



**PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE**

**AGGIORNAMENTO 2024-2026**

**(rispetto a PIAO 2023-2025 ex det.na n.54 del 31/01/2023)**

Indice

<b>PREFAZIONE</b> .....	3
<b>1. SCHEDA ANAGRAFICA</b> .....	4
<b>2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE ED ANTICORRUZIONE</b> .....	5
2.1 VALORE PUBBLICO.....	5
2.2 SEMPLIFICAZIONE E DIGITALIZZAZIONE.....	6
2.3 PIANO DELLE PERFORMANCE.....	12
2.4 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA.....	14
2.4.1 PREMessa GENERALE.....	14
2.4.2 INDIVIDUAZIONE DELLE AREE E DEI PROCESSI A RISCHIO.....	18
2.4.3 IL MONITORAGGIO E LE AZIONI DI RISPOSTA.....	36
2.4.4 PROGRAMMA DELL'ATTUAZIONE DELLA TRASPARENZA.....	39
<b>3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO</b> .....	45
3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA.....	45
3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE.....	48
3.2.1 EVOLUZIONE NORMATIVA.....	48
3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE.....	51
3.3.1 RIFERIMENTI NORMATIVI.....	51
3.3.2 IL PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE .....	52
3.3.3 RIDUZIONE DELLA SPESA DEL PERSONALE CON RAPPORTO DI LAVORO FLESSIBILE .....	53
3.3.4 STABILIZZAZIONI DEL PRECARIATO.....	53
3.3.5 STABILIZZAZIONI COVID.....	54

3.3.6 PROGRESSIONI VERTYICALI TRA LE AREE DEL PERSONALE DEL COMPARTO.....	54
3.3.7 ASSUNZIONI EX LEGGE N.68/89.....	54
3.3.8 DOTAZIONE ORGANICA.....	55
3.3.9 PIANI AZIONI POSITIVE E CUG.....	56
3.3.10 RISPETTO VINCOLO DI SPESA EX ART. 2 L. N. 191/2009 RIVISTO EX ART. 11, C.1, DEL D.L. N. 35/2019.....	56
3.3.11 RISPETTO DEL BUDGET DI SPESA AZIENDALE ASSEGNATO.....	57
3.4 FORMAZIONE DEL PERSONALE.....	57
<b>4. MONITORAGGIO.....</b>	<b>59</b>

ALLEGATI:

Sez. 2.3-Piano della performance 2024

Sez. 2.4-PTPCT 2024

Sez. 3.1-Articolazione organizzativa aziendale e funzionigramma

Sez. 3.3-Proposta Piano triennale fabbisogno di personale (piano 2024)

## **PREFAZIONE**

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

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

Ai sensi del citato art. 6, il PIAO ha durata triennale viene aggiornato annualmente, entro il 31 gennaio. Il decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 30/6/2022, adottato ai sensi dell'art. 6, comma 6, del DL n. 80/2021, convertito in Legge n. 113/2021 definisce il contenuto del Piano Integrato di Attività e Organizzazione, secondo lo schema contenuto nell'allegato al Decreto ministeriale.

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

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

Si dà altresì atto che, la ristrettezza dei tempi di adozione dello strumento operativo fondamentale per il presidio di funzioni essenziali dell'organizzazione, non ha consentito forme di consultazione preventiva.

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

## 1. SCHEDA ANAGRAFICA

<b>TIPOLOGIA DI ISTITUZIONE</b>	<b>Azienda Sanitaria Territoriale</b>
<b>DENOMINAZIONE</b>	<b>A.S.T. Fermo</b>
<b>SEDE LEGALE</b>	<b>VIA DANTE ZEPELLI 18 FERMO (63900) ITALIA</b>
<b>PROVVEDIMENTO ISTITUTIVO</b>	<b>DGRM 1501 del 21/11/2022</b>
<b>CF/ PARTITA IVA</b>	<b>02500660440</b>
<b>DIRETTORE GENERALE -</b>	<b>Dott. Roberto GRINTA</b>
<b>DIRETTORE AMMINISTRATIVO -</b>	<b>Dott. Alberto Carelli</b>
<b>DIRETTORE SANITARIO -</b>	<b>Dr. ssa Simona Bianchi</b>

## 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE ED ANTICORRUZIONE

### 2.1 VALORE PUBBLICO

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

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

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

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

Trattandosi di azienda neo costituenda, l'atto aziendale dell'AST di Fermo è in corso di definizione, tuttavia certamente saranno rispettati gli impegni a garanzia della funzione pubblica di tutela e promozione della salute degli individui e della collettività, attraverso attività di promozione e prevenzione e cura degli stati di malattia e di recupero della salute, al fine di mantenere il più alto livello di qualità della vita dei cittadini.

La **Mission** dell'AST è quella di garantire in modo costante ed omogeneo a tutta la popolazione residente nel territorio di competenza, come individuato dalla DGRM sopra richiamata, la tutela della SALUTE, un bene prezioso e fondamentale per l'individuo e la collettività, intesa come definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), uno "stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente un'assenza di malattia o di infermità", superando il dualismo "malattia-salute" e guardando allo stato di benessere totale, non unicamente correlato all'intervento sanitario.

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

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

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

L'Azienda basa l'affidabilità e la qualità dei servizi sulla preparazione dei propri operatori e sulla loro capacità di aggiornamento continuo della professionalità. A tal fine valorizza e sviluppa le risorse

umane che operano nelle strutture aziendali. Assicura altresì la pari opportunità in ordine all'accesso all'impiego, ai percorsi formativi, all'affidamento degli incarichi, allo sviluppo professionale.

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

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

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

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

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

L'Azienda garantisce la legittimità, imparzialità e trasparenza dell'azione amministrativa. L'Azienda persegue anche l'obiettivo del contrasto della corruzione e illegalità proponendosi innanzitutto di realizzare gli obiettivi strategici, mutuati dalle indicazioni nazionali.

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

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

## **2.2 SEMPLIFICAZIONE E DIGITALIZZAZIONE**

## **2.2 SEMPLIFICAZIONE E DIGITALIZZAZIONE**

### **▪ Premessa**

La Regione Marche in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), ha adottato le deliberazioni di giunta Regionale n. 114 del 14/02/2022, n. 140 del 14/02/2022, n. 162 del 21/02/2022 e n. 271 del 14/03/2022 con le quali ha approvato le diverse misure da realizzare in ambito regionale. Con successivo Decreto n. 39 del Segretario Generale del 19/4/2022 è stata approvata la Cabina di Regia per la Governance e l'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza relativo alla Missione 6 Salute, nonché la costituzione dei diversi Gruppi di Lavoro Tematici incaricati dell'attuazione delle diverse linee di intervento.

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

le linee guida di attuazione, le specifiche dei progetti di investimento ed il monitoraggio delle attività delegate agli Enti del Servizio Sanitario Regionale (SSR).

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

Lo scorso anno è stato redatto ed approvato il Piano triennale, 2023/2025, per la transizione digitale aziendale (Determina DG AST FM n. 695 del 07/11/2023), pertanto il PIAO 2024/2026 dovrà essere in linea con il precedente piano pluriennale per la transizione digitale.

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

L'implementazione del nuovo sito aziendale, che dovrà essere il principale punto di contatto per gli assistiti, in modo friendly/responsive/smart e soprattutto interattivo/interoperabile con l'utente/assistito, risulta, quindi, una delle implementazioni più importanti per iniziare il percorso dell'implementazione di una digitalizzazione della sanità con una vision rivolta all'utente/assistito.

Il nuovo sito aziendale dell'AST FM, potrà essere allineato agli standard di funzionalità ed efficacia già presenti in altre realtà delle pubbliche amministrazioni come ad esempio i siti del mondo delle Università/INPS nei quali risulta presente un'area riservata per gli utenti. Nell'area riservata gli assistiti, dopo essersi loggati, potrebbero effettuare le principali azioni del caso: cambio medico, pagamenti, prenotazioni, informative privacy, modulistica dedicata, link di indirizzato verso gli altri sistemi utilizzabili dall'utenza (FSE) per ottenere referti in modo semplice ed immediato. L'area riservata potrebbe avere una autenticazione a doppio livello per le operazioni dell'assistito/utente che necessitano di credenziali di tipo forte.

Particolare attenzione potrebbe essere posta per l'implementazione del nuovo sito alla versione responsive per gli smartphone, in modo tale poter utilizzare il sito web anche e soprattutto tramite smartphone.

Il nuovo Portale potrà costituire lo strumento principale di lavoro dei dipendenti aziendali, con lo sviluppo di aree tematiche dedicate.

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

Il totale è di 571.821,76 €, e comprende l'attività di sviluppo per il primo anno, la manutenzione per 4 anni, la conduzione applicativa per 4 anni e la conduzione tecnica del primo anno. Per l'AST Fermo, quindi, l'importo da finanziare è di 82.757,94€ per l'anno 2024 e di 10.535,40€ per i tre anni successivi.

Il RUP dell'appalto per l'acquisto centralizzato del nuovo sito istituzionale delle AST è l'Ing. Stefano Simoncini, Direttore dell'area patrimonio AST Ancona.

Tramite i fondi del PNRR, esattamente con l'avviso Multimisura 1.1 ed 1.2 per il passaggio al Cloud degli applicativi, attualmente installati nei data center aziendali, anche il nuovo sito dell'AST FM, sarà oggetto del passaggio al cloud che verrà fornito dalla Regione Marche, tramite data center certificato regionale.

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

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

▪ **Area tematica: Processi amministrativi**

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

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

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

Con la stessa convenzione stipulata con la Regione Marche per il sistema informativo Paleo, è stato adottato anche il software **OpenAct**, in sostituzione dell'ormai datato AttiWeb, per la pubblicazione di atti aziendali come le determine. Tale sistema prevede l'utilizzo di firme digitali, quindi, l'UOC SIA è stata incaricata dal Direttore Amministrativo di procedere con l'ordine e la distribuzione delle firme digitali necessarie per il corretto svolgimento del flusso di caricamento delle determine.

Sono state quindi acquistate 120 firme digitali di cui 20 con OTP e 100 firme remote, distribuite inizialmente solo agli operatori amministrativi che utilizzano la piattaforma OpenAct, successivamente esteso anche agli altri operatori in virtù della dematerializzazione. Questa attività è stata già effettuata, entro la fine dell'anno 2023, e ha permesso il corretto avvio dell'utilizzo della nuova piattaforma OpenAct da fine 2023.

Per quanto riguarda l'archiviazione sostitutiva, ormai obbligatoria in quanto l'AST di Fermo ha propria entità legale, si è proceduto alla stipula della convenzione con la Regione Marche, e si è in attesa della nomina del profilo tecnico responsabile dell'archiviazione.

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

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

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

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

Alla fine del 2023, infatti, si è provveduto a contrattualizzare con la Ditta Engineering il servizio di manutenzione/assistenza del sistema AREAS a favore dell'AST FM.

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

▪ **Area tematica: Processi sanitari Ospedalieri**

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

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

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

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

- Fascicolo Sanitario Elettronico (Regione Marche);
- Sistema Autenticazione di FedCohesion;
- Anagrafe Regionale Centralizzata degli Assistiti (ARCA);
- Sistema RIS unico;
- Sistema LIS unico;
- Sistema Informatico Anatomia Patologica;
- Sistema Amministrativo e di gestione del personale (AREAS);
- Sistema unico regionale di prenotazione (CUP);
- Sistema di Laboratorio Analisi
- Sistema di screening neonatale (ORL etc.)
- Sistema Liste di Attesa;
- Sistema Informativo per la Rete del Territorio (SIRTE);

- Il Sistema Informativo della Banca del Sangue.

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

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

▪ **Area tematica: Processi sanitari Distrettuali**

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

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

Un altro applicativo che è stato implementato è **SmartGRAD**, ovvero un servizio di gestione delle graduatorie, che permette di compilare e instradare le domande di inclusione in graduatorie regionali da parte di medici specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali.

L'AST di Fermo si è dotata di tale applicativo su richiesta del servizio UOC DAT, vista la necessità di gestire le graduatorie di medici specialisti ambulatoriali, professionisti e i vantaggi che da esso possono seguire come:

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

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

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

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

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

Nel PNRR sono previsti interventi con risorse destinate a investimenti in tecnologie per la trasformazione digitale delle Pubbliche Amministrazioni, come la prima componente della Missione 1, al cui interno è prevista “Abilitazione e facilitazione delle PA locali nella migrazione al cloud”, (Misura 1.2) per migrare i propri applicativi in cloud sulla piattaforma PA digitale 2026.

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

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

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

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

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

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

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

A breve, inoltre, sarà implementato il NAC (Network Access Control), ovvero un software che si integra sulla rete aziendale in grado di capire tutti i dispositivi che sono collegati alla LAN; è possibile

poi dalla semplice GUI creare VLAN e/o disabilitare porte degli apparati di rete dove sono collegati dispositivi non ammessi per poterli escludere.

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

## **2.3 PIANO DELLA PERFORMANCE**

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

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

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

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

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

La sezione Performance, ai sensi dell’articolo 2, al pari delle altre sezioni del PIAO “deve avere contenuto sintetico e descrittivo delle relative azioni programmate, secondo quanto stabilito dal

presente decreto, per il periodo di applicazione del Piano stesso, con particolare riferimento, ove ve ne sia necessità, alla fissazione di obiettivi temporali intermedi”.

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

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

Essa deve indicare, almeno:

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

Lo schema contenuto nell’allegato che forma parte integrante del Ministro per la Pubblica Amministrazione, dedica alla Performance una scheda in cui si ribadiscono le logiche di predisposizione della sezione, che sono quelle di “di performance management, di cui al Capo II del decreto legislativo n. 150 del 2009. Esso è finalizzato, in particolare, alla programmazione degli obiettivi e degli indicatori di performance di efficienza e di efficacia i cui esiti dovranno essere rendicontati nella relazione di cui all’articolo 10, comma 1, lettera b), del predetto decreto legislativo”. Sono inoltre ribaditi gli obiettivi di cui alla lettera b) art. 3 sopracitati (semplificazione, digitalizzazione, ecc.), e quelli di efficienza in relazione alla tempistica di completamento delle procedure, e quelli correlati alla qualità dei procedimenti e dei servizi.

Con riferimento agli obiettivi da inserire nel PIAO si evidenzia che nella circolare n.2/2022 del Dipartimento della Funzione Pubblica ad oggetto “Indicazioni operative in materia di Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) di cui all’articolo 6 del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80”, si specifica che tutte le Pubbliche Amministrazioni sono invitate a inserire tra gli obiettivi della Sezione “Valore pubblico, performance, anticorruzione” del PIAO, specifici obiettivi legati all’efficientamento energetico. A tal proposito la circolare rammenta che, per aumentare la sicurezza dell’approvvigionamento energetico, l’Unione europea è intervenuta con il Regolamento 2022/1369 del 5 agosto 2022 prevedendo misure volte a ridurre i consumi di gas naturale. Il Dipartimento ha già fornito a riguardo indicazioni operative nel documento “Dieci azioni per il risparmio energetico e l’uso intelligente e razionale dell’energia nella Pubblica Amministrazione”, cui si rimanda per ulteriori approfondimenti.

Stante il riferimento normativo della sezione Performance al Capo II del decreto legislativo n. 150/2009 così come modificato dal decreto legislativo n. 74/2017, la sottosezione Performance del PIAO, al pari del Piano della Performance di cui all’art. 10 del D.Lgs 150/2009, recepisce le linee guida del Dipartimento della funzione Pubblica n. 1/2017 “Linee guida per il Piano della performance”. Tali linee guida sono redatte ai sensi del D.lgs. 150/2009, così come modificato dal D.lgs n. 74/2017, che attribuisce al Dipartimento della Funzione Pubblica le funzioni di indirizzo, coordinamento e monitoraggio in materia di ciclo della performance.

Si prende atto anche della recente direttiva ministeriale del 28/11/2023 ricevuta con nota MPA\_ZANGRILLO-0000430-P-24/01/2024.

Considerando tutto quanto sopra rappresentato si rimanda all'allegato "Sez. 2.3 - Piano delle Performance 2024" da intendersi parte integrante e sostanziale del presente documento.

## **2.4 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA**

### **2.4.1 PREMESSA GENERALE**

Con la redazione del presente documento di prevenzione della corruzione, comprensivo della sezione dedicata alla trasparenza e integrità, l'AST FM intende dare attuazione a quanto stabilito dalla normativa in materia di anticorruzione e trasparenza. Il presente documento di natura programmatica si coordina e trova riscontro con gli altri strumenti di pianificazione dell'Ente. A tal scopo l'attuazione degli obblighi di anticorruzione e trasparenza è oggetto di misurazione e valutazione delle performance sia organizzativa, sia individuale del RPCT e dei responsabili di servizio.

#### **Articolo 1 – Oggetto e finalità**

Il presente documento individua le misure organizzativo/funzionali, volte a prevenire la corruzione nell'ambito dell'attività amministrativa dell'Ente.

Risponde alle seguenti esigenze:

- individuare le attività dell'ente nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione;
- prevedere meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni, idonei a prevenire il rischio di corruzione;
- prevedere obblighi di comunicazione nei confronti del Responsabile chiamato a vigilare sul funzionamento del Piano;
- monitorare il rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti;
- monitorare i rapporti tra AST ed i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dipendenti;
- individuare specifici obblighi di trasparenza ulteriori rispetto a quelli previsti da disposizioni di legge.

#### **Articolo 2 – Ambito soggettivo di applicazione**

I destinatari, soggetti chiamati a darvi attuazione, sono i seguenti:

- direttori/dirigenti;
- dipendenti / personale convenzionato;
- concessionari ed incaricati di pubblici servizi ed i soggetti di cui all'articolo 1, comma 1- ter, L. 7 agosto 1990, n. 241 ivi compresi gli operatori economici sanitari accreditati.

Il presente documento, facente parte del PIAO (Piano integrato di attività e Organizzazione) è pubblicato sul sito istituzionale e se ne dà comunicazione ai dipendenti all'atto dell'assunzione.

#### **Articolo 3 – Soggetti coinvolti**

Il Direttore Generale è l'organo di indirizzo titolare del potere di nomina del responsabile della prevenzione della corruzione, dell'adozione iniziale e dei successivi aggiornamenti del presente documento (PIAO) entro il 31 gennaio di ogni anno salvo deroghe normative. È l'organo che dà attuazione agli indirizzi generali definiti dalle Superiori Autorità (*in primis* da Regione Marche),

individuando le strategie e gli obiettivi della gestione; ha la rappresentanza legale e svolge le funzioni strategiche di indirizzo e verifica sulla gestione dell'Azienda.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza (RPCT) è stato individuato per il 2024 con determina n.20 del 18/1/24 nella persona del Dr.Simone Aquilanti; esercita i compiti attribuiti dalla legge e dal presente documento, in particolare:

- elabora la proposta della sezione Rischi corruttivi e trasparenza ed i successivi aggiornamenti da sottoporre per l'adozione all'organo sopra indicato;
- verifica l'efficace attuazione della sezione Rischi corruttivi e trasparenza e la sua idoneità e ne propone la modifica qualora siano accertate significative violazioni delle prescrizioni o intervengano mutamenti rilevanti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione;
- vigila, ai sensi dell'art. 15 del d.lgs. n. 39/2013, sul rispetto delle norme in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi;
- elabora la relazione annuale sull'attività anticorruzione svolta da trasmettere all'organo di indirizzo dell'amministrazione ed all'OIV ai sensi dell'art. 41.1, lett. 1), d.lgs. 97/2016;
- cura l'aggiornamento del Codice di comportamento dell'amministrazione, 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 decreto legislativo n. 165 del 2001;
- cura la diffusione della conoscenza dei codici di comportamento nell'amministrazione, il monitoraggio annuale sulla loro attuazione (ai sensi dell'art. 54, comma 7, del d.lgs. n. 165/2001), la pubblicazione sul sito istituzionale e la comunicazione all'ANAC, di cui all'art. 1, comma 2, della legge n. 190 del 2012, dei risultati del monitoraggio (art. 15 comma 3 D.P.R. 62/2013);
- chiede agli uffici dell'amministrazione informazioni sull'esito delle istanze di accesso civico e si occupa (ai sensi dell'art. 5, comma 7, d.lgs. 33/2013, come novellato dal d.lgs. 97/2016) dei casi di riesame (sia che l'accesso riguardi dati a pubblicazione obbligatoria o meno);
- cura i compiti in materia di segnalazioni ai sensi della disciplina sul *whistleblowing* (previsti nell'art. 54-bis del d.lgs. 165/2001);
- svolge le funzioni indicate dall'art. 43 del d.lgs. n. 33 del 2013;
- raccorda la propria attività con quella svolta in funzione di Responsabile della prevenzione della corruzione.

Nell'ambito del proprio ruolo il RPCT ha già redatto e pubblicato la apposita relazione annuale a valere sull'esercizio 2023 ed ha proposto alla DG aziendale le misure di aggiornamento di prevenzione della corruzione (cfr. nota ID 1161443 del 19.01.2024); le stesse si intendono qui integrate dalla proposta alla direzione aziendale di acquisire da parte del personale dirigenziale svolgente funzioni in materia di contrattualistica esterna (lavori, servizi, forniture, dimissioni immobiliari, etc...) di non incorrere e non essere incorso, dall'atto di conferimento dell'incarico dirigenziali ricoperto, in conflitto di interessi nei relativi affidamenti rispetto ad eventuali rapporti contrattuali stipulati e/o stipulandi da parte degli stessi responsabili e/o dei loro coniugi e/o conviventi more uxorio e/o parenti e/o congiunti e/o familiari nell'interesse proprio.

I responsabili di servizio nell'ambito dei settori di rispettiva competenza:

- partecipano al processo di gestione del rischio;
- concorrono alla individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione e alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione e a controllarne il rispetto da parte dei dipendenti dei settori cui sono preposti;

- 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 (rotazione cd. Straordinaria);
- svolgono attività informativa nei confronti della sezione Rischi corruttivi e trasparenza ai sensi dell'articolo 1, comma 9, lett. c, della legge 190 del 2012;
- osservano le misure contenute nella sezione Rischi corruttivi e trasparenza;
- vigilano sull'applicazione dei codici di comportamento e ne verificano le ipotesi di violazione, ai fini dei conseguenti procedimenti disciplinari;
- adottano le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del personale (artt. 16 e 55 bis D.Lgs. n. 165 del 2001).
- svolgono i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza (articolo 55 bis d.lgs. n. 165 del 2001);
- provvedono alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria (art. 20 d.P.R. n. 3 del 1957; art.1, comma 3, l. n. 20 del 1994; art. 331 c.p.p.);
- svolgono le funzioni indicate dall'art. 43 del d.lgs. n. 33 del 2013;
- raccordano la propria attività con quella svolta in funzione di Responsabile della prevenzione della Corruzione e trasparenza.

L'Organismo indipendente di valutazione (OIV):

- partecipa al processo di gestione del rischio;
- considera i rischi e le azioni inerenti alla prevenzione della corruzione nello svolgimento dei compiti ad esso attribuiti;
- svolge compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza amministrativa (articoli 43 e 44 d.lgs. 33/2013);
- esprime parere obbligatorio sul Codice di comportamento e sue modificazioni e vigila sull'applicazione;
- verifica, anche ai fini della validazione della relazione sulla performance, che la presente 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;
- verifica, in rapporto agli obiettivi inerenti la sezione Rischi corruttivi e trasparenza, i contenuti della relazione recante i risultati dell'attività svolta che il RPCT predispone e trasmette all'OIV (oltre che all'organo di indirizzo) 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).

Tutti i dipendenti dell'amministrazione:

- partecipano al processo di gestione del rischio;
- osservano le misure contenute nella sezione Rischi corruttivi e trasparenza;
- segnalano le situazioni di illecito ed i casi di personale conflitto di interessi;
- comunicano all'Amministrazione la sussistenza nei propri confronti di provvedimenti di rinvio a giudizio ai sensi del CCNL applicabile.

I collaboratori a qualsiasi titolo dell'amministrazione: osservano, per quanto compatibili, le misure contenute nella sezione Rischi corruttivi e trasparenza e gli obblighi di condotta previsti dal Codice di comportamento.

Il soggetto responsabile dell'inserimento e dell'aggiornamento annuale degli elementi identificativi dell'Ente come stazione appaltante (RASA): implementa la BDNCP presso l'ANAC con i dati relativi all'anagrafica di AST come stazione appaltante, alla classificazione della stessa e all'articolazione in centri di costo. Il soggetto preposto all'iscrizione e all'aggiornamento dei dati nella BDNCP presso l'ANAC (RASA), è stato individuato nella persona del Direttore UOC Acquisti & Logistica dr. Fulvio De Cicco.

Il Data Protection Officer (D.P.O.) - Responsabile della protezione dei dati personali: è una figura introdotta dal Regolamento UE 2016/679, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati.

I compiti fondamentali del DPO, ai sensi dell'art. 39 del predetto Regolamento UE sono quelli di:

- a. informare e fornire consulenza;
- b. sorvegliare l'osservanza del Regolamento, di altre disposizioni dell'UE o degli stati membri relative alla protezione dei dati nonché delle politiche del titolare del trattamento o del responsabile del trattamento in materia di protezione dei dati personali, compresi l'attribuzione delle responsabilità, la sensibilizzazione e la formazione del personale che partecipa ai trattamenti e alle connesse attività di controllo;
- c. fornire, se richiesto, un parere in merito alla valutazione d'impatto sulla protezione dei dati e sorvegliarne lo svolgimento;
- d. cooperare con l'autorità di controllo;
- e. fungere da punto di contatto per l'autorità di controllo per questioni connesse al trattamento;
- f. adempiere puntualmente tutti gli obblighi contrattualmente previsti in caso di affidamento in outsourcing.

Tale ruolo è stato affidato ad operatore economico esterno del che si è dato conto nelle debite forme di trasparenza e pubblicazione sul sito istituzionale al link Amministrazione Trasparente.

#### **Articolo 4 – La procedura di redazione della sezione Rischi corruttivi e trasparenza**

La predisposizione e l'aggiornamento del documento è stata curata dal Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza (RPCT). In prima fase si è proceduto all'analisi delle aree considerate a rischio dalla normativa e, nell'ambito delle stesse, all'individuazione dei processi sensibili. Ai fini degli aggiornamenti annuali, i responsabili di servizio trasmettono al Responsabile della prevenzione della corruzione (RPCT) eventuali proposte inerenti al proprio ambito di attività, di norma in occasione della verifica dello stato di avanzamento degli obiettivi del Piano Programmatico. Lo schema preliminare predisposto per l'aggiornamento annuale viene presentato, prima dell'approvazione, ai responsabili di servizio ed all'OIV, nonché pubblicato sul sito web dell'AST per eventuali segnalazione/proposte da parte degli stakeholders. La proposta di documento definitivo, che fa parte del PIAO, viene sottoposto al Direttore Generale (o FF) e adottato la data di adozione del PIAO medesimo, prendendo a riferimento il triennio successivo a scorrimento. Il PIAO approvato viene pubblicato nel sito istituzionale dell'Ente (sezione "Amministrazione Trasparente") e della pubblicazione è data segnalazione nella intranet aziendale a cura dell'URP. La sezione rischi corruttivi e trasparenza può essere modificata anche in corso d'anno, su proposta del Responsabile della prevenzione della corruzione, allorché siano state accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengano rilevanti mutamenti organizzativi o modifiche in ordine all'attività dell'amministrazione.

## 2.4.2 INDIVIDUAZIONE DELLE AREE E DEI PROCESSI A RISCHIO

### Articolo 5 – Metodologia

La presente sezione Rischi corruttivi e trasparenza è pensata come lo strumento per porre in essere il processo di gestione del rischio nell'ambito dell'attività amministrativa svolta dall'AST. Tale processo, recependo le indicazioni del Piano Nazionale Anticorruzione (P.N.A.), si è sviluppato attraverso le seguenti fasi:

- analisi del contesto interno ed esterno;
- mappatura dei processi attuati dall'amministrazione;
- valutazione del rischio per ciascun processo;
- trattamento del rischio;

In questa sezione Rischi corruttivi e trasparenza si delinea un programma di attività derivante da una preliminare fase di analisi che è consistita nell'esaminare la struttura organizzativa dell'Ente e le sue regole di comportamento in termini di "possibile esposizione" al fenomeno corruttivo. Ciò è avvenuto mediante la ricostruzione del sistema dei processi organizzativi, con particolare attenzione alla struttura dei controlli ed alle aree sensibili nel cui ambito possono, anche solo in via teorica, verificarsi episodi di corruzione. In questa prima fase le misure di prevenzione individuate (misure obbligatorie e misure ulteriori ritenute necessarie o utili) sono estese a tutti i livelli di rischio individuati dalla presente sezione Rischi corruttivi e trasparenza.

Come premessa metodologica corre l'obbligo di segnalare che la non coincidenza della *line* della filiera decisionale dell'Area Dirigenziale dell'Area Amministrativa, Tecnico, Logistica con quella di vertice dell'AST FM (cfr. DGRM n.1839/2022) comporta *naturaliter* l'esigenza di monitorare il rischio di interferenze/sovrapposizioni positive o negative -operative e di competenza- rispetto ai percorsi di sorveglianza in materia.

### Articolo 6 – Analisi del contesto esterno

#### **Evoluzione dei fenomeni di illegalità nel territorio collegati alla criminalità organizzata e di tipo mafioso**

Diverse indagini condotte negli ultimi anni dalle forze investigative hanno portato alla luce la presenza delle mafie fuori dalle zone di origine, rivelando così la forte capacità di adattamento di queste organizzazioni criminali anche nei territori generalmente ritenuti immuni dal fenomeno mafioso, la cui pericolosità è rimasta confinata nell'ambito dei mercati illeciti e, fra questi, soprattutto nel traffico degli stupefacenti; tale fenomeno si è presentato anche nella realtà Marchigiana, seppur in toni valutati non ancora pervasivi da parte delle competenti autorità

### Articolo 7 – Mappatura dei processi e valutazione del rischio

Per mappatura dei processi si intende la ricerca e descrizione di quell'insieme di attività sequenziali, interrelate ed interagenti, attuate dall'Azienda nello svolgimento dell'attività istituzionale, atte a trasformare delle risorse in output destinato ad un soggetto interno o esterno (utente), effettuata al fine di individuare quelli potenzialmente a rischio di corruzione.

La mappatura è stata effettuata con riferimento a tutte le aree che comprendono le attività che la normativa, il PNA e la delibera ANAC n. 1064/2019 (Tab. 3, All. 1), considerano potenzialmente a rischio per tutte le Amministrazioni (c.d. aree di rischio comuni) e con riferimento ad ulteriori "aree

di rischio specifico”, caratterizzanti l’attività istituzionale, cui afferiscono i processi ed i rischi specifici ad essi associati.

### **Articolo 8 – Stima del livello di esposizione al rischio**

Per ogni processo individuato, il rischio di corruzione è stato stimato attraverso un approccio di tipo qualitativo utilizzando, quale metodologia di valutazione, la consultazione ed il confronto con i soggetti coinvolti, tenendo presente il contesto organizzativo in cui lo stesso processo si colloca ed utilizzando i sottoelencati indicatori di livello di esposizione del processo al rischio corruttivo:

- a) Grado di discrezionalità del decisore interno all’Azienda;
- b) Manifestazione nel biennio precedente di eventi corruttivi nel processo mappato;
- c) Livello di rilevanza verso l’esterno

### **Articolo 9 – La ponderazione del rischio**

Dopo aver determinato il livello di esposizione al rischio di ciascun processo si è proceduto alla “ponderazione” con l’intento di stabilire le azioni da intraprendere per ridurre l’esposizione e la priorità d’intervento ai fini della prevenzione, valutando contestualmente la possibilità d’introdurre nuove ed ulteriori misure di prevenzione allo scopo di ridurre quanto più possibile il c.d. “rischio residuo”.

La tabella di rischio viene confermata nel dettaglio, anche con riferimento agli indici di cui ai paragrafi qui successivi, siccome espressa alle pagg.60 e segg. del PIAO Asur già sopra indicato non derivando allo stato, anche per la prossimità cronologia di quel Piano alla L.R. di riforma (la n.19/22 della Regione Marche è stata approvata circa un mese dopo).

### **Articolo 10 – Trattamento del rischio**

Consiste nell’identificazione e individuazione delle misure o meccanismi per neutralizzare o ridurre il rischio di corruzione.

In aderenza all’articolo 1, comma 9°, della legge n. 190/2012, le misure-meccanismi prevedono le seguenti tipologie di intervento:

- meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione;
- obblighi di informazione nei confronti del responsabile, chiamato a vigilare sul funzionamento e sull’osservanza del piano;
- modalità di monitoraggio del rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti;
- modalità di monitoraggio dei rapporti tra l’amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell’amministrazione.

Le misure possono essere classificate in:

- “misure comuni e obbligatorie;
- “misure ulteriori”: aggiuntive e individuate autonomamente da ciascuna amministrazione; diventano obbligatorie una volta inserite nella sezione Rischi corruttivi e trasparenza.

È data priorità all'attuazione delle misure obbligatorie rispetto a quelle ulteriori, che devono essere valutate anche in base ai costi stimati, all'impatto sull'organizzazione e al grado di efficacia che si attribuisce alla misura. Alcune misure presentano carattere trasversale, mentre altre sono, per così dire, settoriali in quanto ritenute idonee a trattare il rischio insito in specifici settori di attività. Di seguito sono illustrate le misure di prevenzione previste per il presente piano elencate con codice "lettera progressiva alfabeto". Saranno richiamate nella relativa colonna delle tabelle di gestione del rischio allegate.

## **Articolo 11 – Le misure di prevenzione e contrasto**

### *a - adempimenti relativi alla trasparenza*

La L. 190/2012 individua nel rafforzamento della trasparenza uno degli strumenti principali per la prevenzione della corruzione nella pubblica amministrazione. La trasparenza è riguardata come livello essenziale delle prestazioni relative ai diritti sociali e civili ai sensi dell'art. 117 comma 2 lett. m) della Costituzione, che va assicurata attraverso la pubblicazione nei siti web istituzionali delle pubbliche amministrazioni delle informazioni riguardanti i procedimenti amministrativi. Le informazioni pubblicate devono essere facilmente accessibili, complete e agevolmente consultabili, pur nel rispetto delle disposizioni in materia di segreto di Stato, di segreto d'ufficio e di protezione dei dati personali. AST FM ha dedicato nella homepage del sito istituzionale apposita sezione, denominata "Amministrazione Trasparente", costruita in conformità a quanto previsto dall'allegato "A" del D.lgs. n.33/2013 con contenitori tematici, nella quale sono resi accessibili i documenti, le informazioni e i dati la cui pubblicazione è prevista come obbligatoria dalla normativa vigente. La sezione "Amministrazione Trasparente" è articolata in sottosezioni come disposto dalla tabella 1 allegata al d.lgs. 33/2013. La sezione è stata aggiornata e adeguata alle indicazioni riportate nell'allegato 1 della deliberazione ANAC n. 1310 del 28.12.2016 ("Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità e trasparenza e diffusione per l'aggiornamento del Programma triennale della trasparenza"). In generale, in relazione alle cautele da adottare per il rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali nell'attività di pubblicazione sul sito istituzionale per finalità di trasparenza e pubblicità dell'azione amministrativa, si rinvia alle più specifiche indicazioni fornite dal Garante per la protezione dei dati personali «Linee guida in materia di trattamento di dati personali, contenuti anche in atti e documenti amministrativi, effettuato per finalità di pubblicità e trasparenza sul web da soggetti pubblici e da altri enti obbligati» (in G.U. n. 134 del 12 giugno 2014 e in [www.gdpd.it](http://www.gdpd.it), doc. web n. 3134436). Azioni da intraprendere: si rimanda al Programma dell'attuazione della trasparenza, parte del PIAO Asur già sopra detto. Il RPCT verifica l'attuazione degli adempimenti di trasparenza. Misura comune a tutti i livelli di rischio individuati dalla sezione Rischi corruttivi e trasparenza. Soggetti responsabili: Responsabile per la trasparenza - tutti i Direttori/Dirigenti di settore.

### *b - informatizzazione dei processi*

Come evidenziato dal Piano Nazionale Anticorruzione (P.N.A.), l'informatizzazione dei processi rappresenta una misura trasversale di prevenzione e contrasto particolarmente efficace dal momento che consente la tracciabilità dell'intero processo amministrativo, evidenziandone ciascuna fase e le connesse responsabilità. Riduce il rischio di "blocchi" non controllabili con emersione delle responsabilità per ciascuna fase.

Normativa di riferimento: d.lgs. 39/1993; DPR 445/2000; d.lgs. 10/2002; Direttiva Ministero per Innovazione e Tecnologia 9/12/2002; Codice dell'amministrazione digitale; Piano Nazionale

Anticorruzione (P.N.A.) Azioni da intraprendere: progressiva introduzione/estensione dell'informatizzazione dei processi, tenuto conto anche delle risorse finanziarie necessarie e disponibili (si vedano gli obiettivi riportati nella la relativa sottosezione Performance del presente PIAO 2022-2024). Misura comune a tutti i livelli di rischio individuati dalla sezione Rischi corruttivi e trasparenza. Soggetti responsabili: tutti i responsabili di servizio; la recente introduzione del SW gestionale degli atti determinativi OPENACT costituisce un concreto esempio in tale direzione.

c - accesso telematico a dati, documenti e procedimenti

Rappresenta una misura trasversale che consente l'apertura dell'amministrazione verso l'esterno e, quindi, la diffusione del patrimonio pubblico ed il controllo sull'attività da parte dell'utenza. Normativa di riferimento: d.lgs. 82/2005 art. 1, commi 29 e 30; Legge n. 190/2012; Piano Nazionale Anticorruzione (P.N.A.) Azioni da intraprendere: maggiore diffusione possibile dell'accesso telematico a dati, documenti e procedimenti. Per facilitare i rapporti tra i cittadini e l'Amministrazione, sul sito istituzionale dell'Ente vengono pubblicati i moduli di presentazione di istanze, richieste e ogni altro atto di impulso del procedimento, con l'elenco degli atti da produrre e/o da allegare all'istanza. Misura comune a tutti i livelli di rischio individuati dalla sezione Rischi corruttivi e trasparenza. Soggetti responsabili: tutti i responsabili di servizio.

d - monitoraggio termini procedurali

Le Amministrazioni hanno l'obbligo, ex art. 1, comma 9, lett. d) e comma 28 della L. n. 190/2012 e art. 24, comma 2, del d.lgs. n. 33/2013, di provvedere al monitoraggio del rispetto dei termini previsti dalla legge o dai regolamenti per la conclusione dei procedimenti, provvedendo, altresì, all'eliminazione di eventuali anomalie. Il Funzionario anti-ritardo è il RPCT (salva delega) al quale è attribuito il potere sostitutivo in caso di inerzia da parte dei responsabili di servizio competenti. Normativa di riferimento: art. 2 L. 241/1990; L. 35/2012; art. 1, commi 9, lett. d) e 28, L. 190/2012; art. 24, comma 2, del d.lgs. 33/2013; Piano Nazionale Anticorruzione (P.N.A.) Azioni da intraprendere: ciascun responsabile di servizio vigila affinché i provvedimenti di competenza dei rispettivi servizi vengano adottati nel rispetto dei termini di conclusione ed esercita il proprio potere sostitutivo nei confronti dei responsabili di procedimento individuati; eventuali ritardi devono essere segnalati al Funzionario anti-ritardo (RPCT o suo delegato). La mancata o tardiva emanazione del provvedimento nei termini costituisce elemento di valutazione della performance individuale, nonché di responsabilità disciplinare e amministrativo-contabile da parte del dirigente e del funzionario inadempiente. Nei provvedimenti rilasciati in ritardo su istanza di parte deve essere espressamente indicato il termine previsto dalla legge o dal regolamento e quello effettivamente impiegato. Quanto agli obblighi di pubblicazione si rimanda al Programma dell'attuazione della trasparenza. Misura comune a tutti i livelli di rischio individuati dalla sezione Rischi corruttivi e trasparenza. Soggetti responsabili: Direttore generale, RPCT, tutti i responsabili di servizio.

e - formazione in tema di anticorruzione

La legge n. 190/2012 prevede che il RPCT definisca procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti al rischio corruttivo. Normativa di riferimento: art. 1, commi 5 lett. b), 8, 10 lett. c), 11 della L. 190/2012; art. 7-bis del d.lgs. 165/2001; D.P.R. 70/2013; Piano Nazionale Anticorruzione (P.N.A.) Azioni da intraprendere: la presente sezione Rischi corruttivi e trasparenza individua due livelli di formazione:

□ Formazione base: destinata a tutto il personale e finalizzata ad una sensibilizzazione generale sulle tematiche dell'etica e della legalità e sui contenuti dei codici di comportamento. Viene impartita mediante appositi seminari destinati a P.O. e responsabili di servizio che, a loro volta, provvederanno

alla formazione *in house* del restante personale. Ai nuovi assunti o a chi entra nel settore deve essere garantito il livello di formazione base mediante affiancamento di personale esperto interno (tutoraggio).

□ Formazione tecnica: destinata a P.O. e responsabili di servizio che operano nelle aree con processi classificati dalla presente sezione Rischi corruttivi e trasparenza a rischio elevato. Viene impartita mediante appositi corsi anche su tematiche settoriali, in relazione al ruolo svolto. L'incremento della formazione dei dipendenti, l'innalzamento del livello qualitativo e il monitoraggio sulla qualità della formazione erogata in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza possono costituire obiettivi strategici che gli organi di indirizzo dell'amministrazione sono tenuti ad individuare quale contenuto necessario del PTPCT. L'Ente tiene conto dell'importante contributo che può essere dato dagli operatori interni all'amministrazione, inseriti come docenti nell'ambito di percorsi di aggiornamento e formativi *in house*; monitora e verifica il livello di attuazione dei processi di formazione e la loro adeguatezza. Il monitoraggio potrà essere realizzato, ad es., attraverso questionari da somministrare ai soggetti destinatari della formazione al fine di rilevare le conseguenti ulteriori priorità formative e il grado di soddisfazione dei percorsi già avviati. Soggetti responsabili: incaricato di organizzare la formazione in tema di anticorruzione è il Responsabile del Servizio Formazione, competente per gli adempimenti relativi al programma della formazione. Dell'avvenuto adempimento viene dato atto in occasione della reportistica finale relativa al Piano Formativo. Ciascun Responsabile di servizio è competente per la trasmissione della formazione all'interno della rispettiva struttura.

#### f - codice di comportamento

L'articolo 54 del D.Lgs. 165/2001, ha previsto che il Governo definisse un "Codice di comportamento dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni" per assicurare la qualità dei servizi, la prevenzione dei fenomeni di corruzione ed il rispetto dei doveri costituzionali di diligenza, lealtà, imparzialità e servizio esclusivo alla cura dell'interesse pubblico. Il 16 aprile 2013 è stato emanato il D.P.R. 62/2013 recante il suddetto Codice di comportamento. Il comma 3 dell'articolo 54 del decreto legislativo 165/2001, dispone che ciascuna amministrazione elabori un proprio Codice di comportamento "con procedura aperta alla partecipazione e previo parere obbligatorio del proprio organismo indipendente di valutazione". L'articolo 54 del D.Lgs. n. 165/2001, come sostituito dall'art. 1, comma 44, della L. 190/2012, dispone che la violazione dei doveri contenuti nei codici di comportamento, compresi quelli relativi all'attuazione del Piano di prevenzione della corruzione, è fonte di responsabilità disciplinare. La violazione dei doveri è altresì rilevante ai fini della responsabilità civile, amministrativa e contabile ogniqualvolta le stesse responsabilità siano collegate alla violazione di doveri, obblighi, leggi o regolamenti. L'ex Asur, con Determina 234 del 24/03/2022 ha aggiornato il Codice di Comportamento per il Personale, tutt'ora in vigore, che si applica a tutti coloro che prestano attività lavorativa a qualsiasi titolo per l'Azienda.

Fino alla revisione del vigente Codice di comportamento aziendale:

□ è previsto l'obbligo per tutti i dipendenti di comunicare all'Amministrazione la sussistenza nei propri confronti di provvedimenti di rinvio a giudizio;

□ è previsto il dovere in capo a tutti i dipendenti interessati da procedimenti penali, di segnalare immediatamente all'Amministrazione l'avvio di tali procedimenti nei casi in cui il dipendente ne abbia avuto cognizione o per avere richiesto informazioni sulla iscrizione ex art. 335 c.p.p. ("Registro delle notizie di reato") o per essere stato destinatario di provvedimenti che contengono la notizia medesima (cfr, sul punto, Delibera ANAC n. 215 del 26.03.2019 "Linee guida in materia di

applicazione della misura della rotazione straordinaria di cui all'art. 16, comma 1, lett. 1-quater, del d.lgs. n. 165 del 2001").

Normativa di riferimento: art. 54 del D.Lgs. n. 165/2001, come sostituito dall'art. 1, comma 44, della L. 190/2012; D.P.R. 16/04/2013 n. 62 "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165"; Intesa tra Governo, Regioni ed Enti locali sancita dalla Conferenza Unificata del 24 luglio 2013; Piano Nazionale Anticorruzione (P.N.A) Azioni da intraprendere: si rimanda integralmente alle disposizioni di cui al D.P.R. 62/2013 e al Codice di Comportamento dei dipendenti dell'AST. Si dà indicazione per inserire negli schemi tipo di incarico, contratti, bandi la condizione dell'osservanza dei Codici di comportamento per i consulenti o collaboratori esterni a qualsiasi titolo dell'amministrazione, con clausole di risoluzione o decadenza del rapporto in caso di violazione. Misura comune a tutti i livelli di rischio individuati dalla sezione Rischi corruttivi e trasparenza Soggetti responsabili: R.P.C. e responsabile Politiche del personale per le incombenze di legge e quelle previste direttamente dal Codice di comportamento.

g – meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione

Normativa di riferimento: art. 1 comma 9 L. 190/2012. Azioni da intraprendere:

Nella trattazione e nell'istruttoria degli atti:

rispettare l'ordine cronologico di protocollo dell'istanza, fatte salve le eventuali eccezioni stabilite da disposizioni legislative o regolamentari.

per consentire a chiunque di comprendere appieno la portata di tutti i provvedimenti e per consentire a tutti coloro che vi abbiano interesse di esercitare con pienezza il diritto di accesso e di partecipazione, viene data indicazione a tutti i dipendenti di redigere gli atti in modo chiaro e comprensibile, con un linguaggio semplice. In generale, per tutti i provvedimenti, lo stile dovrà essere il più possibile semplice e diretto e il linguaggio comprensibile a tutti. È preferibile limitare l'uso di acronimi, abbreviazioni e sigle, se non quelle di uso più comune.

provvedere, laddove possibile e fatto salvo il divieto di aggravio del procedimento, a distinguere l'attività istruttoria e la relativa responsabilità dall'adozione dell'atto finale, in modo tale che, per ogni provvedimento, ove possibile, compatibilmente con la dotazione organica dell'ufficio/servizio, siano coinvolti almeno due soggetti, l'istruttore proponente ed il firmatario del provvedimento (responsabile di servizio / incaricato di posizione organizzativa / dirigente). Nella formazione dei provvedimenti, con particolare riguardo agli atti con cui si esercita ampia discrezionalità amministrativa e tecnica:

in osservanza all'art. 3 della L.n. 241/1990, motivare adeguatamente, con precisione, chiarezza e completezza, tutti i provvedimenti di un procedimento. L'onere di motivazione è tanto più esteso quanto più è ampio il margine di discrezionalità. Tutti gli uffici dovranno riportarsi, per quanto possibile, ad uno stile comune, curando che i provvedimenti conclusivi dei procedimenti riportino, nella premessa, sia il preambolo che la motivazione.

nei casi previsti dall'art. 6-bis della Legge 241/90, come aggiunto dal comma 41 dell'art. 1 della L. 190/2012, il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale, devono astenersi in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale. La segnalazione del conflitto deve essere scritta e indirizzata al responsabile di servizio competente (e ove riguardi quest'ultimo deve essere rivolta al RPCT) il quale, esaminate le circostanze, valuta se la situazione

realizzi un conflitto di interesse idoneo a ledere l'imparzialità dell'azione amministrativa. Egli deve rispondere per iscritto al dipendente che ha effettuato la segnalazione, sollevandolo dall'incarico oppure motivando le ragioni che gli consentono comunque l'espletamento dell'attività e le eventuali condizioni o limiti di azione. Nel caso in cui sia necessario sollevare il dipendente dall'incarico, lo stesso dovrà essere affidato dal responsabile di servizio ad altro dipendente ovvero, in carenza di dipendenti professionalmente idonei, il responsabile di servizio dovrà avocare a sé ogni compito relativo a quel procedimento. Qualora il conflitto riguardi il responsabile di servizio, a valutare le iniziative da assumere sarà il Responsabile per la prevenzione della corruzione e trasparenza. Nel caso in cui il conflitto di interessi riguardi un collaboratore a qualsiasi titolo, questi ne darà comunicazione al responsabile di servizio dell'ufficio committente l'incarico. Gli eventuali casi e le soluzioni adottate dovranno essere evidenziati annualmente in occasione della reportistica finale, dandone comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione.

Medesima filiera di lavorazione è prevista per le segnalazioni di conflitto di interessi provenienti da soggetti non dipendenti.

Per facilitare i rapporti tra i cittadini e l'Amministrazione, sul sito istituzionale dell'Ente vengono pubblicati i moduli di presentazione di istanze, richieste e ogni altro atto di impulso del procedimento, con l'elenco degli atti da produrre e/o da allegare all'istanza.

Nell'attività contrattuale (i.e. contratti pubblici - fasi delle procedure di approvvigionamento):

#### Fase di programmazione

Adeguata motivazione in fase di programmazione in relazione a natura, quantità e tempistica della prestazione, sulla base di esigenze effettive e documentate emerse da apposita rilevazione nei confronti degli uffici richiedenti.

Audit interni su fabbisogno e adozione di procedure interne per rilevazione e comunicazione dei fabbisogni in vista della programmazione, accorpendo quelli omogenei.

Programmazione annuale anche per acquisti di servizi e forniture (come da vigente normativa di settore).

Per i servizi e le forniture standardizzabili, nonché per lavori di manutenzione ordinaria, adeguata valutazione della possibilità di ricorrere ad accordi quadro e verifica delle convenzioni/accordi quadro già in essere.

Controllo periodico e monitoraggio dei tempi programmati anche mediante sistemi di controllo interno di gestione in ordine alle future scadenze contrattuali (obblighi specifici di informazione in relazione alle prossime scadenze contrattuali da parte del RUP ai soggetti deputati a programmare le procedure di gara).

In fase di individuazione del quadro dei fabbisogni, predeterminazione dei criteri per individuarne le priorità.

Per rilevanti importi contrattuali previsione di obblighi di comunicazione/informazione puntuale nei confronti del RPC in caso di proroghe contrattuali o affidamenti d'urgenza da effettuarsi tempestivamente.

Utilizzo di avvisi di preinformazione quando anche facoltativi.

Adozione di criteri trasparenti per documentare il dialogo con i soggetti privati e con le associazioni di categoria, prevedendo, tra l'altro, verbalizzazioni e incontri aperti al pubblico e il coinvolgimento del RPC.

#### Fase di progettazione della gara

Adozione di criteri atti a rilevare l'assenza di conflitto di interesse in capo al RUP.

- Ove ritenuto necessario/opportuno, effettuazione di consultazioni collettive e/o incrociate di più operatori e adeguata verbalizzazione/registrazione delle stesse.
- Obbligo di motivazione nella determina a contrarre in ordine sia alla scelta della procedura sia alla scelta del sistema di affidamento adottato ovvero della tipologia contrattuale (ad es. appalto vs. concessione).
- Criteri stringenti ai quali attenersi nella determinazione del valore stimato del contratto avendo riguardo alle norme pertinenti e all'oggetto complessivo del contratto (art. 35 d.lgs. 50/2016).
- Limitazione del ricorso al criterio dell'OEPV in caso di affidamenti di beni e servizi standardizzati, o di lavori che non lasciano margini di discrezionalità all'impresa.
- Obbligo di dettagliare nel bando di gara in modo trasparente e congruo i requisiti minimi di ammissibilità delle varianti progettuali in sede di offerta.
- Utilizzo di clausole standard conformi alle prescrizioni normative con riguardo a garanzie a corredo dell'offerta, tracciabilità dei pagamenti e termini di pagamento agli operatori economici.
- Nomina di RUP a soggetti in possesso dei requisiti di professionalità necessari.
- Pubblicazione di un avviso in cui la stazione appaltante rende nota l'intenzione di procedere a consultazioni preliminari di mercato per la redazione delle specifiche tecniche.
- Con specifico riguardo alle procedure negoziate, affidamenti diretti o comunque sotto soglia comunitaria.
- Preventiva individuazione di procedure atte ad attestare il ricorrere dei presupposti legali per indire procedure negoziate o procedere ad affidamenti diretti da parte del RUP (v. "Regolamento per la disciplina transitoria di alcune fasi e procedure relative all'acquisizione di beni, servizi e lavori, in attuazione del Codice dei contratti pubblici di cui al d.lgs. n. 50 del 18.04.2016").
- Predeterminazione nella determina a contrarre dei criteri che saranno utilizzati per l'individuazione delle imprese da invitare.
- Utilizzo di sistemi informatizzati per l'individuazione degli operatori da consultare.
- Directive/linee guida interne, oggetto di pubblicazione, che disciplinino la procedura da seguire, improntata ai massimi livelli di trasparenza e pubblicità, anche con riguardo alla pubblicità delle sedute di gara e alla pubblicazione della determina a contrarre ai sensi dell'art. 37 del d.lgs. n. 33/2013.
- Previsione di procedure interne per la verifica del rispetto del principio di rotazione degli operatori economici presenti negli elenchi della stazione appaltante.
- Obbligo di comunicare al RPCT la presenza di ripetuti affidamenti ai medesimi operatori economici in un dato arco temporale, definito in mesi sei (6).
- Verifica puntuale da parte della Centrale unica acquisti (o di altro ufficio procedente) della possibilità di accorpare le procedure di acquisizione di forniture, di affidamento dei servizi o di esecuzione dei lavori omogenei.
- Utilizzo di elenchi aperti di operatori economici con applicazione del principio della rotazione, previa fissazione di criteri generali per l'iscrizione.

#### Fase di selezione del contraente

- Accessibilità online della documentazione di gara e/o delle informazioni complementari rese. In caso di documentazione non accessibile online, predefinizione e pubblicazione delle modalità per acquisire la documentazione e/o le informazioni complementari.
- Predisposizione di idonei ed inalterabili sistemi di protocollazione delle offerte.
- Corretta conservazione della documentazione di gara per un tempo congruo al fine di consentire

verifiche successive; menzione nei verbali di gara delle specifiche cautele adottate a tutela dell'integrità e della conservazione delle buste contenenti l'offerta ed individuazione di appositi archivi (fisici e/o informatici).

Obbligo di trasparenza/pubblicità delle nomine dei componenti delle commissioni e eventuali consulenti.

Tenuta di albi ed elenchi di possibili componenti delle commissioni di gara suddivisi per professionalità

Rilascio da parte dei commissari e dei segretari delle commissioni di dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà e di certificazione ex d.p.r. 445/2000 (di cui si procede a protocollazione considerata la necessità che dette dichiarazioni abbiano data certa) attestanti l'inesistenza delle cause di incompatibilità e di astensione previste dall'art. 77 comma 9 d.lgs. 50/2016, nonché delle cause ostative previste dall'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001 e dall'art. 42 del d.lgs. 50/2016, in cui dovranno essere richiamate le sanzioni applicabili in caso di omessa e/o falsa dichiarazione (cfr. Linee guida ANAC n. 15/2019, paragrafo 12.6)).

Si precisa che la suddetta misura (rilascio dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà e di certificazione ex d.p.r. 445/2000) è pure correlata alle situazioni di rischio:

indicate nella tabella di cui al paragrafo 10 delle Linee Guida ANAC n. 15/2019, ad oggetto "Individuazione e gestione dei conflitti di interesse nelle procedure di affidamento di contratti pubblici", riferite a ciascuna fase della procedura di gara;

o in caso di segnalazione di soggetti terzi.

Si precisa, altresì, che al fine di assicurare che il conferimento degli incarichi attinenti alla singola procedura di gara sia effettuato in assenza di conflitti di interessi (art. 42 d.lgs. 50/2016), la nomina è subordinata all'acquisizione della dichiarazione sostitutiva (di cui al paragrafo 6 LG n. 15/2019) sull'assenza di conflitti di interesse resa dal soggetto individuato per quanto a sua conoscenza.

Si precisa, infine, che i soggetti coinvolti nella singola procedura di gara obbligati al rilascio della dichiarazione sostitutiva in parola, sono, di norma, quelli individuati nella tabella di cui al paragrafo 10 delle L.G. ANAC n. 15/2019.

Nel caso in cui si riscontri un numero significativo di offerte simili o uguali o altri elementi, adeguata formalizzazione delle verifiche espletate in ordine a situazioni di controllo/collegamento/accordo tra i partecipanti alla gara, tali da poter determinare offerte "concordate".

Check list di controllo sul rispetto, per ciascuna gara, degli obblighi di tempestiva segnalazione all'ANAC in caso di accertata insussistenza dei requisiti di ordine generale e speciale in capo all'operatore economico.

Audit interno sulla correttezza dei criteri di iscrizione degli operatori economici negli elenchi e negli albi al fine di accertare che consentano la massima apertura al mercato (ad es., verifica dell'insussistenza di limitazioni temporali per l'iscrizione) e sulla correttezza dei criteri di selezione dagli elenchi/albi al fine di garantirne l'oggettività.

Obbligo di menzione nei verbali di gara delle specifiche cautele adottate a tutela dell'integrità e della conservazione delle buste contenenti l'offerta.

Individuazione di appositi archivi (fisici e/o informatici) per la custodia della documentazione.

Pubblicazione delle modalità di scelta, dei nominativi e della qualifica professionale dei componenti delle commissioni di gara.

- Pubblicazione sul sito internet (sez. amministrazione trasparente) dei punteggi attribuiti agli offerenti all'esito dell'aggiudicazione definitiva.
- Obbligo di preventiva pubblicazione online del calendario delle sedute di gara.
- Fase di verifica della proposta di aggiudicazione e stipula del contratto.
- Collegialità nella verifica dei requisiti, sotto la responsabilità del dirigente dell'ufficio appalti (o dell'ufficio procedente) e la presenza dei funzionari dell'ufficio appalti (o dell'ufficio procedente), coinvolgendoli nel rispetto del principio di rotazione.
- Check list di controllo sul rispetto degli adempimenti e formalità di comunicazione previsti dal Codice dei contratti pubblici.
- Tempestiva pubblicazione dei risultati della procedura di aggiudicazione.

#### Fase di esecuzione del contratto

- Check list relativa alla verifica dei tempi di esecuzione, da effettuarsi con cadenza prestabilita (come da capitolato d'onori) e trasmettersi al RPC al fine di attivare specifiche misure di intervento in caso di eccessivo allungamento dei tempi rispetto al cronoprogramma.
- Controllo sull'applicazione di eventuali penali per il ritardo.
- Verifica del corretto assolvimento dell'obbligo di trasmissione all'ANAC delle varianti.
- Definizione di un adeguato flusso di comunicazioni al fine di consentire al RUP ed al RPC di avere tempestiva conoscenza dell'osservanza degli adempimenti in materia di subappalto.
- In caso di subappalto, ove si tratti di società schermate da persone giuridiche estere o fiduciarie, obbligo di effettuare adeguate verifiche per identificare il titolare effettivo dell'impresa subappaltatrice in sede di autorizzazione del subappalto.
- Per opere di importo rilevante (lavori di importo superiore alla soglia comunitaria), pubblicazione online di rapporti periodici che sintetizzino, in modo chiaro ed intellegibile, l'andamento del contratto rispetto a tempi, costi e modalità preventivate in modo da favorire la più ampia informazione possibile.
- Pubblicazione, contestualmente alla loro adozione e almeno per tutta la durata del contratto, dei provvedimenti di adozione delle varianti.
- Fermo restando l'obbligo di oscurare i dati personali, relativi al segreto industriale o commerciale, pubblicazione degli accordi bonari e delle transazioni.

#### Fase di rendicontazione del contratto

- Predisposizione e pubblicazione di elenchi aperti di soggetti in possesso dei requisiti per la nomina dei collaudatori, da selezionare di volta in volta tramite sorteggio.
- Pubblicazione delle modalità di scelta, dei nominativi e della qualifica professionale dei componenti delle commissioni di collaudo.
- Predisposizione di sistemi di controlli incrociati, all'interno della stazione appaltante, sui provvedimenti di nomina dei collaudatori per verificarne le competenze e la rotazione.
- Per quanto riguarda l'arbitrato, l'ente applica, per ogni ipotesi contrattuale, le prescrizioni dell'art. 1 commi 19-25 della L. 190/2012 e degli artt. 209 e 210 del d.lgs. 50/2016.
- I componenti le commissioni di concorso devono rendere, all'atto dell'accettazione della nomina, dichiarazione di non trovarsi in rapporti di parentela e/o di lavoro e/o professionali con i partecipanti al concorso, con gli Amministratori, con i responsabili di servizio interessati al concorso e loro parenti od affini entro il secondo grado.
- Sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, benefici e vantaggi economici di qualunque genere sono elargiti esclusivamente alle condizioni predeterminate secondo la disciplina dei

regolamenti adottati ex art. 12 della L. 241/1990. Nel provvedimento devono essere enunciati i criteri di concessione, erogazione, ammissione relativi allo specifico caso concreto. I provvedimenti sono pubblicati sul sito istituzionale dell'ente nella sezione "amministrazione trasparente".

□ I concorsi e le procedure selettive del personale si svolgono secondo le prescrizioni del d.lgs. 165/2001. Ogni provvedimento relativo a concorsi e procedure selettive è pubblicato sul sito istituzionale dell'ente nella sezione "amministrazione trasparente".

□ Nel conferimento, a soggetti esterni, degli incarichi individuali di collaborazione autonoma di natura occasionale o coordinata e continuativa, vengono applicati le disposizioni di cui all'art.7c.6 del Dlgs 165/2001 nonché l'obbligo di preventivo interpello entro gli enti del SSR Marche per le professionalità afferenti ed interessate.

Misura comune a tutti i livelli di rischio individuati dalla sezione Rischi corruttivi e trasparenza  
Soggetti responsabili: Direttore Generale, responsabili di servizio, tutti i dipendenti

*h - inconfiribilità e incompatibilità di incarichi dirigenziali e incarichi amministrativi di vertice*

Il d.lgs. 39/2013 ha attuato la delega stabilita dai commi 49 e 50 dell'art. 1 della L. 190/2012, prevedendo fattispecie di:

□ Inconfiribilità, ovvero di preclusione, permanente o temporanea, a conferire gli incarichi a coloro che abbiano riportato condanne penali per i reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale, nonché 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, a coloro che siano stati componenti di organi di indirizzo politico (art. 1, comma 2, lett. g);

□ Incompatibilità, da cui consegue 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 (art. 1, comma 2, lett. h).

In base all'art. 20 del D.lgs. 39/2013, i dirigenti, all'atto del conferimento dell'incarico, presentano una dichiarazione sull'insussistenza di cause di inconfiribilità e incompatibilità di cui al suddetto decreto e l'adempimento di tale obbligo è condizione di efficacia dell'atto di conferimento dell'incarico. Nel corso dell'incarico, il dirigente presenta annualmente la dichiarazione sulla insussistenza di cause di inconfiribilità e incompatibilità di cui al D.lgs. 39/2013. Le dichiarazioni acquisite vengono pubblicate nel sito dell'AST.

Normativa di riferimento: d.lgs. 39/2013; Intesa tra Governo, Regioni ed Enti locali sancita dalla Conferenza Unificata del 24 luglio 2013; Piano Nazionale Anticorruzione (PNA); Delibera ANAC n.833 del 03.08.2016; Delibera ANAC n. 1201 del 18.12.2019 (Indicazioni per l'applicazione della disciplina delle inconfiribilità 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)

Azioni da intraprendere: dichiarazione sostitutiva di certificazione ex art. 46 D.P.R. 445/2000 (prevista dall'art. 20 d.lgs. 39/2013) da parte del Soggetto interessato all'atto del conferimento dell'incarico sulla insussistenza delle cause di inconfiribilità e di incompatibilità previste dal decreto e dichiarazione annuale nel corso dell'incarico sulla insussistenza delle cause di incompatibilità.

Saranno accettate solo dichiarazioni alle quali venga allegata l'elencazione di tutti gli incarichi ricoperti dal soggetto che si vuole nominare, nonché delle eventuali condanne da questo subite per i

reati commessi contro la pubblica amministrazione. Il Responsabile del Servizio politiche del personale cura l'acquisizione annuale delle autocertificazioni. La vigilanza sull'osservanza delle norme in materia di inconferibilità e incompatibilità è demandata al RPCT (vigilanza interna in capo al RPCT). Al RPCT è assegnato il compito di contestare la situazione di inconferibilità o incompatibilità e di segnalare la violazione all'ANAC (quale Autorità cui è demandata la vigilanza esterna). Al RPCT è attribuita la competenza esclusiva in ordine all'attività sanzionatoria di cui all'art. 18 del d.lgs. 39/2013 (per le sole inconferibilità) o al procedimento di diffida in caso di incompatibilità (cfr. delibera ANAC n. 833/2016). La presente procedura di conferimento degli incarichi deve garantire:

- la preventiva acquisizione della dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità da parte del destinatario dell'incarico;
- la successiva verifica entro un congruo termine;
- il conferimento dell'incarico all'esito positivo della verifica (ovvero assenza di motivi ostativi al conferimento stesso);
- la pubblicazione dell'atto di conferimento dell'incarico, ai sensi dell'art. 14 del d.lgs. 33/2013, e della dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità, ai sensi dell'art. 20, co. 3, del d.lgs. 39/2013.

Ai fini dell'applicazione dell'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001 e dell'art. 3 del d.lgs. 39/2013, sono previste le seguenti verifiche in ordine alla sussistenza di eventuali precedenti penali a carico dei dipendenti e/o dei soggetti cui si intenda conferire incarichi nelle seguenti circostanze:

- all'atto della formazione delle commissioni per l'affidamento di contratti pubblici o di commissioni di concorso, anche al fine di evitare le conseguenze della illegittimità dei provvedimenti di nomina e degli atti eventualmente adottati (cfr. Tar Lazio, Sez. I, n. 7598/2019);
- all'atto dell'assegnazione di dipendenti dell'area direttiva agli uffici che presentano le caratteristiche indicate dall'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001;
- all'atto del conferimento degli incarichi dirigenziali e degli altri incarichi specificati all'art. 3 del d.lgs. 39/2013;

Se all'esito della verifica risultano a carico del personale interessato dei precedenti penali per delitti contro la pubblica amministrazione, l'Amministrazione:

- si astiene dal conferire l'incarico o dall'effettuare l'assegnazione;
- applica le misure previste dall'art. 3 del d.lgs. 39/2013;
- provvede a conferire l'incarico o a disporre l'assegnazione nei confronti di altro soggetto;

Gli incarichi rilevanti ai fini dell'applicazione del regime delle incompatibilità e inconferibilità sono gli incarichi dirigenziali interni ed esterni, gli incarichi amministrativi di vertice, di amministratore di enti pubblici e di enti privati in controllo pubblico, le cariche in enti privati regolati o finanziati, i componenti di organo di indirizzo politico, come definiti all'art. 1 del d.lgs. 39/2013, i rapporti di lavoro con l'ente di tipo subordinato (anche part-time o determinato) in cui la incompatibilità e/o inconferibilità sia prevista da norma di legge speciale. Misura comune a tutti i livelli di rischio individuati dalla sezione Rischi corruttivi e trasparenza. Soggetti responsabili: Responsabile Politiche del personale, responsabili di servizio; vigilanza, segnalazioni e sanzioni: RPCT.

#### *i-a - incarichi d'ufficio, attività ed incarichi extra-istituzionali vietati ai dipendenti*

L'articolo 53, comma 3-bis, del d.lgs. n. 165/2001 prevede che: "... con appositi regolamenti emanati su proposta del Ministro per la pubblica amministrazione e la semplificazione, di concerto con i Ministri interessati, ai sensi dell'articolo 17, comma 2, della legge 23 agosto 1988, n. 400, e successive

modificazioni, sono individuati, secondo criteri differenziati in rapporto alle diverse qualifiche e ruoli professionali, gli incarichi vietati ai dipendenti delle amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2". La L. 190/2012 è intervenuta a modificare l'art. 53 in ragione della connessione con il sistema di prevenzione della corruzione ove si consideri che lo svolgimento di incarichi extraistituzionali può determinare situazioni idonee a compromettere il buon andamento dell'azione amministrativa per favorire interessi contrapposti a quelli pubblici affidati alla cura del dirigente o funzionario. È stato pertanto aggiunto ai criteri per il rilascio dell'autorizzazione quello volto a escludere espressamente situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi, che possano pregiudicare l'esercizio imparziale delle funzioni attribuite (art. 53, co. 5 e 7). Al fine di supportare le amministrazioni nell'applicazione della normativa in materia di svolgimento di incarichi da parte dei dipendenti e di orientare le scelte in sede di elaborazione dei regolamenti e degli atti di indirizzo, il tavolo tecnico a cui hanno partecipato il Dipartimento della funzione pubblica, la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, l'ANCI e l'UPI, avviato ad ottobre 2013, in attuazione di quanto previsto dall'intesa sancita in Conferenza unificata il 24 luglio 2013, ha formalmente approvato il documento contenente «Criteri generali in materia di incarichi vietati ai pubblici dipendenti». L'AST, quando intenda conferire o autorizzare incarichi, anche a titolo gratuito, a propri dipendenti (incarichi non compresi nei doveri d'ufficio), rispetta la procedura di cui all'art. 53, comma 12, d.lgs. n. 165/2001. In particolare, comunica, entro 15 giorni, al Dipartimento della funzione pubblica, attraverso il portale "PERLAPA" gli incarichi conferiti o autorizzati ai dipendenti stessi con l'indicazione dell'oggetto dell'incarico e del compenso lordo, ove previsto.

L'Ente valuta, nell'ambito dell'istruttoria relativa al rilascio dell'autorizzazione, al di là della formazione di una black list di attività precluse, la possibilità di svolgere incarichi anche in ragione dei criteri di crescita professionale, culturale e scientifica nonché di valorizzazione di un'opportunità personale che potrebbe avere ricadute positive sullo svolgimento delle funzioni istituzionali ordinarie da parte del dipendente. Normativa di riferimento: art. 53, comma 3-bis, d.lgs. n. 165/2001; art. 1, comma 58-bis, legge n. 662/1996; Intesa tra Governo, Regioni ed Enti locali sancita dalla Conferenza Unificata del 24 luglio 2013; Piano Nazionale Anticorruzione (P.N.A.) Azioni da intraprendere: verifica della corrispondenza dei regolamenti e delle direttive/disposizioni operative dell'Ente con la normativa sopra citata e, se necessario, loro adeguamento per la individuazione degli incarichi vietati; indicazione avvenuto adempimento in occasione della reportistica finale relativa al Piano Programmatico. Misura comune a tutti i livelli di rischio individuati dalla sezione Rischi corruttivi e trasparenza. Soggetti responsabili: Direttore Generale, Responsabile Politiche del personale.

#### *i-b - incarichi professionali a soggetti esterni all'amministrazione*

Il Regolamento tutt'oggi vigente disciplina la materia degli incarichi a soggetti esterni all'Amministrazione. In particolare possono essere conferiti a esperti di particolare e comprovata specializzazione professionale in possesso del titolo di studio previsto dalle norme vigenti, per esigenze a cui l'Ente non può fare fronte con personale in servizio:

- gli incarichi individuali con contratti di lavoro autonomo aventi ad oggetto prestazioni occasionali, collaborazioni coordinate e continuative e incarichi professionali;
- gli incarichi di studio o di ricerca, ovvero di consulenza, aventi per oggetto prestazioni d'opera intellettuale disciplinate dalle norme del codice civile relative ai contratti d'opera intellettuale, che si configurano come attività autonome, caratterizzate dall'assenza di vincoli di subordinazione del prestatore nei confronti del committente. Normativa di riferimento: artt. 7 ss. d.lgs. 165/2001; Piano Nazionale Anticorruzione (P.N.A.); Regolamenti interni. Azioni da intraprendere: il responsabile del

procedimento dovrà preventivamente accertare almeno la contemporanea sussistenza di tutti i seguenti presupposti:

- a) la rispondenza dell'oggetto della prestazione alle competenze attribuite dall'ordinamento all'Ente e ad obiettivi e progetti specifici e determinati;
- b) l'inesistenza all'interno dell'Ente di strutture organizzative o professionalità in grado di assicurare i medesimi servizi, ovvero l'impossibilità oggettiva di utilizzare eventuali risorse umane disponibili al suo interno;
- c) l'indifferibilità della prestazione oggetto dell'incarico;
- d) la temporaneità e la natura altamente qualificata della prestazione;
- e) la preventiva determinazione della durata, dei contenuti, dei criteri e del compenso da corrispondere per lo svolgimento dell'incarico;
- f) la proporzione tra il compenso da corrispondere all'incaricato e l'utilità che ne conseguirà l'Amministrazione.

La sussistenza dei presupposti di cui al precedente periodo è il presupposto nella determinazione di avvio del procedimento di conferimento dell'incarico o, in ogni caso, nella determinazione di affidamento dell'incarico. La determinazione deve anche indicare il programma in relazione alla cui attuazione è ammesso il conferimento dell'incarico. Nella determinazione di affidamento dell'incarico, il responsabile del procedimento deve dare atto di avere verificato che non sussistono motivi di incompatibilità previsti dalla legge ovvero legati ad interessi di qualunque natura con riferimento all'incaricato individuato e all'oggetto dell'incarico. Il contratto, sottoscritto dal responsabile e dall'incaricato, è inserito nell'elenco/protocollo dei contratti e riporta almeno i seguenti elementi: contenuto, natura e oggetto dell'incarico, modalità di svolgimento, modalità di relazione con l'Amministrazione, prodotto finale richiesto, termine iniziale e finale, eventuali penali e cause di risoluzione, compenso, modalità e termini di pagamento e di rimborso di eventuali spese. Il conferimento degli incarichi di studio o di ricerca, ovvero di consulenze nonché degli incarichi individuali con contratti di lavoro autonomo di natura occasionale, deve essere preceduto da adeguata pubblicità e determinato a seguito di idonee procedure selettive, nel rispetto dei principi di non discriminazione, parità di trattamento, proporzionalità e trasparenza. In ogni caso il relativo avviso pubblico deve essere pubblicato sul sito web. Misura comune a tutti i livelli di rischio individuati dalla sezione Rischi corruttivi e trasparenza Soggetti responsabili: Direttore Generale, responsabili di servizio, Responsabile politiche del personale. Le disposizioni del presente paragrafo non si applicano agli incarichi oggetto di puntuale disciplina normativa speciale nei limiti dei dettagli da questa sanciti.

#### l - formazione di commissioni e assegnazioni agli uffici

L'articolo 35-bis del d.lgs. n.165/2001, introdotto dalla legge n. 190/2012, prevede che, al fine di prevenire il fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni e nelle assegnazioni agli uffici: "Coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale:

- a) non possono fare parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;
- b) non possono essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati;

c) non possono fare parte delle commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere”.

Per quanto riguarda la disposizione di cui alla lett. c), contestualmente alla costituzione delle commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, servizi e forniture, viene acquisita una dichiarazione sostitutiva attestante l'assenza di condanne, ai sensi dell'art. 77 del d.lgs.

50/2016 ed allegati i relativi curricula, in applicazione dell'art. 29 del d.lgs. 50/2016.

Normativa di riferimento: art. 35-bis del d.lgs. n.165/2001; Piano Nazionale Anticorruzione (P.N.A.)

Azioni da intraprendere: obbligo di autocertificazione circa l'assenza delle cause ostative indicate dalla normativa citata per: a) membri commissione; b) responsabili dei processi operanti nelle aree di rischio individuate dal presente Piano.

Misura comune a tutti i livelli di rischio individuati dalla sezione Rischi corruttivi e trasparenza  
Soggetti responsabili: Responsabili di servizio interessati all'organizzazione di commissioni - Responsabile politiche del personale per acquisizione delle autocertificazioni di cui al precedente punto b).

*m - divieto di svolgere attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro, post-employment (pantouflage)*

L'articolo 53, comma 16-ter, del d.lgs. n. 165/2001 prevede che: “I dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal presente comma sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti”. Il rischio è che durante il periodo di servizio il dipendente possa artatamente precostituirsi delle situazioni lavorative vantaggiose, sfruttare a proprio fine la sua posizione ed il suo potere all'interno dell'amministrazione, per poi ottenere contratti di lavoro/collaborazione presso imprese o privati con cui entra in contatto. La legge n. 190/2012 è intervenuta a rafforzare il quadro dei meccanismi per la tutela dell'imparzialità del pubblico dipendente, mediante l'introduzione di limiti alla libertà negoziale del dipendente successivamente alla cessazione del rapporto di lavoro, il c.d. divieto di *pantouflage* (art. 53, comma 16 ter d.lgs. 165/2001).

I dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali, non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso od in favore dei soggetti privati destinatari dell'attività di AST svolta attraverso i medesimi poteri. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di detta prescrizione sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con AST per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti. Pertanto, verrà inserita nei provvedimenti di cessazione dei dipendenti, in quelli di mobilità e nei contratti a tempo determinato di alte specializzazioni e dirigenti, un'apposita dichiarazione di consapevolezza di osservanza del divieto da parte dei dipendenti interessati. Nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, viene inserita la condizione soggettiva di “non aver concluso contratti di lavoro

subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto” (così come prescritto nei bandi-tipo vincolanti le PA, emanati da ANAC in attuazione del codice dei contratti pubblici). Qualora nelle procedure di affidamento di lavori, servizi e forniture emergano le fattispecie sopra descritte, il responsabile di servizio, i componenti delle Commissioni di gara, i Responsabili di procedimento, per quanto di rispettiva competenza, dovranno disporre l'esclusione dalle procedure di affidamento nei confronti dei soggetti che abbiano violato tale divieto. Di seguito si riporta l'estratto del bando di gara utilizzato dal Servizio Appalti che riporta apposita dichiarazione nell'ambito dell'istanza di partecipazione, la clausola di cui trattasi: “l'insussistenza delle cause di esclusione di cui all'art. 53 co. 16ter del d.lgs. 165/2001 inerente il divieto di contrattare con la Pubblica Amministrazione per i soggetti privati che hanno concluso contratti o conferito incarichi di attività lavorativa o professionale ai soggetti indicati nel citato comma 16 ter nel triennio successivo alla cessazione del rapporto di pubblico impiego”. Normativa di riferimento: art. 53, comma 16-ter, d.lgs. n. 165/2001; Piano Nazionale Anticorruzione (P.N.A.) Azioni da intraprendere:

Nelle procedure di scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, prevedere l'obbligo da parte delle ditte interessate di dichiarazione, ai sensi del DPR 445/2000, circa l'insussistenza di rapporti di collaborazione/lavoro dipendente con i soggetti individuati con la precitata norma.

Negli atti di assunzione del personale, prevedere l'inserimento di apposite clausole che prevedono specificamente il divieto di *pantouflage*.

Al momento della cessazione dal servizio o dall'incarico, prevedere la sottoscrizione di una dichiarazione con cui il dipendente si impegna al rispetto del divieto di *pantouflage* allo scopo di evitare eventuali contestazioni in ordine alla conoscibilità della norma. Misura comune a tutti i livelli di rischio individuati dalla sezione Rischi corruttivi e trasparenza. Soggetti responsabili: Direttore generale e responsabili di servizio incaricati di posizione organizzativa per gli affidamenti di competenza.

#### n - tutela del dipendente che segnala illeciti (“whistleblowing”)

Normativa di riferimento: art. 54-bis d.lgs. n. 165/2001 così come introdotto dall'art. 1 L. 179/2017; Piano Nazionale Anticorruzione (P.N.A.) Azioni da intraprendere: sono accordate al dipendente che segnala illeciti la tutela dell'anonimato; il divieto di discriminazione e l'esclusione della denuncia dal diritto di accesso fatta esclusione per le ipotesi previste dal comma 9 dell'art. 54-bis. Ai fini di utilizzo di tale strumento (whistleblowing), si rinvia alla deliberazione ANAC n. 469 del 09.06.2021 recante “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)” che supera, espressamente, la precedente delibera n. 6 del 28.04.2015 avente oggetto «Linee guida in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti (c.d. whistleblower)». La segnalazione si configura essenzialmente come uno strumento preventivo dal momento che la sua funzione primaria è quella di portare all'attenzione i possibili rischi di illecito o negligenza o mala gestio di cui si è venuti a conoscenza. Si sottolinea la necessità che la segnalazione, ovvero la denuncia, sia “in buona fede”: la segnalazione è effettuata nell'interesse dell'integrità della pubblica amministrazione; l'istituto, quindi, non deve essere utilizzato per esigenze individuali, ma finalizzato a promuovere l'etica e l'integrità nella pubblica amministrazione. La tutela dell'anonimato non è sinonimo di accettazione di segnalazione anonima. La misura di tutela introdotta dalla norma

si riferisce al caso della segnalazione proveniente da dipendenti individuabili e riconoscibili. Resta fermo che l'amministrazione deve prendere in considerazione anche segnalazioni anonime, ove queste si presentino adeguatamente circostanziate e rese con dovizia di particolari, siano cioè tali da far emergere fatti e situazioni relazionabili a contesti determinati (es.: indicazioni di nominativi o qualifiche particolari, menzione di uffici specifici, procedimenti o eventi particolari seppur individuati per categorie generali). Le disposizioni a tutela dell'anonimato e di esclusione dell'accesso documentale non operano nei casi in cui, in virtù di disposizioni di legge speciale, l'anonimato non può essere opposto, ad es. indagini penali, tributarie, ispezioni. Misura comune a tutti i livelli di rischio individuati dalla sezione Rischi corruttivi e trasparenza. Soggetti responsabili: competente a ricevere le segnalazioni (da inviare mediante apposita piattaforma software) nonché a svolgere una prima istruttoria circa i fatti segnalati, è il Responsabile della prevenzione della corruzione (cfr. deliberazione ANAC n. 469 del 09.06.2021 recante “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)”); cfr., più in generale, delibera ANAC n. 840 del 02.10.2018). L’Ente adotta e pubblica nella sezione Amministrazione trasparente del sito un modello di segnalazione di condotte illecite. Il RPCT rende conto del numero di eventuali segnalazioni ricevute e sul loro stato di avanzamento nella Relazione annuale di cui all’art. 1, comma 14, L. 190/2012, garantendo comunque la riservatezza dell’identità del segnalante.

#### o - patti di legalità e di integrità

L’articolo 1 comma 17 della legge 190/2012 stabilisce che le stazioni appaltanti possono prevedere negli avvisi, bandi di gara o lettere di invito che il mancato rispetto delle clausole contenute nei protocolli di legalità o nei patti di integrità costituisce causa di esclusione dalla gara. L’A.V.C.P. con determinazione n. 4 del 2012 si è pronunciata circa la legittimità di prescrivere l’inserimento di clausole contrattuali che impongono obblighi in materia di contrasto delle infiltrazioni criminali negli appalti nell’ambito di protocolli di legalità/patti di integrità. Nella predetta determinazione l’AVCP precisa che “mediante l’accettazione delle clausole sancite nei protocolli di legalità al momento della presentazione della domanda di partecipazione e/o dell’offerta, infatti, l’impresa concorrente accetta, in realtà, regole che rafforzano comportamenti già doverosi per coloro che sono ammessi a partecipare alla gara e che prevedono, in caso di violazione di tali doveri, sanzioni di carattere patrimoniale, oltre alla conseguenza, comune a tutte le procedure concorsuali, della estromissione dalla gara (cfr. Cons. St., sez. VI, 8 maggio 2012, n. 2657; Cons. St., 9 settembre 2011, n. 5066).” Normativa di riferimento: articolo 1, comma 17 della legge 190/2012; Piano Nazionale Anticorruzione (PNA). Azioni da intraprendere: aderire a nuovi protocolli d’intesa e prevedere nei bandi/capitolati/disciplinari/contratti le specifiche clausole contrattuali. Segnalare al RPCT l’introduzione di nuovi patti di integrità/legalità. Misura specifica per le procedure di scelta del contraente per l’affidamento di lavori, servizi e forniture. Soggetti responsabili: Responsabili Uffici/Servizi e P.O. interessati alle procedure di affidamento.

#### p - rotazione del personale

L’ente intende adeguare il proprio ordinamento alle previsioni di cui all’art. 16 comma 1 lett. l-quater del d.lgs. 165/2001, in modo da assicurare la prevenzione della corruzione mediante la tutela anticipata.

La rotazione del personale viene prevista come misura specifica per il livello di rischio classificato dal presente piano come “elevato”, compatibilmente con la necessità di garantire la continuità e coerenza degli indirizzi e le necessarie competenze. Si delineano i seguenti criteri per l’attuazione

nell'ipotesi in cui ricorra il livello di rischio "elevato" per il personale che ricopre funzioni di P.O., responsabili di servizio nei servizi interessati nel termine massimo di due mandati amministrativi (incarichi dirigenziali) a decorrere dalla scadenza dell'incarico in corso, fatta salva la necessità preminente di garantire le specificità professionali in riferimento alle funzioni da svolgere in modo da salvaguardare il buon andamento, la continuità e professionalità della gestione amministrativa e di rispettare le prerogative contrattuali.

Normativa di riferimento: articolo 1, commi 4 lett. e), 5 lett. b), 10 lett. b) della legge 190/2012; art. 16, comma 1, lett. l-quater, del DLgs 165/2001; Intesa tra Governo, Regioni ed Enti locali sancita dalla Conferenza Unificata nella seduta del 24 luglio 2013; Piano Nazionale Anticorruzione (P.N.A.). Azioni da intraprendere: Adeguamento degli atti regolamentari che disciplinano il conferimento degli incarichi dirigenziali e P.F. dell'Ente secondo i criteri sopra indicati. Soggetti responsabili: Direttore Generale, P.F., responsabili di servizio.

#### q - azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile

Nell'ambito della strategia di prevenzione e contrasto della corruzione è particolarmente importante la comunicazione e diffusione delle strategie di prevenzione adottate, il coinvolgimento dell'utenza e l'ascolto della cittadinanza. A tal fine una prima azione consiste nel diffondere i contenuti della sezione relativa a anticorruzione e trasparenza del PIAO mediante pubblicazione nel sito web istituzionale per la consultazione on-line da parte di soggetti portatori di interessi, sia singoli individui che organismi collettivi ed eventuali loro osservazioni. Normativa di riferimento: Piano Nazionale Anticorruzione (P.N.A.) Azioni da intraprendere: pubblicazione nel sito istituzionale dell'Ente dello schema preliminare della sezione relativa a anticorruzione e trasparenza del PIAO, prima dell'approvazione, e successivamente del documento definitivo approvato. Soggetti responsabili: Responsabile della Prevenzione e Corruzione.

#### r - sistema dei controlli interni

Si ritiene opportuno provvedere all'adozione di un regolamento, o di apposita circolare, dei controlli interni, sulla base dei seguenti indirizzi, anche volto a riassumere gli strumenti dei controlli interni già vigenti. Il sistema dei controlli interni opererà in modo integrato e coordinato, in sinergia con gli strumenti di pianificazione e programmazione adottati, a garanzia dell'economicità, efficacia, legalità e buon andamento della gestione complessiva dell'Ente. Esso, fermo il divieto di istituire controlli preventivi/impeditivi atipici (art.2 co.3° d.lgs.n.286/99) sarà diretto a:

- a) verificare, attraverso i controlli di regolarità, la legittimità, regolarità e correttezza delle procedure e degli atti adottati;
- b) verificare, attraverso il controllo di gestione, l'efficacia, l'efficienza e l'economicità dell'azione amministrativa, al fine di ottimizzare, anche mediante tempestivi interventi correttivi, il rapporto tra obiettivi e azioni realizzate, nonché tra risorse impiegate e risultati;
- c) valutare, attraverso il controllo strategico, l'adeguatezza delle scelte compiute in sede di attuazione dei piani, dei programmi e degli altri strumenti di determinazione degli indirizzi, in termini di congruenza tra i risultati conseguiti e gli obiettivi predefiniti;
- d) garantire il costante controllo degli equilibri finanziari della gestione di competenza, della gestione dei residui e della gestione di cassa, anche mediante la valutazione degli effetti sul bilancio dell'andamento economico-finanziario degli organismi gestionali esterni (ove sussistenti);
- e) verificare, attraverso l'affidamento e il controllo dello stato di attuazione di indirizzi e obiettivi gestionali, l'efficacia, l'efficienza e l'economicità degli organismi gestionali esterni dell'ente (ove sussistenti);

f) garantire il controllo della qualità dei servizi erogati, sia direttamente, sia mediante organismi gestionali esterni, con l'impiego di metodologie finalizzate a misurare la soddisfazione degli utenti esterni e interni. Partecipano all'organizzazione del sistema dei controlli interni il Direttore Generale e i responsabili di servizio, nonché le Unità Organizzative specificamente preposte al controllo. Nella fase preventiva di formazione degli atti, il controllo di regolarità amministrativa è assicurato da ogni responsabile competente per materia ed è esercitato attraverso l'espressione del parere di regolarità/proposta istruttoria che, avendo per oggetto la regolarità e la correttezza dell'azione amministrativa, ne attesta la sussistenza. Il parere in ordine alla regolarità tecnica deve essere obbligatoriamente rilasciato in merito ad ogni proposta di deliberazione e/o comunque ad ogni atto scritto anche non provvedimento sottoposto al DG, al DA od al DS che non sia mero atto di indirizzo. Il parere di regolarità tecnica è inserito nella deliberazione. Qualora il DG, il DA od il DS non intendano conformarsi al parere/proposta devono darne adeguata motivazione nel testo della deliberazione/comunicazione. Il parere di regolarità tecnica sugli atti e provvedimenti di competenza dirigenziale si intende rilasciato dallo stesso responsabile competente per materia che sottoscrive l'atto o il provvedimento. Qualora il responsabile esprima un parere negativo sulla regolarità tecnica dell'atto o provvedimento che deve sottoscrivere per competenza, ne espone adeguatamente le ragioni e i motivi nel corpo dell'atto o del provvedimento cui fa riferimento. Il controllo di regolarità contabile è effettuato, nella fase preventiva della formazione dell'atto, dal responsabile del servizio finanziario ed è esercitato attraverso l'espressione del parere di regolarità contabile e/o del visto attestante la copertura finanziaria. Il parere di regolarità contabile è obbligatorio su ogni proposta di deliberazione sottoposta al vertice aziendale che non sia mero atto di indirizzo, qualora comporti riflessi diretti o indiretti sulla situazione economico-finanziaria o sul patrimonio dell'Ente. Il responsabile del servizio finanziario, al quale è sottoposta ogni proposta di deliberazione, attesta la sussistenza dei presupposti per il rilascio del parere di regolarità contabile; in caso di insussistenza, ne fornisce motivazione. Il parere di regolarità contabile è inserito nella deliberazione. Ove l'organo deliberante non intenda conformarsi al parere, deve darne adeguata motivazione nel testo della deliberazione. Il visto di regolarità contabile apposto dal responsabile del servizio finanziario sulle determinazioni dirigenziali, avente per oggetto la verifica dell'effettiva disponibilità delle risorse impegnate, ne attesta la copertura finanziaria e ne costituisce elemento integrativo di efficacia. Medesima disciplina vale per il visto obbligatorio del Controllo di Gestione circa il rispetto del *budget* assegnato. Il controllo di regolarità amministrativa sulle determinazioni dirigenziali è assicurato, nella fase successiva, secondo principi generali di revisione aziendale, dal Collegio Sindacale. Tale strumento di controllo è inteso a rilevare elementi di cognizione sulla correttezza e regolarità delle procedure e delle attività amministrative svolte, in relazione alla conformità ai principi dell'ordinamento, alla legislazione vigente in materia, allo statuto e ai regolamenti, nonché in relazione alla modalità di redazione dell'atto. Normativa di riferimento: Piano Nazionale Anticorruzione (P.N.A.). Azioni da intraprendere: predisposizione di uno schema di regolamento/circolare per i controlli sulla regolarità amministrativa. Soggetti responsabili: Direttore Generale, responsabili di servizio, Collegio Sindacale.

#### **2.4.3 IL MONITORAGGIO E LE AZIONI DI RISPOSTA**

La gestione del rischio si completa con la successiva azione di monitoraggio finalizzata alla verifica dell'efficacia delle misure di prevenzione adottate e, quindi, alla successiva messa in atto di eventuali

ulteriori strategie di prevenzione. Il monitoraggio periodico della sezione Rischi corruttivi e trasparenza o dell'ente spetta:

- al Responsabile per la prevenzione della corruzione che cura la relazione annuale;
- ai responsabili di servizio;
- all'OIV.

Ai sensi dell'articolo 1, comma 14, della legge n. 190 del 2012, il Responsabile della prevenzione della corruzione entro il 15 dicembre di ogni anno redige una relazione sull'attività svolta nell'ambito della prevenzione e contrasto della corruzione. Qualora l'organo di indirizzo politico lo richieda oppure il Responsabile stesso lo ritenga opportuno, quest'ultimo riferisce direttamente sull'attività svolta. La relazione viene pubblicata sul sito web istituzionale dell'Ente nella sezione Amministrazione Trasparente. La relazione dovrà contenere:

- 1) la reportistica delle misure anticorruzione;
- 2) le considerazioni ed eventuali proposte del Responsabile della prevenzione della corruzione sull'efficacia delle previsioni del P.T.P.C., incluse eventuali proposte di modifica. Le misure di prevenzione di cui alla presente sezione Rischi corruttivi e trasparenza costituiscono obiettivi del piano della performance; come pure le misure relative alla programmazione dell'attuazione della trasparenza. Per quanto riguarda gli obblighi in materia di trasparenza, il monitoraggio annuale confluisce nella griglia di rilevazione sull'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza, validata dall'OIV, nei termini fissati da ANAC. Le predette griglie e le attestazioni sono pubblicate sul sito istituzionale nella sez. Amministrazione Trasparente.

### **Art. 12 – Le responsabilità**

L'art. 1 della legge n. 190/2012 stabilisce:

- al comma 8 che, “L'organo di indirizzo definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale e del Piano triennale per la prevenzione della corruzione. L'organo di indirizzo adotta il Piano triennale per la prevenzione della corruzione su proposta del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza entro il 31 gennaio di ogni anno e ne cura la trasmissione all'Autorità nazionale anticorruzione. Negli enti locali il piano è approvato dalla giunta. L'attività di elaborazione del piano non può essere affidata a soggetti estranei all'amministrazione. Il responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, entro lo stesso termine, definisce procedure appropriate per selezionare e formare, ai sensi del comma 10, i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione. Le attività a rischio di corruzione devono essere svolte, ove possibile, dal personale di cui al comma 11”;
- al comma 12 che, in caso di commissione all'interno dell'amministrazione di un reato di corruzione accertato con sentenza passata in giudicato, il R.P.C.T. risponde per responsabilità dirigenziale, sul piano disciplinare, oltre che per il danno erariale e all'immagine della pubblica amministrazione, salvo provi di avere predisposto, prima della commissione del fatto, il piano triennale di prevenzione della corruzione e di aver vigilato sul funzionamento e sull'osservanza dello stesso, nonché di aver osservato le prescrizioni di cui ai commi 9 e 10 del medesimo art. 1;
- al comma 14, la responsabilità dirigenziale nel caso di ripetute violazioni delle misure di prevenzione previste dal piano nonché, in presenza delle medesime circostanze, una fattispecie di illecito disciplinare per omesso controllo: “In caso di ripetute violazioni delle misure di prevenzione previste dal Piano, il responsabile individuato ai sensi del comma 7 del presente articolo risponde ai

sensi dell'articolo 21 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni, nonché, per omesso controllo, sul piano disciplinare, salvo che provi di avere comunicato agli uffici le misure da adottare e le relative modalità e di avere vigilato sull'osservanza del Piano. La violazione, da parte dei dipendenti dell'amministrazione, delle misure di prevenzione previste dal Piano costituisce illecito disciplinare. Entro il 15 dicembre di ogni anno, il dirigente individuato ai sensi del comma 7 del presente articolo trasmette all'organismo indipendente di valutazione e all'organo di indirizzo dell'amministrazione una relazione recante i risultati dell'attività svolta e la pubblica nel sito web dell'amministrazione. Nei casi in cui l'organo di indirizzo lo richieda o qualora il dirigente responsabile lo ritenga opportuno, quest'ultimo riferisce sull'attività”.

Specifiche corrispondenti responsabilità sono previste a carico del Responsabile della trasparenza e dei responsabili di servizio con riferimento agli obblighi posti dalla normativa in materia di trasparenza. In particolare:

□l'art. 1, comma 32, legge n. 190/2012 stabilisce che: “Con riferimento ai procedimenti di cui al comma 16, lettera b), del presente articolo, le stazioni appaltanti sono in ogni caso tenute a pubblicare nei propri siti web istituzionali: la struttura proponente; l'oggetto del bando; l'elenco degli operatori invitati a presentare offerte; l'aggiudicatario; l'importo di aggiudicazione; i tempi di completamento dell'opera, servizio o fornitura; l'importo delle somme liquidate. Le stazioni appaltanti sono tenute altresì a trasmettere le predette informazioni ogni semestre alla commissione di cui al comma 2. Entro il 31 gennaio di ogni anno, tali informazioni, relativamente all'anno precedente, sono pubblicate in tabelle riassuntive rese liberamente scaricabili in un formato digitale standard aperto che consenta di analizzare e rielaborare, anche a fini statistici, i dati informatici. Le amministrazioni trasmettono in formato digitale tali informazioni all'Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici di lavori, servizi e forniture, che le pubblica nel proprio sito web in una sezione liberamente consultabile da tutti i cittadini, catalogate in base alla tipologia di stazione appaltante e per regione. L'Autorità individua con propria deliberazione le informazioni rilevanti e le relative modalità di trasmissione. Entro il 30 aprile di ciascun anno, l'Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici di lavori, servizi e forniture trasmette alla Corte dei conti l'elenco delle amministrazioni che hanno omesso di trasmettere e pubblicare, in tutto o in parte, le informazioni di cui al presente comma in formato digitale standard aperto. Si applica l'articolo 6, comma 11, del codice di cui al decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163.” (comma così modificato dall'art. 8, comma 2, legge n. 69 del 2015). Ovvero, in caso di mancato adempimento delle pubblicazioni ex art. 1, comma 32, L. 190/2012, scattano le sanzioni di cui al medesimo comma della L. 190/2012, che rinvia al Codice dei contratti (v. ora art. 213 comma 13 del d.lgs. 50/2016 = competenza ANAC); dall'altro, qualora non vengano adempiuti gli obblighi di trasparenza di cui all'art. 29 del d.lgs. 50/2016, come novellato dal Decreto correttivo, si dovrebbero applicare (solamente) le sanzioni generali previste dal d.lgs. n. 33/2013 (così come novellato dal d.lgs. n. 97/2016).

□l'art. 1, comma 33, della legge n. 190/2012 stabilisce che la mancata o incompleta pubblicazione, da parte delle pubbliche amministrazioni, delle informazioni di cui al comma 31 costituisce violazione degli standard qualitativi ed economici ai sensi dell'articolo 1, comma 1, del d.lgs. n. 198 del 2009 e va valutata come responsabilità dirigenziale ai sensi dell'articolo 21 del d.lgs. n. 165/2001. Eventuali ritardi nell'aggiornamento dei contenuti sugli strumenti informatici sono sanzionati a carico dei responsabili del servizio.

□l'art. 46, comma 1, del d.lgs. n. 33/2013 (così come modificato dall'art. 37 co. 1 del d.lgs. n. 97/2016) prevede che: “l'inadempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa

vigente e il rifiuto, il differimento e la limitazione dell'accesso civico, al di fuori delle ipotesi previste dall'articolo 5-bis, costituiscono elemento di valutazione della responsabilità dirigenziale, eventuale causa di responsabilità per danno all'immagine dell'amministrazione e sono comunque valutati ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio collegato alla performance individuale dei responsabili”.

□l'art. 19, comma 5, lett. b) del d.l. n. 90/2014, convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, L. 114/2014, prevede che l'ANAC: “salvo che il fatto costituisca reato, applica, nel rispetto delle norme previste dalla legge 24 novembre 1981, n. 689, una sanzione amministrativa non inferiore nel minimo a euro 1.000 e non superiore nel massimo a euro 10.000, nel caso in cui il soggetto obbligato ometta l'adozione dei piani triennali di prevenzione della corruzione, dei programmi triennali di trasparenza o dei codici di comportamento”.

Le misure di prevenzione e contrasto alla corruzione della presente sezione Rischi corruttivi e trasparenza devono essere rispettate da tutti i dipendenti, compresi in tale accezione anche i dirigenti. L'art. 1, comma 14, legge n. 190/2012 dispone infatti che: “La violazione, da parte dei dipendenti dell'amministrazione, delle misure di prevenzione previste dal piano costituisce illecito disciplinare”.

#### **2.4.4 PROGRAMMA DELL'ATTUAZIONE DELLA TRASPARENZA**

##### **Art. 13 – La trasparenza**

Il piano triennale per la trasparenza e l'integrità individua ed evidenzia, all'interno dell'AST, i flussi informativi, le responsabilità operative, le tempistiche e le modalità esecutive per adempiere a quanto previsto dal d.lgs. n. 33/2013 e successive modifiche e integrazioni, recante “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”: tale disciplina si inserisce all'interno delle indicazioni più ampie definite nella L. n. 190/2012 recante “Disposizioni per la prevenzione e la responsabilità della corruzione e dell' illegalità nella pubblica amministrazione”.

##### **Art. 14 – Il responsabile per la trasparenza**

Il Responsabile per la Trasparenza dell'AST FM è attualmente identificato nel RPC.

I suoi principali compiti:

- verifica l'adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate, nonché segnalando all'organo d'indirizzo politico, all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), all'Autorità nazionale anticorruzione e, nei casi più gravi, all'ufficio di disciplina i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione;
- provvede (ove necessario) all'aggiornamento del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità;
- controlla e assicura la regolare attuazione dell'accesso civico;
- realizza azioni di promozione e sensibilizzazione per diffondere la cultura della trasparenza.

##### **Art. 15 – La struttura di supporto al responsabile per la trasparenza**

Al fine di garantire supporto al Responsabile per la trasparenza in merito al controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, le funzioni

relative agli “Adempimenti in materia di trasparenza amministrativa” vengono assegnate ad un soggetto addetto all’Ufficio URP individuato dal RPCT.

I suoi principali compiti:

- collabora nell’adempimento degli obblighi di pubblicazione/aggiornamento dei dati soggetti a pubblicazione;
  - supporta il Responsabile per la trasparenza nelle attività di controllo sull’attuazione degli obblighi di trasparenza (tramite accesso diretto al portale, estrazione dati Excel da tabelle pubblicate per verificare la completezza dei dati, segnalazione su problematiche riscontrate);
  - tiene il registro degli accessi civici curandone le forme di pubblicità previste e risponde degli esiti relativi alle pertinenti domande;
- svolge ogni ulteriore attività delegata o comune demandata dal RPCT.

#### **Art. 16 - I referenti per la trasparenza**

I Responsabili di servizio dell’AST svolgono anche il ruolo di Referenti per la trasparenza, favorendo e attuando le azioni previste dal Programma per la trasparenza. Le loro responsabilità:

- adempiono agli obblighi di pubblicazione, di cui all’allegato 1 del presente Programma;
- garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge;
- garantiscono l'integrità, il costante aggiornamento, la completezza, la tempestività, la semplicità di consultazione, la comprensibilità, l'omogeneità, la facile accessibilità, nonché la conformità ai documenti originali in possesso dell'amministrazione, l'indicazione della loro provenienza e la riutilizzabilità delle informazioni pubblicate.

#### **Art. 17 – Le misure organizzative**

La pubblicazione dei documenti e dei dati spetta all’URP all’uopo opportunamente potenziato quanto a risorse umane/strumentali. I Responsabili di servizio, in qualità di referenti per la trasparenza, faranno confluire a tale Servizio relazioni e comunicazione tutti dati previsti dal D.Lgs. 33/2013, oggetto di pubblicazione/aggiornamento. Nell’allegato 2 al presente Programma sono presentati tutti gli obblighi di pubblicazione, organizzati in sezioni corrispondenti alle sezioni del sito «Amministrazione trasparente» previste dal D.Lgs. 33/2013, con l’indicazione del servizio responsabile; per ogni singolo obbligo vengono indicati, fra gli altri, anche le eventuali azioni previste per l’adeguamento, completamento o realizzazione ex novo, necessarie a corrispondere a quanto richiesto ed i termini di realizzazione nell’arco del triennio di programmazione. I Responsabili di servizio, che per l’aggiornamento/monitoraggio degli adempimenti degli obblighi di pubblicazione potranno avvalersi anche dei propri collaboratori, saranno formati in appositi incontri ed informati tramite specifiche direttive/circolari interne a cura del Responsabile della trasparenza come azioni di supporto ai processi operativi.

#### **Art. 18 – Il ruolo dell’organismo indipendente di valutazione (OIV)**

I suoi compiti:

- verifica la coerenza tra gli obiettivi previsti nel Programma triennale per la trasparenza e l'integrità di cui all'articolo 10 del D.Lgs 33/2013 e quelli indicati nel Piano di prevenzione della corruzione e nel Piano triennale della Performance;

- valuta l'adeguatezza degli indicatori degli obiettivi previsti nel Programma triennale per la trasparenza e l'integrità;
- utilizza le informazioni e i dati relativi all'attuazione degli obblighi di trasparenza ai fini della misurazione e valutazione delle performance sia organizzativa, sia individuale del responsabile e dei dirigenti dei singoli uffici responsabili della trasmissione dei dati;
- attesta l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione.

### **Art. 19 - L'albero della trasparenza**

Al fine di dare attuazione alla disciplina della trasparenza è stata inserita nella home page del sito istituzionale dell'Ente un'apposita sezione denominata "Amministrazione trasparente". L'"albero della trasparenza" è riorganizzato secondo sottosezioni di primo e secondo livello, sulla base della struttura prevista dall'allegato 1) al D.Lgs 33/2013 e successive modifiche e integrazioni, che dettaglia anche i contenuti minimi da assicurare.

### **Art. 20 – Le caratteristiche delle informazioni**

L'AST è tenuta ad assicurare la qualità delle informazioni riportate nel sito istituzionale, assicurandone l'integrità, il costante aggiornamento, la completezza, la tempestività, la semplicità di consultazione, la comprensibilità, l'omogeneità, la facile accessibilità, nonché la conformità ai documenti originali in possesso dell'amministrazione, l'indicazione della loro provenienza e la riutilizzabilità (art. 6 del D.Lgs. 33/2013).

I documenti e gli atti oggetto di pubblicazione obbligatoria saranno progressivamente pubblicati:

- in forma chiara e semplice, tali da essere facilmente comprensibili al soggetto che ne prenda visione;
- completi nel loro contenuto, e degli allegati costituenti parte integrante e sostanziale dell'atto,
- con l'indicazione della loro provenienza, e attestazione di conformità rispetto all'originale in possesso dell'amministrazione;
- tempestivamente e comunque non oltre 30 giorni dalla loro efficacia;
- per un periodo di 5 anni, decorrenti dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione. Gli atti che producono i loro effetti oltre i 5 anni, andranno comunque pubblicati fino alla data di efficacia. Allo scadere del termine sono comunque conservati e resi disponibili all'interno di distinte sezioni d'archivio;
- in formato di tipo aperto ai sensi dell'articolo 68 del Codice dell'amministrazione digitale, di cui al D.Lgs. 82/2005 e saranno riutilizzabili ai sensi del D.Lgs. 196/2003, senza ulteriori restrizioni diverse dall'obbligo di citare la fonte e di rispettarne l'integrità (In prima applicazione saranno utilizzati file in formato Microsoft Word, Microsoft Excel, Adobe pdf, ecc...).

### **Art. 21 – Il monitoraggio sull'attuazione degli obblighi di trasparenza**

Il Responsabile per la trasparenza, ove occorra previa segnalazione da parte dell'OIV, svolge periodici controlli sull'effettiva attuazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente da parte dei Responsabili di servizio, predisponendo apposite segnalazioni in caso di riscontrato mancato o ritardato adempimento.

Tale controllo sarà attuato:

- nell'ambito dell'attività di monitoraggio del Piano triennale di prevenzione della corruzione;

- attraverso eventuali controlli a campione a verifica dell'aggiornamento delle informazioni pubblicate;
- attraverso il controllo effettuato in merito alle segnalazioni con cui viene esercitato l'accesso civico (art. 5 D.Lgs 33/2013).

In sede di aggiornamento annuale del Programma per la trasparenza e l'integrità verrà rilevato lo stato di attuazione delle azioni.

È altresì fondamentale per il sistema della trasparenza un'attività di monitoraggio condotta da tutti i Referenti della trasparenza (responsabili di servizio) sul puntuale adempimento degli obblighi di pubblicazione e sul rispetto delle tempistiche previste.

### **Art. 22 – La tutela della privacy**

L'immissione sul sito istituzionale di una moltitudine d'informazioni provenienti dalle diverse Unità Operative, evidenzia la necessità di prevedere forme accurate di controllo sull'esattezza, pertinenza e non eccedenza dei dati pubblicati, accogliendo le indicazioni del Garante per la Protezione dei dati personali contenute nelle "Linee guida in materia di trattamento di dati personali" allegato alla deliberazione n.243 del 15 maggio 2014. 2. L'attività di controllo è affidata ai Responsabili di servizio che dispongono la pubblicazione dei dati o che detengono, per competenza, i dati pubblicati. Ulteriori prescrizioni potranno essere emanate in merito dal Responsabile per la trasparenza.

### **Art. 23 – Open data**

La trasparenza non è intesa solo come strumento di prevenzione della corruzione o per favorire la conoscenza degli aspetti organizzativi dell'ente, ma soprattutto come apertura totale all'intero patrimonio conoscitivo detenuto da un'amministrazione, affinché questo patrimonio possa essere fatto proprio e riutilizzato, da parte degli altri soggetti sociali, singoli individui, associazioni di consumatori, imprenditori, partiti o movimenti politici e chiunque altro. Accanto al dovere di raccontare e rendicontare, c'è anche quello di rendere accessibili e semplici i dati (open data), perché altri possano elaborarli secondo proprie finalità ed esigenze.

### **Art. 24 – Le sanzioni**

Il controllo sull'esatto adempimento degli obblighi di pubblicazione dei contenuti è demandato alla Autorità Nazionale Anticorruzione. Tale organismo è dotato di poteri ispettivi nei confronti delle pubbliche amministrazioni, di controllo dell'operato dei Responsabili della Trasparenza e può altresì chiedere all'organismo di valutazione ulteriori informazioni sull'esatto adempimento degli obblighi di pubblicazione (art. 45 d.lgs. 33/2013). Sono i Referenti della trasparenza a dover garantire il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge. L'inadempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente costituisce elemento di valutazione della responsabilità dirigenziale, eventuale causa di responsabilità per danno all'immagine dell'Amministrazione ed è comunque valutato ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio collegato alla performance individuale dei responsabili (art. 46 d.lgs. 33/2013).

### **Art. 25 – Le iniziative di comunicazione della trasparenza**

L'AST intende consentire alla cittadinanza tutta ed in particolare agli *stakeholders* (portatori o detentori di interessi sociali) di acquisire il maggior numero di informazioni possibili relativamente alle attività dell'amministrazione anche fornendo alla collettività opportunità e spazi di confronto ed approfondimento sulle tematiche oggetto del presente documento contribuendo in tal modo allo sviluppo e alla diffusione della cultura della trasparenza.

Allo scopo di raggiungere tale obiettivo l'AST intende organizzare le giornate annuali della trasparenza intese come momenti di sensibilizzazione e di formazione del personale interno all'apprendimento e condivisione degli aspetti operativi relativi alle tematiche della comunicazione. Tali momenti saranno anche occasione per raccogliere indicazioni e suggerimenti per migliorare le buone pratiche di cultura della trasparenza e dell'integrità. Tutti gli *stakeholders* potranno sollecitare al Responsabile della trasparenza l'organizzazione di sessioni illustrative annuali relative al funzionamento e alle finalità della sezione "Amministrazione Trasparente" del sito dell'AST al fine di vedere incrementato il coinvolgimento delle varie realtà cittadine nell'attività dell'Amministrazione stessa. Tali giornate saranno aperte alla partecipazione di chiunque ne manifesti l'interesse e costituiranno in tal modo lo strumento per raggiungere anche i singoli cittadini, in particolare coloro che, per motivi di diversa natura, non utilizzano abitualmente le tecnologie informatiche. Nel corso del triennio, a seguito di specifiche sollecitazioni inoltrate al Responsabile per la trasparenza e compatibilmente con gli impegni di servizio, potranno essere organizzate specifiche sessioni nelle quali sarà possibile sviluppare tematiche particolari a beneficio di categorie specifiche, quali ad esempio associazioni di categoria, categorie professionali ecc.

Menzione a parte merita il sito istituzionale dell'AST quale strumento strategico rispetto all'applicazione delle disposizioni in materia di trasparenza: l'Amministrazione si impegna a svilupparne tutte le potenzialità sensibilizzando altresì tutti i cittadini (in particolare gli utenti dei servizi), alla sua consultazione periodica.

#### **Art. 26 – La formazione dei lavoratori**

Relativamente alle iniziative da intraprendere, l'Ente si propone di porre in essere, sia attività finalizzate a "far crescere" ulteriormente la cultura della trasparenza nel concreto agire quotidiano dei dipendenti, sia azioni volte a garantire ai cittadini la conoscenza dell'organizzazione amministrativa e dei procedimenti nei quali si articola l'azione pubblica. In questa prospettiva ha già promosso, e continuerà a promuovere al suo interno, percorsi formativi mirati ad accompagnare la struttura a prendere piena consapevolezza della normativa e a consolidare un atteggiamento orientato al servizio verso il cittadino. In particolare, tramite una formazione del personale sul tema della comunicazione e della redazione di documenti e atti, verrà promosso l'utilizzo di un linguaggio chiaro, comprensibile nel contenuto e privo di espressioni burocratiche superflue.

#### **Art. 27 - Accesso civico ed altre tipologie (art. 5 del d.lgs. 33/2013)**

A seguito delle modifiche legislative intervenute in tema di accesso (D.Lgs n. 97/2016, che ha modificato l'art. 5, D.Lgs n. 33/2013), sussistono le seguenti tre distinte tipologie di accesso:

- accesso documentale (ai sensi della L. n. 241/1990), che riguarda gli atti per cui esiste un "interesse diretto, concreto e attuale, corrispondente ad una situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento al quale è chiesto l'accesso";
- accesso civico (ai sensi del D.Lgs. n. 33/2013, articolo 5, comma 1°), che riguarda gli atti oggetto di obbligo di pubblicazione obbligatoria;

- accesso generalizzato (ai sensi del D.Lgs. n. 33/2013, articolo 5, comma 2°), in virtù del quale, "chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione ai sensi del presente decreto, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e privati giuridicamente rilevanti, secondo quanto previsto dall'art. 5 bis".

Resta ferma ed autonoma la disciplina dell'accesso agli atti di gara, come specificamente regolamentata dall'art. 53 del Nuovo codice dei Contratti Pubblici D.Lgs n. 50/2016.

Come indicato dall'ANAC (Delibera n. 1309 del 28 dicembre 2016 - Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui all'art. 5 co. 2 del d.lgs. 33/2013), occorre distinguere fra "eccezioni assolute e relative" all'accesso generalizzato.

L'accesso civico è un istituto posto in difesa dell'interesse generale al controllo democratico sull'organizzazione e sull'operato delle pubbliche amministrazioni. È uno strumento connesso alla trasparenza amministrativa, cioè alla conoscibilità e alla pubblicità dei documenti, delle informazioni e dei dati (ovvero di contenuti) che le amministrazioni hanno l'obbligo di pubblicare nei propri siti web istituzionali.

Oggetto dell'accesso civico sono quindi esclusivamente i contenuti destinati per legge ad essere diffusi all'esterno della pubblica amministrazione, in quanto riferiti ad aspetti organizzativi, funzionali ed economici della stessa. Può riguardare anche il completamento della pubblicazione di contenuti lacunosi o parziali.

Chiunque (persona fisica o giuridica) ha il diritto di accedere a tali contenuti, direttamente ed immediatamente, senza autenticazione o identificazione, senza dover fornire alcuna motivazione e senza costi per l'interessato poiché il controllo pubblico sull'operato della pubblica amministrazione è riconosciuto internazionalmente quale elemento cardine per prevenire la corruzione e l'illegalità.

L'accesso civico di cui all'art. 5, comma 1, d.lgs. 33/2013 (documenti oggetto degli obblighi di pubblicazione), viene esercitato tramite richiesta scritta.

Sul sito istituzionale sarà reso disponibile un apposito modulo denominato "richiesta di accesso civico" che può essere utilizzato per inoltrare le richieste di pubblicazione delle informazioni individuate come obbligatorie dalle disposizioni normative.

Entro 30 giorni l'Amministrazione procede alla pubblicazione sul sito dei contenuti oggetto delle richieste e, contestualmente, l'URP della trasparenza, inoltra al richiedente il collegamento ipertestuale alla pagina del sito istituzionale dove i contenuti stessi sono pubblicati.

L'URP, qualora riscontri la presenza sul sito istituzionale dei contenuti oggetto della richiesta, risponde in ogni caso al richiedente fornendogli i riferimenti per effettuare la verifica.

In caso di ritardo o di omessa risposta il richiedente può ricorrere al titolare del potere sostitutivo (di cui all'art 2, comma 9-bis, L. 241/1990) nella persona del RPCT.

Quale soluzione organizzativa, al fine di rafforzare il coordinamento dei comportamenti sulle richieste di accesso, è disposta la concentrazione della competenza a decidere sulle richieste di accesso "generalizzato" di cui all'art. 5, comma 2, d.lgs. 33/2013, in capo al responsabile per la trasparenza, che, ai fini istruttori, dialoga con gli uffici che detengono i dati richiesti (cfr. delibera ANAC n. 1309 del 28.12.2016 ad oggetto "linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui all'art. 5 comma 2 del d.lgs. 33/2013").

Quale ulteriore soluzione organizzativa, è istituito presso l'URP dell'AST un "registro" delle richieste di accesso apposito per tutte le tipologie di accesso recante l'elenco delle richieste di accesso con

indicazione dell'oggetto e della data della richiesta nonché del relativo esito con la data della decisione (cfr. delibera ANAC n. 1309 del 28.12.2016 ad oggetto "linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui all'art. 5 comma 2 del d.lgs. 33/2013").

### 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

#### 3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA

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

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

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

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

**Organi Aziendali dell'AST di Fermo** sono il **Direttore Generale** (organi di Governo strategico), il **Collegio di Direzione** ed il **Collegio Sindacale** (organi di controllo interno); il Direttore Generale è l'organo di vertice della struttura organizzativa aziendale al quale competono tutti i poteri di gestione nonché la rappresentanza legale dell'Azienda ai sensi dell'art. 3 comma 6 del Dlgs n. 502/92, come da ultimo modificato dall'art. 3 del Dlgs n. 229/99.

Il Direttore Generale è coadiuvato nell'esercizio delle proprie funzioni del Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario che hanno il compito di esprimere pareri e proposte sugli ambiti gestionali di propria afferenza.; allo stato non si è provveduto alla nomina del Direttore dell'Area Socio-Sanitaria.

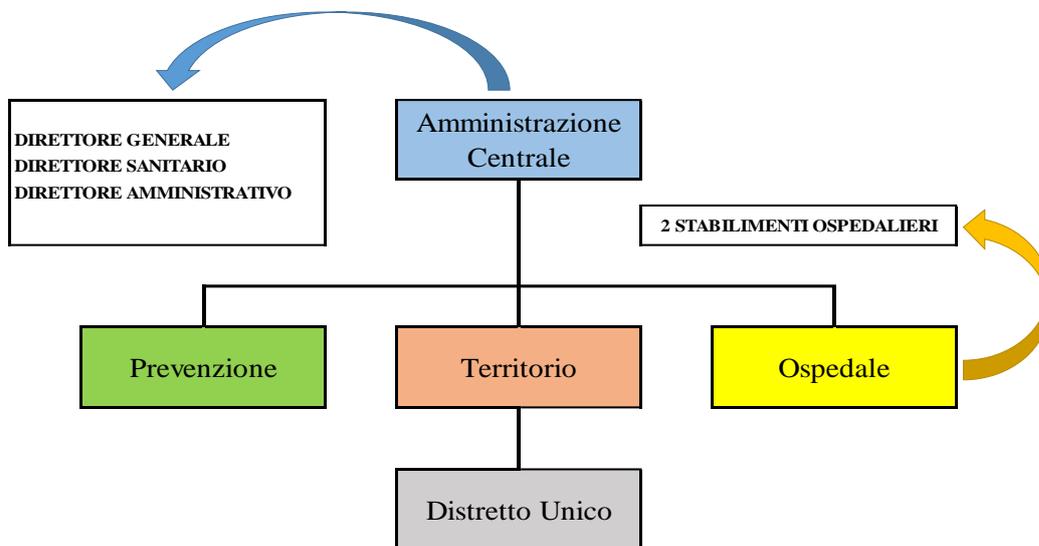
Le Aree centrali (ex Asur) a valere sull'organizzazione dell'AST Fermo sono le seguenti:

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

La vigente articolazione è espressione **dell'Atto Aziendale**, documento adottato nel 2005 dal Direttore Generale, che individua le modalità organizzative finalizzate alla realizzazione degli obiettivi previsti nell'ambito della programmazione sanitaria e socio-sanitaria nazionale e regionale, nel rispetto dei criteri di efficienza, efficacia, qualità, appropriatezza ed economicità che sottendono l'intero sistema.

La struttura organizzativa complessiva dell'AST sia sanitaria che ATL può essere rappresentata dallo schema di seguito esposto:

## L'ORGANIZZAZIONE AST FERMO



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

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

Ai dipartimenti sanitari compete:

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

Nell'ambito dei dipartimenti sanitari vi sono:

**Strutture Complesse** che aggregano risorse professionali mediche, sanitarie non mediche, tecniche, risorse tecnologiche e finanziarie; esse nel rispetto degli indirizzi definiti.

Le **Strutture Semplici** comprendono attività di una stessa unità operativa, assicurando il miglioramento continuo del processo assistenziale e l'organizzazione e la gestione delle risorse attribuite;

dal punto di vista organizzativo, di norma, dipendono dalle strutture complesse, ad eccezione delle strutture semplici Dipartimentali per le quali si configura una diretta dipendenza dal Dipartimento di appartenenza.

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

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

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

Relativamente all'Area **Amministrativo Tecnico Logistica** (ATL) il modello funzionale e organizzativo è stato da ultimo revisionato con determina DGASUR n. 238/2017; con successiva determina ASURDG n. 97/2019 (tuttavia ad oggi inapplicata) l'ASUR ha dato atto al completamento del modello funzionale ed organizzativo dell'Area ATL posto in essere con la determina n. 238/2017 e con gli atti attuativi delle singole Aree Vaste ed è stato conseguentemente approvato l'assetto organizzativo aziendale come completato e al contempo modificato ed integrato con il medesimo provvedimento n. 97/2019.

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

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

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

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

#### STRUTTURE COMPLESSE

Area Sanitaria	Dirigenza Professionale Tecnica Amministrativa	Totale
38	8	46

## STRUTTURE SEMPLICI /STRUTTURE SEMPLICI DIPARTIMENTALI

Area Sanitaria	Dirigenza Professionale Tecnica Amministrativa	Totale
46	2	48

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

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

### 3.2 ORGANIZZAZIONE LAVORO AGILE

#### 3.2.1 EVOLUZIONE NORMATIVA

Il lavoro è stato introdotto dall'art. 18, comma 1, della Legge 22.5.2017, n. 81 che ha previsto una specifica modalità di svolgimento del lavoro subordinato da remoto conferendogli autonoma disciplina, differenziando tale nuova modalità di prestazione dal telelavoro di cui alla Legge n. 191/1998 e dal DPR n.70/1999; il lavoro agile è definito come modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti, anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro, con il possibile utilizzo di strumenti tecnologici per lo svolgimento dell'attività lavorativa; obiettivo dichiarato è promuovere il lavoro agile per incrementare la competitività e agevolare la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro.

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

Il lavoro in modalità agile ha rappresentato durante le fasi più acute dell'emergenza pandemica la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa, in virtù dell'art. 87, comma 1, del DL n. 18/2020, seppure in modalità semplificate rispetto a quelle di cui alla legge n. 81/2017, consentendo di garantire la continuità del lavoro in sicurezza per i dipendenti delle pubbliche amministrazioni nonché, per quanto possibile, la continuità dei servizi erogati dalle amministrazioni.

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

Relativamente al solo personale impiegato in attività telelavorabili, disciplinando lo svolgimento della detta modalità di lavoro dapprima con specifiche disposizioni del Direttore Generale ASUR (prot.9507/2020, prot. 10875/2020, prot. 11406/2020, prot.n.13598/2020, prot. 17455/2020 e prot. 20137/2020) con le quali si è proceduto a fornire prime indicazioni operative relative all'attivazione in via provvisoria ed eccezionale, di misure organizzativa in materia di lavoro agile per il periodo di

emergenza sanitaria da COVID-19 e successivamente con l'adozione di specifiche linee operative per le Aree Vaste, in particolare con disposizione DGASUR del 22.5.2020, prot. 22076.

L'evoluzione normativa in materia di lavoro agile ha subito, in tempi relativamente brevi, una parabola crescente che ha portato ad un uso intensivo di tale istituto, per poi decrescere a strumento ordinario, con contestuale riduzione dei lavoratori da autorizzare.

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

Il conseguente DM 8.10.2021 del Ministro per la Pubblica Amministrazione ha proceduto, in attuazione del DPCM 23.9.2021, a disciplinare il rientro al lavoro in presenza per tutti i dipendenti della Pubblica Amministrazione a partire dal 15.10.2021; con il medesimo DM sono state individuati le condizioni ed i requisiti necessari, sia organizzativi che individuali, per fare ricorso alla modalità agile per l'espletamento dell'attività lavorativa in un quadro di efficienza e di tutela dei diritti dei cittadini ad una adeguata qualità dei servizi.

L'art. 1, comma 3, del DM 8.10.2021 in particolare ha previsto le seguenti condizionalità per il ricorso al lavoro agile:

- lo svolgimento del lavoro agile non deve pregiudicare o ridurre la fruizione dei servizi verso gli utenti;
- adeguata rotazione del personale autorizzato alla prestazione di lavoro agile, assicurando comunque la prevalenza per ciascun lavoratore del lavoro in presenza;
- adozione di appositi strumenti tecnologici idonei a garantire l'assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni trattati durante lo svolgimento del lavoro agile;
- necessità per l'amministrazione della previsione di un piano di smaltimento del lavoro arretrato, ove accumulato;
- fornitura di appositi strumenti tecnologici idonei a garantire l'assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni trattati durante lo svolgimento del lavoro agile.
- stipula dell'accordo individuale di cui all'art. 18, comma 1, Legge n. 81/2017, cui spetta il compito di definire:
  - ✓ gli specifici obiettivi della prestazione resa in modalità agile;
  - ✓ le modalità ed i tempi di esecuzione della prestazione;
  - ✓ le modalità ed i criteri di misurazione della prestazione medesima, anche ai fini del proseguimento della modalità della prestazione lavorativa in lavoro agile;
- prevalente svolgimento in presenza della prestazione lavorativa dei soggetti titolari di funzioni di coordinamento e controllo, dei dirigenti e dei responsabili dei procedimenti;
- rotazione del personale in presenza ove richiesto dalle misure di carattere sanitario.

Il Dipartimento della funzione pubblica, nelle more della regolamentazione dei contratti collettivi nazionali di lavoro relativi al triennio 2019-2021 che disciplineranno a regime l'istituto per gli aspetti non riservati alla fonte unilaterale, ha definito specifiche linee guida con l'obiettivo di fornire indicazioni per la definizione di una disciplina che garantisca condizioni di lavoro trasparenti, che favorisca la produttività e l'orientamento ai risultati, concili le esigenze delle lavoratrici e dei lavoratori con le esigenze organizzative delle pubbliche amministrazioni, consentendo, ad un tempo, il miglioramento dei servizi pubblici e dell'equilibrio fra vita professionale e vita privata; la

definizione delle dette Linee Guida sancisce il superamento dello smart working emergenziale e anticipa i contenuti dei nuovi Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro.

Pertanto, pur avendo cessato il lavoro agile di essere una delle modalità ordinarie di svolgimento del lavoro alle dipendenze delle pubbliche amministrazioni, lo stesso mantiene tuttavia una sua rilevanza nell'ordinamento entrando a far parte di uno strumento più ampio di programma delle pubbliche amministrazioni ed assumendo una funzione di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo.

Il recente CCNL Area Comparto Sanità siglato il 2.11.2022 disciplina con un'intera sezione (TITOLO VI) sia il lavoro agile sia il lavoro da remoto, prevedendo il Confronto sindacale sui criteri generali per l'individuazione delle attività che possono essere effettuate in lavoro agile e/o da remoto nonché sui criteri di priorità per l'accesso agli stessi.

Da ultimo, il DM 30.6.2022 "Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e

organizzazione" all'articolo 4 comma 1 n.2) dispone che il P.I.A.O. contenga espressamente una sottosezione dedicata al lavoro agile, che deve a sua volta prevedere:

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

Da quanto sopra derivava la necessità per questa Azienda Sanitaria di dotarsi di un Regolamento per l'utilizzo del lavoro agile che definisca: gli obiettivi, i destinatari, le modalità di svolgimento e di rilevazione, il trattamento economico e giuridico e la formazione, che è stato adottato con determina n. 782/AST\_FM del 12.12.2023, (allegato 4) cui si rimanda per tutto gli aspetti operativi, segnatamente indicati nell'indice del Regolamento:

- 1) DEFINIZIONI E FINALITÀ
- 2) DESTINATARI
- 3) ACCESSO AL LAVORO AGILE
- 4) Accordo individuale per lo svolgimento dell'attività di lavoro in modalità agile
- 5) CRITERI E MODALITÀ DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITÀ LAVORATIVA IN MODALITÀ AGILE
- 6) TRATTAMENTO GIURIDICO ED ECONOMICO

- 7) MODALITÀ DI RILEVAZIONE DELLE PRESENZE E RICOGNIZIONE ATTIVITÀ LAVORATIVA IN MODALITÀ DI LAVORO AGILE
  - 8) FORMAZIONE
  - 9) DOTAZIONE TECNOLOGICA E SICUREZZA DEI DATI
  - 10) SICUREZZA SUL LAVORO
  - 11) ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA PER GLI INFORTUNI E LE MALATTIE PROFESSIONALI
  - 12) VALUTAZIONE E MONITORAGGIO
  - 13) RECESSO
  - 14) RUOLO DEL CUG
  - 15) DISPOSIZIONI FINALI
- ALLEGATI AL REGOLAMENTO
- a) Schema di istanza
  - b) Schema di accordo individuale
  - c) Modulo per rilevazione orario/presenze
  - d) Informativa su tutela della salute e della sicurezza del personale in modalità di lavoro agile
  - e) Policy per la sicurezza informativa

### **3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE**

#### **3.3.1 RIFERIMENTI NORMATIVI**

Ai sensi dell'art. 39 della L. 449/1997, al fine di assicurare le esigenze di funzionalità e di ottimizzare le risorse per il migliore funzionamento dei servizi compatibilmente con le disponibilità finanziarie e di bilancio, gli organi di vertice delle amministrazioni pubbliche sono tenuti alla programmazione triennale del fabbisogno di personale.

Il D.lgs 75/2017 ha introdotto significative innovazioni all'art. 6 del D.lgs 165/2001 modificando il concetto di dotazione organica e di fabbisogno di personale conferendo a quest'ultimo il ruolo di "strumento strategico per individuare le esigenze di personale in relazione alle funzioni istituzionali e agli obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai "cittadini". Il Piano di fabbisogno di personale (di seguito PTFP) implica un'analisi qualitativa e quantitativa delle risorse umane necessarie allo svolgimento della *mission* aziendale e si configura come un atto di programmazione modulabile e flessibile. In sede di determinazione del PTFP deve inoltre essere definita la consistenza della dotazione organica da esprimersi in termini di unità e del relativo valore economico-finanziario.

### 3.3.2 IL PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE

Ai sensi dell'art. 39 della L. 449/1997, al fine di assicurare le esigenze di funzionalità e di ottimizzare le risorse per il migliore funzionamento dei servizi compatibilmente con le disponibilità finanziarie e di bilancio, gli organi di vertice delle amministrazioni pubbliche sono tenuti alla programmazione triennale del fabbisogno di personale.

Il D. Lgs. 75/2017 ha introdotto significative innovazioni all'art. 6 del D.Lgs. 165/2001 modificando il concetto di dotazione organica e di fabbisogno di personale conferendo a quest'ultimo il ruolo di "strumento strategico per individuare le esigenze di personale in relazione alle funzioni istituzionali e agli obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini". Il Piano di Fabbisogni del personale (di seguito PTFP) implica un'analisi qualitativa e quantitativa delle risorse umane necessarie allo svolgimento della mission aziendale e si configura come un atto di programmazione modulabile e flessibile. In sede di determinazione del PTFP deve inoltre essere definita la consistenza della dotazione organica da esprimersi in termini di unità e del relativo valore economico-finanziario.

Con determina ASURDG n. 988 del 30.12.2022 è stato approvato il Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale (2022-2024) dell'ASUR e revisione della Dotazione Organica alla luce delle disposizioni di riordino del Servizio Sanitario Regionale di cui alla L.R. 19/2022 e successiva normazione di dettaglio.

Si evidenzia che al punto 13 del dispositivo della determina 988/ASURDG/2022 si dava atto che il PTFP di che trattasi per gli anni 2023 e 2024 verrà opportunamente rimodulato nell'ambito della AST di riferimento.

Va necessariamente evidenziato che il contesto organizzativo è profondamente mutato: ai sensi art. 42 della L.R. 19/2022 l'A.S.UR. Marche è soppressa dal 01.01.2023.

Il punto 2.6 dell'Allegato A della DGRM 1718/2022 prevede che *'I rapporti di lavoro del personale in corso al 31/12/2022 presso Area Vasta 4 continuano con la AST di Fermo ed il personale conserva tutti i diritti*

*acquisiti. Con Decreto del Direttore del Dipartimento Salute, formulato sulla base di una ricognizione che*

*verrà formalizzata dal Commissario Straordinario di ASUR, verranno definite le assegnazioni nominative. Le ferie e i crediti orari maturati al 31/12/2022 si trasferiscono alla AST di Fermo. La AST di Fermo è obbligata per tutti i crediti che il personale dipendente della Area Vasta 4 vanta al 31/12/2022".*

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

Da quanto sopra, seppur nelle more della definizione dell'Atto Aziendale, deriva la necessità per questa Azienda Sanitaria Territoriale di aggiornare il Piano di Fabbisogno di Personale, *ad isorisorse*.

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

Il fabbisogno di personale viene quindi definito sotto un duplice profilo (punto 2.0 Linee guida del 08/05/2018 di cui al D.M. 08/05/2018):

- 1 Quantitativo perché riferito alla consistenza numerica di unità necessarie ad assolvere la missione aziendale, nel rispetto dei vincoli di finanza;
- 2 Qualitativo perché riferito alle tipologie e profili professionali corrispondenti alle esigenze aziendali.

Il P.T.F.P. allegato (allegato 1) è quindi un atto programmatico e autorizzatorio, inquadrato all'interno dei tre vincoli sopra indicati: quantitativo (unità di personale), qualitativo (contingente di personale per specifico profilo professionale) e economico (tetto di spesa).

Il numero di unità in cessazione, riportate nel piano sulla base degli atti di dimissione ed il numero delle assunzioni, tracciano lo spazio annuale di azione dell'Azienda anche ai fini della rimodulazione qualitativa e quantitativa dei contingenti di personale per profilo.

Il costante mantenimento dei contingenti di personale distintamente per ogni ruolo e profilo professionale richiederà però di considerare, nell'ambito del reclutamento, anche le ulteriori cessazioni che ad oggi non sono conosciute, ma che certamente interverranno, tenuto conto che esse non incidono sul tetto di spesa; ciò è necessario al fine di assicurare: gli obiettivi aziendali, i servizi essenziali ed i livelli prestazionali definiti negli atti di programmazione nonché il rispetto delle norme sull'orario di lavoro del personale.

È di tutta evidenza che la tempestiva sostituzione di un dipendente cessato con un nuovo assunto di pari profilo, da un lato risulta indispensabile per non creare disservizi o discontinuità nella erogazione dei servizi, dall'altro non inficia in alcun modo i tre vincoli cardine che reggono il piano; infatti non si produce variazione della spesa programmata (che è spesa totale per il personale e non spesa differenziale per nuove assunzioni) e non si alterano i contingenti quantitativi e qualitativi programmati. Quest'ultimo processo, sotteso al PTFP trova specifica e puntuale tracciatura negli atti di dimissione del personale e di conseguente assunzione di nuove unità, atti che dovranno essere specificatamente collegati in termini di "unità entrante" a fronte di "unità uscente" di pari profilo.

In merito al rispetto dei vincoli e obblighi declinati dalla normativa e dalle disposizioni regionali, così come analizzati in dettaglio nella determina ASURDG 988/2022, si rappresenta quanto segue.

### **3.3.3 Riduzione della spesa del personale con rapporto di lavoro flessibile**

Nulla di invariato rispetto a quanto previsto dalla determina 988/ASURDG/2022.

### **3.3.4 Stabilizzazioni del precariato**

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

Detto processo si è sviluppato con molteplici atti aziendali, da ultimo determina n. 440/ASTFM del 30.06.2023 tenuto conto delle esigenze organizzative, del mutato quadro normativo che ha prorogato i termini per la maturazione dei requisiti e delle disposizioni regionali che hanno disciplinato le procedure in parola.

Il D.L. n. 228 del 30 dicembre 2021, convertito con modificazioni dalla L. 25 febbraio 2022, n. 15, ha modificato l'art. 20, comma 1, alinea del già più volte citato D. Lgs. 75/2017, prevedendo un'ulteriore proroga, fino al 31 dicembre 2023, per assumere a tempo indeterminato personale precario in possesso dei requisiti, in coerenza con il piano triennale dei fabbisogni e con l'indicazione della relativa copertura finanziaria.

### **3.3.5 STABILIZZAZIONI “COVID”**

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

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

Come passo conseguente, si è predisposto il programma di stabilizzazione COVID di cui allegato prospetto (allegato 2)

### **3.3.6 PROGRESSIONI VERTICALI TRA LE AREE DEL PERSONALE DEL COMPARTO**

L'art. 22, comma 15 del D. Lgs. n. 75/2017 ha introdotto, in deroga alle previsioni “ordinarie” dell'art. 52, comma 1-bis del D. Lgs. n. 165/2001 e s.m.i., una nuova tipologia di progressione verticale, utilizzabile per un periodo di tempo limitato (triennio 2018-2020), nella misura del 20% dei posti previsti nei piani dei fabbisogni come nuove assunzioni consentite per la relativa area o categoria.

L'art. 1, comma 1-ter, del D.L. 162/2019, convertito con Legge n. 8 del 28/02/2020, ha modificato il citato art. 22, comma 15, del D. lgs n. 75/2017, prevedendo che “per il triennio 2020-2022, le pubbliche amministrazioni, al fine di valorizzare le professionalità interne, possono attivare, nei limiti delle vigenti facoltà assunzionali, procedure selettive per la progressione tra le aree riservate al personale di ruolo, fermo restando il possesso dei titoli di studio richiesti per l'accesso dall'esterno. Il numero di posti per tali procedure selettive riservate non può superare il 30% di quelli previsti nei piani dei fabbisogni come nuove assunzioni consentite per la relativa area o categoria.

Per espressa previsione normativa regionale la regolamentazione ASUR è tutt'ora vigente e tutte le procedure in itinere iniziate sulla base della stessa devono essere portate a conclusione.

Con atto DGASUR n. 527 del 14/10/2021 è stato approvato il Regolamento unico aziendale per la disciplina delle progressioni di carriera (art. 22, comma 15, D.lgs. n. 75/2017). L'art. 2 del regolamento in parola prevede che le progressioni di carriera sono oggetto di apposita pianificazione da parte della Direzione Generale ASUR nell'ambito dei posti previsti nei piani triennali di fabbisogno del personale come nuove assunzioni consentite per la relativa categoria e nei limiti dei posti riservabili all'accesso dall'interno.

In attuazione del regolamento di cui sopra con DGASUR 65 del 25/01/2022 è stato approvato il programma relativo alle progressioni interne di carriera del personale dell'ASUR Marche.

In data 25.7.2022 sono stati emessi Bandi (determina 555/AV4/2022); con determina 872/AV4/2022 è stata nominata la Commissione; con determina 799/AV4/2022 si è proceduto alla ammissione dei candidati e con determina n. 732/AST\_FM del 23.11.2023 sono stati nominati i vincitori della procedura bandita per i posti di collaboratore amministrativo

### **3.3.7 ASSUNZIONI L.68/99**

La legge 68/99 stabilisce obblighi di assunzioni di disabili e categorie protette nelle percentuali ivi indicate.

L'art. 11 della citata Legge 68/99 prevede, per favorire l'inserimento lavorativo delle suddette categorie, la stipula di una convenzione al fine di determinare un programma mirato al conseguimento di obiettivi occupazionali di cui alla citata legge.

La DGRM n.737/2018 prevedeva, quando la ricaduta occupazionale interessa territori di competenza di più Centri per l'impiego, la stipula di una convenzione unica regionale con il Servizio Attività produttive, lavoro della Regione Marche.

Al tal fine, è stata sottoscritta la convenzione unica, approvata con DGASUR n. 755/2018 che prevede un programma di assunzione quinquennale (anni 2018-2022) tra l'Asur Marche e il competente ufficio regionale relativa agli obblighi di assunzione sull'intero territorio dell'Asur per il numero delle scoperture dei disabili e delle categorie protette al 31 dicembre 2017.

La stessa DGRM prevedeva altresì "ai singoli Centri Impiego spetta la competenza di sottoscrivere le Convenzioni con i datori di lavoro pubblici e privati quando la ricaduta occupazionale riguarda il proprio territorio".

Da quanto sopra deriva la necessità di procedere alla stipula di nuova Convenzione, fermo restando che l'Azienda Sanitaria Territoriale di Fermo applicherà nei concorsi pubblici che saranno banditi le riserve di legge

### **3.3.8 DOTAZIONE ORGANICA**

Preliminarmente si evidenzia che:

- La presente determina è da considerarsi prodromica all'applicazione delle DGRM 1385/2022 e 1718/2022 che, nelle more dell'adozione dell'atto aziendale e dei regolamenti di organizzazione delle nuove AST, hanno stabilito le modalità della prima definizione della dotazione organica delle AST medesime.
- L'ASUR Marche, nell'ambito del PTFP 2018-2020 (det. ASURDG n. 78/2019), ha provveduto ad una prima ridefinizione della propria dotazione organica, conseguentemente ed in coerenza alla ridefinizione dei fondi contrattuali posta dal D.L. 78/2010 e dall'art. 9 *quinquies* D.L. 78/2015.  
Tale provvedimento fu sottoposto a revisione con la determina 988/ASURDG/2022 più volte citata, anche alla luce della intervenuta riforma del Servizio Sanitario Regionale.
- Con determina n. 980/AV4 del 30.12.2022 viene effettuata la presa d'atto del Decreto Dipartimento Salute Regione Marche n. 58/2022 ad oggetto "Assegnazione del personale alla Azienda Sanitaria Territoriale di Fermo"

Ed inoltre:

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

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

atto delle assegnazioni nominative del personale dell'Azienda Sanitaria Territoriale di Fermo a decorrere dal 01.01.2023.

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

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

Con determina n. 754/AST\_FM ad invarianza quantitativa ed economica, si è preso atto che l'analisi e la programmazione occupazionale hanno fatto emergere la necessità di un adeguamento qualitativo della dotazione organica al Piano dei fabbisogni; tale operazione è stata compiuta mediante trasformazione di posti quindi, complessivamente, ad invarianza di teste e senza incremento del volume di spesa come previsto DM 08/05/2018; il tutto viene riportato nel prospetto allegato

Come per i piani degli anni precedenti, le rimodulazioni hanno riguardato principalmente:

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

### **3.3.9 PIANI AZIONI POSITIVE E COMITATI UNICI DI GARANZIA**

Nulla di invariato rispetto a quanto previsto dalla determina 988/ASURDG/2022.

Il CUG risulta costituito con determina 570/ASTFM/2023 ed il Piano di Azioni Positive risulta approvato con determina 492/AV4/2022.

Si rimanda pertanto al PIAO 2023-25 sul punto.

### **3.3.10 Rispetto vincolo di spesa ex art. 2 L. N. 191/2009 rivisto ex art. 11, c.1, del D.L. n. 35/2019**

A decorrere dal 2019, la spesa per il personale degli enti del Servizio sanitario nazionale delle regioni, nell'ambito del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato e ferma restando la compatibilità finanziaria, sulla base degli indirizzi regionali e in coerenza con i piani triennali dei fabbisogni di personale, non può superare il valore della spesa sostenuta nell'anno 2018, come certificata dal Tavolo di verifica degli adempimenti di cui all'articolo 12 dell'Intesa 23 marzo 2005 sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le

regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, o, se superiore, il valore della spesa prevista dall'articolo 2, comma 71, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 rivisto ai sensi dell'art. 11 comma 1 DL 35/2019.

### **3.3.11 RISPETTO DEL BUDGET DI SPESA AZIENDALE ASSEGNATO**

Al fine di garantire e salvaguardare i principi di equilibrio della finanza pubblica, il PTFP approvato è coerente con le risorse economiche assegnate, SEGNATAMENTE DALLA DGRM 2074/2023

Si provvederà a rilevare i costi ed i risparmi relativi alle cessazioni ed assunzioni di cui alla presente programmazione, per l'anno 2024 e successivi, nei singoli ed appositi atti applicativi provvedendo, altresì, ad effettuare le necessarie imputazioni nell'ambito del budget annuale. I costi verranno contabilizzati nei rispettivi conti dal momento del pagamento delle competenze spettanti.

## **3.4 FORMAZIONE DEL PERSONALE**

### **Il contesto aziendale**

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

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

### **La formazione continua**

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

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

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

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

### **Il Piano Formativo Annuale/Triennale**

Il Piano Formativo Aziendale rappresenta lo strumento di programmazione, promozione e governo delle iniziative formative ritenute prioritarie dalla Direzione.

Il Piano viene redatto annualmente tenendo conto di obiettivi nazionali, regionali e strategici aziendali, obblighi normativi, innovazioni tecnologiche, analisi criticità organizzative e fabbisogni formativi emersi.

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

L'UO Formazione provvede quindi alla raccolta e valutazione dei bisogni espressi e alla predisposizione del piano che sarà sottoposto all'esame del Comitato Scientifico per la valutazione di merito.

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

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

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

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

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

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

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

Il Piano Formativo 2024 è in corso di adozione.

## 4. MONITORAGGIO

### *MONITORAGGIO VALORE PUBBLICO E PERFORMANCE*

Il monitoraggio della Sezione 2.1 e 2.3 (Valore pubblico e performance) avviene secondo le modalità stabilite dal D.Lgs. n. 150/2009 per il Piano della performance.

La valutazione della performance organizzativa implica l'adozione di idonei strumenti di misurazione quali-quantitativa, l'analisi degli scostamenti tra target e risultati raggiunti, la motivazione delle relative cause, e la disponibilità di una metodologia di sintesi

L'amministrazione deve prevedere almeno un monitoraggio intermedio da svolgersi non oltre la metà del periodo di esercizio o a scadenze regolari distribuite proporzionalmente nell'arco dell'anno, sul grado di attuazione degli obiettivi rispetto agli indicatori e ai target definiti in fase di programmazione al fine di intraprendere tempestivamente eventuali azioni correttive in corso d'opera.

Nei momenti previsti per il monitoraggio l'Azienda misura i valori degli indicatori individuati per ciascuna azione; la valutazione deve integrare dati quantitativi e aspetti qualitativi del lavoro svolto. L'obiettivo di performance organizzativa si intende raggiunto quando i risultati riscontrati per ogni singola azione collegata all'obiettivo collimano con il target, secondo il sistema di pesature individuato in fase di programmazione.

La fase di valutazione si conclude, quindi, con la formulazione di un giudizio o con l'assegnazione di un punteggio (sulla base di metriche predefinite), che potranno essere utilizzati per diverse finalità, fra le quali si ricordano, a titolo di esempio non esaustivo:

- il miglioramento organizzativo;
- la ridefinizione degli obiettivi dell'amministrazione;
- la valorizzazione delle risorse umane, anche attraverso gli strumenti di riconoscimento del merito e i metodi di incentivazione della produttività e della qualità della prestazione lavorativa previsti dalla normativa vigente.

La rappresentazione della valutazione delle strutture è visibile sul "Portale della trasparenza" sezione "Performance che evidenzia, con riferimento all'anno, i risultati organizzativi raggiunti per ogni singola struttura complessa e semplice dipartimentale.

### *MONITORAGGIO ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA*

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.

Le modalità per lo svolgimento del monitoraggio sono contenute nel Piano triennale anticorruzione dell'Azienda, in conformità alle direttive dell'Autorità nazionale anticorruzione.

Il soggetto titolare del monitoraggio è il RPCT dell'Azienda.

### *MONITORAGGIO ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO*

In generale, secondo le indicazioni del Dipartimento della Funzione Pubblica, per quanto riguarda organizzazione e capitale umano il monitoraggio della coerenza con gli obiettivi di performance sarà effettuato su base triennale dall'Organismo Indipendente di Valutazione, secondo le modalità che saranno definite successivamente.

Laddove espressamente rappresentato nella singola sezione, il monitoraggio avverrà con gli strumenti e le modalità lì descritte, cui si rinvia.