabile per informare compiutamente il RPCT affinché questi abbia elementi utili e riscontri per la predisposizione e il monitoraggio della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO.

Nello specifico i referenti svolgono funzioni di supporto al RPCT procedendo a:

1. Vigilare sulla tempestiva ed idonea attuazione/applicazione/rispetto del codice di comportamento, della misura della rotazione ordinaria o dell'obbligo di astensione in caso di conflitto di interessi, nonché della misura del divieto di *pantouflage* di cui all'art.53, co. 16-ter, d.lgs. n. 165/2001.
2. Individuare i dipendenti operanti nei settori maggiormente a rischio da avviare a specifici percorsi formativi
3. Verificare lo svolgimento periodico (almeno una volta l'anno) di attività finalizzate alla informazione e sensibilizzazione del personale circa i doveri giuridici ed i principi etici cui si deve costantemente ispirare il loro operato

4. *Report* periodici al RPCT sullo stato di attuazione e sull'utilità delle misure di prevenzione della corruzione programmate nonché proposta di modifiche o di eventuali nuove misure da adottare
5. Segnalare al Responsabile di casi di fenomeni corruttivi emersi e relativa valutazione in merito ad ulteriori misure di contenimento del rischio da adottare
6. In materia di trasparenza, attuare compiti volti ad assicurare il rispetto dei tempi di pubblicazione dei dati e il miglioramento dei flussi informativi all'interno della propria struttura.

Di seguito vengono formalizzati i nominativi dei referenti individuati all'interno di ciascuna struttura.

<b>UOC</b>	<b>NOMINATIVO referente</b>
BILANCIO	Daniela Di Vito
APPROVVIGIONAMENTO BENI SERVIZI	Lucilla Venturi
PERSONALE	Cristiana Fraternali
URP PESARO	Signoretti Loretta
DIREZIONE AMM.VA -	Pierluigi Grassi - Erika Ubaldini
AFFARI LEGALI	Federica Rossetti
AFFARI GENERALI	Federica Pierleoni
CONTROLLO DI GESTIONE	Ettore Di Crscenzo
SERVIZIO TECNICO	Paolo Sorcinelli
SERVIZIO INFORMATICO	Stefano Suraci
ICT	Silvia Tirchi
FARMACIA	Mauro Mancini
FARMACIA TERRITORIALE	Fabio Ambrosini Spinella
FARMACIA OSPEDALIERA	Celestino Bufarin
CONTROLLO DI GESTIONE	Andrea Villanelli
FUNZIONI GENERALI ALLA DIREZIONE/DIP.TO DI PREVENZIONE	Giovanni Neri
SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI	Alberto Rosotti - Guiducci Teresa
DIREZIONE AMMINISTRATIVA DI Presidio	Giulia Ursino
PATRIMONIO NUOVE OPERE E ATTIVITA' TECNICHE	Monica Guidi
GESTIONE AMM.VA PERSONALE CONVENZIONATO E STRUTTURE ACCREDITATE	Annamaria Lisi
URP-CUP-FRONT OFFICE - SERV. AMM.VI TERRITORIALI	Claudio Motalbini
ACQUISTI E LOGISTICA	Massimo Ricci
BILANCIO	Antonio Corrado e Simona Castellucci
UFFICIO LEGALE	Marisa Barattini
GESTIONE RISORSE UMANE	Paolo Pierella
FORMAZIONE	Giampero Ricino



### **3.1.2.5 Ruolo dei Dirigenti per l'area di rispettiva competenza**

La concreta attuazione delle misure anticorruzione di questa sezione è strettamente legata al ruolo attivo dei Dirigenti, per l'area di rispettiva competenza, secondo le attribuzioni e le relative responsabilità previste dall'art. 16, comma 1, del d.lgs. n. 165/2001, come di seguito riportato:

*I-bis) concorrono alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione e a controllarne il rispetto da parte dei dipendenti dell'ufficio cui sono preposti;*

*I-ter) forniscono le informazioni richieste dal soggetto competente per l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione e formulano specifiche proposte volte alla prevenzione del rischio medesimo;*

*I-quater) provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva.*

Fermo restando quanto previsto dalle succitate disposizioni normative, tutti i Responsabili delle Strutture e degli uffici aziendali sono tenuti a fornire il necessario apporto al Responsabile per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza nonché al Gruppo di supporto del RPCT.

Nello specifico, tutti i Dirigenti dell'Azienda, per l'area di rispettiva competenza:

- a) svolgono attività informativa nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, dei Referenti del RPCT, e dell'autorità giudiziaria;
- b) partecipano al processo di gestione del rischio della corruzione con la mappatura delle aree, attività e processi a rischio corruzione e relativa ponderazione;
- c) propongono le misure di prevenzione del rischio della corruzione e l'aggiornamento delle stesse;
- d) assicurano l'osservanza del Codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione;
- e) adottano le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del personale;
- f) osservano le misure di prevenzione contenute nel PTPC;
- g) vigilano sull'osservanza da parte dei propri collaboratori delle misure di prevenzione contenute nel PTPC e verificano le ipotesi di violazione segnalandole al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Il RPCT, i Referenti del RPCT ed i Dirigenti apicali sono costantemente tenuti a mantenere tra di loro un raccordo pienamente dinamico al fine di garantire, allo stesso tempo, la legittimità dell'azione amministrativa, l'efficacia e la concretezza dell'azione di prevenzione della corruzione, nonché il pieno conseguimento dei livelli di trasparenza.

Con riferimento alle rispettive competenze, costituisce elemento di valutazione della responsabilità dei dirigenti, la mancata osservanza delle disposizioni contenute nel Piano triennale di prevenzione della corruzione aziendale.

La violazione delle misure di prevenzione previste dal Piano costituisce illecito disciplinare (art. 1, comma 14, L. n. 190/2012).

Come più volte evidenziato da ANAC, la collaborazione dei vari Responsabili degli uffici è fondamentale per consentire al RPCT e al Direttore Generale dell'Azienda, che adotta il PTPC, di definire misure concrete e sostenibili sia dal punto di vista organizzativo, sia di tempi chiaramente definiti.

### **3.1.2.6 Organismo indipendente di valutazione**

L'Azienda dà evidenza – a termini di legge – mediante pubblicazione sul sito istituzionale, nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente" degli estremi dell'atto di nomina dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), dei nominativi dei componenti e dei relativi curricula.

L'OIV riveste un ruolo importante nel sistema di gestione della performance e delle misure di prevenzione della corruzione a livello aziendale, svolgendo i compiti previsti dall'art.14 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 e ss.mm.ii.

L'OIV valida la Relazione sulle performance di cui all'art. 10 del d.lgs. 150/2009, dove sono riportati i risultati raggiunti rispetto a quelli programmati e alle risorse; propone all'organo di indirizzo la valutazione dei dirigenti; promuove e attesta l'assolvimento degli obblighi di trasparenza.

La connessione fra gli obiettivi di performance e le misure di trasparenza ha trovato conferma nel d.lgs. 33/2013 e ss.mm.ii., ove si è affermato che la promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce un obiettivo strategico di ogni amministrazione (art. 10). L'OIV, in particolare, è tenuto a verificare la coerenza tra gli obiettivi previsti nel Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e quelli indicati nel Piano della Performance, utilizzando altresì i dati relativi all'attuazione degli obblighi di trasparenza ai fini della valutazione delle performance (art. 44).

L'attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione, posta in capo al RPCT, è svolta con il coinvolgimento dell'OIV, al quale il RPCT segnala i casi di mancato o ritardato adempimento (art. 43). Resta fermo il compito dell'OIV concernente l'attestazione dell'assolvimento degli obblighi di trasparenza, previsto dal d.lgs. 150/2009 e ss.mm.ii.

L'OIV, inoltre, esprime parere obbligatorio sul Codice di comportamento aziendale e quindi sui relativi aggiornamenti (ex art. 54, comma 5, del D.Lgs. 165/2001 e ss.mm.ii.).

Le modifiche che il d.lgs. 97/2016 ha apportato alla l. 190/2012 rafforzano le funzioni già affidate agli OIV in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza dal d.lgs. 33/2013, anche in una logica di coordinamento con il RPCT e di relazione con l'ANAC.

In linea con quanto già disposto dall'art. 44 del d.lgs. 33/2013, detto Organismo, anche ai fini della validazione della Relazione sulla performance, verifica che il PTPC sia coerente con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e, altresì, che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza.

In rapporto agli obiettivi inerenti la prevenzione della corruzione e la trasparenza, l'OIV verifica i contenuti della relazione recante i risultati dell'attività svolta che il RPCT predispone e trasmette allo stesso oltre che al Direttore Generale, ai sensi dell'art. 1, comma 14, della l. 190/2012. Nell'ambito di tale verifica l'OIV ha la possibilità di chiedere al RPCT informazioni e documenti che ritiene necessari ed effettuare audizioni di dipendenti (art. 1, comma 8-bis, l. 190/2012).

### **3.1.2.7 L'Ufficio per i procedimenti disciplinari**

L'Ufficio per i procedimenti disciplinari (U.P.D.) è istituito presso l'Azienda con i seguenti compiti:

- svolge i procedimenti disciplinari rientranti nell'ambito della propria competenza (art. 55 bis D.lgs. 165/2001);
- provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria (art. 20 DPR. 3/1957; art. 1, comma 3, legge 20/1994; art. 52 del "Codice della giustizia contabile" di cui al D.Lgs. 26 agosto 2016, n. 174; art. 331 c.p.p.);
- cura l'aggiornamento del Codice di Comportamento aziendale, l'esame delle segnalazioni di violazione dei Codici di Comportamento, la raccolta delle condotte illecite accertate e sanzionate, assicurando le garanzie di cui all'articolo 54-bis del D.lgs. n. 165 del 2001;

- ai fini dell'attivazione del procedimento disciplinare per violazioni dei Codici di comportamento, l'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari può chiedere parere facoltativo all'Autorità Nazionale Anticorruzione secondo quanto stabilito dall'art. 1, comma 2, lett. d), della legge 190/2012.

### **3.1.2.8 Ruolo dei dipendenti**

Tutti i dipendenti dell'Azienda partecipano al processo di gestione del rischio, osservano le misure contenute nel PTPC, segnalano le situazioni di illecito al proprio Dirigente o al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, segnalano casi di personale conflitto di interessi.

Tutti i dipendenti dell'Azienda rispettano le misure necessarie alla prevenzione degli illeciti nell'amministrazione.

La violazione delle misure di prevenzione previste dal Piano costituisce illecito disciplinare (art. 1, comma 14, L. n. 190/2012 e ss.mm.ii.). In proposito, si richiama l'art. 8 del d.P.R. 62/2013 che prevede un dovere di collaborazione dei dipendenti nei confronti del RPCT, dovere la cui violazione è sanzionabile disciplinarmente. Con riferimento alle rispettive competenze, costituisce pertanto elemento di valutazione della responsabilità dei dipendenti la mancata osservanza delle disposizioni contenute nel presente Piano di prevenzione della corruzione e del Codice di Comportamento.

### **3.1.2.9 Collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda**

I collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda osservano le misure contenute nel PTPC e segnalano le situazioni di illecito.

Anche per il triennio 2023 - 2025 nei contratti di prestazione d'opera con liberi professionisti e con altri collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda sono previste specifiche clausole contenenti obbligo di osservanza delle prescrizioni previste dal presente PTPC e dal Codice di Comportamento.

### **3.1.2.10 Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) e responsabile anagrafe per la stazione appaltante (RASA)**

Con Comunicato del 28 ottobre 2013 del Presidente ANAC sono state fornite indicazioni operative per la comunicazione del soggetto Responsabile dell'Anagrafe per la stazione appaltante (RASA) incaricato della compilazione ed aggiornamento dell'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (AUSA) istituita ai sensi dell'art. 33-ter del Decreto Legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221.

In particolare, è stato precisato che ciascuna stazione appaltante è tenuta a nominare il Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA) e ad indicarne il nominativo nell'ambito del PTPC (sul punto, cfr. Delibera n. 831 del 3/8/16 di approvazione del Piano Nazionale Anticorruzione 2016 e successivo Comunicato del Presidente ANAC del 20 dicembre 2017).

L'individuazione del RASA è intesa come misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione.

A tal fine, il Direttore Generale ha individuato con provvedimento n. AST PUMN|0000860|AAGG|P|160.10.10/2023/AAGG/1211|09/01/2023 quale RASA dell'ASTPU la Dott.ssa Daniela Masci, Funzionario Amministrativo presso la UOC Gestione approvvigionamenti beni, servizi e logistica, la cui nomina viene confermato in sede di aggiornamento del presente PTPCT.

Si evidenzia che tale Responsabile ha provveduto in ordine alla richiesta di abilitazione del proprio profilo utente, secondo le modalità operative indicate da ANAC nei richiamati Comunicati e, quindi, risulta abilitato a tale scopo come da riscontri rilasciati dalla stessa ANAC al suddetto RASA.

### **3.1.2.11 – “Gestore” delle comunicazioni di operazioni sospette di riciclaggio.**

Il Decreto Legislativo 21 novembre 2007, n. 231 di “Attuazione della direttiva 2005/60/CE concernente la prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo nonché della direttiva 2006/70/CE che ne reca misure di esecuzione”, all'art.10 contiene specifici obblighi in materia in capo alle “*Pubbliche Amministrazioni*” competenti allo svolgimento di compiti di amministrazione attiva o di controllo 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 tale contesto disciplinare, al fine di consentire lo svolgimento di analisi finanziarie mirate a far emergere fenomeni di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo, è previsto che le Pubbliche amministrazioni comunichino alla UIF dati e informazioni concernenti le operazioni sospette di cui vengano a conoscenza nell'esercizio della propria attività istituzionale, secondo apposite istruzioni della stessa Unità finanziaria relative a modalità, termini e indicatori utili ad agevolare la rilevazione delle operazioni sospette.

In tal senso, con Provvedimento del 23 aprile 2018 la UIF, sentito il Comitato di Sicurezza Finanziaria, ha adottato le predette Istruzioni operative.

Coerentemente alle richiamate disposizioni normative, di attuazione l'ASTPU eredita lo specifico Regolamento disciplinante le misure organizzative dell'ex Marche Nord (adottato con determina del Direttore Generale n.5 del 17 gennaio 2020 e pubblicato sul sito web istituzionale nella Sezione “Amministrazione Trasparente”, sotto-sezione Disposizioni Generali).....finalizzate alla prevenzione e contrasto dell'uso del sistema economico e finanziario a scopo di riciclaggio e finanziamento del terrorismo nonché ad assicurare la correttezza dei comportamenti degli operatori tenuti alla loro osservanza nell'esercizio dell'attività istituzionale o professionale

In particolare, il suddetto disciplinare è volto a definire, in base all'autonomia organizzativa dell'Azienda, e all'aggiornamento delle strutture tecniche amministrative dell'ex AV1, la procedura interna di valutazione idonea a garantire l'efficacia di rilevazione di operazioni sospette, la tempestività della segnalazione all'Unità di Informazione Finanziaria per l'Italia (UIF), la massima riservatezza dei soggetti coinvolti nell'effettuazione della segnalazione stessa e l'omogeneità dei comportamenti. Tale procedura interna specifica le modalità con le quali gli addetti agli Uffici dell'Azienda trasmettono le informazioni rilevanti ai fini della valutazione delle operazioni sospette ad un soggetto denominato “gestore”, quale soggetto individuato con apposito atto del Direttore Generale, delegato alla valutazione ed alla trasmissione delle segnalazioni alla UIF.

Si dà evidenza, peraltro, che in aderenza alle richiamate disposizioni in materia, l'Azienda è tenuta alla nomina di un “Gestore” quale soggetto delegato a valutare ed effettuare le comunicazioni alla UIF. A tale riguardo, la Direzione Generale ha inteso affidare tale funzione – anche tenuto conto degli orientamenti ANAC – al Dirigente/Direttore incaricato pro-tempore quale Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza.

Contestualmente, la stessa Direzione ha istituito 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, le cui specifiche funzioni nonché compiti e composizione sono stabiliti all'art.5 del Regolamento.

### **3.1.2.12 – Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza e Responsabile per la Protezione dei Dati Personali**

Per le questioni di carattere generale riguardanti la protezione dei dati personali, il RPD costituisce una figura di riferimento anche per il RPCT, a cui, tuttavia, non può sostituirsi nell'esercizio delle funzioni.

Si consideri, ad esempio, il caso delle istanze di riesame di decisioni sull'accesso civico generalizzato che, per quanto possano riguardare profili attinenti alla protezione dei dati personali, sono decise dal RPCT con richiesta di parere al Garante per la protezione dei dati personali ai sensi dell'art. 5, comma 7, del D.lgs. 33/2013. In questi casi, il RPCT può avvalersi, se ritenuto necessario, del supporto del RDP nell'ambito di un rapporto di collaborazione interna fra gli uffici ma limitatamente a profili di carattere generale, tenuto conto che proprio la legge attribuisce al RPCT il potere di richiedere un parere al Garante per la protezione dei dati personali.

### **3.1.2.13 Responsabile Unico del Procedimento (RUP)**

Il Responsabile unico del procedimento (RUP) resta una figura centrale nel settore dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture, secondo quanto disposto all'art. 3167 del d.lgs. n. 50/2016. In particolare, la norma stabilisce che, per ogni singola procedura per l'affidamento di un appalto o di una concessione, le stazioni appaltanti individuano un responsabile unico del procedimento (RUP) per le fasi della programmazione, della progettazione, dell'affidamento, dell'esecuzione. La norma disciplina, altresì, le modalità di nomina del RUP, i requisiti richiesti e i numerosi e delicati compiti allo stesso attribuiti<sup>68</sup>.

Con le linee guida n. 3 del 2016, cui si rinvia, l'Autorità ha dedicato una particolare attenzione al ruolo del RUP, fornendo alle stazioni appaltanti alcuni chiarimenti in merito a diversi profili, quali appunto i poteri esercitati e i requisiti per la nomina.

In particolare, nelle citate LLGG è stato precisato che:

- il RUP è individuato, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 31, co. 1, del Codice, con atto formale del dirigente o del soggetto responsabile dell'unità organizzativa, tra i dipendenti di ruolo addetti all'unità organizzativa inquadrati come dirigenti o dipendenti con funzioni direttive o, in caso di carenza in organico della suddetta unità organizzativa, tra i dipendenti in servizio con analoghe caratteristiche;
- per effetto del divieto fissato all'art. 35-bis del d.lgs. n. 165/2001, introdotto dalla l. n. 190/2012, non può svolgere le funzioni di RUP chi sia stato condannato, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del Codice penale<sup>70</sup>;
- le funzioni di RUP non possono essere assunte dal personale che versa nelle ipotesi di conflitto di interessi di cui al co. 2 dell'art. 42 del Codice. L'art. 42 si applica infatti a tutto il personale e ai soggetti che partecipano alle attività connesse alle procedure di affidamento ed esecuzione del contratto, a partire innanzitutto proprio dal RUP. Non può pertanto ricoprire tale posizione il dipendente che si trovi in una delle ipotesi descritte al citato art. 42, co. 2. Si richiama l'attenzione sulla necessità che il superiore gerarchico, competente alla nomina, valuti la sussistenza di eventuali situazioni di conflitto di interessi che emergano dalla relativa dichiarazione resa dal soggetto interessato, in conformità alle indicazioni formulate da ANAC nella Parte speciale "*Conflitti di interessi in materia di contratti pubblici*" del presente PNA, cui si rinvia, sulle misure da adottare per la gestione del conflitto di interessi nei contratti pubblici;
- il RUP osserva le disposizioni del Codice di comportamento di cui al d.P.R. n. 62/2013 e di quelle contenute nel Codice di comportamento adottato dall'amministrazione.

Quanto ai compiti, il RUP vigila sullo svolgimento delle fasi di progettazione, affidamento ed esecuzione di ogni singolo intervento, tenendo conto dei costi e dei tempi previsti, della qualità della prestazione, della manutenzione programmata, della sicurezza e salute dei lavoratori e di altre disposizioni in materia. 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<sup>71</sup>.

La rilevanza dei compiti posti in capo al RUP comporta che lo stesso debba essere in possesso di adeguata competenza professionale in relazione all'incarico. Le sopra citate LLGG forniscono indicazioni in merito alle opzioni alternative nell'ipotesi di carenza di organico della stazione appaltante e di impossibilità di individuare un soggetto in possesso della professionalità necessaria per ricoprire il ruolo di RUP,<sup>72</sup> sia in termini di possibile nomina di un soggetto interno (dipendente) o esterno che possa coadiuvare il RUP sia, su proposta dello stesso RUP, in termini di affidamento di incarichi a sostegno dell'intera procedura per gli appalti di particolare complessità che richiedano necessariamente valutazioni e competenze altamente specialistiche. È in ogni caso facoltà della stazione appaltante istituire una struttura stabile a supporto del RUP, per migliorare la qualità della programmazione e della progettazione complessiva.

L'Autorità ha da tempo raccomandato il rispetto del criterio della **rotazione** nell'affidamento dell'incarico di RUP (cfr. PNA 2015, Parte speciale, Contratti pubblici; LLGG n. 15/2019, § 10), quale misura di prevenzione del rischio corruttivo.

Al fine sia di garantire la professionalità adeguata nell'espletamento dell'incarico sia di consentire l'attuazione della rotazione, si prevederà di organizzare corsi di formazione così come espressamente previsto dal Codice dei contratti che contempla l'obbligo per la stazione appaltante di organizzare una formazione specifica per i dipendenti in possesso.

## **3.2 LA GESTIONE DEL RISCHIO**

### **3.2.1. Linee generali**

In fase di aggiornamento del presente Piano, ai fini della progettazione, realizzazione e miglioramento continuo del "Sistema di gestione del rischio corruttivo", si è operato riferimento – anche in continuità con la posizione assunta in sede dei precedenti PTPCT - alle indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi di cui all'Allegato 1 al PNA 2019.

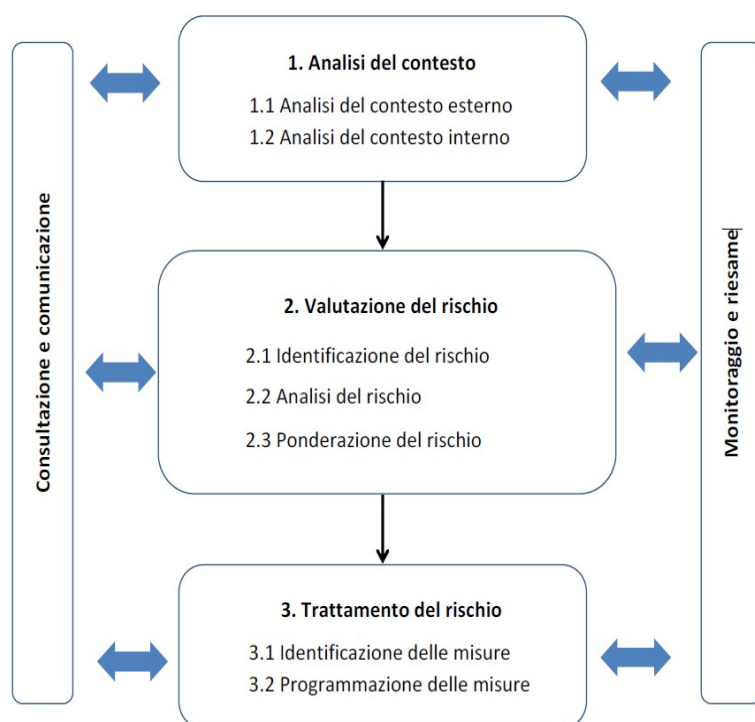
Pertanto, si procederà nel corso dell'anno 2021 nei termini suindicati, utilizzando il nuovo approccio valutativo (di tipo qualitativo), in modo graduale.

In tal senso, si ritiene utile riportare nella presente Sezione le indicazioni di carattere generale e specifico sul processo di gestione del rischio di corruzione formulate dall'Autorità, opportunamente contestualizzate nell'ambito istituzionale di riferimento; ciò onde orientare le attività /azioni di tutti i soggetti coinvolti nel processo secondo una metodologia di sistema.

Lo svolgimento di tutte le attività funzionali a tale fine presuppone un contributo fattivo di tutte le Strutture aziendali, ed in *primis* dei Dirigenti, tenuti a fornire le informazioni richieste per l'individuazione delle attività a rischio, a formulare specifiche proposte di prevenzione (art. 16, comma 1-bis, del 165/2001, lett. l-ter) e, comunque, la collaborazione di tutti i dipendenti con il Responsabile della prevenzione della corruzione (art. 8 del D.P.R. 62/2013).

Il processo di gestione del rischio di corruzione si articola nelle fasi rappresentate nella Figura1:

Figura 1 – Il processo di gestione del rischio di corruzione



Il processo di gestione del rischio corruttivo è l'insieme delle attività coordinate per assicurare ed attuare misure organizzative sostenibili, ai fini del buon andamento e imparzialità delle decisioni e dell'attività amministrativa nonché a prevenire il verificarsi di eventi corruttivi.

Il processo di gestione del rischio si sviluppa secondo una logica sequenziale e ciclica orientata al continuo miglioramento. Le fasi centrali del sistema sono l'analisi del contesto, la valutazione del rischio e il trattamento del rischio, a cui si affiancano due ulteriori fasi trasversali quali la fase di consultazione e comunicazione e la fase di monitoraggio e riesame del sistema. Sviluppandosi in maniera "ciclica", in ogni sua ripartenza il ciclo deve tener conto, in un'ottica migliorativa, delle risultanze del ciclo precedente, utilizzando l'esperienza acquisita ed adattandosi agli eventuali cambiamenti del contesto interno ed esterno.

Il processo di gestione del rischio corruttivo è l'insieme delle attività coordinate per assicurare, e attuare misure organizzative sostenibili, ai fini del buon andamento e imparzialità delle decisioni e dell'attività amministrativa nonché a prevenire il verificarsi di eventi corruttivi.

Il processo di gestione del rischio si sviluppa secondo una logica sequenziale e ciclica orientata al continuo miglioramento. La valutazione del rischio corruzione parte dall'analisi degli elementi esterni ed interni del contesto dell'organizzazione, compresi i requisiti degli stakeholder, rilevanti ai fini del raggiungimento degli obiettivi fissati dal sistema di gestione per la prevenzione corruzione.

Sulla base delle informazioni relative al proprio contesto l'Azienda intende:<sup>1</sup>

1. Mappare correttamente e adeguatamente tutti i processi a rischio delle aree proprie e caratterizzanti il contesto organizzativo;
2. Identificare i processi sensibili in modo sufficientemente analitico e dettagliato
3. Identificare i rischi di corruzione
4. Analizzare i rischi e ponderare i rischi di corruzione

5. Valutare idoneità ed efficacia dei controlli esistenti a contenere i rischi stimati.

### 3..2.2. Analisi del contesto di riferimento: esterno e interno

Nell'analisi del contesto esterno si ritiene opportuno, che debba contenere l'individuazione e la descrizione delle caratteristiche culturali, sociali ed economiche del territorio della Regione Marche.

Nell' AST-1 nel 2021 sono presenti 25.254 aziende che occupano 106.341 addetti. Le tipologie di settori con il maggiore numero di lavoratori sono: Le costruzioni, il commercio all'ingrosso e al dettaglio e fabbricazione Mobili.

Tabella 1.28 Persone in cerca di occupazione in età 15-24 anni su forze di lavoro della corrispondente classe di età (%) 2022

Provincia	2018	2019	2020	2021
Pesaro e Urbino	22,48	25,68	28,96	16,74
Ancona	25,11	33,06	34,81	23,47
Macerata	19,60	15,61	23,70	24,76
Ascoli Piceno	25,11	14,92	33,85	21,48
Fermo	13,88	16,54	20,89	13,80

Tabella 1.29 Tasso di disoccupazione giovanile femmine (%) - anno 2022

Provincia	2018	2019	2020	2021
Pesaro e Urbino	26,62	29,87	32,34	14,50
Ancona	41,22	50,83	28,17	27,22
Macerata	13,62	14,45	25,10	30,78
Ascoli Piceno	40,72	31,53	35,50	14,40
Fermo	14,05	27,41	16,24	19,30

Tabella 1.30 Tasso di disoccupazione giovanile Maschi (%) - anno 2022

Provincia	2018	2019	2020	2021
Pesaro e Urbino	20,01	22,67	26,41	17,87
Ancona	17,74	23,05	39,72	21,66
Macerata	22,65	16,49	22,41	22,60
Ascoli Piceno	12,39	5,87	32,98	26,60
Fermo	13,81	12,35	23,60	8,29

### 3.2.3 Il fenomeno della corruzione: i contributi internazionali e la corruzione in Italia

Transparency International, la più importante organizzazione anticorruzione a livello globale, ha pubblicato l'indice di Percezione della Corruzione 2021 (CPI): come di consueto ha misurato la percezione della corruzione nel settore pubblico in 180 Paesi del mondo attraverso 13 strumenti di analisi e basandosi sull'opinione di esperti, assegnando una valutazione che va da 0 per i Paesi ritenuti molto corrotti, a 100 per quelli considerati "puliti". Nel complesso la rilevazione generale ha confermato una stagnazione della corruzione in tutto il mondo, con più di due terzi degli Stati (il 68%) fermi ad un punteggio inferiore a 50 (con una media globale di 43): in sintesi 131 Paesi non hanno registrato progressi significativi nel corso dell'ultimo decennio e 27 di questi hanno conseguito nel 2021 i punteggi più bassi di sempre.



# 43/100

PUNTEGGIO MEDIO GLOBALE

# 50/100

2/3 DEI PAESI REGISTRA  
UN PUNTEGGIO AL DI SOTTO  
DI QUESTA SOGLIA

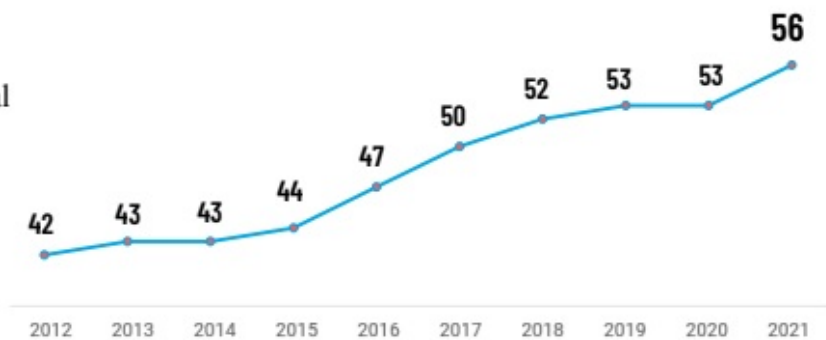
### Il quadro generale e lo slancio italiano

Secondo l'indagine 2021, si confermano in vetta alla classifica Danimarca, Finlandia e Nuova Zelanda, ciascuno con un punteggio di 88, seguiti da Norvegia, Singapore, Svezia, Svizzera, Paesi Bassi, Lussemburgo e Germania. Fanalini di coda soprattutto i paesi segnati da conflitti armati o guidati da forme di governo autoritarie: in fondo alla classifica restano Sudan, Siria e Somalia, seguiti da Venezuela, Yemen, Corea del Nord, Afghanistan, Libia, Guinea e Turkmenistan.

Nonostante un quadro generale allarmante, sono 25 i paesi che hanno notevolmente migliorato la loro posizione ed attuato politiche attive di lotta alla corruzione. Un particolare balzo in avanti lo ha fatto proprio l'Italia che solo rispetto all'anno precedente ha guadagnato 3 punti (dai 53 del 2020 ai 56 del 2021), scalando la classifica generale di 10 posizioni (dal 52esimo al 42esimo posto su 180 paesi) e migliorando soprattutto l'assetto in unione europea, dal 20esimo al 17esimo posto. Uno sviluppo in linea con la tendenza positiva registrata dal 2012, con una frenata solo nel 2020, che dimostra l'attenzione riservata alla prevenzione dei rischi di corruzione soprattutto in vista dei progetti legati al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

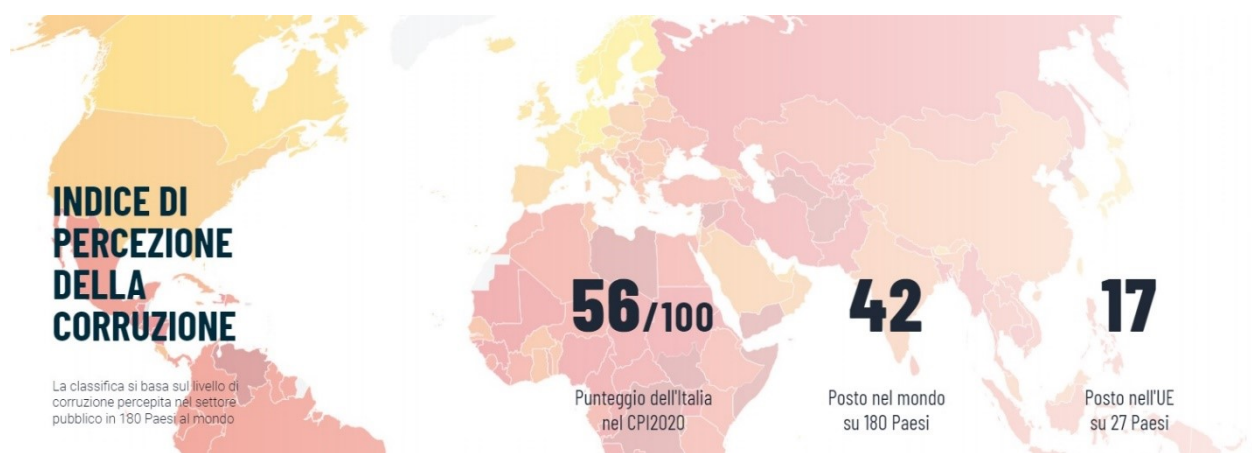
Continua il trend positivo dal  
2012 ad oggi:

**+ 14 PUNTI**



to  
dei

whistleblower, ad una maggiore trasparenza sui finanziamenti e alla legge anticorruzione del 2019.



57

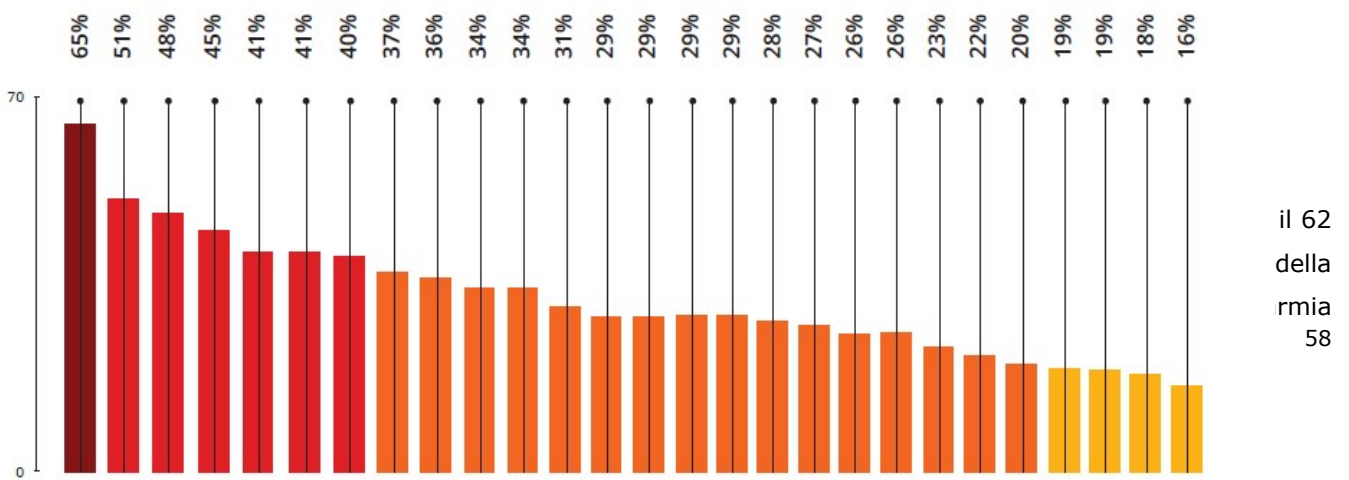
Nonostante lo slancio dell'ultimo anno, riconducibile soprattutto alla credibilità riconosciuta al Paese, Transparency International Italia evidenzia alcune tematiche ancora in sospeso: il recepimento della Direttiva europea 2019/1937 in materia di whistleblowing che consentirebbe di integrare la disciplina contenuta nella legge 179/2017; la pubblicazione del registro dei titolari effettivi - introdotto con il recepimento della V Direttiva europea anticiclaggio - che non ha ancora visto la luce in assenza dei decreti attuativi necessari; l'emanazione della disciplina sul lobbying il cui testo è stato di recente approvato, in prima seduta, dalla Camera dei Deputati e che ora attende il vaglio del Senato della Repubblica; infine lo sviluppo di nuove piattaforme informative.

**Percezione della corruzione: la svolta dal 2020 al 2021**

A confermare il cambio di rotta registrato nel 2021, almeno per quanto riguarda la percezione della corruzione da parte dei cittadini, l'esito di un'altra indagine effettuata da Transparency International ma svolta tra il mese di ottobre e dicembre del 2020. Si tratta del barometro globale della corruzione (GCB) che fornisce uno sguardo approfondito sulle opinioni dei cittadini europei in merito alla corruzione, nonché testimonianze sull'incidenza nella loro vita quotidiana. Si tratta di uno dei sondaggi più imponenti e dettagliati che ha coinvolto circa 40mila persone residenti nei 27 paesi dell'UE durante la seconda ondata pandemica. I risultati mostrano come un terzo degli intervistati percepisse la corruzione come fenomeno endemico e in peggioramento, e quasi la metà ritenesse i governi di appartenenza incapaci di reagire. Nel GCB tre persone su 10 hanno testimoniato di aver incontrato fenomeni di corruzione nella vita quotidiana con il pagamento di tangenti o, più comunemente, utilizzando relazioni personali per accedere a servizi essenziali come l'assistenza sanitaria o l'istruzione. Si è registrata anche una preoccupazione diffusa sul rapporto tra affari e politica, con oltre la metà delle persone convinte dell'influenza incalzante di interessi privati su scelte impattanti sull'intera collettività.

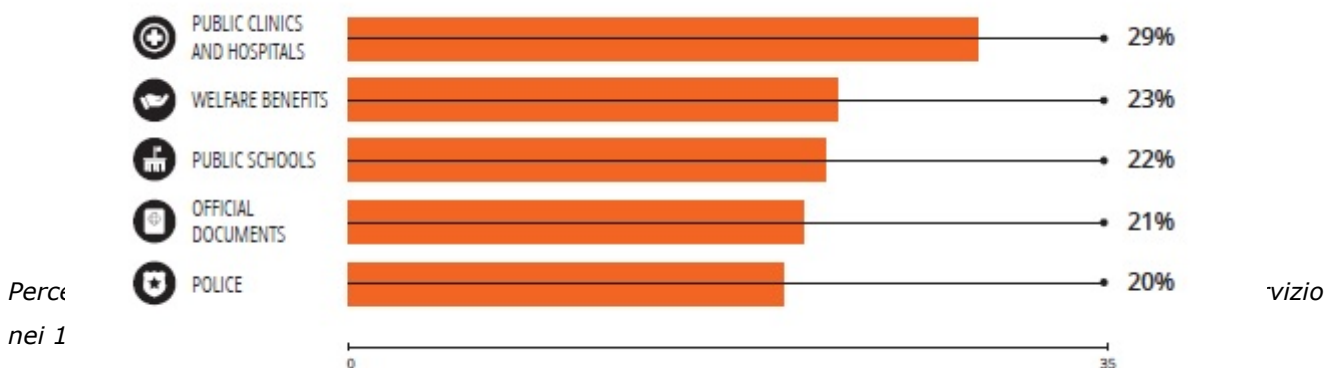
Se i paesi europei sono sempre stati considerati ricchi, stabili e democratici, il *Global Corruption Barometer* (GCB), seppur rilevato durante un periodo particolarmente stressante per la comunità, fotografa la scarsa fiducia dei cittadini nei confronti delle istituzioni pubbliche a favore della percezione di una crescente disparità socio-economica e dell'aumento dei fenomeni corruttivi.

Sull'indagine, che come detto si è svolta durante la seconda ondata pandemica, pesa un anno di sofferenza, restrizioni e di declino economico e sociale: interpellati sullo stato della corruzione nel loro paese negli ultimi 12 mesi (quindi nell'arco del 2020), il 44% dei cittadini europei l'ha considerata una piaga endemica, il 32% un fenomeno in aumento, mentre solo il 16% l'ha ritenuta in diminuzione.



nessuno, pubblico e privato. Infatti interpellati sui ruoli più corrotti, la maglia nera va ai membri del parlamento, seguono i primi ministri e gli attori del settore privato come dirigenti d'azienda o banchieri. Nonostante alcune differenze in base ad ogni singolo Stato o area, all'estremità opposta della scala nella maggior parte dei paesi dell'UE c'è la polizia, vista come il settore meno corrotto, con episodi limitati e circoscritti a pochi ufficiali.

Estremamente interessante – seppur circoscritto ad un particolare periodo di sofferenza - il risultato emerso dal sondaggio su esperienze di pagamento di tangenti o uso di rapporti personali per l'accesso a servizi essenziali. Mentre emerge che la corruzione intesa come scambio di denaro, regali o favori, in base all'esperienza di vita degli intervistati, è comune solo in pochi paesi dell'UE, resta diffuso il ricorso a rapporti personali, tra le forme di corruzione maggiormente sperimentate dai cittadini: regole, norme e pratiche quotidiane possono essere aggirate chiedendo ad un amico o ad un familiare distorcendo una equa distribuzione dei servizi, prevalentemente pubblici, a favore di gruppi di individui meglio inseriti nel tessuto sociale. Al centro del sondaggio sei settori in particolare: scuole, sanità pubblica, servizi demografici, prestazioni assistenziali, forze dell'ordine e tribunali. Di coloro che hanno avuto contatti con almeno uno di questi sei servizi, il 33 per cento ha riferito di aver fatto ricorso a conoscenze personali per ottenere ciò di cui aveva bisogno.



Come mostra il grafico, la percezione della presenza del fenomeno corrottivo ha raggiunto il picco quando ha riguardato cliniche o ospedali pubblici, servizi mai stati così importanti. In media, il 6 per cento delle persone ha pagato una tangente per ottenere o accedere ai servizi sanitari e il 29% ha fatto ricorso a rapporti personali. La corruzione, in tutte le sue forme, minaccia proprio queste attività.

### Gli appalti pubblici nell'ambito del PNRR

L'emergenza sanitaria ha determinato conseguenze significative nel settore dei contratti pubblici con un enorme aumento della domanda, in ambito sanitario, di apparecchi medici e dispositivi di protezione personale, a cui è stato necessario rispondere in tempi rapidissimi. Le soluzioni adottate hanno necessariamente modificato l'assetto con l'introduzione di misure derogatorie delle generali forme di pubblicità e trasparenza capaci di contrarre i tempi e accelerare le procedure, ma con l'evidente pericolo di aumentare il rischio corrottivo. Come riporta la relazione Anac presentata nel giugno del 2021 *"la necessità di fronteggiare in maniera adeguata l'emergenza sanitaria, consentendo ai soggetti pubblici di procedere all'acquisto di lavori, servizi e forniture con celerità, ha comportato l'adozione di interventi normativi in materia, con modifiche al Codice dei contratti pubblici, mediante decretazione d'urgenza e altri strumenti straordinari, quali le ordinanze adottate dal Capo della Protezione Civile. Gli interventi in parte rivestono natura sostanziale con deroghe e modifiche alle disposizioni in materia di contrattualistica pubblica, in parte hanno natura procedurale finalizzati a perseguire esigenze di snellimento e di accelerazione con strumenti*

più idonei a fronteggiare l'emergenza in atto rispetto alle tempistiche imposte dal ricorso alle procedure ordinarie”.

Sempre come riportato nella relazione, nel 2020 sono state 12mila le procedure aggiudicate per far fronte all'emergenza Covid 19 - per un valore di circa 20miliardi di euro - adottate con misure emergenziali semplificate: il 60% dei contratti risulta affidato mediante “procedure senza previa pubblicazione del bando” e il 26% con “affidamenti diretti”. Tale metodologia è una delle cause che ha generato una variabilità dei prezzi, la carenza di requisiti generali, tecnici e di solidità economica e finanziaria, i ritardi nelle consegne e la violazione delle condizioni contrattuali come difformità qualitative o quantitative. Un elenco di anomalie dalla quale emerge la fragilità della pubblica amministrazione quando deroga alle regole ordinarie dei contratti pubblici, privilegiando la semplificazione e la rapidità all'acquisto efficiente di beni e servizi.

Visto che gli appalti pubblici rappresenteranno, a breve, una fondamentale leva per la ripresa economica, le scelte future, in previsione degli investimenti legati al Piano nazionale di ripresa e resilienza, dovranno privilegiare lo sviluppo della digitalizzazione della pubblica Amministrazione. L'Anac ha formulato alcune proposte legate proprio al PNRR *“nell'ottica di semplificare, attraverso la digitalizzazione, le procedure di gara per gli affidamenti dei contratti pubblici, riducendo gli oneri amministrativi a carico di stazioni appaltanti e operatori economici, in modo da consentire a tutti i soggetti interessati di interagire con la pubblica amministrazione e di operare sul mercato di competenza in maniera efficiente ed efficace, veloce e intuitiva. La completa digitalizzazione delle gare e della gestione dei contratti pubblici porterebbe benefici tangibili non solo in termini di efficienza e di semplificazione, ma anche come misura di prevenzione della corruzione”*.

Un monito importante, soprattutto con l'imminente erogazione della seconda rata del Pnrr in scadenza il 30 giugno 2022, e che presuppone il conseguimento di 45 progetti per un contributo finanziario e di prestiti pari a 24,1 miliardi di euro, progetti che avranno molto a che fare con gli appalti affidati alle amministrazioni. L'obiettivo è trasformare un evento tragico come la pandemia in una opportunità di crescita e di sviluppo, sia economico che sociale per il Paese, creando un modello virtuoso di gestione delle risorse pubbliche fornendo - nel contempo - risorse umane formate e consapevoli. In questo scenario si inserisce anche il Patto di Integrità, una procedura - nata in realtà agli inizi degli anni '90 - promossa proprio da Transparency International e applicata in circa 15 Paesi su 300 progetti diversi. Agli inizi del 2015, la Commissione Europea ha abbracciato l'iniziativa e lanciato il progetto sperimentale Integrity Pacts: Civil Control Mechanisms for safeguarding EU funds con lo scopo di testare i Patti d'Integrità nelle procedure di gare d'appalto per le opere finanziate con fondi strutturali e di investimento europei. Ad oggi sono 17 i progetti pilota in corso in 11 nazioni dell'Unione Europea, che riguardano 9 settori per un valore complessivo di oltre 920milioni di euro (fonte monitorappalti.it)



Ma cosa è un Patto di Integrità? Rispetto alla versione canonica del “patto” già presente con la [Legge 190/2012, Art.1, comma 17](#), il patto di integrità è un documento siglato dalla stazione appaltante, dai partecipanti alla gara e da un Ente Indipendente di Monitoraggio, vera novità rispetto alla legislazione italiana. Non solo: l’ente di monitoraggio, oltre a monitorare la correttezza di tutte le fasi delle procedure finanziate e sottoposte al Patto di Integrità, si occupa di informare i cittadini e promuovere la loro partecipazione, rendendoli attori protagonisti nel processo di prevenzione della corruzione attraverso il coinvolgimento nelle attività di verifica delle procedure e di segnalazione di irregolarità. Proprio il ruolo dell’ente di monitoraggio fornisce un nuovo strumento di trasparenza e integrità nella procedura di appalto che proprio in Italia, nell’ambito del progetto [Integrity Pacts: Civil Control Mechanisms for safeguarding EU funds](#) promosso dalla Commissione Europea, ha già coinvolto tre organizzazioni della società civile italiana (Transparency International Italia, Amapola e ActionAid Italia) su 4 realtà locali.

Anche se gli esiti del progetto sperimentale europeo e il background acquisito dimostrano come il Patto di integrità rappresenti per i governi una leva per proteggere gli investimenti pubblici da frodi, cattiva gestione e corruzione grazie anche alla partecipazione attiva della cittadinanza, è necessario lavorare perché questo strumento non si trasformi – o comunque non venga percepito – come mero adempimento burocratico con l’unico effetto di appesantire procedure già complesse e in continua mutazione, ma sia davvero un supporto alle pubbliche amministrazioni per prevenire rischi corruttivi.



### 3.2.4 La “mappatura” dei processi

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

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

Pertanto in questo paragrafo si integrano e diventano parte integrante di questo piano le mappature dei processi di cui al PTPCT ex AOMN e ex ASUR, come di seguito riepilogati e contenuti rispettivamente negli allegati 1A e 1B

L’elenco dei processi è stato aggregato per “aree di rischio”, intese come raggruppamenti omogenei di processi, tenendo conto dei riferimenti metodologici - attualmente vigenti - contenuti nei citati documenti

delle due ex Aziende. I processi censiti con riferimento alle rispettive Aree sono riportati nella tabella sotto riportata.

**Tabella- Aree di rischio e processi**

<b>Aree di rischio</b>	<b>Processi</b>
Contratti pubblici (ex Acquisizione beni, servizi e affidamento lavori)	Processo di Acquisto di Beni tramite procedura aperta ex art 60 del D.lgs n. 50/2016 smi
	Procedura per affidamento fornitura dispositivi medici infungibili ex art 63 del d. lgs 50/2016 smi comma 2, n. 2).
	Affidamento di contratti pubblici di lavori
	Esecuzione del contratto
Acquisizione e gestione del personale (ex Gestione risorse umane)	Programmazione fabbisogno personale
	Procedura di reclutamento Assunzioni a tempo indeterminato
	Procedura di reclutamento Assunzioni a tempo determinato
	Mobilità tra Azienda ed Enti
	Rilevazione Presenze (da mappare)
	Progressioni di carriera
	Valutazione del personale
Gestione Stipendiale (da mappare)	
Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Ciclo attivo
	Ciclo passivo
	Donazioni
	Comodati d'uso
	Gestione del patrimonio
Controlli, verifiche, ispezioni, sanzioni	(da mappare)
Incarichi e nomine	Incarichi extraistituzionali
	Incarichi professionali, di consulenza, di collaborazione
	Incarichi di docenza
	Incarichi dirigenziali strutture complesse e semplici
Affari legali e contenzioso	Affidamento incarichi a legali esterni (da mappare)
Attività Libero professionale	Gestione attività libero professionale
Liste di attesa	gestione delle liste di attesa
Farmaceutica e dispositivi e altre tecnologie: sperimentazioni e sponsorizzazioni	Gestione del magazzino/movimentazione delle scorte
	Sperimentazioni cliniche
Attività conseguenti ai decessi in ambito ospedaliero	(da mappare)
	concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone

Nel corso dell'anno 2023 verrà uniformata la mappatura dei medesimi processi contenuti nei precedenti documenti dell'area acquisti e dell'area del personale preliminare delle attività "sensibili". Infatti così come suggerito dal PNA 2022-2024 è intenzione di introdurre le misure di prevenzione e corruzione in forma di obiettivi di performance.

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

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

### **3.2.5 La valutazione del rischio**

La valutazione del rischio è la macro-fase del processo di gestione del rischio in cui lo stesso è identificato, analizzato e confrontato con gli altri rischi al fine di individuare le priorità di intervento e le possibili misure correttive/preventive (trattamento del rischio).

Appare rilevante in tale contesto richiamare testualmente la norma ISO:31000: "l'effetto dell'incertezza sugli obiettivi", ove: "l'effetto è una deviazione del risultato atteso- positivo o negativo" e l'incertezza e "l'assenza seppure limitata, di informazioni riguardanti la comprensione o la conoscenza di un evento, della sua conseguenza o della sua probabilità"

### **3.2.6 Identificazione degli eventi rischiosi**

In questa fase sono individuati i comportamenti o i fatti che possono verificarsi in relazione ai processi aziendali e tali da dare luogo – anche solo ipoteticamente - a fenomeni corruttivi.

Determinante è l'apporto e la collaborazione dei responsabili degli uffici (o dei processi) in ragione della diretta e puntuale conoscenza delle specifiche attività.

L'identificazione degli eventi rischiosi richiede: a) la definizione dell'oggetto di analisi; b) l'utilizzazione di tecniche di identificazione e di fonti informative; c) l'individuazione dei rischi associabili all'oggetto di analisi.

#### **A) Definizione dell'oggetto di analisi**

Secondo le indicazioni del PNA 2019 per tale fase "è necessario definire, in via preliminare, l'oggetto di analisi, ossia l'unità di riferimento rispetto al quale individuare gli eventi rischiosi; l'oggetto di analisi può essere definito con livelli di analiticità e, dunque, di qualità progressivamente crescenti. Oggetto di analisi può essere, infatti, l'intero processo o le singole attività di cui si compone il processo".

Al riguardo l'Azienda assume quale livello di analisi, di norma, le singole attività di cui si compone il processo.

In fase di prima applicazione della metodologia del PNA 2019 (e secondo il sopra richiamato di gradualità), per talune aree sarà oggetto di analisi l'intero processo (senza scomposizione in corrispondenti attività) con identificazione degli eventi rischiosi che possono manifestarsi anche non necessariamente collegati a singole attività.

In seguito, si procederà comunque – mediante programmazione di specifiche azioni e secondo la programmazione delle attività definite dal Gruppo di Lavoro – a migliorare gradualmente nel tempo il dettaglio dell’analisi.

Il livello minimo di analisi attiene e riguarda, comunque, quei processi in cui, a seguito di adeguate e rigorose valutazioni, il rischio corruttivo viene ritenuto basso e per i quali non si siano manifestati fatti o situazioni indicative di criticità (ad esempio segnalazioni).

#### B) Selezione delle tecniche e delle fonti informative

Onde addivenire all’identificazione degli eventi rischiosi, si procederà mediante analisi di atti e documenti interni, analisi delle banche dati, esame di eventuali segnalazioni, interviste/incontri con il personale dell’amministrazione, confronti (*benchmarking*) con altri Enti del Servizio Sanitario ed anche, ove necessario, con altre Amministrazioni (attesa la “trasversalità” di talune attività).

In particolare, saranno utilizzate le seguenti fonti informative:

- le risultanze dell’analisi del contesto interno e esterno;
- le risultanze dell’analisi della mappatura dei processi;
- l’analisi di casi giudiziari riguardanti fenomeni corruttivi e/o di *mala gestio* registrati in passato interessanti l’Azienda o altri Enti del Servizio Sanitario;
- incontri con i responsabili degli uffici o il personale dell’Azienda che abbia conoscenza diretta dei processi e delle criticità;
- le risultanze dell’attività di monitoraggio svolta dal RPCT e delle attività svolte da altre strutture di controllo interno;
- le segnalazioni ricevute tramite il canale del *whistleblowing* o tramite altra modalità; al riguardo si dovrà tenere conto delle segnalazioni raccolte dai RUP (nell’ambito delle attività contrattuali) o dai singoli Responsabili di procedimenti o servizi aziendali; parimenti Assumono rilievo anche le segnalazioni e, più in generale, i contributi acquisiti prima e successivamente alla fase di consultazione del PTPCT;
- le indicazioni fornite da ANAC per il comparto sanitario;
- il registro di rischi realizzato da altre amministrazioni e, *in primis*, dagli Enti del Servizio sanitario.

Le tecniche che si intendono utilizzare per l’identificazione dei rischi sono le seguenti:

1. *Surveys*: questionari per sollecitare opinioni
2. *Check lis*: Liste di controllo finalizzate ad individuare gli elementi significativi di un processo/attività per far emergere le condizioni di criticità rispetto alla dimensione del rischio oggetto di analisi. Si elencano i pericoli e i rischi o criticità nei controlli rilevati dall’esperienza.

#### C) Individuazione e formalizzazione dei rischi

Gli eventi rischiosi individuati verranno opportunamente formalizzati, documentati e codificati negli aggiornamenti del PTPCT con predisposizione di un registro dei rischi riportante, per ogni oggetto di analisi (processo o attività), la descrizione degli eventi individuati. Per ogni processo sarà individuato almeno un evento rischioso.

### **3.2.7 L’analisi del rischio**

L’analisi del rischio verrà svolta tenendo conto dell’obiettivo di pervenire sia ad una comprensione più approfondita degli eventi rischiosi (tramite analisi dei cd. “fattori abilitanti” della corruzione), sia ad una stima del livello di esposizione al rischio dei processi e delle relative attività.



#### A) Analisi dei fattori abilitanti

L'analisi dei fattori di contesto (fattori abilitanti) che agevolano il verificarsi di comportamenti o fatti di corruzione è essenziale per l'individuazione di misure di prevenzione appropriate ed efficaci. In tale ottica, i fattori che verranno considerati (anche in correlazione tra loro) sono i seguenti:

- ✓ la verifica dell'appropriatezza e della piena attuazione degli strumenti di controllo relativi agli eventi rischiosi;
- ✓ il livello minimo trasparenza;
- la complessità e scarsa chiarezza della regolamentazione, al pari dell'eventuale eccessività della stessa;
- l'esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;
- la scarsa responsabilizzazione interna;
- l'inadeguatezza del personale addetto ai processi;
- l'inadeguata diffusione della cultura della legalità.

L'analisi sarà effettuata assicurando, con il supporto del RPCT, il coinvolgimento delle Strutture che dovranno adoperarsi nell'individuazione dei suddetti fattori.

#### B) Stima del livello di esposizione al rischio

Il livello di esposizione al rischio (dei processi e delle attività definite) di eventi corruttivi è importante sotto molteplici profili: dall'individuazione dei processi e delle attività oggetto di attenzione alla definizione delle misure di trattamento del rischio nonché alla successiva attività di monitoraggio da parte del RPCT.

In considerazione di ciò l'analisi del livello di esposizione verrà effettuata in coerenza ed attuazione delle Linee Generali di gestione del rischio nonché delle finalità e dei principi cardine del PTPCT avendo cura di evitare sottostime del rischio (anche in sede di riesame periodico della funzionalità del sistema descritto nel successivo paragrafo 9) ed informando la stessa analisi ai criteri indicati nel PNA 2019, ovvero:

- a) scegliendo un approccio valutativo;
- b) individuando i criteri di valutazione;
- c) rilevando i dati e le informazioni;
- d) formulando un giudizio sintetico e motivato.

##### a) Scelta dell'approccio valutativo

Come suggerito da ANAC, l'Azienda adotta un approccio di tipo qualitativo, dando ampio spazio alla motivazione della valutazione e garantendo la massima trasparenza.

La scelta della tecnica qualitativa presenta vantaggi, in quanto fornisce informazioni ulteriori rispetto all'impatto economico (per sua natura di tipo quantitativo), come ad esempio la reputazione e la sicurezza, oltre ad essere facilmente comprensibile a tutto il personale.

Le tecniche che si intendono adottare sono le seguenti:

- *Brainstorming*: Tecnica utilizzata per incoraggiare il pensiero immaginativo
- *Root cause analysis*: l'obiettivo di tale tecnica consiste nell'identificare e analizzare la radice o la causa di un evento rischioso, anziché trattare solo i sintomi. Prevede la raccolta e l'analisi di dati ed evidenze relative alla criticità rilevata. Tale analisi partirà dai cosiddetti segnalatori di criticità, ovvero meccanismi di controllo che consistono in un raffronto tra le operazioni correnti e parametri

di riferimento (*standard*). Una volta che si superano i livelli prefissati, è necessario che l'evento venga valutato e, se del caso, formulata una risposta correttiva.

#### b) Individuazione dei criteri di valutazione

Atteso che la valutazione dell'esposizione al rischio di eventi corruttivi richiede, sotto un profilo operativo, la precisazione di indicatori di rischio (*key risk indicators*) del processo (fase o attività) riferiti ad un arco temporale e suscettibili di presentare livelli di qualità e di complessità progressivamente crescenti, il processo valutativo verrà informato ai seguenti indicatori:

- livello di interesse "esterno": la presenza di interessi, anche economici, rilevanti e di benefici per i destinatari del processo determina un incremento del rischio;
- grado di discrezionalità dei decisori aziendali;
- manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo o nelle attività esaminate assumendo a riferimento non solo la realtà aziendale ma anche enti similari;
- livello di collaborazione del responsabile del processo o dell'attività nelle fasi di costruzione, aggiornamento e monitoraggio del PTPCT;
- grado di attuazione delle misure di trattamento.

#### c) Rilevazione dei dati e delle informazioni

Per esprimere un giudizio motivato sui criteri di cui al precedente punto b) il RPCT sta progettando la rilevazione dei dati e delle informazioni necessarie anche al fine di assicurare che le conseguenti valutazioni siano supportate da dati oggettivi.

Per questo la rilevazione dei dati e delle informazioni rilevanti utilizzerà per la stima del rischio i seguenti elementi:

1) **dati sui precedenti giudiziari e/o sui procedimenti disciplinari** a carico dei dipendenti dell'amministrazione. Le fattispecie che possono essere considerate sono le sentenze passate in giudicato, i procedimenti in corso, e i decreti di citazione a giudizio riguardanti:

- i reati contro la PA;
- il falso e la truffa, con particolare riferimento alle truffe aggravate all'amministrazione (artt. 640 e 640 bis c.p.);
- i procedimenti aperti per responsabilità amministrativo/contabile (Corte dei Conti);
- i ricorsi amministrativi in tema di affidamento di contratti pubblici.

Tali dati possono essere reperiti dalla UO Affari Legali o dall'Ufficio Procedimenti Disciplinari e dalla UO Gestione Approvvigionamenti Beni, Servizi e Logistica/Servizio Tecnico e Manutenzioni. Si può ricorrere anche alle banche dati on-line già attive e liberamente accessibili (es. es. Banca dati delle sentenze della Corte dei Conti, Banca dati delle sentenze della Corte Suprema di Cassazione);

2) **le segnalazioni pervenute**, nel cui ambito rientrano certamente le segnalazioni ricevute tramite apposite procedure di whistleblowing, ma anche quelle pervenute dall'esterno dell'amministrazione o pervenute in altre modalità. Altro dato da considerare è quello relativo ai reclami e alle risultanze di indagini di customer satisfaction, che possono indirizzare l'attenzione su possibili malfunzionamenti o sulla malagestione di taluni processi organizzativi;

3) **ulteriori dati in possesso dell'amministrazione** presenti nelle banche dati dei Sistemi Informativi Aziendali quali, tra gli altri, Sistema Amministrativo Contabile (SIA), Sistema Protocollo (PALEO) e Sistema di gestione delle determine (OPEN - ACT).

#### d) Misurazione del livello di esposizione al rischio e formulazione di un giudizio sintetico

Tale attività verrà svolta privilegiando un'analisi di tipo qualitativo, comunque adeguatamente documentata, in grado di consentire la misurazione di ognuno dei criteri sub b) per ogni processo/attività o evento rischioso analizzati.

Le misurazioni – sempre motivate - verranno articolate sui valori: alto, medio, basso; ciò per addivenire – attraverso misurazione dei singoli indicatori - ad una valutazione complessiva del livello di esposizione al rischio, reso anche con un “valore complessivo” del livello di rischio associabile all’oggetto di analisi (processo/attività o evento rischioso).

Seguendo le indicazioni ANAC, ai fini della valutazione complessiva (sempre di ordine qualitativo e motivata su dati ed evidenze acquisite), laddove per un dato oggetto di analisi, siano ipotizzabili più eventi rischiosi aventi un diverso livello di rischio, si farà riferimento al valore più alto nella stima dell’esposizione complessiva del rischio e non alla media delle valutazioni dei singoli indicatori.

### 3.2.8 La ponderazione del rischio

Trattandosi di fase che muove dagli esiti della precedente, con essa verranno precisate – sempre in ragione degli obiettivi organizzativi e del contesto di operatività dell’Azienda - le azioni da intraprendere per ridurre l’esposizione al rischio nonché le priorità di trattamento dei rischi.

Quanto alle azioni da intraprendere verranno apprezzate – sulla base della valutazione del rischio – le opzioni possibili (ivi compresa l’opzione di mantenimento delle misure già esistenti) atte a ridurre l’esposizione dei processi e delle singole attività alla corruzione.

Nella definizione delle possibili azioni e misure verrà pure considerato il cd. “rischio residuo”, persistente anche a seguito dell’attuazione delle misure di prevenzione generali e specifiche (avendo cura di considerare anche le misure già implementate); questo ovviamente tenendo sempre conto del fatto che lo stesso “rischio residuo” non potrà mai essere del tutto azzerato.

Parimenti nella definizione delle azioni ci si porrà in via prioritaria l’obiettivo di miglioramento (con revisione e/o con potenziamento) di quelle esistenti, dal momento che la previsione di nuovi controlli può risultare di eccessivo appesantimento dell’attività aziendale in coerenza anche con il principio generale di sostenibilità economica ed organizzativa e dei principi informatori della fase di “trattamento del rischio” (di cui al par. 8.1).

Per quanto concerne le priorità di trattamento, le azioni di prevenzione verranno articolate (considerando il livello di esposizione al rischio determinato nella fase precedente) in ordine decrescente, dalle attività ad esposizione più elevata alle attività che presentano un’esposizione più contenuta.

Di seguito gli elementi che caratterizzano l’analisi per l’attribuzione dell’indice di rischio:

	Criteri	Valore
<b>Probabilità</b>	Discrezionalità	1 = se esiste una discrezionalità molto bassa (tutti i parametri o la fase / azione sono ben definiti e scrivono in documenti e procedure sia in PA)
		4 = se esiste un’elevata discrezionalità (esiste un alto livello di discrezione, non ci sono procedure da seguire o regole generali)
	Rilevanza Esterna	1 = se esiste una rilevanza esterna molto elevata (cioè esiste un altro soggetto diverso da una PA) 4 = se esiste una rilevanza esterna estremamente bassa (nessun altro è coinvolto, ad eccezione di un PA)
	Complessità del processo	1 = se esiste una complessità molto bassa del processo (cioè il processo ha semplici passaggi e procedure facilmente

		verificabili) 4 = se esiste un'elevata complessità del processo (cioè il processo è così complesso che è molto difficile verificare la correttezza di tutti i passaggi)
	Valore Economico	1 = se esiste un valore economico molto basso (cioè il processo ha un valore economico molto basso) 4 = se esiste un valore economico molto elevato (cioè il processo è così complesso che è molto difficile verificare la correttezza di tutti i passaggi)
	razionabilità del processo)	1 = se esiste un'elevata segmentazione del processo (cioè ci sono diversi passaggi che devono essere passati e diversi dipendenti che devono essere coinvolti) 4 = se c'è una segmentazione molto bassa del processo (solo pochi passi possono essere fatti per arrivare alla fine del processo)
	Livello di Controllo	1 = se ci sono livelli molto elevati di controlli (cioè controlli frequenti e dettagliati) 4 = se vi sono livelli molto bassi di controlli (solo pochi passaggi)
	Valore Medio	
<b>Impatto</b>	Impatto Organizzativo	se si verifica un evento di corruzione, l'organizzazione ha un effetto molto basso -1 o molto alto -4
	Impatto Economico	se si verifica un evento di corruzione, si ha un impatto molto basso -1 o molto alto -4 dal punto di vista economico
	Impatto Reputazionale	se si verifica un evento di corruzione c'è un impatto molto basso -1 o molto alto -4 dal punto di vista reputazionale
	Valore Medio	
<b>Indice di rischio</b>	Rischio trascurabile	inserire valore min e max
	Rischio medio basso	inserire valore min e max
	Rischio rilevante	inserire valore min e max
	Rischio critico	inserire valore min e max

Nel corso dell'anno 2022 viene effettuata la ponderazione dei rischi revisionati dei processi di acquisto e della libera professione con i criteri della tabella sopra definita. In occasione di tale valutazione verranno descritti anche i parametri per dare il valore 2 e 3.

### 3.2.9 Determinazione della classe di rischio

Il rischio connesso ad un determinato fattore abilitante viene calcolato mediante la formula

$$R = P \text{ (Punteggio di probabilità) } \times I \text{ (Impatto potenziale)}$$

Una volta determinati gli indici di rischio di ciascun processo sarà possibile individuarne la significatività e definirne la priorità d'intervento.

In base ai valori attribuiti alle due variabili P ed I, il rischio è numericamente definito con una scala crescente dal valore 1 al valore 16 secondo la matrice riportata nella figura che segue:

<b>Probabilità</b>				
<b>4</b>	4	8	12	16
<b>3</b>	3	6	9	12
<b>2</b>	2	4	6	8
<b>1</b>	1	2	3	4
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
	<b>impatto</b>			

La scala di priorità degli interventi è riportata nella seguente tabella

Valore	rischio	tipo intervento	definizione d'intervento
$R \geq 8$	critico	Immediato	Azioni correttive da attuare subito
$4 < R \leq 8$	rilevante	Breve termine	Azioni correttive necessarie da programmare e attuare con urgenza
$2 < R < 4$	Medio	Medio termine	Azioni correttive e/o migliorative necessarie da programmare e attuare nel medio termine
$1 < R \leq 2$	basso	lungo termine	Azioni correttive e/o migliorative necessarie da programmare e attuare nel lungo termine
$R \leq 1$	Accettabile	rischio specifico non quantificabile (Impossibile definire interventi)	

### 3.2.10 Il trattamento del rischio

Atteso che detta fase è finalizzata alla individuazione (sulla base delle priorità sopra evidenziate) dei correttivi e delle modalità più idonee ed adeguate a prevenire i rischi, verranno definite – con tempistiche rapportate alle priorità e alle risorse disponibili e, quindi, alla sostenibilità dei controlli - le modalità di attuazione di misure specifiche e puntuali (e realmente attuabili).

L'individuazione e l'articolazione operativa delle misure sarà comunque informata alla distinzione tra misure generali e misure specifiche, di cui le prime rivolte all'intera organizzazione aziendale, le seconde mirate, invece, a specifici rischi.

### 3.3 L'individuazione delle misure

Verranno precisate in questa fase del trattamento le misure più idonee ed adeguate a prevenire i rischi individuati tenendo conto del livello di rischio e dei fattori abilitanti; per i rischi (e attività di processo) valutati come prioritari verrà precisato l'elenco delle possibili misure di prevenzione collegate a tali rischi. Seguendo le puntuali indicazioni di ANAC, si tratterà di misure – generali e specifiche – incentrate sui seguenti "principi", "valori" e "attività":

- controllo;
- trasparenza;
- definizione e promozione dell'etica e di *standard* di comportamento;

- regolamentazione;
- semplificazione;
- formazione;
- sensibilizzazione e partecipazione;
- rotazione;
- segnalazione e protezione;
- disciplina del conflitto di interessi;
- regolazione dei rapporti con i "rappresentanti di interessi particolari" (*lobbies*) ed etica comportamentale.

Nella individuazione delle misure di trattamento del rischio si avrà cura di assicurare che le stesse presentino i seguenti requisiti (cfr. All. 1 PNA 2019, pag. 42):

- Presenza ed adeguatezza di misure e/o di controlli specifici pre-esistenti sul rischio individuato onde evitare stratificazioni (e conseguente non applicazione); verrà all'uopo effettuata un'analisi delle eventuali misure/controllo dei precedenti PTPCT per verificarne il livello di adeguatezza e quindi la possibilità di integrazione/implementazione, per procedere invece alla definizione di nuove misure solo in caso di assenza nei precedenti Piani.
- Capacità di neutralizzazione dei fattori abilitanti il rischio. In considerazione del fatto che l'identificazione delle misure consegue alla comprensione dei fattori abilitanti l'evento rischioso, ove si dovesse ad esempio riscontrare che il fattore abilitante di un evento rischioso discende da carenza dei controlli, si procederà all'attivazione di una nuova procedura di controllo o al rafforzamento di quelle già presenti.
- Sostenibilità economica e organizzativa delle misure. Nella identificazione delle misure di prevenzione ci si atterrà a canoni di efficacia e di adeguatezza organizzativa tenendo alla previsione - per ogni evento rischioso rilevante e per ogni processo organizzativo significativamente esposto al rischio - di una misura potenzialmente efficace, con preferenza alla misura con il miglior rapporto costo/efficacia.
- Adattamento alle caratteristiche specifiche dell'organizzazione. Si terrà in debita considerazione l'incidenza che l'assetto organizzativo aziendale può avere sull'effettiva adeguatezza ed efficacia delle misure calibrando misure generali e misure specifiche.
- Gradualità delle misure rispetto al livello di esposizione del rischio residuo. L'implementazione delle misure esistenti verrà opportunamente graduata tenendo presente che maggiore è il livello di esposizione dell'attività al rischio corruttivo non presidiato dalle misure già esistenti, più analitiche e robuste dovranno essere le nuove misure.

### **3.3.1 La programmazione delle misure**

La programmazione delle misure di prevenzione, oltre ad essere essenziale per la loro concreta operatività, assume un rilievo centrale per la creazione di una *responsabilità diffusa* rispetto alla strategia di prevenzione della corruzione. Per queste ragioni la programmazione operativa delle misure verrà effettuata sulla base dei seguenti elementi:

- fasi (e/o modalità) di attuazione della misura;
- tempistica di attuazione della misura e/o delle sue fasi;
- responsabilità connesse all'attuazione della misura (e/o ciascuna delle fasi/azioni in cui la misura si articola);

- indicatori di monitoraggio e valori attesi, al fine di poter agire tempestivamente su una o più delle variabili sopra elencate definendo i correttivi adeguati e funzionali alla Seguendo le indicazioni esemplificative di ANAC si riportano nella tabella seguente indicatori di monitoraggio per tipologia di misura. Gli stessi potranno essere di semplice verifica di attuazione *on/off* (es. presenza o assenza di un determinato regolamento), quantitativi (es. numero di controlli su numero pratiche) o qualitativi (es. *audit* o *check list* volte a verificare la qualità di determinate misure).

**Tabella - Indicatori di monitoraggio per tipologia di misura**

<b>Tipologia di misura</b>	<b>Esempi di indicatori</b>
misure di controllo	numero di controlli effettuati su numero di pratiche/provvedimenti/etc
misure di trasparenza	presenza o meno di un determinato atto/dato/informazione oggetto di pubblicazione
misure di definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento;	numero di incontri o comunicazioni effettuate
misure di regolamentazione	verifica adozione di un determinato regolamento/procedura
misure di semplificazione	presenza o meno di documentazione o disposizioni che sistematizzino e semplifichino i processi
misure di formazione	numero di partecipanti a un determinato corso su numero soggetti interessati; risultanze sulle verifiche di apprendimento (risultato dei test su risultato atteso)
misure di sensibilizzazione e partecipazione	numero di iniziative svolte ed evidenza dei contributi raccolti
misure di rotazione	numero di incarichi/pratiche ruotate sul totale
misure di segnalazione e protezione	presenza o meno di azioni particolari per agevolare, sensibilizzare, garantire i segnalanti
misure di disciplina del conflitto di interessi	specifiche previsioni su casi particolari di conflitto di interessi tipiche dell'attività dell'amministrazione o ente

### **3.4 Monitoraggio e riesame**

Il monitoraggio e il riesame periodico costituiscono una fase fondamentale del processo di gestione del rischio attraverso cui verificare l'attuazione e l'adeguatezza delle misure di prevenzione nonché il complessivo funzionamento del processo stesso e consentire in tal modo di apportare tempestivamente le modifiche necessarie.

Monitoraggio e riesame sono due attività diverse anche se strettamente collegate. Il monitoraggio è un'attività continuativa di verifica dell'attuazione e dell'idoneità delle singole misure di trattamento del rischio, mentre il riesame è un'attività svolta ad intervalli programmati che riguarda il funzionamento del sistema nel suo complesso.

Per quanto riguarda il monitoraggio si possono distinguere due sotto-fasi:

- il monitoraggio sull'attuazione delle misure di trattamento del rischio;
- il monitoraggio sull'idoneità delle misure di trattamento del rischio.

I risultati dell'attività di monitoraggio sono utilizzati per effettuare il riesame periodico della funzionalità complessiva del "Sistema di gestione del rischio".

Occorre sottolineare che tale fase del ciclo è di fondamentale importanza per potere attuare azioni di miglioramento e di riduzione del rischio corruttivo; alla base di tale attività è necessario rendere misurabili gli indicatori sopra definiti, pertanto nel corso dell'anno 2022 la leva principale del presente Piano sarà l'informatizzazione dei principali processi.

#### **3.4.1 Il monitoraggio sull'attuazione delle misure**

In relazione alla natura propria del PTPCT, quale documento di programmazione, ed in continuità con i precedenti PTPCT, nel seguito viene descritto il sistema di monitoraggio sull'attuazione delle misure adottato a livello aziendale e che verrà adeguato nei termini di seguito precisati.

Il monitoraggio di primo livello è effettuato in autovalutazione da parte dei Dirigente/Responsabili delle Unità operative cui è assegnata la responsabilità di attuare le misure oggetto del monitoraggio. Anche se in autovalutazione, il Responsabile del monitoraggio di primo livello può essere chiamato a fornire al RPCT evidenze oggettive dell'effettiva adozione della misura.

Il monitoraggio di secondo livello è, invece, a cura del RPCT che effettuerà le opportune verifiche in ordine all'osservanza delle misure di prevenzione del rischio previste nella presente sezione da parte delle Unità organizzative aziendali. Al riguardo, si dà evidenza che è in fase di valutazione l'acquisizione di un idoneo supporto informativo per favorire lo svolgimento in modo efficiente ed efficace di tale attività oltre che funzionale alla *compliance* aziendale.

Con riferimento alla periodicità, la tempistica del monitoraggio è stabilita con cadenza semestrale: anche in continuità con i precedenti PTPCT, il sistema di monitoraggio in ambito aziendale prevede nel corso dell'anno due momenti di verifica, da realizzarsi nei mesi di giugno e di ottobre.

I processi/attività oggetto del monitoraggio saranno individuati tenendo conto delle risultanze dell'attività di valutazione del rischio onde concentrare l'azione di monitoraggio sui processi/attività maggiormente a rischio e non limitandosi a verificare il risultato in base a quanto pianificato ma approfondendo i risultati raggiunti in termini di gravità, sistematicità, ripetitività, e diffusione e analizzando anche quegli eventi che pur non avendo determinato effetti negativi sono potenzialmente in grado di produrre danni.

Nel pianificare le verifiche si terrà conto anche dell'esigenza di includere nel monitoraggio i processi/attività non verificati negli anni precedenti. Alle verifiche programmate potranno aggiungersi ulteriori verifiche (non pianificate) a seguito di eventuali segnalazioni ricevute tramite il canale del whistleblowing o con altre modalità.



Peraltro, si evidenzia che il monitoraggio risulta indispensabile per acquisire elementi conoscitivi a supporto della redazione della Relazione annuale del RPCT.

Con riferimento alle modalità di verifica, il RPCT procederà alle opportune verifiche in ordine alla veridicità delle informazioni rese in autovalutazione dai Dirigenti/Responsabili, mediante il controllo degli indicatori previsti per l'attuazione delle misure all'interno del Piano nonché attraverso richiesta di documenti, dati e informazioni o svolgimento di incontri con i responsabili dell'attuazione delle misure.

Il RPCT svolgerà, altresì, *audit* specifici con verifiche sul campo che consentono il più agevole reperimento delle informazioni, evidenze e documenti necessari al miglior svolgimento del monitoraggio di secondo livello. Tali momenti di confronto sono utili anche ai fini della migliore comprensione dello stato di attuazione delle misure e di eventuali criticità riscontrate, in un'ottica di dialogo e miglioramento continuo.

Il monitoraggio di secondo livello sarà realizzato, di norma, sulla totalità delle misure di prevenzione programmate all'interno del PTPCT. Tuttavia, in ragione della complessità che caratterizza la struttura organizzativa nonché la scarsità di risorse umane, il monitoraggio di secondo livello potrà essere effettuato anche attraverso campionamento delle misure da sottoporre a verifica. In ogni caso, sarà fornita adeguata motivazione della scelta effettuata e delle modalità di campionamento utilizzate. Il campionamento di tipo "ragionato" si baserà sui seguenti criteri:

- misure di prevenzione dei processi risultati a più elevata esposizione al rischio;
- misure di prevenzione dei processi in riferimento ai quali siano pervenute segnalazioni tramite canale *whistleblowing* o altri canali;
- misure di prevenzione dei processi in riferimento alle quali le unità organizzative responsabili non abbiano prodotto l'autovalutazione.

## **8.2. Monitoraggio sull'idoneità delle misure**

Il monitoraggio delle misure contempla anche una valutazione della idoneità delle misure adottate, intesa come effettiva capacità di riduzione del rischio corruttivo, secondo il principio guida della "effettività".

La valutazione dell'idoneità delle misure pertiene al RPCT, coadiuvato, da un punto di vista metodologico, dall'Organismo deputato all'attività di valutazione delle *performance* (OIV) e organismi con funzioni analoghe).

L'inidoneità di una misura può dipendere da diversi fattori tra cui: l'erronea associazione della misura di trattamento all'evento rischioso dovuta ad una non corretta comprensione dei fattori abilitanti; una sopravvenuta modificazione dei presupposti della valutazione (es. modifica delle caratteristiche del processo o degli attori dello stesso); una definizione approssimativa della misura o un'attuazione meramente formale della stessa.

### 3.5 LE MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Di seguito le misure "generali" di prevenzione della corruzione individuate dal legislatore da attuare a livello aziendale.

#### 3.5.1 Doveri di comportamento. Il Codice di comportamento.

Tra le misure di prevenzione della corruzione il Codice di comportamento riveste nella strategia delineata dalla Legge 190/2012 (nuovo art. 54 del d.lgs. 165/2001) un ruolo importante, costituendo lo strumento che più di altri si presta a regolare le condotte dei funzionari e orientarle alla migliore cura dell'interesse pubblico, in una stretta connessione con i piani anticorruzione e con le carte dei servizi (in tal senso, delibera ANAC n.1074/2018).

L'art.54, comma 5, del D.lgs. 165/2001 e ss.mm.ii. prevede che ciascuna pubblica amministrazione definisca, con procedura aperta alla partecipazione e previo parere obbligatorio dell'Organismo Indipendente di Valutazione, un proprio Codice di comportamento che integri e specifichi le previsioni di cui al D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 (*Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165*). A tali fini, la Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche (CIVIT) - ora ANAC - ha definito apposite *Linee guida in materia di codici di comportamento delle pubbliche amministrazioni* (delibera n.75 del 24 ottobre 2013).

Così come previsto nella DGRM 1718/2022 nella fase di prima operatività e nelle more dell'adozione dell'atto aziendale, il codice di comportamento dell'Azienda Marche Nord adottato con determina n. 69 del 31/01/2022, e quello dell'Azienda ASUR adottato con determina del Direttore Generale ASUR n. 234/202 hanno validità ed efficacia.

Sarà cura dell'RPCT una volta definita l'organizzazione dell'AST PU attivare tutte le fasi per la predisposizione del Codice di Comportamento unico dei dipendenti del AST stessa.

#### Tabella di Monitoraggio: Attuazione Codice di comportamento

MISURE	FASI/ATTIVITA' /MODALITA' DI ATTUAZIONE	TEMPI/TERMINI	RESPONSABILITA'
Attività di verifica sull'attuazione del del Codice	compilazione di apposita <i>check list</i> di verifica	30 novembre	Direttori/Dirigenti di ciascuna struttura
Codice di comportamento	Predisposizione codice di comportamento AST Pesaro Urbino	Annuale	R.P.C.T. in raccordo con UPD/ UO Gestione ed amministrazione Risorse Umane e Dipartimento delle professioni Sanitarie e Rappresenza della dirigenza medica/sanitaria
Formazione sul codice di	Partecipazione	n.ro di personale	Almeno il 90% entro il

comportamento	formazione FAD	partecipante alla formazione fad/totale del personale	biennio 2023-2024
---------------	----------------	---	-------------------

### 3.5.2. Conflitto di interessi e obbligo di astensione

La prevenzione di fenomeni corruttivi si realizza anche attraverso l'individuazione e la gestione dei conflitti di interessi. Si configura una situazione di conflitto di interessi laddove la cura dell'interesse pubblico, cui è preposto il funzionario, potrebbe essere deviata, pregiudicando l'imparzialità amministrativa o l'immagine imparziale dell'amministrazione, per favorire il soddisfacimento di interessi personali del medesimo funzionario o di terzi con cui sia in relazione secondo quanto precisato dal legislatore.

Si tratta dunque di una condizione che determina il rischio di comportamenti dannosi per l'amministrazione, a prescindere che ad essa segua o meno una condotta impropria (cfr. PNA 2019, Parte III par.1.4; Cons. Stato, Sezione consultiva per gli atti normativi, parere n. 667 del 5 marzo 2019 sullo schema di Linee guida di ANAC aventi ad oggetto «*individuazione e gestione dei conflitti di interessi nelle procedure di affidamento dei contratti pubblici*», in attuazione dell'art. 213, co. 2, del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50).

Il tema della gestione dei conflitti di interessi è espressione del principio generale di buon andamento e imparzialità dell'azione amministrativa di cui all'art. 97 della Costituzione. Esso è stato affrontato dalla Legge 190/2012, con riguardo sia al personale interno sia a soggetti esterni destinatari di incarichi, mediante norme che attengono a diversi profili quali:

- l'astensione del dipendente in caso di conflitti di interessi;
- le ipotesi di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso enti privati in controllo pubblico, disciplinate dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 (cfr. par. 12.5 "Inconfiribilità e incompatibilità di incarichi");
- l'adozione dei codici di comportamento (cfr. par. 11);
- il divieto di *pantouflage* (cfr. par. 12.6 "Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro *pantouflage - revolving doors*");
- l'autorizzazione a svolgere incarichi extra istituzionali (cfr. par. 12.4 "Svolgimento di incarichi *d'ufficio - attività ed incarichi extra-istituzionali*");
- l'affidamento di incarichi a soggetti esterni in qualità di consulenti ai sensi dell'art. 53 del d.lgs. n. 165 del 2001.

La stessa normativa europea emanata per l'attuazione del PNRR assegna un particolare valore alla prevenzione dei conflitti di interessi. In proposito, l'art. 22, co. 1, del Regolamento UE 241/202177 prevede espressamente: "Nell'attuare il dispositivo gli Stati membri, in qualità di beneficiari o mutuatari di fondi a titolo dello stesso, adottano tutte le opportune misure per tutelare gli interessi finanziari dell'Unione e per garantire che l'utilizzo dei fondi in relazione alle misure sostenute dal dispositivo sia conforme al diritto dell'Unione e nazionale applicabile, in particolare per quanto riguarda la prevenzione, l'individuazione e la rettifica delle frodi, dei casi di corruzione e dei conflitti di interessi".

Inoltre, il medesimo Regolamento UE, al fine di prevenire il conflitto di interessi, all'art. 22, stabilisce specifiche misure, imponendo agli Stati membri, fra l'altro, l'obbligo di fornire alla Commissione **i dati del titolare effettivo del destinatario dei fondi o dell'appaltatore** "in particolare per quanto riguarda la prevenzione, l'individuazione e la rettifica delle frodi, dei casi di corruzione e dei conflitti di interessi" dell'ufficio di appartenenza»).

Infatti la principale misura per la gestione del conflitto di interesse è costituita dal sistema delle dichiarazioni che vengono dai dipendenti e dai soggetti coinvolti e dalle successive verifiche e valutazioni svolte dall'amministrazione e dall'obbligo di astensione in caso di sussistenza del conflitto.

Così come suggerito da ANAC nel PNA 2022-2024,

Pertanto, occorre considerare la dichiarazione da rendere al dirigente all'atto dell'assegnazione all'ufficio, secondo quanto previsto dal Codice di comportamento<sup>104</sup> e del RUP per ogni gara.

Nell'anno 2023 al fine di modulare gli oneri delle strutture che effettuano appalti, si svilupperanno due diverse ipotesi di attuazione del sistema delle dichiarazioni.

Per quanto concerne i contratti che utilizzano i fondi PNRR e fondi strutturali si ritiene che, in un'ottica di rafforzamento dei presidi di prevenzione, i dipendenti, per ciascuna procedura di gara in cui siano coinvolti, forniscano un aggiornamento della dichiarazione con le informazioni significative in relazione all'oggetto dell'affidamento. Ciò si desume proprio dall'art. 42, co. 3, del Codice dei contratti pubblici che, prevede un obbligo di comunicazione alla stazione appaltante e di astensione dal partecipare alla specifica procedura di aggiudicazione di appalti e concessioni. Nel caso in cui emergano successivamente, nel corso delle varie fasi dell'affidamento, ipotesi di conflitto di interessi non dichiarate, occorre integrare detta dichiarazione.

Vale evidenziare che tale soluzione è in linea con l'orientamento delle LLGG MEF adottate con la circolare n. 30/2022.

Anche i soggetti esterni, cui sono affidati incarichi in relazione a uno specifico contratto, sono tenuti a rendere la dichiarazione per la verifica dell'insussistenza di conflitti di interessi. I dipendenti rendono la dichiarazione riferita alla singola procedura di gara al responsabile dell'ufficio di appartenenza e al RUP.

Per i contratti invece che non utilizzano fondi PNRR e fondi strutturali, resta fermo l'orientamento espresso da ANAC nelle LL.GG. n. 15/2019 che prevedono una dichiarazione solo al momento dell'assegnazione all'ufficio o dell'attribuzione dell'incarico. Resta fermo l'obbligo di rendere la dichiarazione ove i soggetti tenuti ritengano – alla luce dell'art. 6 del DPR n. 62/2013 e dei parametri specificati e individuati nel modello di dichiarazione di cui al § 3.2. *infra* - di trovarsi in una situazione di conflitto di interessi, anche potenziale, rispetto alla specifica procedura di gara e alle circostanze conosciute che potrebbero far insorgere detta situazione. Tale ultima dichiarazione dovrà essere aggiornata in caso di conflitti di interesse che insorgano successivamente nel corso delle diverse fasi della procedura di gara, ivi inclusa la fase esecutiva.

Resta fermo, comunque, l'obbligo di rendere la dichiarazione per ogni singola gara da parte del RUP (cfr. § 6.3. LL.GG. n. 15/2019) e dei commissari di gara (cfr. art. 77 d.lgs. 50/2016).

In ogni caso, verranno individuati specifici percorsi formativi e prevedere un'analisi dei potenziali conflitti d'interesse per l'area degli appalti al fine di potere elaborare un apposito documento disciplinante le fattispecie di conflitti e la predisposizione di adeguata modulistica.

Tenendo conto di quanto sopra, si prevedono a livello aziendale le seguenti misure:

- a) acquisizione e conservazione delle dichiarazioni di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi dei dipendenti rese al momento dell'assegnazione all'ufficio o della nomina a RUP;
- b) monitoraggio delle dichiarazioni di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi;
- c) informativa periodica (annuale) a tutti i dipendenti in ordine alla comunicazione tempestiva di eventuali variazioni nelle dichiarazioni già presentate;
- c) esemplificazione di casistiche ricorrenti di situazioni di conflitto di interessi.

In particolare, a segnalazione del conflitto di interessi (con riguardo sia ai casi previsti all'art. 6-*bis* della l. 241 del 1990 sia a quelli disciplinati dal Codice di comportamento, ivi compresi quelli di cui all'art. 14 del succitato Regolamento) deve essere tempestiva e indirizzata al dirigente o al superiore gerarchico che, esaminate le circostanze, è tenuto a valutare se la situazione rilevata possa inverare in concreto un conflitto di interessi inficiante l'imparzialità delle attività aziendali.

Sarà cura del RPCT - con il supporto delle Unità operative interessate dall'applicazione delle disposizioni normative e di attuazione in materia ed in primis della UO Gestione e Amministrazione delle Risorse Umane,

della UO Approvvigionamento di beni, servizi, logistica e della UO Servizio tecnico e manutenzioni in ragione degli ambiti di operatività interessati - elaborare apposito documento disciplinante gli aspetti di cui alle precedenti lett. a), b), c) e d).

Tale disciplinare sarà corredato di appositi moduli per agevolare la presentazione tempestiva delle dichiarazioni di conflitto di interessi.

### **3.5.2.1 Conflitto di interessi e incarichi a consulenti e collaboratori**

Per quanto riguarda il tema della tutela dell'imparzialità dell'azione amministrativa nei casi di conferimento di incarichi a consulenti, si sottolinea che l'art. 53 del d.lgs. 165 del 2001, come modificato dalla l. 190 del 2012, impone espressamente all'amministrazione di effettuare una previa verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi. Al riguardo, si richiama anche l'art. 15 del d.lgs. 33/2013, che, con riferimento agli incarichi di collaborazione e di consulenza, prevede espressamente l'obbligo di pubblicazione dei dati concernenti gli estremi dell'atto di conferimento dell'incarico, il curriculum vitae, i dati relativi allo svolgimento di incarichi o la titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o lo svolgimento di attività professionali; i compensi, comunque denominati, relativi al rapporto di consulenza o di collaborazione.

La verifica della insussistenza di situazioni di conflitto di interessi ai fini del conferimento dell'incarico di consulente risulta coerente con l'art. 2 del D.P.R. n. 62 del 2013, laddove è stabilito che le pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2, del d.lgs. 165/2001 estendono gli obblighi di condotta previsti dal codice di comportamento (e dunque anche la disciplina in materia di conflitto di interessi), per quanto compatibili, anche a tutti i collaboratori o consulenti, a qualunque titolo e qualunque sia la tipologia di contratto o incarico, ai titolari di organi e di incarichi negli uffici di diretta collaborazione delle autorità politiche (in tal senso, il Codice di comportamento aziendale di cui alla richiamata determina DG 888/2013). Pertanto in riferimento alla suddetta tipologia "consulenti e collaboratori", nell'ambito della presente sezione si assumono le seguenti misure relative all'accertamento della insussistenza di conflitti di interessi:

- predisposizione di modulo di dichiarazione di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi, con indicazione dei soggetti (pubblici o privati) presso i quali l'interessato ha svolto o sta svolgendo incarichi/attività professionali o abbia ricoperto o ricopra cariche;
- rilascio della dichiarazione di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi da parte del diretto interessato, prima del conferimento dell'incarico di collaborazione o di consulenza;
- aggiornamento, con cadenza periodica (da definire in fase di predisposizione/perfezionamento del contratto in relazione alla durata dell'incarico), della dichiarazione di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi;
- previsione, in fase di predisposizione/perfezionamento del contratto, del dovere dell'interessato di comunicare tempestivamente la situazione di conflitto di interessi insorta successivamente al conferimento dell'incarico;
- la verifica delle suddette dichiarazioni è effettuata a cura della Unità operativa cui è affidata l'istruttoria dell'atto di incarico e, di norma, la UO Gestione ed Amministrazione delle Risorse Umane;
- la verifica è effettuata mediante consultazione di banche dati liberamente accessibili a tal fine e, comunque, tramite acquisizione di informazioni da parte dei soggetti indicati nelle dichiarazioni presso i quali gli interessati hanno svolto o stanno svolgendo incarichi/attività professionali o abbiano ricoperto o ricoprono cariche, previa informativa all'interessato;
- audizione degli interessati per chiarimenti sulle informazioni contenute nelle dichiarazioni o acquisite nell'ambito delle verifiche;

□ controllo a campione da parte del RPCT della avvenuta verifica delle dichiarazioni di insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi e della relativa pubblicazione delle stesse ai sensi dell'art. 53, co. 14, d.lgs. 165/2001.

### 3.5.2.2 Verifiche delle dichiarazioni di assenza di conflitto d'interesse

Le verifiche verranno svolte a campione utilizzando le banche dati, liberamente accessibili relative a partecipazioni societarie o a gare pubbliche alle quali le stazioni appaltanti abbiano abilitazione (ad es. Telemaco, BDNCP), informazioni note o altri elementi a disposizione della stazione appaltante, nel rispetto della normativa sulla tutela della *privacy*.

I controlli possono anche essere svolti tenendo conto delle situazioni di rischio di interferenza dovute a conflitti di interessi, che possono sorgere nelle procedure di gara.

In caso di omissione delle dichiarazioni, da rendere secondo quanto previsto dal Codice di comportamento dei dipendenti pubblici (art. 6, d.P.R. n. 62/2013), o di mancata segnalazione di situazioni di conflitto di interessi, nonché laddove il dipendente non si astenga dal partecipare ad una procedura di gara, si configurerebbe per i dipendenti pubblici *"un comportamento contrario ai doveri d'ufficio"*, sanzionabile disciplinarmente. Ai dipendenti privati delle società che svolgono le funzioni di stazione appaltante tenuti all'osservanza del c.d. "Modello 231" e del Codice etico aziendale, si applicano, invece, i sistemi disciplinari ivi previsti.

#### Tabella Monitoraggio: Conflitti di interessi

MISURE	FASI/ATTIVITA' /MODALITA' DI ATTUAZIONE	TEMPI/TERMINI	RESPONSABILITA'
Definizione delle fattispecie di conflitto di interessi (specificative di quelle generali) ed eventuale adeguamento di relativa modulistica Sviluppo di una procedura informatizzata di acquisizione delle dichiarazioni di conflitto di interesse	Elaborazione documento	Nel biennio 2023-2024	RPCT Aree omogenee Personale, Appalti e manutenzioni tecniche e informatiche, Affari legali e Formazione e Direzione Amministrativa e Territoriale

### 3.5.3 Inconferibilità e incompatibilità di incarichi

Il d.lgs. 8 aprile 2013 n. 39, emanato in attuazione della delega contenuta nei commi 49 e 50 dell'art. 1 della L. n. 190/2012, ha introdotto una nuova disciplina in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e gli enti privati di diritto pubblico, prevedendo una serie articolata di cause di inconferibilità e incompatibilità.

Ai sensi dell'art. 1, comma 2, lett. g) del D.lgs. n. 39/2013, l'inconferibilità comporta la preclusione, permanente o temporanea, a conferire gli incarichi previsti dal d.lgs. n. 39/2013 a coloro che abbiano riportato condanne penali per i reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del Codice Penale, a coloro che abbiano svolto incarichi o ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati da pubbliche amministrazioni o svolto attività professionali a favore di questi ultimi, nonché a coloro che siano stati componenti di organi di indirizzo politico.

La dichiarazione di insussistenza di una delle fattispecie sopra indicate è condizione di efficacia per l'acquisizione dell'incarico (art. 20, comma 4, D.lgs. n. 39/2013).

L'incompatibilità, invece, comporta, ai sensi dell'art. 1, comma 2, lett. h) del D.lgs. n. 39/2013, l'obbligo per il soggetto cui viene conferito l'incarico di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di quindici giorni, tra la permanenza nell'incarico e l'assunzione e lo svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione che conferisce l'incarico, lo svolgimento di attività professionali ovvero l'assunzione della carica di componente di organi di indirizzo politico.

La delega contenuta all'art. 1, comma 50, della Legge 190/2012 ha espressamente previsto, tra gli incarichi oggetto della disciplina da delinarsi con i decreti legislativi attuativi, gli incarichi di direttore generale, sanitario ed amministrativo delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere.

Peraltro, a seguito dell'emanazione del d.lgs. n. 39/2013, sono sorti dubbi interpretativi in merito all'applicazione delle disposizioni in tema di inconferibilità e incompatibilità ai dirigenti sanitari, avendo il legislatore riservato al settore sanitario una specifica disciplina rivolta esclusivamente alla dirigenza rappresentata dal vertice delle aziende sanitarie locali (artt. 5, 8, 10 e 14 del d.lgs. n. 39/2013).

Sul punto dapprima ANAC, con delibera n. 149 del 22 dicembre 2014 (*Interpretazione e applicazione del decreto legislativo n. 39/2013 nel settore sanitario*), ha chiarito che le ipotesi di inconferibilità e di incompatibilità di incarichi presso le "Aziende Sanitarie Locali" – espressione quest'ultima cui vanno ricomprese tutte le strutture preposte all'organizzazione e all'erogazione di servizi sanitari, incluse dunque anche le Aziende ospedaliere - devono intendersi applicate solo con riferimento agli incarichi di direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario, attesa la disciplina speciale dettata dal legislatore delegante all'art. 1, commi 49 e 50 della L. n. 190/2012 e dagli artt. 5, 8, 10 e 14 del D.lgs. n. 39/2013.

Successivamente ANAC è intervenuta nuovamente, con delibera n.1201 del 18 dicembre 2019 (*Indicazioni per l'applicazione della disciplina delle inconferibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico in caso di condanna per reati contro la pubblica amministrazione - art. 3 d.lgs. n. 39/2013 e art. 35 bis d.lgs. n. 165/2001*) in merito all'applicabilità della disciplina di cui all'art. 3 d.lgs. n. 39/2013 agli incarichi dirigenziali svolti nell'ambito degli enti del servizio sanitario non riconducibili ai ruoli della dirigenza sanitaria, evidenziando quanto segue:

*"...la normativa in tema di inconferibilità e incompatibilità considera quali incarichi dirigenziali rilevanti ai fini dell'applicazione dei limiti e delle preclusioni ivi contenuti solo quelli che comportano "l'esercizio in via esclusiva delle competenze di amministrazione e gestione" (art. 1, comma 2 lett. j), con ciò non ritenendo sufficiente il mero possesso formale della qualifica dirigenziale.*

*Pertanto il legislatore, ben consapevole delle peculiarità del settore sanitario, nell'ambito del quale i poteri di amministrazione e gestione spettano unicamente al direttore generale dell'azienda sanitaria coadiuvato, nell'espletamento delle sue funzioni, dal direttore amministrativo e dal direttore sanitario (si veda in proposito l'art. 3, comma 6, d.lgs. n. 502/1992 recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421", laddove chiarisce che "tutti i poteri di gestione, nonché la rappresentanza dell'unità sanitaria locale, sono riservati al direttore generale"), ha limitato l'applicazione della fattispecie di inconferibilità in questione unicamente a quegli incarichi che comportano l'esercizio di tali poteri.*

*In tutti gli altri casi la formale attribuzione della qualifica dirigenziale medico-sanitaria (sia esso medica, veterinaria, chimica, ecc.) in relazione all'esercizio della propria professione, non determina del pari attribuzione di poteri di amministrazione circa l'andamento, la gestione e il funzionamento dell'azienda.*

*Tanto premesso, tale limitazione soggettiva del perimetro applicativo della disciplina del d.lgs. 39/2013 è giustificabile e ragionevole alla luce del principio costituzionale di eguaglianza solo avuto riguardo alle specificità sopra descritte".*

In tale contesto, la stessa Autorità ha precisato inoltre che:

*"Nelle aziende ospedaliere (quale genus di molteplici specie di enti), infatti, non operano solo dirigenti medici- farmacisti- biologi- veterinari bensì una serie di professionisti necessari e funzionali al corretto svolgimento dell'attività sanitaria. Si pensi agli addetti agli uffici deputati alla gestione del personale e del trattamento economico ovvero agli Avvocati incardinati negli uffici legali oppure ai responsabili degli uffici che si occupano di curare le relazioni istituzionali o con il pubblico o, ancora, agli esperti informatici e al personale dei dipartimenti "affari generali".*

*Tali soggetti non sono sottoposti al peculiare inquadramento riservato alla dirigenza medico sanitaria e neppure godono dello speciale regime di autonomia operativa e gestionale. Orbene, rispetto ad essi questa Autorità ha ritenuto che valgano le ordinarie regole previste dal d.lgs. n. 39/2013: se essi sono titolari di competenze di amministrazione e gestione svolgono, allora, incarichi dirigenziali rientranti nella categoria di cui all'art. 3, comma 1 lett. c), del d.lgs. n. 39/2013.*

Per completezza, si evidenzia altresì che l'Autorità ha fornito alcune specifiche indicazioni in merito al ruolo e alle funzioni del RPCT nonché all'attività di vigilanza di ANAC sul rispetto della disciplina con propria precedente delibera n. 833 del 3 agosto 2016 «Linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del responsabile della prevenzione della corruzione. Attività di vigilanza e poteri di accertamento di ANAC in caso di incarichi inconferibili e incompatibili», cui si opera espresso rinvio.

In relazione alle indicazioni sopra riportate che hanno progressivamente esteso i profili soggettivi di applicazione della disciplina, l'Azienda prevede l'attuazione delle seguenti misure di competenza della UO Gestione ed Amministrazione delle Risorse Umane:

A) *Dichiarazione sulla insussistenza di cause di inconferibilità*

1. Relativamente agli incarichi dirigenziali afferenti al ruolo Professionale, Tecnico e Amministrativo (esclusa, quindi, la Dirigenza Medica e Sanitaria), sempreché riferiti a *soggetti titolari di competenze di amministrazione e gestione*, nonché all'incarico di Direttore Sanitario e di Direttore Amministrativo, la UO Gestione ed Amministrazione delle Risorse Umane, all'atto del conferimento dell'incarico, acquisisce dall'interessato - ai sensi e per gli effetti di cui all'art.20 del D.lgs. n. 39/2013 - apposita dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità previste dal medesimo decreto;

2. Relativamente all'incarico di Direttore Generale, la predetta dichiarazione di cui all'art.20 del D.lgs. n. 39/2013 è resa dall'interessato alla Regione quale Ente conferente l'incarico e parte contrattuale di riferimento.

B) *Dichiarazione sulla insussistenza di cause di incompatibilità*

1. Relativamente agli incarichi dirigenziali afferenti al ruolo Professionale, Tecnico e Amministrativo (esclusa, quindi, la Dirigenza Medica e Sanitaria), sempreché riferiti a *soggetti titolari di competenze di amministrazione e gestione*, nonché all'incarico di Direttore Sanitario e di Direttore Amministrativo, la UO Gestione ed Amministrazione delle Risorse Umane, con cadenza annuale (entro il 20 gennaio di ciascun anno), acquisisce dall'interessato - ai sensi e per gli effetti di cui all'art.20 del D.lgs. n. 39/2013 - apposita dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità previste dal medesimo decreto;



2. Relativamente all'incarico di Direttore Generale, la predetta dichiarazione di cui all'art.20 del D.lgs. n. 39/2013 è resa dall'interessato alla Regione quale Ente conferente l'incarico e parte contrattuale di riferimento, entro il medesimo termine del 20 gennaio di ciascun anno, salvo diverse indicazioni da parte della stessa Regione.

Le dichiarazioni di cui ai punti sub A) e B) sono pertanto rese preventivamente da parte del destinatario dell'incarico alla UOC Gestione ed Amministrazione delle risorse umane, in tempo utile per le dovute verifiche ai fini del conferimento dell'incarico che sarà, quindi, perfezionato all'esito positivo della verifica stessa (ossia in assenza di cause ostative al conferimento dell'incarico).

Eventuali situazioni di incompatibilità sopravvenute devono comunque essere tempestivamente segnalate alla UOC Gestione ed Amministrazione delle risorse umane su iniziativa dell'interessato.

Le dichiarazioni di cui ai punti sub A) e B) sono pubblicate nell'apposita Sezione di "Amministrazione Trasparente" del Sito web istituzionale, nei termini indicati dal PTPCT (Allegato n.2 - obblighi di pubblicazione).

La UO Gestione ed Amministrazione delle Risorse Umane effettua idonee verifiche sulla veridicità delle dichiarazioni sopra richiamate, anche a campione, come previsto dal D.P.R. n. 445/2000, avvalendosi delle banche dati informatizzate tenute dalle Amministrazioni competenti per la certificazione di informazioni e dati relativi a stati, qualità personali e fatti (registro imprese, con riferimento ad altre cariche ricoperte in enti registrati; banca dati del Ministero dell'Interno per la titolarità di cariche elettive). Tali verifiche sono effettuate almeno sul 10% del totale delle dichiarazioni acquisite, selezionate con tecniche di campionamento casuale.

Alle verifiche sulla posizione dell'incarico di Direttore Generale provvede, invece, la Regione Marche.

L'attività di controllo è svolta nei modi e tempi indicati dalla tabella di monitoraggio di seguito riportata. Gli esiti dell'attività di controllo sono trasmessi al R.P.C nei tempi previsti dal monitoraggio come di seguito indicato.

Da ultimo si evidenzia che nella rilevazione e gestione delle situazioni di inconferibilità e incompatibilità, la UO Gestione ed Amministrazione delle Risorse Umane è tenuta ad effettuare analoghe verifiche in riferimento agli incarichi dirigenziali, sempre appartenenti al ruolo Professionale, Tecnico ed Amministrativo, assegnati temporaneamente all'Azienda mediante collocamento in comando o posizioni similari.

Infine in merito alle cause d'inconferibilità e di incompatibilità il D. Lgs. 39/2013 fa esclusivo riferimento agli incarichi dirigenziali ed agli incarichi di funzione dirigenziale, quindi l'annoverabilità tra questi degli incarichi di posizione organizzativa va valutata caso per caso in ragione delle funzioni effettivamente svolte dalla P.O (così come specificato nella pagina internet FAQ ANAC).

A tal proposito si richiamano 2 delibere ANAC: la n. 159 del 27.02.2019 la quale si esprime ritenendo sussistente una causa d'incompatibilità nei confronti di un dipendente con incarico di PO in un ente locale, conferito ai sensi dell'art. 109 comma 2 del TUEL, ossia incarico qualificabile come incarico di funzioni dirigenziali a personale non dirigenziale.

La seconda pronuncia ANAC è la n. 580 del 28.07.2021 con cui l'autorità ha dichiarato l'insussistenza di ipotesi di incompatibilità nei confronti di una posizione organizzativa non apicale. Nel caso di specie il quadro fattuale dimostrava che le funzioni concretamente esercitate dalla PO non fossero assimilabili alla categoria degli incarichi dirigenziali così come definiti dall'art. 1 comma 2 del D.Lgs. 39/2013, infatti alla PO era conferito l'incarico di perseguire degli obiettivi assegnati attuando gli indirizzi impartiti dal Dirigente, quindi le funzioni delegate non venivano esercitate in via esclusiva.

**Tabella Monitoraggio - Controlli sull'insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità**

MISURE	FASI/ATTIVITA' /MODALITA' DI ATTUAZIONE	TEMPI/TERMINI	RESPONSABILITA'
Acquisizione dichiarazione sull'insussistenza di cause di inconferibilità	Acquisizione della dichiarazione dal personale dirigenziale interessato e controlli sulla veridicità	Acquisizione al momento di conferimento dell'incarico Controllo annuale	Aree omogenee Personale
Acquisizione dichiarazione sull'insussistenza di cause di incompatibilità	Acquisizione della dichiarazione dal personale dirigenziale e controlli sulla veridicità	Acquisizione annuale (entro il 20 gennaio/anno) Controllo annuale	Aree omogenee Personale
Elaborazione procedura operativa finalizzata a disciplinare i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni	Elaborazione procedura operativa finalizzata a disciplinare i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni	Entro 31/01/2024	Aree omogenee Personale e RPCT
Trasmissione esiti attività controllo al RPCT	Relazione annuale	Entro il 15 dicembre	Aree omogenee Personale

**5.5.4 Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage – revolving doors)**

L'art.53, comma 16-ter, del D.lgs. n. 165/2001 e ss.mm.ii. stabilisce il divieto per i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di tale disposizione sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti.

Si richiama altresì l'art.21 del d.lgs. n. 39/2013 a tenore del quale, ai soli fini dell'applicazione dei divieti di cui al comma 16-ter dell'art. 53 del d.lgs. n. 165/2001, sono considerati dipendenti delle pubbliche amministrazioni anche i soggetti titolari di uno degli incarichi disciplinati dallo stesso d.lgs. n.39/2013, ivi compresi i soggetti esterni con i quali l'amministrazione, l'ente pubblico o l'ente di diritto privato in controllo pubblico stabilisce un rapporto di lavoro, subordinato o autonomo; la medesima disposizione stabilisce che tali divieti si applicano a far data dalla cessazione dell'incarico.

Come chiarito da ANAC, la *ratio* della norma, che disciplina una fattispecie di "incompatibilità successiva", espressamente richiamata nel testo del d.lgs. n. 39/2013, va ricercata nella finalità di contenimento del rischio di situazioni di corruzione connesse all'impiego del dipendente successivo alla cessazione del rapporto di lavoro, ossia del rischio che, durante il periodo di servizio, il dipendente possa artatamente

precostituirsi situazioni lavorative vantaggiose e in tal modo sfruttare a proprio fine la sua posizione ricoperta all'interno dell'amministrazione, al fine di ottenere un lavoro per lui attraente presso l'impresa o il soggetto privato con cui entra in contatto. Il divieto è anche volto allo stesso tempo a ridurre il rischio che soggetti privati possano esercitare pressioni o condizionamenti nello svolgimento dei compiti istituzionali, prospettando al dipendente di un'amministrazione opportunità di assunzione o incarichi una volta cessato dal servizio (PNA 2018).

In riferimento all'ambito di applicazione, i dipendenti interessati sono coloro che, per il ruolo e la posizione ricoperti nell'amministrazione, hanno avuto il potere di incidere in maniera determinante sulla decisione oggetto dell'atto e, quindi, coloro che hanno esercitato la potestà o il potere negoziale con riguardo allo specifico procedimento o procedura.

Sul punto ANAC, nell'ambito del PNA 2019, ha precisato che i dipendenti con poteri autoritativi e negoziali, cui si riferisce l'art. 53, comma 16-ter, sono i soggetti che esercitano concretamente ed effettivamente, per conto della pubblica amministrazione, i poteri sopra accennati, attraverso l'emanazione di provvedimenti amministrativi e il perfezionamento di negozi giuridici mediante la stipula di contratti in rappresentanza giuridica ed economica dell'ente. Rientrano pertanto in tale ambito, a titolo esemplificativo, i dirigenti, i funzionari che svolgono incarichi dirigenziali, coloro che esercitano funzioni apicali o a cui sono conferite apposite deleghe di rappresentanza all'esterno dell'ente (cfr. anche l'orientamento ANAC n. 2 del 4 febbraio 2015).

In tale sede viene evidenziato, altresì, che il rischio di preconstituirsi situazioni lavorative favorevoli possa configurarsi anche in capo al dipendente che ha comunque avuto il potere di incidere in maniera determinante sulla decisione oggetto del provvedimento finale, collaborando all'istruttoria, ad esempio, attraverso la elaborazione di atti endoprocedimentali obbligatori (pareri, perizie, certificazioni) che vincolano in modo significativo il contenuto della decisione (cfr. parere ANAC 67 AG/74 del 21 ottobre 2015 e orientamento n. 24/2015). Pertanto, il divieto di *pantouflage* si applica non solo al soggetto che abbia firmato l'atto ma anche a coloro che abbiano partecipato al procedimento.

Come già chiarito nel bando-tipo n. 2 del 2 settembre 2014 adottato dall'Autorità, le pubbliche amministrazioni sono tenute a 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 il soggetto privato partecipante alla gara non abbia stipulato contratti di lavoro o comunque attribuito incarichi a ex dipendenti pubblici, in violazione dell'art. 53, comma 16-ter, del d.lgs. n. 165/2001 (cfr. pareri ANAC AG/8/ del 18 febbraio 2015 e orientamento ANAC n. 2 del 4 febbraio 2015 cit.).

L'obbligo di rendere la predetta dichiarazione è stato ribadito nei bandi-tipo emanati dall'Autorità in attuazione del d.lgs. 50/2016, recante il Codice dei contratti pubblici.

Si rammenta che i bandi tipo sono vincolanti per le stazioni appaltanti, ai sensi dell'art. 71 dello stesso codice (fatte salve le parti espressamente indicate come "facoltative" che non riguardano certamente il possesso dei requisiti generali).

In particolare, nel bando tipo n. 1, approvato con delibera del 22 novembre 201725, § 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»*. Il bando tipo specifica pertanto che il concorrente compila il documento di gara unico europeo-DGUE, di cui allo schema allegato al D.M. del Ministero delle Infrastrutture e Trasporti del 18 luglio 2016 o successive modifiche, rendendo la dichiarazione di insussistenza delle cause ostative alla partecipazione indicate al cit. par. 6, in conformità a quanto previsto

all'art. 85 del Codice. Il possesso del requisito generale relativo all'assenza di violazione del *divieto di pantouflage* è anche richiamato nella nota illustrativa del bando tipo, par. 3 e 9.

La verifica della dichiarazione resa dall'operatore economico è rimessa alla stazione appaltante.

Ulteriore misura sanzionatoria prevede l'obbligo di restituzione dei compensi percepiti e accertati per lo svolgimento dell'incarico.

In relazione a quanto sopra ed in particolare agli indirizzi forniti da ANAC in sede di PNA 2019, l'Azienda – anche in continuità con i precedenti PTPCT - adotta le seguenti misure:

a) inserimento negli atti/contratti di assunzione del personale di specifiche clausole che prevedono il divieto di *pantouflage* (ossia divieto di prestare attività lavorativa - a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo - per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente);

b) dichiarazione del dipendente da sottoscrivere al momento della cessazione dal servizio o dall'incarico, con cui lo stesso si impegna al rispetto del divieto di *pantouflage* (e ciò al fine di evitare eventuali contestazioni in ordine alla conoscibilità della norma);

c) previsione nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti di contratti pubblici dell'obbligo per l'operatore economico concorrente di dichiarare di non avere stipulato contratti di lavoro o, comunque, attribuito incarichi a ex dipendenti pubblici in violazione del predetto divieto, in conformità a quanto previsto nei bandi-tipo adottati dall'Autorità ai sensi dell'art. 71 del d.lgs. n. 50/2016.

All'attuazione delle misure di cui alle precedenti lett. a) e b) provvede la UO Gestione ed Amministrazione delle Risorse Umane, mentre l'attuazione delle misure di cui alla lett. c) è rimessa in capo alla UO Approvvigionamento dei beni, servizi e logistica ed alla UO Servizio Tecnico, in riferimento agli ambiti di rispettiva competenza.

Il RPCT, qualora a seguito di esposti e segnalazioni (anche anonime) venga a conoscenza di fatti astrattamente integranti la fattispecie di cui all'art. 53, comma 16-ter, del d.lgs. 30 marzo 2001, n. 165 che riguardino soggetti già dipendenti dell'Azienda Sanitaria Territoriale, attiva le opportune verifiche.

Laddove le verifiche inducano a ritenere accertata la violazione della norma in esame, il RPCT trasmette i relativi esiti all'ANAC, alla Direzione Generale, agli uffici responsabili dell'infrazione, nonché all'O.I.V., all'Ufficio Procedimenti Disciplinari e alla Corte dei conti, in considerazione dei possibili rilievi erariali.

**Tabella Monitoraggio - Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (*pantouflage – revolving doors*)**

MISURE	FASI/ATTIVITA' /MODALITA' DI ATTUAZIONE	TEMPI/TERMINI	RESPONSABILITA'
Inserimento negli atti/contratti di assunzione del personale di specifiche clausole che prevedono il divieto di <i>pantouflage</i>	Adeguamento contratti	Continuo	Aree Omogenee Del Personale
Inserimento di specifica clausola nei bandi e negli atti	Adeguamento contratti	Continuo	Aree Omogenee Approvvigionamento di beni, servizi e logistica

prodromici all'affidamento di contratti pubblici recante l'obbligo per l'operatore economico concorrente di dichiarare di non avere stipulato contratti di lavoro o comunque attribuito incarichi a ex dipendenti pubblici in violazione del predetto divieto, in conformità a quanto previsto nei bandi-tipo adottati dall'Autorità ai sensi dell'art. 71 del d.lgs. n. 50/2016			e Servizio Tecnico e Manutenzioni
Acquisizione informativa sul pantouflage dai dipendenti dirigenti che cessano dal rapporto di servizio	Acquisizione informativa	Un mese prima della cessazione del rapporto	Aree Omogenee Del Personale
Verifiche della violazione art. 53, comma 16-ter, del d.lgs. 30 marzo 2001, n. 165, a seguito di segnalazioni ed esposti	Verifiche e trasmissione esiti ad A.N.AC., uffici responsabili, O.I.V., U.P.D., Corte dei conti	In caso di ricezione di segnalazione ed esposti	RPCT

### 3.5.5 Rotazione del personale

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 di corruzione.

Si rileva sin d'ora la necessità di dover contemperare il suddetto principio con specifiche normative di settore che prevedono per lo svolgimento di attività altamente specialistiche il possesso di comprovata e duratura esperienza nel campo. Basti pensare, a tal proposito, alle disposizioni introdotte dal Codice dei contratti pubblici di cui al D.Lgs. n. 50/2016 e ss.mm.ii. ove si prevede che lo svolgimento delle procedure di acquisto di beni, servizi e forniture nonché quelle riguardanti i lavori pubblici, di importo superiore a €40.000, siano demandate a stazioni appaltanti qualificate (la cui qualifica viene rilasciata in seguito a dimostrazione di stabilità, formazione e continuità nell'attività) oltre alla necessaria specifica formazione ed esperienza professionale per il Responsabile Unico del Procedimento (esperienza almeno quinquennale sul campo).

Peraltro, lo stesso PNA 2016 (nella parte dedicata all'approfondimento della rotazione del personale operante nell'ambito delle aziende sanitarie) come ribadito dal PNA 2017, rileva che in sanità l'applicabilità del principio della rotazione presenta delle criticità peculiari in ragione della specificità delle competenze richieste nello svolgimento delle funzioni apicali; pertanto, si evidenziano di seguito le considerazioni rappresentate da ANAC e le relative indicazioni di carattere generale.

Il settore clinico è sostanzialmente vincolato dal possesso di titoli e competenze specialistiche, ma soprattutto di *expertise* consolidate, che inducono a considerarlo un ambito in cui la rotazione è di difficile applicabilità.

Al fine di contemperare l'esigenza della rotazione degli incarichi con quella del mantenimento dei livelli di competenze in un quadro generale di accrescimento delle capacità complessive dell'amministrazione sanitaria, per mettere in atto questa misura ANAC suggerisce di individuare, dapprima, le ipotesi in cui è possibile procedere alla rotazione degli incarichi attraverso la puntuale mappatura degli incarichi/funzioni apicali più sensibili, a partire dall'individuazione delle funzioni fungibili e utilizzando tutti gli strumenti disponibili in tema di gestione del personale ed allocazione delle risorse.

In particolare, relativamente all'Area clinica, si rileva che il personale medico è tutto inquadrato nel ruolo dirigente; le posizioni di maggiore interesse potrebbero essere quelle relative alla direzione di unità operative complesse (di seguito UOC), a valenza dipartimentale (di seguito UOD) e dipartimenti.

Riguardo alle posizioni apicali di Direttore di UOC, le cui funzioni cliniche prevalgono su quelle gestionali, si evidenzia che le stesse sono assegnate per concorso e sono generalmente infungibili all'interno di una azienda sanitaria.

Mentre, con riferimento alle posizioni di Capo dipartimento (funzioni prevalentemente gestionali), anch'esse assegnate sulla base di una procedura di scelta a all'interno di una rosa di idonei titolari di incarichi di UOC all'interno del dipartimento, è possibile ritenere che i predetti titolari di UOC afferenti ad un determinato dipartimento siano potenzialmente suscettibili di ricoprire a rotazione l'incarico di Direttore di Dipartimento.

Relativamente alle *altre professioni sanitarie*, come ad esempio i farmacisti e le professioni infermieristiche con funzioni di responsabilità e di coordinamento, il cui ruolo è strategico all'interno dell'organizzazione in quanto a gestione di risorse, costituendo gli stessi un anello determinante nella catena del processo decisionale (relativo ad esempio all'introduzione di farmaci e di dispositivi medici nella pratica clinica ed assistenziale), ANAC stessa segnala l'opportunità dell'applicazione del principio della rotazione ritenendo che vi siano margini di possibile applicazione. Al riguardo, evidenzia che in questo importante ambito professionale la maturazione di *expertise* per settori specifici se, da un lato, può richiedere un periodo di tempo necessario per l'acquisizione della piena autonomia nell'esercizio della funzione, per altro verso, il meccanismo della rotazione, attuato attraverso gli adeguati strumenti di pianificazione e di graduazione delle competenze in proporzione ai livelli di responsabilità attribuiti, come ad esempio la previsione di periodi di affiancamento e di formazione specialistica per settore, consente di valorizzare il capitale professionale disponibile anche ai fini della valutazione delle performance individuali e dell'intera organizzazione.

Da ultimo, appare utile richiamare sul punto *le indicazioni generali e ulteriori* laddove si ribadisce che, pur nel rispetto del principio di autonomia/responsabilità che caratterizza il sistema aziendale e i suoi sottosistemi, il principio della rotazione deve comunque essere un obiettivo effettivo, documentabile e pertanto verificabile.

La rotazione va quindi vista come una condizione prospettica da costruire attraverso la messa a punto di meccanismi aziendali orientati verso questa direzione (es. pianificazione pluriennale delle esigenze formative attraverso piani mirati a contrastare le tendenze di esclusività delle competenze e a favorire l'intercambiabilità) e collegati ai sistemi di gestione interni all'azienda sanitaria (quali ad esempio il sistema

di valutazione delle performance ed il sistema di analisi dei potenziali delle risorse umane ovvero del "capitale professionale effettivo" e non quello legato alla rigida attribuzione delle funzioni).

Peraltro, si segnala che la rotazione degli incarichi dovrebbe riguardare anche il personale non dirigenziale, specie se preposto ad attività afferenti alle aree maggiormente sensibili al rischio di corruzione.

Peraltro, si rileva come ANAC abbia inteso nuovamente soffermarsi sulla "rotazione del personale" nell'ambito del PNA 2018 (richiamando in tale sede quanto già espresso in occasione della "Relazione annuale 2017") per rinnovare la raccomandazione alle amministrazioni ed agli enti di osservare una maggiore attenzione sia nella programmazione della misura da effettuare nel PTPC sia nell'applicazione concreta della stessa o, comunque, delle misure alternative che possano sortire analoghi effetti (tra quelle previste nel PNA 2016, come ad esempio la segregazione delle funzioni).

Da ultimo si richiamano gli indirizzi sul punto espressi da ANAC nel PNA 2019 ove si rileva, tra l'altro, che il ricorso alla rotazione deve essere considerato in una logica di necessaria complementarità con le altre misure di prevenzione della corruzione, specie laddove possano presentarsi difficoltà applicative sul piano organizzativo.

In particolare, seguendo ANAC, occorre considerare che detta misura deve essere impiegata correttamente in un quadro di elevazione delle capacità professionali complessive dell'amministrazione senza determinare inefficienze e malfunzionamenti.

Ove, pertanto, non sia possibile utilizzare la rotazione "ordinaria" come misura di prevenzione della corruzione, le amministrazioni sono tenute a operare scelte organizzative, nonché ad adottare altre misure di natura preventiva che possono avere effetti analoghi, quali: la previsione da parte del dirigente di modalità operative che favoriscono una maggiore condivisione delle attività fra gli operatori, evitando così l'isolamento di certe mansioni, avendo cura di favorire la trasparenza "interna" delle attività; l'articolazione delle competenze, c.d. "segregazione delle funzioni" (secondo cui sono attribuiti a soggetti diversi i compiti relativi a svolgimento di istruttorie e accertamenti; adozione di decisioni; attuazione delle decisioni assunte; effettuazione delle verifiche).

Si evidenzia comunque che, nell'applicazione concreta del principio di rotazione in funzione di prevenzione della corruzione, l'Azienda si attiene alle seguenti condizioni e criteri.

A) L'applicazione della misura della rotazione in ambito aziendale deve tenere conto dei vincoli connessi all'assetto organizzativo dell'Azienda e della disponibilità di professionalità, dei vincoli e limiti posti dal CCNL e dalla normativa, dall'esito del confronto con le organizzazioni sindacali, dalle previsioni in atti a contenuto generale e nei contratti, dall'attenta disamina e valutazione degli aspetti gestionali delle diverse Strutture/articolazioni organizzative aziendali.

La rotazione va correlata all'esigenza di assicurare il buon andamento e la continuità dell'azione amministrativa e di garantire la qualità delle competenze professionali necessarie per lo svolgimento di talune attività specifiche, con particolare riguardo a quelle con elevato contenuto tecnico.

E' esclusa la rotazione laddove possa implicare il conferimento di incarichi a soggetti privi delle competenze necessarie per assicurare la continuità dell'azione amministrativa.

Tra i condizionamenti all'applicazione della rotazione vi è quello della cosiddetta infungibilità derivante dall'appartenenza a categorie o professionalità specifiche e rimane sempre rilevante la valutazione delle attitudini e delle capacità professionali del singolo.

B) L'applicazione della misura della rotazione richiede un preliminare giusto temperamento tra l'attuazione della stessa e l'esigenza di non disperdere le professionalità acquisite e consolidate in capo al personale, di assicurare il buon andamento e la continuità dell'azione amministrativa e di garantire la qualità delle competenze professionali necessarie, evitando il rischio di un inutile aggravio dei tempi procedurali, delle modalità di conduzione dei processi o l'insorgere di prassi non conformi alle previsioni normative,

tenuto conto, altresì, delle dimensioni aziendali e soprattutto delle peculiarità delle attività erogate dall'Azienda.

In particolare, sempre attenendosi alle indicazioni ANAC, potranno essere sviluppate le seguenti misure organizzative di prevenzione alternative alla rotazione con analoga efficacia:

- rafforzare le misure di trasparenza – anche prevedendo la pubblicazione di dati ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione obbligatoria – in relazione al processo rispetto al quale non è stata disposta la rotazione;
- prevedere modalità operative che favoriscano una maggiore compartecipazione del personale alle attività del proprio ufficio;
- nelle aree relative ai Contratti Pubblici e di Acquisizione e Gestione del personale, potrebbero essere attuati meccanismi di condivisione delle fasi procedurali. Ad esempio, il funzionario istruttore può essere affiancato da un altro funzionario, in modo che, ferma restando l'unitarietà della responsabilità del procedimento a fini di interlocuzione esterna, più soggetti condividano le valutazioni degli elementi rilevanti per la decisione finale dell'istruttoria;
- equilibrata articolazione dei compiti e delle competenze per evitare che l'attribuzione di più mansioni e più responsabilità in capo ad un unico soggetto esponga l'amministrazione a rischi di errori o comportamenti scorretti;
- potrebbe essere programmata all'interno dello stesso ufficio una rotazione "funzionale" mediante la modifica periodica di compiti e responsabilità, anche con una diversa ripartizione delle pratiche secondo un criterio di causalità;
- "doppia sottoscrizione" degli atti, dove firmano, a garanzia della correttezza e legittimità, sia il soggetto istruttore che il titolare del potere di adozione dell'atto finale.

Relativamente all'area di acquisizione e gestione del personale ed all'area di approvvigionamento di beni e servizi i rispettivi dirigenti hanno attestato anche per l'anno 2020 l'applicazione di talune misure alternative alla rotazione con analoga efficacia.

I Direttori/Responsabili hanno ognuno nelle rispettive relazioni di rendicontazione segnalato che vengono effettuati auditing periodici con i propri collaboratori:

- per pianificare l'assegnazione dei procedimenti amministrativi ai Responsabili del procedimento in funzione delle competenze dei propri collaboratori e dei requisiti professionali;
- per verificare lo stato di avanzamento delle attività di competenza alla luce delle scadenze stabilite;
- per valutare le cause /criticità che hanno determinato scostamenti dai termini fissati.

Inoltre, sono previste modalità di controllo volte a migliorare e rendere appropriato l'espletamento delle procedure di selezione del contraente, mediante un controllo ed una tracciabilità sull'esecuzione di tutti i passaggi procedurali previsti dalla normativa in materia, a cura di tutti gli attori della struttura tramite l'utilizzo di una *check list* di adempimenti.

### **13.1 – La Rotazione "straordinaria"**

L'istituto della rotazione c.d. "straordinaria" è previsto dall'art. 16, comma. 1, lett. l-*quater*) del D.lgs. n. 165/2001, come misura di carattere successivo al verificarsi di fenomeni corruttivi. La richiamata norma prevede, infatti, la rotazione «*del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva*».

Con delibera ANAC 215/2019 sono state adottate specifiche "Linee guida in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria di cui all'art. 16, comma 1, lettera l-*quater*, del d.lgs. n. 165 del 2001" ove sono stati precisati alcuni profili che attengono in particolare:



a) alla identificazione dei reati, presupposto da tener in conto ai fini dell'adozione della misura; b) al momento del procedimento penale in cui l'Amministrazione deve adottare il provvedimento di valutazione della condotta del dipendente, adeguatamente motivato, ai fini dell'eventuale applicazione della misura. L'Azienda – per il tramite della UO Gestione ed Amministrazione delle risorse umane - assicura l'applicazione della norma assumendo, con immediatezza, provvedimenti motivati in relazione all'avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva, operando riferimento alle indicazioni fornite da ANAC con le richiamate Linee Guida.

**Tabella monitoraggio: rotazione del personale**

MISURE	FASI/ATTIVITA' /MODALITA' DI ATTUAZIONE	TEMPI/TERMINI	RESPONSABILITA'
Definizione criteri e misure rotazione del personale e programmazione pluriennale	Elaborazione proposta ovvero strumenti	2023-2024	RPCT /Dirigenti Responsabili UO
Monitoraggio rotazione incarichi nelle aree a rischio corruzione (P.N.A.)	Relazione	Annuale	Aree Omogenee Gestione del personale /Approvvigionamento di Beni, Servizi e Logistica / Bilancio, Patrimonio / Direzione Amministrativa di Presidio e territoriale/ Servizio Tecnico e Manutenzioni/Sistemi Informativi

**3.5.6 Patti di integrità negli affidamenti**

Per "Patto di Integrità" s'intende un accordo, tra amministrazione e partecipanti alle procedure di gara, avente ad oggetto la regolamentazione del comportamento ispirato ai principi di lealtà, trasparenza e correttezza, nonché l'espresso impegno anticorruzione di non offrire, accettare o richiedere somme di denaro o qualsiasi altra ricompensa, vantaggio o beneficio, sia direttamente che indirettamente.

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

Delle eventuali violazioni del patto d'integrità e dei conseguenti provvedimenti adottati deve essere data tempestiva comunicazione al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza.

Si richiamano sul punto le Linee Guida n.15 di ANAC riguardanti la "*Individuazione e gestione dei conflitti di interesse nelle procedure di affidamento di contratti pubblici*" – approvate dal Consiglio dell'Autorità con delibera n.494 del 5 giugno 2019 - ove in merito a *Protocolli di legalità e patti di integrità*:

*"11.1 Si raccomanda l'inserimento, nei protocolli di legalità e/o nei patti di integrità, di specifiche prescrizioni a carico dei concorrenti e dei soggetti affidatari mediante cui si richiede la preventiva dichiarazione sostitutiva della sussistenza di possibili conflitti di interesse rispetto ai soggetti che intervengono nella procedura di gara o nella fase esecutiva e la comunicazione di qualsiasi conflitto di interesse che insorga successivamente.*

*11.2 Si raccomanda di prevedere, nei protocolli di legalità e/o nei patti di integrità, sanzioni a carico dell'operatore economico, sia in veste di concorrente che di aggiudicatario, nel caso di violazione degli impegni sottoscritti, secondo la gravità della violazione accertata e la fase in cui la violazione è posta in essere, oltre che nel rispetto del principio di proporzionalità.*

*11.3 La Stazione appaltante valuta il comportamento del concorrente anche ai sensi dell'articolo 80, comma 5, lettera c-bis) del codice dei contratti pubblici, tenuto conto anche della natura del conflitto non dichiarato e delle circostanze che hanno determinato l'omissione".*

Al riguardo si dà evidenza che nell'anno 2021 è stata redatta proposta di aggiornamento del dello schema del "*Patto d'Integrità*" ad oggi vigente.

Con il presente Piano, pertanto, AORMN approva il citato aggiornamento nella versione allegata (allegato 2). Si precisa che lo schema approvato è da intendersi indicativo nei contenuti (strutturati già per essere alternativi ed eventuali) e vincolante per le finalità che si pone.

### **3.5.7 Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (whistleblower)**

Come ulteriore misura per prevenire il rischio di corruzione, l'Azienda, sempre come previsto nella DGRM 1718/2022 da validità al vigente regolamento adottato, con determina del Direttore Generale dell'ec AOMN n. 2 del 13 gennaio 2016, il "*Regolamento per la tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti*", secondo le previsioni contenute nell'art.1, comma 51, della legge 190/2012 e le indicazioni all'uopo fornite dal PNA nonché in coerenza alle specifiche linee guida fornite da ANAC con determinazione n.6 del 28 aprile 2015.

L'Azienda pertanto con il Regolamento di cui sopra ha attivato apposita procedura per la raccolta di segnalazione di illeciti e ha predisposto le azioni da adottare per rafforzare la garanzia dell'anonimato e la tutela da azioni discriminatorie nei confronti del c.d. *whistleblower*.

A tal fine, è stata attivata una casella di posta elettronica dedicata *segnalazione.illeciti@ospedalimarchenord.it*, accessibile al solo Responsabile per la Prevenzione della Corruzione che la presidia costantemente. Al Regolamento è stata garantita la più ampia diffusione, tramite la pubblicazione sul sito Internet aziendale e sul Portale della Trasparenza.

Ad oggi, non risulta pervenuta alcuna segnalazione in tal senso.

Il *Regolamento per la tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti*" vigente sarà la sua versione aggiornata, con determina DG n. 122 del 7 marzo 2019 e pubblicato sul sito web aziendale – Sezione Amministrazione Trasparente – sottosezione – Altri contenuti.

Al riguardo, si rileva che ANAC con delibera n. 469 del 09 giugno 2021 ha elaborato le "*Linee guida in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza in ragione di un rapporto di lavoro, ai sensi dell'art. 54-bis, del d.lgs. 165/2001 (c.d. whistleblowing)*".

**Tabella Monitoraggio: Tutela del dipendente che segnala illeciti (whistleblower)**

MISURE	FASI/ATTIVITA' /MODALITA' DI ATTUAZIONE	TEMPI/TERMINI	RESPONSABILITA'
Adeguamento del <i>Regolamento per la tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti</i>	Elaborazione proposta di Regolamento e relativa determina di adozione	Entro2022	RPCT RTD RPD e Affari Generali e Istituzionali
Analisi delle segnalazioni pervenute	Report consuntivo anche ai fini della predisposizione della relazione annuale A.N.AC.	Annuale	RPCT

**3.5.8 Monitoraggio del rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti**

Nei processi a maggior rischio corruzione ciascun Dirigente, per l'area o processo di propria competenza, ha il compito di monitorare il rispetto dei termini di conclusione di ogni procedimento. Tali termini sono fissati dai Responsabili delle singole Strutture/Servizi sulla base della normativa vigente e dei regolamenti interni e pubblicati in apposite Tabelle nell'ambito della Sezione Amministrazione Trasparente – sottosezione "Attività e procedimenti".

In linea con quanto già definito nei precedenti PTPCT, i suddetti Dirigenti/Responsabili delle unità operative interessate sono tenuti periodicamente a monitorare il rispetto dei termini di conclusione dei procedimenti, elaborando un report periodico semestrale da trasmettere al RPCT oltre che al Direttore Generale, anche in funzione della titolarità del potere sostitutivo e del regime delle relative responsabilità come da disciplina della legge 241/1990.

**Tabella Monitoraggio - rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti**

MISURE	FASI/ATTIVITA' /MODALITA' DI ATTUAZIONE	TEMPI/TERMINI	RESPONSABILITA'
Monitoraggio dei termini per la conclusione dei procedimenti	Report a RPCT	Semestrale	Unità operative cui è assegnata la Responsabilità dei procedimenti amministrativi

**3.5.9 Attività e comportamenti in caso di decesso di pazienti nelle Unità operative dei Presidi ospedalieri aziendali**

Quest'area, già ritenuta di prioritaria importanza nell'aggiornamento del PNA 2015, era stata rilevata come tale nell'ambito dei precedenti PTPC aziendali, con l'impegno di effettuare un'attenta disamina in merito

tenuto conto delle rilevanti implicazioni sia di natura etica che economica – anche coinvolgenti gli operatori sanitari – connesse alla commistione di molteplici interessi (anche esterni) incidenti su questo particolare ambito.

Fermo restando quanto sul punto espresso da ANAC circa un auspicabile approfondimento, anche in sede legislativa, delle problematiche correlate al decesso intraospedaliero e/o comunque alla gestione e utilizzo delle camere mortuarie, occorre nel frattempo assicurare, dal punto di vista organizzativo e delle risorse a disposizione, la più appropriata modalità di gestione.

Per quanto concerne gli eventi rischiosi (configuranti varie ipotesi di illecito anche di rilievo penale) che possono verificarsi, si indicano, a titolo esemplificativo: la comunicazione in anticipo di un decesso ad una determinata impresa di onoranze funebri in cambio di una quota sugli utili; la segnalazione ai parenti, da parte degli addetti alle camere mortuarie e/o dei reparti, di una specifica impresa di onoranze funebri, sempre in cambio di una quota sugli utili; la richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in relazione all'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti previsti (es. per la vestizione della salma da parte di un operatore sanitario).

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. Al riguardo, una possibile misura rivolta agli operatori interni è costituita dalla rotazione del personale direttamente interessato e dall'adozione di specifiche regole di condotta all'interno dei codici di comportamento, come ad esempio, obblighi di riservatezza relativi all'evento del decesso cui devono attenersi gli operatori addetti al servizio. Per gli operatori esterni, una possibile misura è costituita dal monitoraggio dei costi e tempi di assegnazione (anche al fine di riscontrare eventuali proroghe ripetute e/o una eccessiva concentrazione verso una stessa impresa o gruppo di imprese) del servizio di camere mortuarie.

**Tabella Monitoraggio: Attività e comportamenti in caso di decesso di pazienti nelle Unità operative dei Presidi ospedalieri aziendali**

MISURE	FASI/ATTIVITA' /MODALITA' DI ATTUAZIONE	TEMPI/TERMINI	RESPONSABILITA'
Verifiche e controlli in ordine al rispetto della specifica procedura	Report a RPCT	Annuale	Direzione Medica dei Presidi

**3.5.10 Adozione di strumenti operativi di antiriciclaggio**

Il D.Lgs. 21 novembre 2007 n. 231 costituisce il testo normativo vigente sulla prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio, ed è stato modificato dal D.Lgs. 25 maggio 2017 n. 90 (di recepimento della direttiva 20 maggio 2015/849), che ne ha sostituito intere parti, e ulteriormente modificato, da ultimo, dal D.Lgs. 4 ottobre 2019 n. 125, di recepimento della direttiva 2018/843.

Il Dlgs 90/2017 ha recepito nel nostro ordinamento la direttiva (UE) 2015/849 (IV direttiva antiriciclaggio), sostanzialmente riscrivendo in alcuni aspetti importanti il precedente DLgs 231/2007, e introducendo diverse innovazioni, che riguardano i soggetti destinatari degli obblighi di registrazione, le comunicazioni alle competenti Autorità, le misure di adeguata verifica della clientela, i controlli, gli obblighi di conservazione e le sanzioni.

Con le novità introdotte dal DLgs 90/2017 i controlli e le procedure antiriciclaggio sono stati graduati in funzione del rischio e al Comitato di Sicurezza Finanziaria sono stati attribuiti i compiti di elaborare l'analisi nazionale del rischio di riciclaggio e finanziamento del terrorismo e delle strategie per contrastarlo e di elaborare linee-guida per le Pubbliche Amministrazioni.

I soggetti destinatari degli obblighi antiriciclaggio devono adottare le conseguenti misure proporzionate al rischio, dotandosi delle procedure sistematiche di valutazione, gestione e controllo dei rischi tipici dell'attività espletata.

Il DLgs 125/2019 ha recepito nel nostro ordinamento la direttiva 2018/843 (V direttiva antiriciclaggio), con modifiche sui poteri ispettivi e di controllo delle Autorità di vigilanza, sulla definizione delle «amministrazioni ed organismi interessati» (quelli che hanno poteri di controllo o rilasciano autorizzazioni, concessioni, licenze, e qualsiasi altro titolo autorizzativo o abilitante ai "soggetti destinatari degli obblighi" individuati dal DLgs 231/2007), sull'individuazione del legame tra persone politicamente esposte ed altri soggetti.

Ulteriori interventi concernono la definizione dei "prestatori di servizi relativi all'utilizzo di valuta virtuale" e i "prestatori di portafoglio digitali", l'individuazione dei soggetti obbligati, e gli obblighi della società capogruppo, che deve adottare un approccio globale al rischio riciclaggio e finanziamento del terrorismo, in ossequio a quanto disposto dall'Autorità di vigilanza del settore.

Il DLgs modifica poi le modalità della verifica adeguata della clientela, compreso l'utilizzo delle forme di identificazione elettronica.

Anche il sistema sanzionatorio viene modificato con puntualizzazione dei poteri sanzionatori di Banca d'Italia, IVASS e CONSOB, con il coordinamento dei poteri sanzionatori di tutti i soggetti competenti, e l'attribuzione al MEF del potere di irrogare ogni altra sanzione amministrativa pecuniaria non espressamente attribuita ad altra Autorità od Organismo.

L'art. 10 primo comma del DLgs 231/2007 stabilisce che:

«1. Le disposizioni di cui al presente articolo si applicano agli uffici delle Pubbliche amministrazioni competenti allo svolgimento di compiti di amministrazione attiva o di controllo, nell'ambito dei seguenti procedimenti o procedure:

- a) procedimenti finalizzati all'adozione di provvedimenti di autorizzazione o concessione;
- b) procedure di scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi secondo le disposizioni di cui al codice dei contratti pubblici;
- c) 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.»

L'Azienda Sanitaria Territoriale pertanto è tenuta, in attuazione della predetta normativa a collaborare con le autorità competenti in materia di lotta al riciclaggio, individuando e segnalando le attività e fatti rilevanti che potrebbero costituire sospetto di operazioni di riciclaggio Oltre a delineare le procedure operative atte a garantire un tempestivo assolvimento degli obblighi di comunicazione verso l'Unità di Informazione Finanziaria - U.I.F., l'Amministrazione provvede annualmente alla formazione del personale dell'Ente e dei referenti coinvolti, raccoglie le segnalazioni. Nel corso del triennio verrà effettuata apposita formazione a tutti gli attori interessati e con i Dirigenti dell'area appalti beni servizi e lavori verranno elaborate apposite check list di indicatori di anomalia più rilevanti e pertinenti al nostro contesto interno (*risk based approach*).

### **3.5.11 Controlli nelle strutture convenzionate**

Il servizio sanitario pubblico ha l'obiettivo e la necessità di garantire il benessere delle persone e di fornire cure sanitarie universali. 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 PU 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 ed ex ASUR, 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 ASUR 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'ASUR, 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.

In particolare, 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'ASUR 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.

Relativamente alle strutture residenziali e semiresidenziali delle aree sanitarie extra-ospedaliere e socio-sanitarie, l'ASUR con Determina del DG n. 605/2018 ha costituito un **gruppo di coordinamento** delle procedure di verifica e controllo degli accordi contrattuali, che coinvolge i responsabili amministrativi e sanitari individuati nelle singole convenzioni o, in mancanza di specifica individuazione degli stessi, i Direttori UOC delle Aree Anziani/Fragilità, Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Disabilità/Minori.

Il controllo è rivolto a garantire in particolare:

- la coerenza tra provvedimento di inserimento ed effettiva presenza dell'ospite nel modulo individuato all'atto dell'inserimento;
- la corrispondenza tra le qualifiche professionali degli operatori in attività presso la struttura e quelle previste dagli standard assistenziali contenuti nell'allegato "B" della DGRM 1331/2014 e smi;
- la coincidenza tra organico complessivo degli operatori in attività e quello previsto dagli standard assistenziali della DGRM n 1331/2014 e smi;
- il rispetto nella fase esecutiva del programma terapeutico stabilito;
- il rispetto delle disposizioni normative in materia di sicurezza alimentare, salubrità degli ambienti di lavoro, salute e sicurezza degli operatori;
- assolvimento dei debiti informativi.
- 

Con successiva Determina n. 620/ 2019, l'ASUR ha adottato le linee guida per l'attività di controllo nelle strutture residenziali e semiresidenziali delle aree sanitarie extra ospedaliere e socio-sanitarie, per effetto delle convenzioni/accordi contrattuali.

La situazione emergenziale, determinata dall'epidemia SARS-COV2, ha richiesto l'adozione di ulteriori provvedimenti amministrativi specifici per fronteggiare le nuove esigenze assistenziali delle sopracitate strutture. La gestione degli utenti COVID-19 all'interno di tali strutture ha determinato **l'adozione** di linee operative regionali con DGRM n. 685/2020.

Le stesse sono state poi declinate sul piano aziendale inizialmente con Determina del DG n. 162 del 03/04/2020 per l'Area Anziani e successivamente con Determina ASUR n. 386 del 30/07/2020 per le altre tipologie di strutture territoriali sopra indicate.

**Misure definite:**

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

**3.5.12 Controlli PNRR**

**Le procedura legate al PNRR sono avviate adeguatamente sia** alle disposizioni di cui al DL n. 77/2021, convertito con legge 108 del 20/07/2021, sia alla circolare n.30 dell'11/08/2022 emanata dal Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato con la quale sono state adottate delle Linee Guida per lo svolgimento delle attività di controllo e rendicontazione delle Misure PNRR di competenza delle Amministrazioni centrali e dei Soggetti attuatori.

L'adozione di quest'ultimo documento è stata dettata dalla necessità di fornire linee di orientamento e di indirizzo metodologiche, nonché indicazioni di massima e, per quanto possibile, primi suggerimenti operativi sulla corretta individuazione del "titolare effettivo" dei destinatari/appaltatori di fondi PNRR, sulle misure per la prevenzione e individuazione del "conflitto di interessi" e del "doppio finanziamento", nonché sul rispetto del principio di "non arrecare danno significativo all'ambiente" (cd. DNSH).

Pertanto, l'Azienda, in fase di predisposizione ed approvazione di un Avviso/ Bando di gara, ha proceduto ad inserire specifiche prescrizioni /requisiti/condizionalità utili ad orientare le soluzioni tecniche e amministrative delle attività da realizzare, al fine di garantire il rispetto dei requisiti e delle specifiche condizionalità PNRR e di tutti i requisiti connessi alla misura a cui è associato il progetto, del principio del DNSH nonché dei principi trasversali del PNRR.

Di seguito si riportano gli obblighi e le prescrizioni introdotte da AORMN in sede di gara in ossequio al PNRR:

**OBBLIGO: Rispetto delle condizionalità PNRR** – occorre garantire nei documenti attuativi (avviso, disciplinari, documenti tecnici) la coerenza con gli elementi della programmazione di dettaglio della Misura e con il cronoprogramma dell'Intervento e del Progetto di riferimento (es. tempistiche di realizzazione, scadenza delle attività, tempi di rilascio prodotti). Prevedere, inoltre, il monitoraggio in itinere del corretto avanzamento dell'attuazione per la precoce individuazione di scostamenti e la messa in campo di azioni correttive.

**PRESCRIZIONE INSERITA DA AORMN** - nell'ambito del Capitolato speciale sono stati declinati i tempi di esecuzione del contratto in coerenza con al programmazione del progetto di riferimento:

**OBBLIGO: Rispetto del DNSH** – devono essere indicati negli atti e nei documenti "chiave" della procedura (es. bando e relativi documenti tecnici e amministrativi) gli elementi e le prescrizioni/obblighi per il soggetto realizzatore ulteriori obblighi derivanti dal rispetto del principio di "non arrecare danno significativo all'ambiente" (cd. DNSH) così come espressamente previsto dall'art. 18 comma 4 lett. d) del Regolamento UE 241/2021,

**PRESCRIZIONE INSERITA DA AORMN** - nell'ambito della doc tecnica da presentare a cura dell'operatore economico è stata richiesta una specifica check list in ordine al rispetto del principio DNSH (Do No Significant Harm").



**OBBLIGO: Rispetto dei principi trasversali** - occorre inserire l'eventuale acquisizione di attestazioni/dichiarazioni in riferimento ai principi trasversali PNRR relativi al Progetto (parità di genere, politiche per i giovani, quota SUD ove applicabile), nonché prevedere specifiche sezioni del bando relative a specifici elementi di attenzione come l'inclusione di giovani e donne nella progettazione e realizzazione dei progetti, il rispetto della quota SUD e le relative modalità di controllo e verifica.

**PRESCRIZIONE INSERITA DA AORMN** - nell'ambito del disciplinare di gara è stata inserita l'acquisizione delle dichiarazioni sopra citate nel rispetto della parità di genere e politiche per i giovani meglio esplicitate dall'art 47 del D.77/2021.

**OBBLIGO: Rispetto delle misure di prevenzione e contrasto di irregolarità gravi quali la frode, conflitto di interessi, doppio finanziamento nonché verifiche dei dati previsti dalla normativa antiriciclaggio (titolare effettivo).**

**PRESCRIZIONE INSERITA DA AORMN** - nell'ambito della documentazione di gara è stata inserita l'acquisizione obbligatoria a cura degli operatori economici partecipanti delle seguenti dichiarazioni:

- Dichiarazione assenza conflitto di interessi.;
- Dichiarazione contenente i dati necessari per l'identificazione del titolare effettivo ( modulo titolare effettivo).

Per quanto concerne le verifiche per i finanziamenti si precisa che la UOC provvede a garantire idonea registrazione dei dati relativi alle procedure di che trattasi sul sistema informativo ReGis.

## 3.6 LA TRASPARENZA

### 3.6.1 La misura della trasparenza

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 presente 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 [www.asur.marche.it](http://www.asur.marche.it), alla sezione "**Amministrazione Trasparente**" declinata per ogni AST e nel sito [www.ospedalimarchenord.it](http://www.ospedalimarchenord.it), dei documenti, delle informazioni e dei dati concernenti

La presente sottosezione **Trasparenza** aggiorna le precedenti e costituisce l'atto organizzativo fondamentale dei flussi informativi necessari per garantire, per tutta l'AST nel triennio **2023-2025**, l'elaborazione, la trasmissione e la pubblicazione dei dati obbligatori prevedendo le azioni da intraprendere per migliorare la completezza delle informazioni richieste.

In particolare sono specificati i responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti e delle informazioni relative alla normativa sulla trasparenza, organizzati secondo uffici periferici ed evidenzia 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 dato/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 degli Uffici Periferici dell'AST PU per le parti di rispettiva competenza, come già previsto dai precedenti Programmi triennali dell'es ASUR e dell'ex AOMN, secondo la Griglia allegata degli obblighi di pubblicazione ulteriormente aggiornata con l'indicazione delle strutture responsabili rispetto allo schema generale di riferimento di cui all'allegato 1 della Delibera ANAC n. 1310 del 28/12/2016, che aggiorna l'elenco di cui al D.Lgs. n. 33/2013 (all. 3 A uffici periferici ex AOMN e 3B uffici periferici ex AV1).

L'Azienda, come già in passato, prevede la pubblicazione sul proprio sito "Amministrazione Trasparente" di altre informazioni (oltre a quelle previste come obbligatorie) nella logica di rendere disponibili ulteriori dati che possano dar conto del funzionamento aziendale e dei risultati. Tali informazioni sono riportate nella Sezione "Altri contenuti" – sotto sezione: "Dati ulteriori".

Le pubblicazioni non più obbligatorie in base al D. Lgs. 97/2016 rimarranno visibili fino alla loro naturale scadenza ad eccezione di quelle informazioni, ancorché non più obbligatorie, che si è ritenuto o si riterrà di mantenere comunque alimentate nella Sezione "Altri contenuti".

Da sottolineare che nel corso dell'anno 2022 è stata progettata anche la pagina dedicata al PNRR al link <https://www.ospedalimarchenord.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/attuazione-misure-pnrr/>, secondo le modalità indicata dalla RGS per le amministrazioni centrali titolari di interventi.

### **3.6.2 Processo di attuazione degli obblighi di pubblicazione nella sezione "Amministrazione Trasparente"**

Nelle more dell'attivazione del nuovo sito web dell'AST PU, l'organizzazione degli obblighi di pubblicazione sarà secondo la regola per *uffici periferici* così come declinato anche da ANAC (allegato 5 delibera ANAC 294/2021):

- Ricorso a link che dalla sezione "Amministrazione Trasparente" di'ex AOMN conducano alle sezioni "Amministrazione Trasparente di obblighi generati da strutture Omogenee di ex AV1

Come previsto al precedente paragrafo, i flussi per la pubblicazione dei dati e l'individuazione dei responsabili dell'elaborazione/trasmissione e pubblicazione dei dati sono rappresentati nella Tabella di cui all'Allegato n.3A e 3B al presente PIAO.

Nella Tabella sono indicati i dati la cui pubblicazione obbligatoria è prevista dal d.lgs.33/2013, come modificato dal d.lgs. 97/2016. Rimane anche il riferimento ai dati che, in virtù del citato decreto legislativo, non sono più da pubblicare obbligatoriamente oltre a quelli che non sono di pertinenza dell'Azienda Sanitaria Territoriale in relazione all'organizzazione ed alle funzioni proprie della stessa.

L'Azienda prevede la pubblicazione in "Amministrazione Trasparente" di altre informazioni (oltre a quelle previste come obbligatorie) nella logica di rendere disponibili ulteriori dati che possano dar conto del funzionamento aziendale e dei risultati. Tali informazioni sono riportate nelle sottosezioni "Altri contenuti" – "Dati ulteriori".

Le pubblicazioni non più obbligatorie in base al D.Lgs. 97/2016 rimarranno visibili fino alla loro naturale scadenza ad eccezione di quelle informazioni, ancorché non più obbligatorie, che si è ritenuto o si riterrà di mantenere comunque alimentate nella Sezione "Altri contenuti".

Come si rileva dalla richiamata Tabella allegata al presente PTPCT, l'Azienda ha inteso conferire particolare rilevanza alla responsabilità in capo ad ogni singola unità operativa e ai relativi dirigenti/responsabili sia in termini di assolvimento degli obblighi di elaborazione/trasmisione dei dati che di pubblicazione degli stessi. Si rileva, altresì, che, in ragione dell'attuale contesto organizzativo, per taluni obblighi è prevista la coincidenza di dette responsabilità in un unico soggetto/unità organizzativa.

Il RPCT ha un ruolo di coordinamento e di monitoraggio sull'effettiva pubblicazione, ma non sostituisce le articolazioni organizzative preposte alla elaborazione e/o trasmissione dei dati ovvero alla pubblicazione degli stessi. Per tali incombenze il Responsabile medesimo si avvale anche di apposito "Gruppo di lavoro permanente".

In tal senso, i Dirigenti/ Responsabili delle articolazioni organizzative garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge (a norma dell'art.43, comma 3, del D. Lgs. n.33/2013 e ss.mm.ii.), assicurando l'accuratezza, la completezza dei dati ed il rispetto degli ulteriori criteri stabiliti per la qualità dei dati stessi, ivi compresi i formati e i dati di tipo aperto, secondo le modalità e le specifiche tecniche previste dal D.Lgs. n.33/2013 e ss.mm.ii. nonché dalle determinazioni ANAC, dal presente Piano e da quant'altro conferente al riguardo.

I tempi di inserimento dei dati e la frequenza del loro aggiornamento sono stabiliti *ex lege* e dettagliatamente sintetizzati nella Tabella allegata al presente PTPCT, secondo le indicazioni dettate da ANAC, in particolare:

- per aggiornamento tempestivo, deve intendersi che l'aggiornamento sia effettuato entro 30 giorni dalla data di disponibilità dell'informazione, salvo diverse tempistiche espressamente previste dalle norme ovvero indicate nella tabella allegata al PIAO;
- per aggiornamento semestrale/trimestrale, deve intendersi la pubblicazione dei dati entro 30 giorni dalla data di scadenza del semestre di riferimento, salvo diverse tempistiche espressamente previste dalle norme ovvero indicate nella tabella allegata al PIAO;
- per aggiornamento annuale, deve intendersi la pubblicazione dei dati entro 30 giorni dalla data di scadenza dell'annualità di riferimento, salvo diverse tempistiche espressamente previste dalle norme ovvero indicate nella tabella allegata al PIAO.

Coerentemente alle indicazioni contenute nelle richiamate Linee Guida ANAC, si è provveduto alla definizione, in relazione alla periodicità dell'aggiornamento fissato dalle norme, dei termini entro i quali prevedere l'effettiva pubblicazione di ciascun dato in corrispondenza dei singoli obblighi.

### **3.6.3 Qualità dei dati pubblicati**

Ai fini della pubblicazione dei dati, i responsabili sono tenuti all'osservanza dei criteri di qualità delle informazioni da pubblicare sui siti istituzionali ai sensi dell'art. 6, comma 1, del d.lgs. 33/2013 e ss.mm.ii., così come richiamati nelle Linee Guida ANAC, e precisamente:

- A) **Integrità** - insieme delle caratteristiche di un documento informatico che ne dichiarano la qualità di essere completo ed inalterato (ex DPCM 13 novembre 2014, allegato 1).
- B) **Costante aggiornamento** - Dapprima si rileva la necessità che per ogni dato, o categoria di dati, sia indicata, in corrispondenza di ciascun contenuto, la data di pubblicazione e, conseguentemente, la data di aggiornamento, distinguendo quella di "iniziale" pubblicazione da quella del successivo aggiornamento.

Si focalizza, in particolare, l'attenzione – così come segnalato da ANAC - sul significato del termine aggiornamento in base al quale non si intende necessariamente la modifica del dato, essendo talvolta sufficiente un controllo dell'attualità delle informazioni pubblicate, anche a tutela di

eventuali interessi individuali coinvolti. Le strutture/soggetti preposti all'assolvimento degli obblighi di pubblicazione sono dunque tenuti a controllare l'attualità delle informazioni pubblicate e a modificarle, ove necessario, anche nei casi in cui l'interessato ne richieda l'aggiornamento, la rettifica e/o l'integrazione ai sensi dell'art. 7, co. 3, lett. a) del D.Lgs. 196/2003.

Al fine di rendere verificabile il controllo effettuato dalle strutture/soggetti preposti sull'attualità delle informazioni pubblicate, ANAC evidenzia la necessità che in ogni pagina della sezione "Amministrazione Trasparente" venga indicata la relativa data di aggiornamento. Al riguardo, si indicano le seguenti quattro diverse frequenze di aggiornamento:

a) Cadenza annuale, per i dati che, per loro natura, non subiscono modifiche frequenti o la cui durata è tipicamente annuale;

b) Cadenza semestrale, per i dati che sono suscettibili di modifiche frequenti ma per i quali la norma non richiede espressamente modalità di aggiornamento eccessivamente onerose in quanto la pubblicazione implica per l'amministrazione un notevole impegno, a livello organizzativo e di risorse dedicate;

c) Cadenza trimestrale, per i dati soggetti a frequenti cambiamenti;

d) Aggiornamento tempestivo, per i dati che è indispensabile siano pubblicati nell'immediatezza della loro adozione (e comunque entro il termine di 30 giorni).

(In relazione agli aspetti trattati nel presente punto cfr. determinazione ANAC 50/2013, allegato 2, paragrafo 2, e determinazione ANAC 1310/2016, Parte prima, paragrafo 3).

- C) **Completezza** - in coerenza con quanto stabilito dalla determinazione ANAC 50/2013, all'allegato 2, paragrafo 1, un dato è da ritenersi pubblicato in maniera completa se la pubblicazione è esatta, accurata e riferita a tutti gli uffici. Per quanto concerne l'esattezza, quest'ultima è da intendersi riferibile alla capacità del dato di rappresentare correttamente il fenomeno che intende descrivere. L'accuratezza, invece, indica la capacità del dato di riportare tutte le informazioni richieste dalle previsioni normative.
- D) **Tempestività** - l'art. 8, comma 1, del D.Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii. stabilisce che i documenti contenenti dati oggetto di pubblicazione obbligatoria nei termini di legge vengano pubblicati tempestivamente sul sito istituzionale dell'Amministrazione, intendendosi, in tal senso, il rispetto del termine di trenta giorni;
- E) **Semplicità di consultazione**/F) **Comprensibilità** - al fine di rendere il dato maggiormente comprensibile e di semplice consultazione si consiglia la rappresentazione dello stesso, ove possibile, in tabelle. In ogni caso, si segnala che l'utilizzo di tabelle è obbligatorio laddove previsto nel PTPCT;
- G) **Omogeneità** - sulla base delle definizioni fornite con l'allegato 1 al DPCM 13 novembre 2014, al fine di favorire una maggior comprensibilità dei dati pubblicati, si richiama l'attenzione sulla necessità di aggregare ed organizzare i medesimi per aree e categorie omogenee, attraverso una gestione unitaria e coordinata delle attività di pubblicazione all'interno delle strutture;
- H) **Facile accessibilità** - in aderenza ai principi contenuti nella Legge 9 gennaio 2004, n. 9 e ss.mm.ii., nel D.Lgs. del 7 marzo 2005, n. 82 e ss.mm.ii., nel Decreto 20 marzo 2013 del Ministero dell'Università e della Ricerca e nella Circolare n. 61/2013 dell'Agenzia per l'Italia Digitale, è opportuno che i dati pubblicati possano essere facilmente fruiti e trasformati secondo le necessità dell'utenza, senza che si verifichino ingiustificati disagi o vincoli al momento dell'accesso ai dati stessi;
- I) **Conformità ai documenti originali** - si richiamano, al riguardo, i principi indicati dalle Linee Guida (maggio 2016) dell'Agenzia per l'Italia Digitale, in materia di pubblicità legale dei documenti e

sulla conservazione dei siti web delle P.A., evidenziando la necessità di assicurare che i dati mantengano i requisiti di autenticità, inalterabilità ed immutabilità rispetto ai documenti originali in possesso delle strutture/soggetti preposti all'assolvimento degli obblighi di pubblicazione;

J) **Indicazione della provenienza** – E' necessario che sia sempre tracciabile la riconducibilità dei dati alla titolarità delle strutture/soggetti preposti all'assolvimento degli obblighi di pubblicazione;

K) **Riutilizzabilità** – in osservanza delle disposizioni contenute nel D.Lgs. 82/2005 e ss.mm.ii. (e con specifico riferimento ai DPCM attuativi del 3.12.2013 disciplinanti regole tecniche per il Protocollo Informatico e per il sistema di conservazione documentale), nonché nel D.Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii. e nelle determinazioni ANAC 50/2013 (allegato 2) e 1310/2016, sono da intendersi dati in formato aperto quelli che presentano le seguenti caratteristiche:

- sono disponibili secondo i termini di una licenza che ne permetta l'utilizzo da parte di chiunque, anche per finalità commerciali, in formato disaggregato;
- sono accessibili attraverso le tecnologie dell'informazione e della comunicazione, ivi comprese le reti telematiche pubbliche e private, in formati aperti, sono adatti all'utilizzo automatico da parte di programmi per elaboratori e sono provvisti dei relativi metadati;
- sono resi disponibili gratuitamente attraverso le tecnologie dell'informazione e della comunicazione, ivi comprese le reti telematiche pubbliche e private, oppure sono resi disponibili ai costi marginali sostenuti per la loro riproduzione e divulgazione.

Al riguardo, ANAC evidenzia che l'Agenzia per l'Italia Digitale aggiorna, con periodicità almeno annuale, un repertorio dei formati aperti utilizzabili dalle pubbliche amministrazioni. Da tale repertorio sono, appunto, esclusi i formati proprietari, in sostituzione dei quali è possibile utilizzare sia *software Open Source* (quali ad esempio *Open Office*) sia formati aperti (quali ad esempio, *rtf* per i documenti di testo e *csv* per i fogli di calcolo). Per un costante aggiornamento sull'argomento, si invitano, pertanto le strutture/soggetti preposti all'assolvimento degli obblighi di pubblicazione a fare costante riferimento al citato repertorio dell'Agenzia per l'Italia Digitale.

Per quanto concerne il pdf – formato proprietario il cui *reader* è disponibile gratuitamente, se ne suggerisce l'impiego esclusivamente nelle versioni che consentano l'archiviazione a lungo termine e indipendenti dal software utilizzato (ad esempio: il formato pdf/A i cui dati sono elaborabili, mentre il ricorso al pdf in formato immagine utilizzato per la scansione dei documenti cartacei non assicura che le informazioni siano elaborabili).

#### **3.6.4 Decorrenza e durata dell'obbligo di pubblicazione**

In ordine alla decorrenza e durata degli obblighi di pubblicazione, viene operato espresso riferimento oltre che alle disposizioni di legge di cui al D.Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii., alle relative indicazioni contenute sul punto nelle Linee guida ANAC 1310/2016.

Al riguardo, la durata ordinaria della pubblicazione rimane fissata in cinque anni, decorrenti dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione (come previsto all'art. 8, comma 3, del D.Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii.), fatti salvi i diversi termini previsti dalla normativa per specifici obblighi (come previsto all'art. 14, co. 2 e art. 15 co. 4, del D.Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii. ) nonché quanto già stabilito 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 web aziendale. Decorsi i predetti termini, la trasparenza viene assicurata mediante la possibilità di presentare l'istanza di accesso civico di cui all'art. 5 della citata norma.

E', altresì, prevista la possibilità che ANAC, anche su proposta del Garante per la protezione dei dati personali, fissi una durata di pubblicazione inferiore al quinquennio basandosi su una valutazione del rischio corruttivo, nonché delle esigenze di semplificazione e delle richieste di accesso presentate (ex art. 8, comma 3, del D.Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii.).

### 3.6.5 Monitoraggio

Il RPCT svolge, come previsto dall'art. 43 del d.lgs. n. 33/2013, l'attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione, attraverso un monitoraggio su base periodica, con cadenza trimestrale, mediante riscontro tra quanto trasmesso e pubblicato e quanto previsto in corrispondenza di ciascun obbligo di pubblicazione. Al fine di agevolare l'attività di controllo e monitoraggio del RPCT, di norma, il dirigente/responsabile della elaborazione e/o trasmissione dei dati nonché il dirigente/responsabile della pubblicazione degli stessi informano tempestivamente (e, comunque, entro 30 giorni) il RPCT dell'avvenuta trasmissione e pubblicazione nelle corrispondenti sotto-sezioni della Sezione Amministrazione Trasparente. Nello specifico l'Azienda nel suo complesso dovrà ottenere un punteggio di performance degli obblighi di pubblicazione pari al 95%.

	PUBBLICAZIONE	COMPLETEZZA DEL CONTENUTO	COMPLETEZZA RISPETTO AGLI UFFICI	AGGIORNAMENTO	APERTURA FORMATO
totale punteggio	96,7%	94,0%	96,2%	94,0%	96,7%

### 3.6.6 Le "Giornate della trasparenza"

In coerenza alle disposizioni di cui all'art.10, comma 6, del D.Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii. secondo cui "Ogni amministrazione presenta il Piano e la Relazione sulla performance di cui all'articolo 10, comma 1, lettere a) e b), del decreto legislativo n. 150 del 2009 alle associazioni di consumatori o utenti, ai centri di ricerca e a ogni altro osservatore qualificato, nell'ambito di apposite giornate della trasparenza senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica", l'Azienda realizzerà per le finalità sopra richiamate (e per il tramite dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico), la Giornata della Trasparenza rappresentando in tale sede dati e contenuti inerenti l'intero anno.

In particolare, gli esiti del confronto potranno essere considerati ai fini del miglioramento dei livelli di trasparenza e, quindi, eventualmente riconducibili nell'ambito della pianificazione strategico-gestionale.

L'Azienda valuterà l'opportunità della realizzazione di alcune giornate informative alla presenza delle organizzazioni di volontariato e delle associazioni di tutela del cittadino-utente; ciò anche con la finalità di promuovere la cultura della legalità e della cittadinanza responsabile in linea con le previsioni della recente legge regionale n. 27/2017 e che potranno agevolare sinergie tra Amministrazioni operanti sul territorio.

Nel contesto della diffusione della cultura della trasparenza pare poi opportuno tenere conto di quanto precisato nelle Linee guida n. 4/2019 del Dipartimento della Funzione Pubblica in merito alla "valutazione partecipativa nelle amministrazioni pubbliche" di cui all'art. 19-bis del D.Lgs. n. 150/2009 volte quindi a rafforzare il ruolo dei cittadini e degli utenti nel ciclo di gestione della performance.

## 4- SEZIONE ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO -

### 4.1 Struttura Organizzativa

La legge regionale di riforma del SSR n.19/2022 e le successive deliberazioni della Giunta regione marche (DGRM 1170/2022, 1385/2022 e 1718/2022) contenenti le direttive di attuazione della legge stessa hanno fin da subito fatto salvo l'originario assetto organizzativo delle due Aziende per il tempo strettamente necessario alla adozione dell'atto aziendale e dei regolamenti di organizzazione dell'AST.

Si riporta un passaggio dell'Allegato A- adempimenti funzionali previsti dagli art. 42 e 43 della L.R.8 agosto 2022 n. 19 e DGRM 1385/2022 della DGRM1718/2022:

*"Nelle more dell'adozione dell'atto aziendale e dei regolamenti di organizzazione delle AST, resta invariato l'assetto degli incarichi del comparto e della dirigenza secondo gli atti di organizzazione vigenti e nel rispetto dei limiti all'applicazione degli standard del comitato LEA. Ciò fermo restando l'esigenza di evitare duplicazioni organizzative e funzionali relativamente alle strutture amministrative, tecniche e professionali non sanitarie preposte all'esercizio delle funzioni aziendali" .*

Per quanto riguarda l'assetto organizzativo aziendale, occorre far riferimento:

- per AORMN all'ultimo aggiornamento dell'atto aziendale adottato l'8 giugno 2020 con determina n.285, recante ad oggetto: *"Aggiornamento dell'Atto aziendale ex art. 3, comma 1-bis, del D.lgs.502/1992 e art. 5 della L.R.13/2003 dell'Azienda ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord" di cui alla determina DG n.721/2016, come modificata da determina DG n.73/2019. Adozione modifica assetto organizzativo aziendale."*, che come riportato nell'allegato è declinato in tre aree: Organizzazione dipartimentale sanitaria, amministrativa e Staff alla Direzione generale. Occorre precisare inoltre che gli incarichi dirigenziali assegnati nell'ambito dell'ex AORM fino al 31 dicembre 2022 sono fissati a n. 45 Unità Operative Complesse e 61 Unità Operative Semplici.
- per AV1 alla determina del direttore generale ASUR marche n. 361 del 23.06.2017 e determina del direttore area vasta 1 n. 638/2016, i cui incarichi dirigenziali sono stati fissati in n. 49 Unità Operative Complesse e 73 Unità Operative Semplici, come definito nella determina ASUR n. 764/2022.

### 4.2 Organizzazione del Lavoro Agile

#### 4.2.1 Principi generali

Tutte le Pubbliche Amministrazioni sono ricorse all'utilizzo del lavoro in modalità agile a causa della situazione emergenziale da Covid-19 ed in virtù del fatto che tale modalità di lavoro fosse in grado di tutelare la salute dei lavoratori e, al tempo stesso, garantire la continuità dell'attività lavorativa grazie ad autonomia, flessibilità ed organizzazione delle attività attraverso obiettivi. Previsto inizialmente come misura straordinaria dal D.L. n. 6/2020, nell'ambito delle attività considerate a rischio anche in assenza degli accordi individuali previsti dalla L. n. 81 del 22.05.2017, successivamente è stato normato dal D.L. n. 18/2020 convertito nella L. n. 27/2020 il cui art. 87, ha individuato il lavoro agile quale modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa per tutte le Pubbliche Amministrazioni *"fino alla cessazione dello stato di emergenza epidemiologica da Covid-2019"*.

Con D.P.C.M. del 23.09.2021, poi, è stato stabilito che, con decorrenza 15 ottobre 2021, la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa delle Pubbliche Amministrazioni dovesse essere nuovamente quella in presenza, fermo restando l'obbligo di assicurare il rispetto delle misure sanitarie di contenimento del rischio di contagio da Covid-19. Successivamente, il D.P.C.M. dell'8.10.2021 ha disciplinato il rientro in presenza del personale delle Pubbliche Amministrazioni individuando anche le condizionalità ed i requisiti necessari, organizzativi ed individuali per utilizzare il lavoro agile in un quadro di efficienza e di tutela dei diritti dei cittadini al fine di produrre un'adeguata qualità dei servizi.

Di non meno importanza la Circolare del 5 gennaio 2022, a firma congiunta del Ministro per la Pubblica Amministrazione e del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali, il cui scopo è stato di sensibilizzare le Pubbliche Amministrazioni e i datori di lavoro privati ad utilizzare appieno gli strumenti di flessibilità rapportati, ovviamente, alla situazione organizzativa di ciascuna Azienda e alle contingenze dei dipendenti della stessa. Pertanto, il ricorso al lavoro agile, seppur inizialmente sviluppatosi per questioni di natura emergenziale, può aprire la strada a concetti innovativi nell'ottica di un lavoro sempre più svincolato da una sede fisica di lavoro e da orari definiti ma non per questo meno professionale ed efficiente. Anzi, tale flessibilità, se ben organizzata, potrà essere in grado di migliorare la produttività attraverso l'incremento di autonomia, responsabilità nonché soddisfazione dei dipendenti. E' in quest'ottica che l'AST di Pesaro e Urbino potrà avviare, per il triennio 2022 - 2024, l'utilizzo delle modalità in lavoro agile.

Nel frattempo il 2 novembre 2022 è avvenuta la sottoscrizione del CCNL Comparto Sanità, che ha contrattualizzato le linee guida redatte dal Ministero della Pubblica Amministrazione. (TITOLO IV - LAVORO A DISTANZA dall'art.76 all'art.80)

Da tale recepimento contrattuale l'AST di Pesaro e Urbino potrà avviare il percorso al fine di integrare la propria organizzazione con questa nuova modalità operativa, facendo tesoro delle esperienze avviate durante il periodo pandemico.

#### **4.2.2 Normativa di riferimento**

- ✓ Art. 14 della legge 7 agosto 2015, n. 124, recante "Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche" e, in particolare, il comma 3, secondo cui "Con direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri, sentita la Conferenza unificata di cui all'art. 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sono definiti indirizzi per l'attuazione dei commi 1 e 2 del presente articolo e linee guida contenenti regole inerenti l'organizzazione del lavoro finalizzate a promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dipendenti";
- ✓ Direttiva n. 3/2017 del Presidente del Consiglio dei Ministri recante Linee Guida contenenti regole inerenti all'organizzazione del lavoro finalizzate a promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti;
- ✓ L. 22 maggio 2017 n. 81 recante "Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato" con specifico riferimento agli artt. 18 ss. in materia di "Lavoro agile";
- ✓ Circolare INAIL 48 del 2 novembre 2017 avente ad oggetto: "Lavoro agile. Legge 81/2017 artt. 18-23. Obbligo assicurativo e classificazione tariffaria, retribuzione imponibile, tutela assicurativa, tutela della salute e sicurezza dei lavoratori. Istruzioni operative";
- ✓ Direttiva Presidenza del consiglio dei Ministri del 1 luglio 2017 avente ad oggetto "Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri recante gli indirizzi per l'attuazione dell'art. 14 della legge 7 agosto 2015 n. 124 e linee guida contenenti regole inerenti all'organizzazione del lavoro finalizzate a promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti";
- ✓ Art. 2 "Lavoro agile" del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 25 febbraio 2020;



- ✓ Art. 3 “Modalità di svolgimento della prestazione lavorativa” della Direttiva 2/2020 del 12 marzo 2020 della Presidenza del Consiglio dei Ministri avente ad oggetto “Indicazioni in materia di contenimento e gestione dell’emergenza epidemiologica da Covid-19 nelle PPAA di cui all’art.1 D.Lgs 165/2001”;
- ✓ Art. 18 co. 5 del D.L. n. 9 del 2 marzo 2020, che modifica l’articolo 14 della Legge n. 124/2015, prima previsione del superamento del regime sperimentale per il lavoro agile nella pubblica amministrazione; ,
- ✓ Art. 87 co 1 e 2 del D.L. n. 18 del 17 marzo 2020 e successive modificazioni e integrazioni, il quale individua il lavoro agile quale modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa nelle pubbliche amministrazioni, con lo scopo di limitare la presenza del personale negli uffici per le sole attività indifferibili o che richiedono necessariamente la presenza in sede, prescindendo dagli accordi individuali e dagli obblighi informativi di cui alla L 81/2017 e anche utilizzando strumenti informatici nella disponibilità del dipendente qualora non siano forniti dall’amministrazione; ,
- ✓ Art. 2 della Circolare esplicativa 2/2020 del 2 aprile 2020 della Presidenza del Consiglio dei Ministri avente ad oggetto “Misure recate dal decreto-legge 17 marzo 2020 n. 18, recante “Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori ed imprese connesse all’emergenza epidemiologica da Covid-19”;
- ✓ Art. 263 comma 4 bis D.L. n. 34 del 19 maggio 2020 che introduce la redazione da parte delle pubbliche amministrazioni del P.O.L.A., quale strumento di programmazione del lavoro agile, entro il 31 gennaio di ciascun anno, sentite le organizzazioni sindacali; ,
- ✓ Legge 77 del 17 luglio 2020: Conversione in legge, con modificazioni, del Decreto Legge 19 maggio 2020, n. 34, recante misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all’economia, nonché di politiche sociali connesse all’emergenza epidemiologica da Covid-19; ,
- ✓ Decreto del Ministro della Pubblica Amministrazione del 19 ottobre 2020 con il quale sono state individuate le misure di organizzazione del lavoro pubblico nel periodo emergenziale; ,
- ✓ Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 9 dicembre 2020 attraverso il quale sono state approvate le Linee Guida per l’adozione del POLA; ,
- ✓ Direttiva n. 3/2020 “Modalità di svolgimento della prestazione lavorativa nell’evolversi della situazione epidemiologica da parte delle pubbliche amministrazioni”; ,
- ✓ Linee guida sul Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) e indicatori di performance della Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento Funzione Pubblica, dicembre 2020 versione 1.0;
- ✓ Art. 1 “Disposizioni urgenti in materia di lavoro agile” del D.L. n. 56 del 30/04/2021 “Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi” - dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23 settembre 2021, adottato ai sensi dell’art. 87 comma 1 del D.L. 17 marzo 2020, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27, attraverso il quale è superato l’impiego del lavoro agile come modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa nelle Pubbliche Amministrazioni, a decorrere dal 15 ottobre 2021;
- ✓ Decreto del Ministro della Pubblica Amministrazione dell’8 ottobre 2021, adottato in attuazione dell’art. 1 comma 1, del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23 settembre 2021, attraverso il quale si dispone che le Pubbliche Amministrazioni riorganizzino il rientro in presenza del personale dipendente, con contestuale regolamentazione, attraverso accordi individuali, dei rapporti dei dipendenti in lavoro agile, in attesa della contrattazione collettiva nazionale;
- ✓ Linee guida in materia di lavoro agile nelle amministrazioni pubbliche del 30 novembre 2021 nel quale si delineano gli aspetti fondamentali della regolamentazione del lavoro agile e da remoto in attesa della disciplina definitiva derivante dalla contrattazione collettiva.

- ✓ Circolare del 5 gennaio 2022, a firma congiunta del Ministro per la Pubblica Amministrazione e del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali, il cui scopo è stato di sensibilizzare le Pubbliche Amministrazioni e i datori di lavoro privati ad utilizzare appieno gli strumenti di flessibilità.

#### **4.2.3 .Definizione**

il lavoro agile è una modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante **accordo tra le parti**, anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro, con il possibile utilizzo di strumenti tecnologici per lo svolgimento dell'attività lavorativa. La prestazione lavorativa viene eseguita, in parte all'interno di locali aziendali e in parte all'esterno senza una postazione fissa, entro i soli limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva (*art. 18 della legge 81/2017*).

#### **4.2.4. Accesso al lavoro agile.**

L'adesione al lavoro agile è consentita a tutti i lavoratori siano essi con rapporto a tempo pieno o parziale e a tempo indeterminato o determinato. Per quanto riguarda i cd. "*lavoratori fragili*", attualmente vigono norme specifiche al riguardo. L'adesione al lavoro agile è consensuale e volontaria.

#### **5.Presupposti e condizioni**

I presupposti e le condizioni affinché l'Azienda possa attivare il lavoro agile sono:

- a) l'invarianza dei servizi resi all'utenza;
- b) l'adeguata rotazione del personale autorizzato alla prestazione di lavoro agile, assicurando comunque la prevalenza per ciascun lavoratore del lavoro in presenza;
- c) l'adozione di appositi strumenti tecnologici idonei a garantire l'assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni trattati durante lo svolgimento del lavoro agile e di – norma e/o ove possibile- la fornitura di idonea dotazione tecnologica
- d) la necessità per l'amministrazione della previsione di un piano di smaltimento del lavoro arretrato, ove accumulato;
- e) la stipula dell'accordo individuale di cui all'articolo 18, comma 1, della legge 22 maggio 2017, n. 81, cui spetta il compito di definire:
  - 1) gli *specifici obiettivi* della prestazione resa in modalità agile;
  - 2) le *modalità ed i tempi di esecuzione* della prestazione;
  - 3) le *modalità ed i criteri di misurazione* della prestazione medesima, anche ai fini del proseguimento della modalità della prestazione lavorativa in lavoro agile;
- f) il prevalente svolgimento in presenza della prestazione lavorativa dei soggetti titolari di funzioni di coordinamento e controllo, dei dirigenti e dei responsabili dei procedimenti;
- g) la rotazione del personale in presenza ove richiesto dalle misure di carattere sanitario.

#### **4.2.5 Accordo individuale ai sensi degli art.18, 19 e 21 della legge 81/2017**

L'accordo individuale deve essere stipulato per iscritto ai fini della regolarità amministrativa della prova e disciplina l'esecuzione della prestazione lavorativa svolta all'esterno dei locali dell'Azienda e Ente anche riguardo al potere di controllo del datore di lavoro sulla prestazione resa dal lavoratore nonché al potere disciplinare, individuando quindi le condotte, connesse all'esecuzione della prestazione lavorativa e che danno luogo all'applicazione di sanzioni disciplinari.

L'accordo deve contenere i seguenti elementi essenziali:

- a. Durata dell'accordo;

- b. Modalità di svolgimento, tempi di esecuzione e specifici obiettivi della prestazione lavorativa fuori dalla sede abituale di lavoro, con specifica indicazione delle giornate di lavoro da svolgere in sede e di quelle da svolgere a distanza;
- c. Modalità di recesso e ipotesi di giustificato motivo di recesso;
- d. Tempi di riposo del lavoratore che, su base giornaliera o settimanale, non potranno essere inferiori a quelli previsti per i lavoratori in presenza;
- e. Misure tecniche e organizzative necessarie per assicurare la disconnessione del lavoratore dalle strumentazioni tecnologiche di lavoro;
- f. Fasce di contattabilità;
- g. Modalità di esercizio del potere direttivo e di controllo del datore di lavoro sulla prestazione resa dal lavoratore all'esterno dei locali dell'amministrazione, anche ai fini del proseguimento della modalità della prestazione lavorativa in *smart working*;
- h. Impegno del lavoratore a rispettare le prescrizioni indicate nell'informativa sulla salute e sicurezza sul lavoro agile ricevuta dall'amministrazione.

#### **4.2.6. Dovere di diligenza e obbligo di riservatezza**

Durante il periodo di svolgimento del lavoro agile, resta in capo al il Direttore/Responsabile/Dirigente il proprio ruolo gerarchico e le correlate funzioni direttive al medesimo conferite tramite l'effettuazione di comunicazioni con il dipendente per via telematica o telefonica. Lo stesso dipendente adibito a lavoro agile è tenuto ad assumere un comportamento sempre improntato a principi di correttezza e buona fede e la prestazione dovrà essere svolta sulla base di quanto previsto dal CCNL vigente nel pieno rispetto ed osservanza del Codice disciplinare. Resta inteso che, secondo la loro gravità e nel rispetto della disciplina legale e contrattuale vigente, le condotte connesse all'esecuzione della prestazione lavorativa all'esterno dei locali aziendali danno luogo all'applicazione di sanzioni disciplinari, così come individuate nel regolamento disciplinare.

Il lavoratore ha il dovere ed obbligo di tutelare la riservatezza con riguardo a tutti i dati ed informazioni dei quali acquisisca conoscenza e disponibilità al proprio domicilio in riferimento al lavoro assegnatogli e derivanti dall'utilizzo al proprio domicilio dei programmi e dei dati ivi contenuti, nel pieno rispetto di tutte le norme legislative nonché delle disposizioni interne aziendali vigenti in materia.

#### **4.2.7 .Luogo di lavoro**

La prestazione lavorativa in modalità agile può essere svolta in un luogo diverso dalla sede di lavoro abituale assegnata dall'Azienda. Tale luogo deve comunque consentire la garanzia dei criteri di sicurezza e riservatezza e che risponda a criteri di ragionevolezza.

Il lavoratore è tenuto a segnalare tempestivamente eventuali problematiche di carattere tecnico/informatico, anche in termini di sicurezza del trattamento dei dati, per permettere all'Azienda di intervenire, tempestivamente, ai fini della analisi della problematica di che trattasi. Qualora le problematiche dovessero rendere temporaneamente impossibile o non sicura la prestazione lavorativa l'istituto può essere sospeso nelle more della risoluzione o cessato in caso di impossibilità di provvedere alla risoluzione stessa. Il lavoratore, nel corso dell'espletamento del lavoro agile, è tenuto ad attenersi a tutte le norme e regolamenti in vigore in materia di prevenzione e protezione ed al rispetto delle norme di sicurezza e salute dei lavoratori.

#### **4.2.8 .Potere disciplinare e modalità e criteri di misurazione della prestazione**

La modalità di lavoro agile non modifica il potere direttivo e di controllo del datore di lavoro, che sarà esercitato con modalità analoghe a quelle applicate con riferimento alla prestazione resa presso i locali

dell'Azienda. Tra il lavoratore in modalità agile e il datore di lavoro sono condivisi obiettivi puntuali, chiari e misurabili che possano consentire di monitorare i risultati dalla prestazione lavorativa anche nella presente agile. A tal fine il Direttore/Responsabile/Dirigente potrà verificare il grado di raggiungimento degli obiettivi sia con rendicontazioni periodiche, sia prevedendo incontri ciclici per monitorare i risultati della prestazione lavorativa in modalità agile.

Sulla base dell'esperienza fin qui maturata, l'Azienda sta avviando il percorso di implementazione a regime della modalità, valutando la possibilità di ampliare le attività da svolgere in tale modalità, muovendo dall'analisi dello stato di salute organizzativa, professionale e digitale della stessa. Verrà, quindi, definita la percentuale di attività e di dipendenti che possono essere impiegati nel lavoro agile, anche rivedendo i singoli processi, incentivando la diffusione dell'utilizzo degli strumenti informatici e favorendo l'ampliamento della dotazione aziendale di strumentazioni tecnologiche che consentano di lavorare da remoto.

Tali valutazioni saranno altresì, oggetto di condivisione con le parti sociali, secondo le modalità di relazione previste dai vigenti CC.CC.NN.LL..

Dalla fase di avvio, che è nella sostanza già iniziata, si passerà ad una fase di sviluppo intermedio con redazione nell'arco temporale di 9/12 mesi di un regolamento dedicato che preveda l'implementazione delle attività "smartabili" a seconda delle effettive dotazioni tecnologiche, dell'organizzazione ecc., disciplinando tutte le fasi dall'accesso alle modalità di espletamento, nonché agli aspetti relativi alla sicurezza e alla modalità di misurazione della performance, ecc; fino ad una fase di sviluppo avanzato con implementazione della modalità lavorativa agile estesa in tutti i settori possibili, andando ad evolvere verso un modello di adozione organico e funzionale a tutta l'Azienda.

### **4.3 Piano triennale dei fabbisogni del personale**

L'art. 6 del D.Lgs. 165/2001 prevede per le Pubbliche Amministrazioni l'obbligo di redigere l'adozione del piano triennale dei fabbisogni di personale in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività sulla scorta delle linee di indirizzo emanate dal Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione (*"Linee di indirizzo per la predisposizione dei piani dei fabbisogni di personale da parte delle amministrazioni pubbliche"*, - 8 maggio 2018 pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 173 del 27 luglio 2018), che in particolare sottolinea come *"La programmazione dell'attività dell'azienda, la definizione degli obiettivi e la verifica della disponibilità finanziaria, anche derivanti da vincoli nazionali e regionali costituiscono atti prodromici e alla base del piano triennale dei fabbisogni delle Aziende ed enti del SSN"*.

Infatti, la pianificazione dei fabbisogni di risorse umane, quale strumento di programmazione pluriennale, deve conciliare le finalità istituzionali dell'Azienda con il rispetto della sostenibilità economica delle scelte organizzative adottate, nonché dei vincoli posti dalla legge in materia di assunzioni, ispirandosi ai principi di efficienza, economicità, trasparenza ed imparzialità, indispensabili per una corretta pianificazione delle politiche del personale e di reclutamento di nuove risorse.

In ragione di ciò annualmente le Aziende e gli Enti del SSR Marche adottano la propria Programmazione triennale dei Piani di fabbisogno del personale aggiornata alle esigenze del contesto ed al vincolo del tetto di spesa che la Regione fissa per ogni Azienda con proprio atto di delibera.

Per quanto riguarda la neo costituita Azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro e Urbino, tenuto conto del contesto di riforma regionale, non si può non fare riferimento agli atti contenenti le Programmazioni adottate dall'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord e l'ASUR, con particolare riguardo alla sezione relativa alla ex Area Vasta 1.

Tali atti (rif. *Determina del Commissario Straordinario AORMN n. 658 del 16/12/2022 e Determina del Commissario Straordinario ASUR n. 988 del 30/12/2022*), attualmente al controllo regionale ai sensi della legge dell'art. 28 della L.R. 26/96 e s.m.i. come sostituito dall'art. 1 della L.R. n. 36 del 11/11/2013, si riferiscono al triennio 2022-2024, ai quali si rimanda per la lettura e l'analisi delle tabelle allegate. Entrambi comunque hanno come vincolo di spesa di riferimento quello rideterminato con le DGRM 537/2022 e la DGRM n. 1045/2022.

Occorre chiarire che le motivazioni delle tempistiche di adozione degli atti in parola sono correlate all'attuazione della riforma del SSR e seguono previgenti atti aziendali che non sono stati presi in considerazione da parte della Regione proprio per non inficiare il buon esito dell'attuazione delle Riforma. A tal proposito si illustra per completezza espositiva gli eventi che si sono verificati e che hanno avuto un impatto sul processo di approvazione dei Piani di Programmazione.

La Regione Marche in data 8 agosto 2022 ha emanato la Legge regionale n. 19, introducendo una profonda riforma del Servizio Sanitari Regionale, istituendo cinque Aziende Sanitarie Territoriali con il superamento di ASUR e dell'AORMN.

In particolare l'Art. 42 della Legge Regionale di riforma prevede che *"nelle more del processo di riorganizzazione del SSR, gli atti di organizzazione, il reclutamento del personale, il conferimento degli incarichi dirigenziali e la sottoscrizione dei contratti pluriennali dell'ASUR e della A.O Marche Nord sono adottati previo nulla osta del Direttore del Dipartimento regionale del servizio salute in conformità alle direttive impartite dalla Giunta regionale nell'esercizio delle funzioni di coordinamento e controllo"*.

Da subito le Aziende, tenuto conto della necessità di portare a termine le procedure di reclutamento e di conferimento incarichi, al fine di dare continuità all'attività aziendale, si sono fatte parti attive nel richiedere i necessari *"nulla osta"* e da parte del Dipartimento Salute non sono mancate le prime direttive, relative ai processi di reclutamento in atto incidenti sulla programmazione 2022-2024, peraltro recepite successivamente nella DGRM 1170 del 19 settembre 2022 *"Direttive per l'attuazione delle disposizioni di cui all'art. 42, commi 1 e 2, della L.R. 8 agosto 2022, n.19 (Organizzazione del servizio sanitario regionale)"*.

Relativamente ai Piani di fabbisogno ed alle determine di programmazione triennale già inviate da AORMN e da ASUR per il controllo atti (rispettivamente atto n.ro 347/AORMN del 15 giugno 2022 e n.452/ASUR del 27 giugno 2022), lo stesso Direttore del Dipartimento ha invitato le Aziende a riformulare i Piani di fabbisogno Triennale del Personale in coerenza con le disposizioni regionali emanate ai sensi dell'art.42 della L.R.19/2022 e a sottoporli nuovamente alla procedura di controllo atti.

Quindi, entrambe le Aziende a seguito di tale richiesta hanno riformulato e riproposto la propria programmazione in coerenza con la Legge Regionale 19/2022 anche alla luce delle indicazioni notificate.(rif. DGRM 1170 del 19/09/2022).

Gli atti di riferimento sono dunque la *Determina del Commissario Straordinario AORMN n.658 del 16/12/2022* e la *Determina del Commissario Straordinario ASUR n.988 del 30/12/2022*.

### **Programmazione triennale dei Piani Occupazionali 2022-2024**

Entrambe le programmazioni rivelano la volontà di mantenere costantemente sia il livello quantitativo che qualitativo del contingente di personale, quale soglia minima per il mantenimento degli obiettivi aziendali, i servizi essenziali e i livelli prestazionali tramite la garanzia della copertura del turn-over. Per l'anno 2022 il monitoraggio del turn over è avvenuto di fatto nelle Azienda/Area Vasta, acquisendo personale non solo già inserito nella programmazione, ma anche in ragione delle cessazioni non previste né programmabili.

Ripercorrendo l'iter percorso dalle Azienda/Area Vasta 1 – ASUR effettuato per la definizione della programmazione 2022-2024 la metodologia per la costruzione dei nuovi Piani emergono i seguenti punti nodali:

1. Andamento del turn over: monitoraggio delle cessazioni del personale di cui tener conto in maniera preventiva, qualora la data di cessazione sia già prevista o prevedibile perché collegata ad eventi o procedure in corso o puntuale, qualora la data di cessazione sia già certa.
2. Modalità con le quali l'Azienda intende soddisfare il fabbisogno di personale: tali modalità sono riferite alla natura dei rapporti di lavoro dipendente ovvero prioritariamente a tempo indeterminato o, in casi limitati e specifici, a tempo determinato, ovvero in assenza di graduatorie concorsuali e/o quando i tempi di reclutamento del personale a tempo indeterminato non dovessero essere compatibili con le esigenze aziendali.
3. Assunzioni obbligatorie di lavoratori disabili od appartenenti alle categorie protette (ai sensi della Legge n. 68/1999).
4. Esigenze delle diverse articolazioni organizzative: il fabbisogno complessivo annuo di personale deve necessariamente essere la risultante delle esigenze manifestate dalle diverse articolazioni organizzative aziendali, ponderate e filtrate attraverso i criteri precedentemente riportati e nel rispetto della capacità assunzionale derivante dalla capienza della dotazione organica e dalla disponibilità presente nei bilanci di competenza, nel rispetto dei vincoli normativi.

Per quanto concerne il limite massimo di spesa, lo stesso è individuato – ai sensi dell'art.2 della Legge 191/2009 come rideterminato dall'art.11, comma 1 del DL 35/2019 - dalla DGRM. 1045 del 8 agosto 2022: per ex AORMN in 96.523.000 euro per ex ASUR in 620.780.000 euro, che costituisce la quota aziendale.

### 1.1 Reclutamento del personale

Si premette che l'anno 2021 è stato caratterizzato da periodi di recrudescenza della pandemia che ha avuto un impatto significativo nelle politiche di reclutamento del personale, mettendo l'Azienda nella condizione di dover ricorrere all'utilizzo di personale con contratti di lavoro flessibile ai sensi del DL 18/2020, le cui disposizioni derogatorie si sono protratte anche nell'anno 2022. Infatti, l'art. 2-ter del D.L. n. 18/2020, convertito in L. 27/202, prevede la possibilità per le Aziende e gli Enti del SSN - al fine di garantire l'erogazione delle prestazioni di assistenza sanitaria anche in ragione delle esigenze straordinarie ed urgenti derivanti dalla diffusione del Covid-19, durante il perdurare dello stato di emergenza - di conferire incarichi individuali a tempo determinato anche ai medici specializzandi iscritti regolarmente all'ultimo e penultimo anno del corso della scuola di specializzazione è stata prorogata fino al 31/12/2022 dall'art. 1 comma 268 della L. 234/2021 (Legge finanziaria 2022).

Tale norma, invero, ha procrastinato l'efficacia degli strumenti emergenziali e straordinari di reclutamento del personale sanitario e medico varati ad inizio pandemia, che già prevedevano che, *"al fine di rafforzare strutturalmente i servizi sanitari regionali anche per il recupero delle liste d'attesa e di consentire la valorizzazione della professionalità acquisita dal personale che ha prestato servizio anche durante l'emergenza da Covid-19"*, gli Enti del SSN , *"verificata l'impossibilità di utilizzare personale già in servizio, nonché di ricorrere agli idonei collocati in graduatorie concorsuali in vigore, possono avvalersi anche nell'anno 2022, delle misure previste dagli artt. 2-bis , limitatamente ai medici specializzandi di cui al comma 1, lettera a) del medesimo articolo e 2-ter del D.L. 17 marzo 2020 n. 18, convertito con modificazioni dalla L. 24 aprile 2020 n. 27, anche mediante proroga, non oltre il 31 dicembre 2021, degli incarichi conferiti ai sensi delle medesime disposizioni"*.

Oltre a questa possibilità, grazie al DL 122/2021, sono state mantenute in vigore anche altre deroghe come, ad esempio, l'opportunità di mantenere attivi fino al 30/03/2022 anche i contratti di collaborazione professionale con personale medico e sanitario nell'ottica di ampliare quanto maggiormente possibile i canali di reclutamento e ciò in deroga ai vincoli ed ai canali imposti dalla legislazione ordinaria (id est: D.Lgs. 165/2001, artt. 7, 35 e 36).

È evidente che durante l'anno 2021 sono convissute politiche di reclutamento volte a fronteggiare da un lato picchi di attività correlati a periodi di recrudescenza della pandemia, dall'altro la riattivazione delle procedure concorsuali finalizzate alla copertura del turn-over del personale cessante. Proprio queste procedure avviate nel secondo semestre dell'anno 2021 si sono protratte e concluse nell'anno 2022, producendo graduatorie da cui attingere personale a tempo indeterminato.

In particolare sono state numerose le procedure volte all'acquisizione di personale dirigenziale dell'area sanitaria, ciò anche per superare le gravi criticità di reclutamento del personale medico ed in particolare per alcune discipline, quali ad esempio Anestesia e Rianimazione e Medicina e Chirurgia d'urgenza, Malattie dell'Apparato Respiratorio, per le quali anche la recente normativa che favorisce la partecipazione degli *Specializzandi* alle procedure concorsuali non si è resa sufficiente per soddisfare il fabbisogno delle Aziende Sanitarie.

In particolare, si segnala la forte criticità nel reperire medici specialisti e/o specializzandi da assegnare alle Strutture di Pronto Soccorso insistenti nel territorio provinciale e regionale. Nel corso degli ultimi anni, a fronte di dimissioni e pensionamenti si è creato un fabbisogno consistente non colmata neppure dopo aver espletato numerosi avvisi di selezione e due concorsi pubblici unificati regionali per assunzioni a tempo indeterminato espletati nell'anno 2021 e uno espletato nel 2022. La grave criticità è ancora presente anche dopo aver messo in atto ulteriori azioni, quali procedure di mobilità e riorganizzazioni interne che hanno indotto a prevedere l'acquisizione di ulteriore personale medico nelle discipline equipollenti ed affini, previste dai Decreti Ministeriali del 30 e 31 gennaio 1998 ed il ricorso a ditte esterne.

Per quanto riguarda il personale del comparto, grazie ai due concorsi per il personale infermieristico e OSS espletati nel 2021, è stato reclutato il fabbisogno previsto nei piani occupazionali delle Aziende del SSR. Ed attualmente sono disponibili all'utilizzo per garantire la copertura del turn over. Si segnala la difficoltà nel reperire figure tecnico-sanitarie ed in particolare tecnici di laboratorio, per il reclutamento dei quali sono state espletate procedure selettive non solo da questa Azienda ma anche dagli altri Enti del SSR senza riuscire a coprire il fabbisogno regionale. Ora si sta attendendo l'esito del concorso pubblico unificato regionale – attualmente in corso di espletamento da parte di ASUR, quale Ente capofila.

Infine, occorre porre l'accento anche sull'area amministrativa e tecnica del personale. Nel corso dell'anno 2022 e fino alla emanazione della Legge Regionale n.ro 19/2022 di riforma del SSR e delle specifiche indicazioni regionali, il turn over è stato temporaneamente coperto con personale a tempo determinato in assenza di graduatorie regionali per profili professionali di area amministrativa sia di categoria C che D. A seguito dell'acquisizione di specifico "*nulla osta*" ex art. 42 della L.R. 8/2022 l'Azienda ha prorogato i contratti a tempo determinato in scadenza fino al 30 aprile 2023, rinviando la copertura del turn over a seguito dell'attuazione della riforma e costituzione dell'AST di Pesaro e Urbino.

Attualmente non sono vigenti in ambito regionale graduatorie esitate da concorsi pubblici e l'uscita dal sistema di tale personale per pensionamento e/o mobilità viene al momento sopperito con assunzioni a tempo determinato. Si ritiene quindi importate poter operare una maggiore qualificazione di tale personale e ad un consolidamento del contingente amministrativo e tecnico. Si sottolinea al riguardo come lo sforzo, anche a livello nazionale, di rendere più snello e adeguato l'apparato burocratico richieda sempre più

insistentemente conoscenze informative-informatiche che evidenzia un crescente fabbisogno di tali figure, auspicando quindi l'acquisizione di personale a tempo indeterminato afferente a tali ruoli.

Riguardo alle modalità di reclutamento si precisa che la Regione Marche con propria legge regionale n.7/2017 ha disposto, ai fini del reclutamento del personale dirigenziale e non dirigenziale, che gli enti del SSR debbano espletare concorsi definendone le modalità di espletamento tramite la DGRM 1289 del 30/10/2017. Conseguentemente il reclutamento del personale viene effettuato con le procedure di reclutamento, in ossequio all'art. 35 e 36 del Dlgs. 165/2001, e nel rispetto della normativa di riferimento per il Comparto Sanità (DPR 483/1997, DPR 484/97 e DPR 220/01), nonché secondo le indicazioni della Regione Marche, attuate anche attraverso Protocolli d'Intesa tra gli Enti del SSR.

La legge regionale n.19/2022 all'art. 20, comma 4 lett. c) ha previsto il superamento della forma del concorso unificato regionale, introducendo dal 1 gennaio 2023 la gestione diretta delle procedure concorsuali di nuova indizione da parte delle nuove Aziende Sanitarie Territoriali e l'intervento della Giunta regionale nell'individuazione delle procedure "aggregate".

Si riporta di seguito una sintesi della dinamica delle assunzioni e cessazioni contenute nei Piani Occupazionali delle due Aziende:

<b>AST PESARO URBINO IMPATTO PIANO OCCUPAZIONALE 2022</b>									
	<b>TESTE</b>								
	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>F</b>	<b>G</b>	<b>H</b>	<b>I</b>
<b>ENTE</b>	<b>ASSUNZ. T.L.</b>	<b>ASSUNZ. T.D.</b>	<b>TOTALE ASSUNZIONI (A+B)</b>	<b>INCARICHI CO.CO.CO.</b>	<b>CESSAZ. T.L.</b>	<b>CESSAZ. T.D.</b>	<b>TOTALE CESSAZIONI (E+F)</b>	<b>CESSAZIONI INCARICHI CO.CO.CO.</b>	<b>DIFFERENZA ASSUNZIONI / CESSAZIONI (C-G)</b>
<b>AVI</b>	334	252	586		129	319	448		<b>138</b>
<b>AORMN</b>	178	90	268	<b>8</b>	102	111	213		<b>55</b>
<b>FABBISOGNO 2023</b>									
	<b>TESTE</b>								
	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>F</b>	<b>G</b>	<b>H</b>	<b>I</b>
<b>ENTE</b>	<b>ASSUNZ. T.L.</b>	<b>ASSUNZ. T.D.</b>	<b>TOTALE ASSUNZIONI (A+B)</b>	<b>INCARICHI CO.CO.CO.</b>	<b>CESSAZ. T.L.</b>	<b>CESSAZ. T.D.</b>	<b>TOTALE CESSAZIONI (E+F)</b>	<b>CESSAZIONI INCARICHI CO.CO.CO.</b>	<b>DIFFERENZA ASSUNZIONI / CESSAZIONI (C-G)</b>
<b>AVI</b>	52	98	150		31	98	129		<b>21</b>
<b>AORMN</b>	65		65		37	52	89	-	<b>24</b>
<b>FABBISOGNO 2024</b>									
	<b>TESTE</b>								
	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>F</b>	<b>G</b>	<b>H</b>	<b>I</b>
<b>ENTE</b>	<b>ASSUNZ. T.L.</b>	<b>ASSUNZ. T.D.</b>	<b>TOTALE ASSUNZIONI (A+B)</b>	<b>INCARICHI CO.CO.CO.</b>	<b>CESSAZ. T.L.</b>	<b>CESSAZ. T.D.</b>	<b>TOTALE CESSAZIONI (E+F)</b>	<b>CESSAZIONI INCARICHI CO.CO.CO.</b>	<b>DIFFERENZA ASSUNZIONI / CESSAZIONI (C-G)</b>
<b>AVI</b>	13		13			35	35	-	<b>22</b>
<b>AORMN</b>	28		28		24	9	33	-	<b>5</b>

## 1.2 Superamento del precariato: riduzione della spesa del personale con rapporto flessibile e percorso di stabilizzazione

il tema del "superamento del precariato", viene riproposto e aggiornato nelle programmazioni 2022/2024 perché a seguito di interventi normativi di livello nazionale e specificatamente della legge n. 160/2019



(legge di bilancio 2020) e del decreto legge n. 162/2019 convertito dalla legge n. 8/2020, sono intervenute disposizioni modificative dell'art. 20 del d.lgs. n. 75/2017 in ordine ai termini di maturazione dei requisiti per la stabilizzazione, nonché rispetto al periodo di applicazione delle procedure. Inoltre anche il DL 80/2021 è intervenuto in merito e ha differito al 31/12/2022 i termini per la maturazione dei requisiti, di seguito anche il DL 228 del 30 dicembre 2021, convertito in Legge 25 febbraio 2022, n.15 ha nuovamente modificato il già citato art. 20, prevedendo la possibilità di "stabilizzare" il personale avente diritto ed in coerenza con il fabbisogno triennale fino al 31/12/2023, andando in tal modo ad incidere nella programmazione del fabbisogno del personale.

Per superare le forme di precariato presenti negli Enti del SSR, la Giunta Regionale Marche aveva già definito, in coerenza con le precedenti Circolari Ministeriali n.3/2017 e 1/2018, ed *"...al fine di definire elementi interpretativi omogenei della normativa e percorsi di attuazione congiunti"*, anche con più interventi, Linee di indirizzo con DGRM n. 626 del 25 maggio 2020, superando in tal modo le precedenti indicazioni fornite con DGRM 770/2018 ed integrando tali indirizzi con ulteriori indicazioni contenute nella DGRM 581 del 10.05.2021.

Quindi, individuato il contingente di personale avente diritto, pur con metodologie diverse sia AORMN, previa analisi a livello aziendale e sulla scorta delle informazioni ad oggi emergenti dal sistema informativo-informatico in uso (Areas), sia ASUR, tramite la pubblicazione di apposito avviso per l'acquisizione di manifestazioni di interesse, hanno individuato le unità di personale in possesso dei requisiti di cui all'art. 20, del D.Lgs 75/2017 che, in relazione al fabbisogno aziendale ed in coerenza con il Piano triennale, Isi intende *"stabilizzare"*.

Discorso a parte merita il percorso di *"stabilizzazione"* introdotto dall'art. 1, comma 268, lett. b), della legge di bilancio 2022, che pur ponendosi come norma transitoria, prevede la stabilizzazione - mediante contratti di lavoro dipendente a tempo indeterminato - del personale del ruolo sanitario e degli operatori sociosanitari aventi (in base a rapporti a termine) una determinata anzianità di servizio presso enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale. La nuova possibilità può trovare applicazione nel periodo 1° luglio 2022-31 dicembre 2023, in coerenza con il piano triennale dei fabbisogni di personale e nel rispetto dei limiti generali di spesa per il personale degli enti ed aziende del Servizio Sanitario Nazionale. L'applicazione delle nuove norme in materia di stabilizzazione è posta come possibile alternativa rispetto alle norme transitorie già vigenti, le quali sono operanti fino al 31 dicembre 2022. Successivamente, l'art. 20-ter del decreto legge n. 4 del 2022 ha specificato che, nel summenzionato periodo 1° luglio 2022-31 dicembre 2023, gli enti ed aziende del Servizio Sanitario Nazionale possano procedere, secondo criteri di priorità stabiliti da ciascuna regione e alle condizioni suddette, alla stabilizzazione dei soggetti in esame che siano stati reclutati a tempo determinato con procedure concorsuali e che abbiano maturato al 30 giugno 2022, alle dipendenze di un ente o azienda del servizio sanitario nazionale, almeno 18 mesi di servizio, anche non continuativi, di cui almeno 6 mesi nel periodo intercorrente tra il 31 gennaio 2020 e il 30 giugno 2022.

L'inserimento nelle programmazioni dei Piani di Stabilizzazione evidenzia la volontà di prediligere le assunzioni a tempo indeterminato in luogo del personale con rapporto di lavoro flessibile, il cui ricorso viene circoscritto alle situazioni di mancanza di graduatorie concorsuali e/o a fronte di eventuali rinunce a proposte assunzionali.

### ***Dotazione organica***

Per quanto attiene strettamente alla dotazione organica, determinata la Programmazione del fabbisogno triennale 2022-2024, entrambe le Aziende ne hanno verificato la coerenza quali-quantitativa con la dotazione organica vigente ai sensi dell'art. 6 del D.LGS 165/2001, addivenendo alla decisione di adeguarne la consistenza quali-quantitativa. Complessivamente gli interventi di variazione vengono definiti tramite trasformazione di posti senza incremento di teste/posti rispetto alle dotazioni vigenti.

Al riguardo occorre precisare che per quanto riguarda l'AST di Pesaro e Urbino le DGRM 1385/2022 e 1718/2022 la relativa dotazione organica viene individuata nella sommatoria delle due dotazioni organiche riferite ad AORMN e ad Area Vasta 1 - 5.2"nelle more dell'adozione dell'atto aziendale e dei regolamenti di organizzazione della AST di Pesaro-Urbino, la dotazione organica di quest'ultima è determinata dalla sommatoria delle dotazioni organiche relative alla ex ASUR/AV1 ed alla incorporanda Azienda ospedaliera "Ospedali riuniti Marche Nord;"

"5.3 nelle more dell'approvazione dell'atto aziendale di cui all'art. 24, la dotazione organica provvisoria dell'AST è costituita:

1. dalla dotazione corrispondente al numero ed ai profili professionali del personale in servizio a tempo indeterminato e determinato su posti di dotazione organica;
2. dai posti vacanti previsti dal piano di fabbisogno triennale 2022-2024 approvato con deliberazione della Giunta Regionale. "

### **Azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro e Urbino -**

La programmazione degli anni 2023 e 2024, benchè già contenuta negli atti già citati delle ex Aziende, dovrà essere oggetto di rilettura e aggiornamento alla luce dell'avvio dal 1° gennaio 2023 della nuova AST di Pesaro e Urbino. Questo è l'intento, ovvero analizzare le necessità evenienti dal nuovo contesto organizzativo aziendale, dagli obiettivi e mission che l'AST assumerà nell'ambito del Servizio Sanitari Regionale.

Per tale ragione l'analisi dovrà tenere conto di tutte le dinamiche delle politiche del personale, derivanti anche dalle normative di livello nazionale, regionale compreso il rispetto degli istituti contrattuali, al fine di addivenire ad una unica programmazione del fabbisogno del personale che risponda alle esigenze delle Strutture presenti nel territorio provinciale e comunque nel rispetto dei vincoli ormai noti.

A ciò consegue la rideterminazione della nuova dotazione organica, quale strumento dinamico e complementare alla stessa programmazione, nella quale dovranno trovare collocazione tutte le figure professionali previste dai CCNL utili allo scopo nella dimensione quantitativa più appropriata, tenuto conto anche dei manuali regionali di accreditamento vigenti.

Lo status di partenza del personale della nuova AST di Pesaro Urbino quindi è rappresentato dalla Dotazione Organica, quale sommatoria ".....delle dotazioni organiche relative alla ex ASUR/AV1 ed alla incorporanda Azienda ospedaliera "Ospedali riuniti Marche Nord;" e dal decreto del Direttore del Dipartimento Salute n. 56 del 28 dicembre 2022, con il quale si è provveduto alla "Assegnazione del Personale alla Azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro Urbino" .

Occorre sottolineare come l'attività di elaborazione di Protocolli/Linee guida regionali già in atto e finalizzati alla omogenea applicazione di norme nazionali in materia di personale è in fase di chiusura.

In particolare preme segnalare la DGRM 1787 del 27/12/2022 recante ad oggetto: " art. 1 comma 268 lett. b) della L. 30 dicembre 2021 n. 234 - Approvazione dello schema di protocollo d'intesa tra Regione Marche, Aziende ed Enti del SSR e organizzazioni sindacali della dirigenza sanitaria e del comparto sanità.", che faciliterà il compimento del nuovo percorso di stabilizzazione delle figure professionali sanitarie, acquisite durante la pandemia Covid -19, dando quindi rilievo e valore alle professionalità apprese in un periodo profondamente segnato e critico. Altro tavolo tecnico in chiusura di lavori riguarda l'esito di un documento di indirizzo sull'applicazione della riformata normativa in tema di selezioni per il conferimento di incarichi di direzione di Struttura Complessa ai sensi dell'art. 15, comma 7 bis, del D.Lgs. 502/92.

Per la fase di transito verso la nuova AST sono state elaborate linee di attuazione della Legge Regionale 19/2022 da parte della Regione che hanno investito anche la gestione del Personale. In particolare, si richiamano oltre alla stessa Legge Regionale n. 19 del 8 agosto 2022, le seguenti DGRM:

- DGRM 1170 del 19 settembre 2022 recante ad oggetto: "Direttive per l'attuazione delle disposizioni di cui all'art. 42, commi 1 e 2, della LR 8/08/2022 n. 19 (Organizzazione del servizio sanitario regionale);
- DGRM 1385 del 28 ottobre 2022 recante ad oggetto. "Attuazione delle disposizioni di cui all'art. 42, comma 5, della LR 8/08/2022 n. 19 (Organizzazione del servizio sanitario regionale): indirizzi per la costituzione delle Aziende sanitarie territoriali;
- DGRM 1718 del 19 dicembre 2022 recante ad oggetto: "Adempimenti funzionali previsti dagli art 42 e 43 della LR 8/08/2022 n. 19 (Organizzazione del servizio sanitario regionale) e DGRM 1385/2022.

#### **4.4 ATTIVITA' FORMATIVA**

Così come previsto nella linee guida di cui alla DGRM 1385/2022 il 31 dicembre 2022 sia AORMN che AV1 (branca organizzativa di ASUR corrispondente alla Provincia di Pesaro e Urbino ed a tutte le strutture socio-sanitarie in essa ricomprese) hanno prodotto i rispettivi Piani di Formazione Aziendale (PFA), adottati con determina del Direttore Generale di AORMNn. 673/2022 e del Direttore Generale di ASUR 912/2022

Con il mese di gennaio 2023 i referenti delle attività formative di AORMN ed AV1, confluiti nella nuova AST Pesaro Urbino, hanno iniziato a rapportarsi e coordinarsi, con l'obiettivo di produrre entro tempi brevi (25 gennaio 2023) un PFA unico, con attribuzione di budget e presentazione alle OOSS.

Infatti la stessa DGRM 1385/2022 ha individuato il provider ex AORMN, trasformato per trasferimento in provider AST PU, quale provider ECM unico per tutta la Regione Marche (5 AST) fino al 28 febbraio 2023, data entro la quale le altre 4 AST rimanenti dovranno concludere le procedure autorizzative per divenire provider ECM.

La radicale trasformazione del SSR richiede interventi immediati sull'organizzazione delle attività formative, che diventano uno strumento essenziale per la Direzione Strategica ai fini di promuovere la trasformazione, condividere le informazioni e monitorare i risultati della realizzazione di quanto pianificato.

Si rende pertanto cogente rivedere ed approvare in tempi rapidi un nuovo regolamento aziendale disciplinante il Sistema delle attività formative di AST PU.

##### **4.4.1 Introduzione**

Il Sistema delle attività formative è un insieme unitario di azioni ed elementi interconnessi in aderenza a principi e regole generali, volti a garantire il perseguimento degli obiettivi individuati dalla Direzione Strategica e dalle normative di settore vigenti.

Esso è connotato da una dimensione organizzativa e da una dimensione funzionale intimamente collegate, nell'ambito delle quali i diversi soggetti, a vario titolo coinvolti, sono chiamati ad assicurare il corretto svolgersi delle fasi di pianificazione, progettazione, programmazione e realizzazione delle attività formative nonché a valutarne l'efficacia in termini di qualità e di ricadute sull'organizzazione complessivamente intesa. L'AST PU ha una collaborazione permanente con l'Università di Ancona con la sede del Corso di Laurea in Infermieristica della sede di Pesaro, rendendo alcuni percorsi clinici e organizzativi integrati e coerenti con i laboratori esperienziali ospedalieri e territoriali rivolti agli studenti. Esiste inoltre anche in ambito medico un reciproco scambio tra la formazione universitaria e quella rivolta ai professionisti aziendali e l'Azienda collabora nell'identificazione dei problemi, nella progettazione degli ambiti di apprendimento e nella valutazione pedagogica della loro efficacia e appropriatezza.

E' inoltre annualmente rinnovata la collaborazione con l'Università degli Studi di Urbino, con la realizzazione di corsi di riqualificazione manageriale o corsi professionalizzanti.

##### **4.4.2 Principi e obiettivi**

La formazione continua è una leva strategica fondamentale per lo sviluppo del sistema sanitario e deve essere considerata come un investimento per il patrimonio di conoscenze e competenze che stanno alla base della valorizzazione della componente umana, principale valore e risorsa del sistema stesso.

La formazione continua assume un ruolo centrale favorendo e consentendo - senza soluzione di continuità - l'aggiornamento e la revisione del sistema nonché contribuendo alla gestione dei cambiamenti organizzativi e professionali al suo interno.

Sul piano dello sviluppo professionale, l'Azienda promuove un sistema formativo direttamente finalizzato alla qualificazione professionale del personale medico, del personale sanitario, tecnico ed amministrativo, anche convenzionato, rivolgendo attenzione alla ricerca scientifica e all'evoluzione delle attività e delle metodologie cliniche di cura e di assistenza sia ospedaliere che territoriali, della prevenzione, della medicina di base, della medicina veterinaria, della salute mentale, delle dipendenze patologiche, della riabilitazione, delle attività socio-sanitarie, preferibilmente descritte come Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali.

Sul piano dello sviluppo organizzativo, l'Azienda promuove percorsi formativi finalizzati ad affrontare le relative dinamiche, la gestione della complessità nonché i processi di crescita dell'intera struttura aziendale e del sistema sanitario nel suo complesso.

In riferimento alle suddette finalità, ai diversi livelli organizzativi preposti alla pianificazione e programmazione delle attività formative compete principalmente lo sviluppo di percorsi formativi, fondati sulla condivisione delle esperienze, nell'ottica sia dell'aggiornamento e della revisione delle tecniche e delle pratiche cliniche, sia dello studio di nuovi modelli organizzativi maggiormente flessibili e adeguati alle nuove esigenze del cittadino e dei processi assistenziali e di cura.

L'Azienda promuove l'interscambio culturale e tecnico-scientifico con le altre Aziende Sanitarie nonché con le Università e con il sistema delle Istituzioni e delle organizzazioni a carattere scientifico, pubbliche e private, anche sulla base di formali specifici accordi-quadro/protocolli d'intesa.

Sul piano dei contenuti, le logiche di programmazione e progettazione formativa favoriscono percorsi di apprendimento condivisi sia in termini interdisciplinari che interprofessionali e, quindi, fortemente sensibili e connessi alle complessità organizzative e allo sviluppo ed al consolidamento dei livelli di integrazione Ospedale-Territorio.

Sempre sul piano dei contenuti, le linee portanti della programmazione e progettazione formativa sono complessivamente orientate alla promozione della salute, alla conoscenza diffusa dell'organizzazione socio sanitaria nella sua complessità, al governo clinico e a quello economico-gestionale, all'innovazione scientifica ed organizzativa, investendo anche sulle nuove tecnologie al fine di assicurare l'implementazione degli scambi culturali, scientifici ed assistenziali.

Sul piano delle metodologie formative, assumono rilievo prioritario lo sviluppo di conoscenze condivise che nascono dall'esperienza (Formazione sul campo) o che derivino dall'utilizzo di strumenti, quali la formazione a distanza (FAD), che permettono di creare un patrimonio culturale aziendale accessibile e fruibile in qualsiasi momento.

In ogni caso le azioni formative devono ispirarsi e conformarsi a presupposti concettuali, a principi e a valori condivisi al fine di garantire, attraverso l'etica della responsabilità aziendale e stimolando attitudini nonché sviluppando competenze professionali per la comprensione del sapere sanitario che cresce con i progressi scientifici e tecnologici, un'equilibrata formazione nei tre diversi ambiti dell'insegnamento-apprendimento: del sapere, del saper fare e del saper essere.

I processi formativi oltre ad essere considerati come processi di acquisizione, sviluppo di abilità e di competenze professionali, costituiscono anche strumento primario di trasmissione di valori di riferimento e di norme comportamentali; per tale ragione presuppongono una costante e forte sinergia con le strategie globali aziendali e con le politiche di gestione delle risorse umane.

Il Comitato Tecnico Scientifico ha il compito, insieme al Direttore UOC Qualità, Accreditamento e Formazione, di supportare il Direttore Generale nel definire gli obiettivi formativi ritenuti strategici, formulare pareri in merito all'utilizzo dei fondi destinati alla formazione, alla coerenza con gli obiettivi strategici delle proposte formative avanzate dai Dipartimenti tramite i Referenti per la Formazione e di collaborare con il Direttore della UOC: Qualità, Accreditamento e Formazione per valutare il ritorno in termini di efficacia ed efficienza della formazione erogata. Il CTS ha il compito di valutare e approvare o rifiutare eventuali richieste di formazione interna od esterna extra PAF di valore od impatto non strategico; quelle di elevato valore o impatto strategico sono sempre ed esclusivamente proposte e valutate dalla Direzione Generale.

L'Azienda ospedaliera, in qualità di *Provider*, sulla base di formale riconoscimento della Regione Marche, relativamente agli aspetti organizzativi e funzionali conforma le proprie azioni alla disciplina nazionale e regionale in materia di Educazione Continua in Medicina.

#### **4.4.3 Organizzazione: l'Azienda Sanitaria Territoriale in qualità di Ente erogatore**

L'AST, in qualità di ente erogatore di formazione, assume il governo strategico del sistema delle attività formative, volto a valorizzare ed indirizzare la formazione verso maggiori livelli di professionalità, sicurezza, efficacia, efficienza, qualità e innovazione del sistema sanitario complessivamente inteso, dotandosi, a tal fine, di una costruttiva politica aziendale per la formazione.

La Direzione Generale, quale struttura di vertice dell'Azienda ospedaliera, provvede alla:

a) definizione ed approvazione, nel rispetto della normativa nazionale e regionale nonché delle disposizioni contenute nella contrattazione collettiva nazionale di lavoro, delle **linee strategiche** per le attività di formazione ed aggiornamento del personale, con il supporto del Comitato Tecnico Scientifico;

b) assegnazione della **quota di budget** generale di Azienda da destinare alle attività di formazione ed aggiornamento professionale, nel rispetto dalle vigenti normative.

c) adozione del **Piano delle attività formative e di aggiornamento del personale**, predisposto dalla UOC: Qualità, Accreditamento e Formazione sulla base della rilevazione, analisi e valutazione del fabbisogno formativo effettuate a cura dei Referenti della Formazione nonché delle proposte e valutazioni di competenza del Comitato Tecnico Scientifico;

d) integrazione del PAF di qualsiasi altra iniziativa di valore strategico non prevista nel Piano annuale di cui al punto c), correlata a specifici obiettivi o rispondente ad eventuali esigenze sopravvenute o, comunque, successivamente rilevate. Eventuali richieste extra PAF di valore od impatto non strategico sono valutate e approvate o rifiutate dal CTS.

All' Area Formazione competono le seguenti principali funzioni/attività:

- definizione di regole e procedure per l'organizzazione ed il funzionamento del sistema delle attività formative;
- partecipazione in qualità di componente al Comitato Tecnico Scientifico, anche con funzioni di supporto amministrativo;
- elaborazione, secondo gli indirizzi della Direzione Generale ed in collaborazione con il Comitato Tecnico Scientifico, delle linee strategiche per le attività di formazione ed aggiornamento del personale;
- coordinamento dei Referenti della formazione per le attività di rilevazione, analisi e valutazione del fabbisogno formativo;
- predisposizione del Piano di formazione aziendale (fase di pianificazione);

- attuazione del Piano di formazione aziendale (fasi di progettazione e di organizzazione: supporto nella progettazione dei percorsi formativi e relativa consulenza metodologica nonché validazione dei progetti formativi elaborati; organizzazione dei singoli percorsi formativi con conseguente attività di monitoraggio e verifica della qualità e della rispondenza ai contenuti e agli obiettivi formativi);
- gestione di ogni adempimento necessario per garantire il regolare svolgimento delle attività formative;
- gestione del budget annuale destinato alle attività formative;
- applicazione, in funzione del ruolo aziendale di Provider Regionale ECM, delle procedure di accreditamento nonché dei relativi conseguenti adempimenti;

#### **4.4.4 I Referenti della Formazione**

A livello organizzativo l'Azienda, nel rispetto di quanto previsto dalle disposizioni regionali in materia, nomina i Referenti della Formazione.

I Referenti della formazione provvedono alle seguenti funzioni/attività:

- a) partecipazione alle attività di formazione ed aggiornamento, coordinate dalla UOC Direzione Medica: Qualità, Accreditamento e Formazione nonché a gruppi di lavoro a carattere trasversale e/o regionale;
- b) rilevazione, analisi e valutazione del fabbisogno di formazione ed aggiornamento del personale, ivi compresi beni librari e riviste scientifiche, con redazione di apposite relazioni, laddove richiesto;
- c) supporto di carattere metodologico nella progettazione, sia generale che specifica, delle iniziative di formazione proposte ed approvate, valutandone anche l'opportunità di realizzazione delle stesse in ambito aziendale ed interaziendale e comunicazione a livello dipartimentale del sistema delle attività formative e della pianificazione/programmazione annuale delle iniziative formative nonché degli ulteriori strumenti di aggiornamento professionale con tracciabilità dell'avvenuta comunicazione;
- d) collaborazione nella valutazione della qualità del sistema delle attività formative, laddove richiesto, utili alla valutazione dell'efficacia dei programmi formativi attuati.

#### **4.4.5 Il Comitato Tecnico Scientifico**

Il Comitato Tecnico Scientifico è organismo propositivo e consultivo di cui si avvale l'Azienda per il governo del sistema delle attività formative, conformemente alle specifiche disposizioni normative e di attuazione di livello statale e regionale vigenti in materia.

Il Comitato Tecnico Scientifico, costituito da professionisti esperti nelle discipline di riferimento, è nominato con determina del Direttore Generale, su proposta del Direttore UOC Direzione Medica: Qualità, Accreditamento e Formazione, secondo la seguente composizione:

- a) il Direttore UOC: Qualità, Accreditamento e Formazione, componente di diritto, con funzioni di Presidente e Coordinatore, con competenze andragogiche come da DGRM 1501/2017;
- b) un delegato della Direzione Sanitaria
- b) un delegato della Direzione Amministrativa
- b) un delegato della Direzione Socio-Sanitaria
- f) il Direttore della UOC Professioni Sanitarie IOTR, componente di diritto;
- x) il Responsabile UOS Formazione, componente di diritto
- c) il coordinatore/posizione organizzativa infermieristico della Formazione, componente di diritto;
- d) un rappresentante del Collegio di Direzione, individuato in seno allo stesso;
- e) due rappresentanti dei Referenti della Formazione per l'area della Dirigenza e due per l'area del Comparto;

f) il Dirigente della Direzione Amministrativa di Presidio, componente di diritto.

Il Comitato Tecnico Scientifico è preposto allo svolgimento delle seguenti funzioni:

a) supporto alla Direzione Generale nella definizione delle linee strategiche per le attività di formazione ed aggiornamento del personale, in coerenza alle disposizioni nazionali e regionali in materia nonché agli obiettivi generali dell'Azienda;

b) individuazione delle iniziative formative e di aggiornamento, tenuto conto della rilevazione, analisi e valutazione preliminare dei bisogni formativi effettuata dai Referenti della Formazione, ivi compresa la selezione di beni librari e riviste scientifiche;

c) validazione del Piano di Formazione aziendale in riferimento agli aspetti tecnico-scientifici;

d) valutazione della opportunità di acquisizione di sponsorizzazioni riferite al Piano di Formazione aziendale o a parte di esso ovvero a singoli eventi/progetti formativi aziendali;

e) valutazione e validazione di integrazioni e/o modifiche delle proposte formative non contenute nel Piano delle attività formative;

f) approvazione dei responsabili scientifici e di progetto per ciascun percorso formativo, così come definiti nel Piano della Formazione aziendale, con modalità indicate ai successivi art. 6 e 7.

g) disamina dei risultati delle valutazioni dei singoli eventi, anche ai fini della loro eventuale riproposizione in relazione alla qualità dei contenuti e delle evidenze scientifiche;

h) supporto alla Direzione Generale nella elaborazione di indirizzi e direttive per la creazione e gestione di un Centro di documentazione aziendale e relativo coordinamento a seguito della sua costituzione.

#### **4.4.6 I Referenti della qualità**

Al fine di assicurare il miglioramento continuo della qualità delle attività formative, i Referenti per la Qualità della dirigenza e del comparto individuati per ogni UO/Servizio collaborano attivamente con i Referenti per la Formazione per:

1. l'elaborazione delle criticità emerse durante il riesame annuale della direzione di UO/Servizio, che diventano bisogno formativo in quanto possono trovare nella formazione una forte leva per colmare lacune e migliorare la qualità dei servizi erogati;
2. l'analisi e la valutazione dell'efficacia delle attività realizzate in riferimento agli obiettivi individuati;
3. lo sviluppo di azioni correttive e preventive;
4. il monitoraggio sulla "formazione" relativa alla partecipazione agli eventi formativi sia interni che esterni dei professionisti afferenti alla UO di appartenenza.

#### **4.4.7 Budget annuale e modalità di riparto**

1. L'AST PU provvede, annualmente, all'individuazione della quota del budget generale da destinare alla formazione ed all'aggiornamento professionale del personale dipendente, suddividendolo in due macro aree: la formazione programmata e la formazione sia interna che esterna non programmata.

2. La quota annuale di budget assegnata alle attività formative programmate è, quindi, assegnata e ripartita sulla base della pianificazione contenuta nel Piano di formazione aziendale per la sostenibilità economica delle iniziative da realizzare internamente all'Azienda, ovvero da acquisire all'esterno della stessa nonché per ulteriori strumenti di aggiornamento professionale.

La quota di budget residua, sarà destinata a coprire i costi della formazione non programmabile sia interna che esterna, derivante da mutate condizioni organizzative o normative nell'ambito del SSN/SSR e dell'AST non previste e non prevedibili all'atto di redazione del piano di formazione annuale.

#### 4.4.8 Pianificazione

La Direzione Generale avvalendosi del supporto del Comitato Tecnico Scientifico, definisce, le linee strategiche di indirizzo in materia di formazione continua e di aggiornamento professionale.

La traduzione degli obiettivi e degli indirizzi strategici in azioni, percorsi e progetti di formazione coerenti allo sviluppo professionale ed organizzativo aziendale avviene nel Piano della Formazione, a seguito della rilevazione, analisi e valutazione del fabbisogno formativo.

#### 4.4.9 Rilevazione, analisi e valutazione del fabbisogno formativo

Le linee strategiche di indirizzo sono comunicate ai Referenti della Formazione in apposita riunione finalizzata a dare corso all'iter di rilevazione del fabbisogno formativo ed organizzata dalla UOC Qualità, Accreditamento e Formazione. Le linee di indirizzo sono, quindi, illustrate dal Direttore UOC Qualità, Accreditamento e Formazione ai Comitati di Dipartimento nell'ambito di specifiche sedute.

In ogni caso, l'elaborazione delle proposte formative assume a parametro di riferimento i seguenti obiettivi generali finalizzati:

a) allo sviluppo delle competenze e delle conoscenze tecnico professionali individuali nel settore specifico di attività, anche acquisendo crediti formativi inerenti eventi specificatamente rivolti alla professione o alla disciplina di appartenenza (*obiettivi formativi tecnico-professionali*)

b) allo sviluppo delle competenze e delle conoscenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza degli specifici processi di produzione delle attività sanitarie e socio-sanitarie. Questi obiettivi si rivolgono dunque ad operatori ed équipe che intervengono in un determinato segmento di produzione (*obiettivi formativi di processo*);

c) allo sviluppo delle conoscenze e competenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza dei sistemi sanitari. Questi obiettivi si rivolgono, di norma, a tutti gli operatori avendo quindi caratteristiche interprofessionali (*obiettivi formativi di sistema*).

Gli obiettivi formativi da ricondurre nel Piano di Formazione aziendale sono individuati nelle “**aree di riferimento**” stabilite dall'Accordo-Stato Regioni vigente, nonché in coerenza alla specifica pianificazione di livello regionale.

La **rilevazione** del fabbisogno formativo è effettuata, a cura dei Referenti della Formazione ed in collaborazione con i Referenti per la Qualità di UUOO/Servizio.

L'**analisi** del fabbisogno formativo rilevato è effettuata, a cura del Comitato di Dipartimento e dei Referenti della Formazione, tenendo conto della coerenza dei bisogni espressi alle linee di indirizzo e di orientamento fornite dalla Direzione Strategica.

La **valutazione** del fabbisogno formativo complessivo è effettuata a cura del Comitato Tecnico Scientifico in apposita seduta collegiale convocata dalla UOC Direzione Medica: Qualità, Accreditamento e Formazione. In tale occasione, sono illustrate le singole proposte dipartimentali e valutate mediante l'utilizzo di apposita griglia di valutazione, verificando anche le possibili interconnessioni e/o integrazioni. Ciò al fine di valutare:

a) le aree tematiche/gli ambiti disciplinari oggetto di intervento formativo ovvero gli eventi formativi, con specificazione delle relative priorità;

b) gli obiettivi formativi riferiti agli interventi di cui al precedente punto a);



- c) le figure professionali coinvolte per ciascuna delle aree tematiche/ambiti disciplinari di cui al precedente punto a);
- d) le modalità organizzative (formazione interna o formazione esterna), tenuto anche conto del numero degli operatori coinvolti;
- e) le spese presunte per ciascun percorso formativo individuato;
- f) gli strumenti di aggiornamento professionale da acquisire ed i relativi costi presunti.
- g) il miglioramento atteso e le ricadute positive sulla organizzazione, sulla sicurezza e sulla qualità delle prestazioni erogate a fronte delle risorse da impegnare.

#### **4.4.10 Progettazione e programmazione**

La “progettazione” e la “programmazione” si collocano in fase immediatamente successiva a quella di pianificazione e ricomprendono ogni attività utile ad individuare e definire gli elementi specifici caratterizzanti gli eventi pianificati. Nello specifico, tali attività sono volte a rendere operativi gli indirizzi espressi traducendoli in progetti e programmi formativi efficaci, anche con riferimento a metodologie innovative di formazione e di apprendimento.

In tale ottica , il PAF 2023 dlla ex AOMN, nel rispetto della normativa nazionale e regionale , nonché delle disposizioni contenute nella contrattazione collettiva nazionale di lavoro oltre che della disciplina regolamentare interna, ha confermato l’adozione delle linee strategiche per le attività di formazione ed a ggornamento del personale, già in buona parte identificate per l’anno 202 2 , che si riportano in sintesi, per aree tematiche:

##### **A) Obiettivi formativi di “sistema”**

- A.1 Qualità dei sistemi e dei processi clinico-assistenziali;
- A.2 Management sanitario e gestionale;
- A.3 Sicurezza del paziente e risk management;
- A.4 Documentazione sanitaria e digitalizzazione;
- A.5 Innovazione tecnologica ed organizzativa;
- A.6 Trasparenza, anticorruzione e privacy;
- A.7 Tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro;
- A.8 Comunicazione ed informazione.
- A.9 PEIMAF/PEIVAC
- A.10 PNE- Flussi Informativi
- A.11 gestione smaltimento rifiuti
- A.12 HACCP
- A.13Cure palliative e terapia del dolore

##### **B) Obiettivi formativi di “processo”**

- B.1 Percorsi Diagnostico-Terapeutici
- B.2 Integrazione intra ed interprofessionale
- B.3 Aspetti etico-deontologici
- B.4 Aspetti relazionali ed umanizzazione delle cure.

##### **C) Obiettivi formativi “tecnico-professionali”**

Orientati allo sviluppo di competenze e conoscenze tecnico-professionali, riferiti a specifici settori di attività, così come rilevate in sede di analisi del fabbisogno formativo, in relazione alle esigenze delle singole articolazioni organizzative e delle qualifiche professionali ivi presenti.

Le linee strategiche su cui si fonda il P AF 2023, comprendono, tra le altre, i nuovi modelli organizzativi e assistenziali (nuova Azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro-Urbino), il percorso regionale di autorizzazione/accreditamento e certificazione ISO 9001:2015, il PAN FLU, il Piano Pandemico Aziendale e la Comunicazione.

#### **4.4.11 Tipologie di formazione**

In coerenza agli indirizzi regionali relativi al sistema di accreditamento di eventi / progetti formativi ECM, le tipologie di formazione previste dalla DGRM 520/2013, ed aggiornate nella DGRM 1501 del 18/12/2017, per la progettazione attengono all'Area Formazione sono:

##### **1) RESIDENZIALE:**

1.a) Formazione Residenziale: attività in cui uno, o più docenti, si rivolgono a molti discenti ed il livello di interattività è limitato alla possibilità di fare domande e partecipare alla discussione.

1.b) Formazione Residenziale Interattiva: attività in cui i partecipanti svolgono un ruolo attivo ed il livello di interazione tra loro e con i docenti è ampio;

**2) FORMAZIONE SUL CAMPO:** attività formativa in cui vengono utilizzati direttamente per l'apprendimento i contesti, le occasioni di lavoro e le competenze degli operatori impegnati nelle attività assistenziali (training individualizzato, gruppi di miglioramento, attività di ricerca);

**3) FAD Formazione a distanza:** partecipazione a sessioni formative remote attraverso una piattaforma multimediale dedicata, tramite connessione ad Internet, fruibile durante tutto l'anno anche a domicilio, senza necessità di presenza in aula ma con valutazione finale dell'apprendimento e rilascio crediti ECM;

**4) BLENDED:** attività formativa che si articola in percorsi formativi strutturati che prevedono momenti in aula e momenti a distanza, oppure momenti in aula ed esperienze di formazione sul campo, oppure momenti di formazione residenziale, a distanza e sul campo.

11. Qualora il CTS si esprima favorevolmente in ordine alla richiesta di cui al precedente comma 1, sottoscrive apposita autorizzazione, tenuto conto del budget a disposizione, nonché di ulteriori risorse disponibili; in caso di riscontro negativo il diniego deve essere comunque motivato.

12. Una volta autorizzato, il dipendente provvede autonomamente alla pre-iscrizione e/o alla iscrizione seguendo le varie modalità previste dall'ente formativo, mentre sarà cura della UOC Direzione Medica: Qualità, Accredimento e Formazione, per il tramite della DAP, predisporre ed inviare l'ordine d'acquisto servizi, secondo le procedure previste in Azienda.

13. L'eventuale mancata partecipazione all'evento formativo obbligatorio deve essere motivata e giustificata da parte del dipendente con comunicazione formale da presentare alla Unità Operativa di appartenenza, alla Direzione Amministrativa di Presidio ed alla UOC Direzione Medica: Qualità, Accredimento e Formazione, ai fini della regolarizzazione della posizione con particolare riguardo all'eventuale addebito in busta paga delle somme anticipate. Qualora la mancata partecipazione sia conseguente ad esigenze di servizio, detta comunicazione deve essere effettuata a cura del Direttore/Responsabile/Coordinatore della Unità operativa di appartenenza del dipendente. In analogia a quanto sopra, il dipendente comunica alla UOC Direzione Medica: Qualità, Accredimento e Formazione l'eventuale modifica delle date di svolgimento dell'evento e/o la cancellazione dell'evento stesso, da parte dell'Ente organizzatore.

#### **FAD - Realizzazione di eventi formativi a distanza**

1. La Formazione a Distanza (FAD) rappresenta una modalità che permette a tutti i dipendenti, mediante l'accesso ad una apposita piattaforma aziendale, di fruire in qualsiasi momento della giornata, anche a domicilio, di contenuti formativi soprattutto a carattere trasversale (come ad esempio importanti nozioni in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro, conoscenze organizzative, etc.) con l'acquisizione di crediti ECM.

2. La FAD permette di trasmettere ogni anno, potenzialmente a tutti i dipendenti, nozioni su diversi argomenti senza che si renda necessaria la presenza in aula, senza limiti di tempo se non l'anno solare per la fruizione e senza sottrarre risorse all'assistenza.

### **Istituzione e tenuta Albo formatori**

Anche per assicurare il pieno adeguamento ai principi informatori dell'Atto aziendale, l'Azienda conforma l'affidamento degli incarichi di docenza/tutoraggio ai canoni generali di trasparenza, pubblicità, efficacia, economicità, non discriminazione e proporzionalità, provvedendo ad istituire apposito "*Albo di professionisti per la formazione*" sulla base delle relative manifestazioni di interesse raccolte a seguito della pubblicazione di appositi Avvisi pubblici recanti l'indicazione di requisiti, condizioni e modalità di conferimento degli eventuali incarichi.

In particolare, l'istituzione dell'Albo consente all'Azienda di preselezionare i professionisti cui affidare attività di docenza/tutoraggio sulla base di riscontrate qualificazioni ed esperienze professionali risultanti dai curricula.

E' fatta salva la possibilità dell'Azienda di avvalersi di professionisti dipendenti in possesso di qualificati ed adeguati curricula ovvero di ricorrere motivatamente a professionalità qualificate non ricomprese nell'Albo. In particolare, ciò potrà avvenire laddove siano richieste conoscenze ed esperienze eccedenti le normali competenze del personale dipendente e/o di carattere specialistico, oppure nei casi in cui risulti impossibile l'assolvimento dell'incarico per mancanza o non disponibilità di personale idoneo.

#### **4.4.12 Monitoraggio e verifica dell'offerta formativa**

Il monitoraggio e la verifica dell'offerta formativa rappresentano fasi indispensabili per una corretta gestione della formazione in termini di investimento di risorse finalizzate al raggiungimento dei risultati attesi.

La valutazione è volta ad osservare, analizzare, interpretare e giudicare aspetti rilevanti della formazione che riguardano tanto i destinatari diretti che partecipano all'intervento formativo, quanto l'organizzazione. Essa consente di monitorare variabili chiave in funzione di criteri di efficienza, efficacia e qualità della formazione.

In particolare, la valutazione attiene i seguenti aspetti:

- a) valutazione di "sistema" che riguarda l'assetto organizzativo, i livelli di responsabilità e di competenza, nonché le regole e le procedure operative;
- b) valutazione di "processo" che riguarda le fasi di pianificazione, progettazione, programmazione, erogazione delle attività formative;
- c) valutazione di "esito" che riguarda l'efficacia delle attività formative sia in riferimento ai destinatari che in termini di ricadute sull'organizzazione.

4. Ai fini della effettuazione della valutazione negli ambiti indicati alle lettere a), b) e c), si fa riferimento agli specifici requisiti e relativi indicatori nonché agli strumenti individuati in apposita procedura aziendale ( POformT002\_ORG\_Valutazione e verifica della qualità delle attività formative).

#### **4.4.13 Le misure volte ad incentivare e favorire l'accesso a percorsi di istruzione**

Per quanto riguarda la Formazione, le misure volte a favorire il professionista all'accesso a progetti di formazione/eventi sono:

1 - la creazione di una rete capillare di referenti per la formazione, per la qualità e per il rischio clinico ai quali vengono forniti gli strumenti culturali, organizzativi e procedurali per potere svolgere appieno i compiti loro assegnati.

2 - la predisposizione di una modalità formativa a distanza (FAD) attraverso una piattaforma dedicata. La FAD si avvale di un insieme di attività didattiche identificate all'interno di un Piano Formativo annuale che prevede la non compresenza di docenti e discenti nello stesso luogo e attraverso l'accessibilità nella modalità asincrona tramite contenuti multimediali, piuttosto che sincrona. Tale modalità rende l'apprendimento e le informazioni libere da vincoli temporali, consentendo la partecipazione di professionisti che hanno difficoltà a frequentare i corsi in aula e la possibilità di consultare il materiale erogato anche a distanza di tempo. Durante la pandemia da Covid 19 questa strategia formativa ha permesso di aggiornare e formare i professionisti sulle tecniche e le tematiche legate all'emergenza, garantendo percorsi di formazione.

Il PNRR (Piano Nazionale per la Ripresa e la Resilienza) in ambito formazione prevede, tra i suoi obiettivi prioritari, la promozione dello sviluppo di un sistema efficiente di formazione e istruzione digitale tramite investimenti mirati riguardanti dispositivi digitali, connettività e infrastrutture. In linea con questo obiettivo risulta il potenziamento costante dell'offerta formativa in modalità e-learning.

#### **4.4.14 Gli obiettivi e i risultati attesi della formazione**

In base al Piano Formativo per l'anno in corso deliberato, al termine viene realizzato un report dal Direttore UOC Qualità, Accreditamento e Formazione che dimostra le attività svolte secondo le modalità previste. Il report evidenzia la percentuale dei corsi erogati, i partecipanti, i formati rispetto agli iscritti. Inoltre si sta perseguendo l'obiettivo di produrre una valutazione qualitativa dei percorsi/eventi formativi attraverso l'utilizzo degli indicatori di processo e di esito. Sono state poste le basi per implementare un sistema che già durante la progettazione del singolo progetto formativo identifichi la strategia di valutazione delle competenze acquisite attraverso la definizione della tipologia di valutazione (prova pratica, orale, scritta, questionario, project work), e identifichi gli indicatori di processo e di esito da parte dei progettisti. La misurazione avviene utilizzando strumenti che possano restituire una valutazione delle ricadute dell'evento formativo e quindi la loro eventuale riprogettazione. A supporto di tale evidenza, in occasione dei prossimi riesami della direzione della UOC Qualità, Accreditamento e Formazione, sarà elaborato il report "valutazione degli eventi/progetti formativi". Il report attraverso l'analisi di un campione selezionato di corsi (rappresentato da tutte le tipologie formative utilizzate) restituirà una visione di coerenza tra i corsi erogati e l'adesione alle procedure di realizzazione. L'analisi metterà in evidenza eventuali criticità rilevate e porrà le basi per proporre suggerimenti di miglioramento, che andranno presi in considerazione e discussi all'interno dell'incontro di monitoraggio semestrale del Comitato Scientifico.

## **5 MONITORAGGIO**

Il monitoraggio si sviluppa nell'Azienda attraverso una serie di strumenti già attivi e normati dal livello regionale:

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

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

In tal modo è possibile garantire una coerenza complessiva tra la programmazione ed il monitoraggio, assicurando però al sistema la necessaria flessibilità per tenere conto delle nuove esigenze o di aspetti specifici.

La Scheda di budget viene utilizzata anche come strumento di monitoraggio interno: articolata in diverse sezioni, è riconducibile agli ambiti di valutazione di performance e di prevenzione alla corruzione e trasparenza.

Gli obiettivi includono la declinazione operativa delle linee di indirizzo aziendali e le progettualità strategiche aziendali.

La performance viene monitorata durante l'anno mediante l'elaborazione di una reportistica periodica messa a disposizione della Direzione Generale e delle singole strutture per un confronto tra i servizi, i dipartimenti e la Direzione aziendale. Questo consente di gestire in corso d'anno gli scostamenti da quanto programmato e, se necessario, di ridefinire il percorso per il perseguimento degli obiettivi.

Altro importante strumento di monitoraggio aziendale è costituito dalla Relazione sulla Performance, prevista dal D.lgs. 150/2009.

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

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

Per quanto riguarda la Sezione Prevenzione della corruzione, nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT), è stato definito un sistema di monitoraggio annuale volto alla verifica dell'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza.

Nel corso del 2023, si ritiene di procedere alla verifica sull'attuazione delle misure di prevenzione previste nel PTPCT attraverso un monitoraggio di primo e di secondo livello. L'esito dell'attività di monitoraggio delle singole articolazioni organizzative costituisce un indicatore sintetico di budget rispetto alla realizzazione di quanto programmato nel PTPCT vigente in merito all'attuazione delle misure in atto e/o ulteriori inerenti la prevenzione del rischio per i processi mappati; alla verifica di tutte le misure di prevenzione della corruzione previste dal Piano; alla costante implementazione del sito Amministrazione Trasparente. Inoltre, la Relazione annuale del Responsabile della Prevenzione della corruzione e della trasparenza, redatta sulla base delle indicazioni dell'ANAC, rappresenta un ulteriore importante strumento per il monitoraggio dell'efficacia delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza attuate dall'Azienda.

Allegati:

Allegato 1A – mappatura processi ex AOMN

Allegato 1B – mappatura processi ex AV1

Allegato 2 – Patto d'integrità

Allegato 3A – Obblighi di pubblicazione uffici periferici ex AOMN

Allegato 3B – Obblighi di pubblicazione uffici periferici ex AV1