

**PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA'  
E ORGANIZZAZIONE  
2024-2026**



Servizio Sanitario Nazionale  
Regione Marche

**Azienda Sanitaria Territoriale  
di Macerata**

IL DIRETTORE GENERALE

DOTT. MARCO RICCI

Azienda Sanitaria Territoriale di Macerata - Regione Marche  
Sede legale: Via Annibali, 31/L – 62100 Piediripa di Macerata – Tel. 073325721  
pec: ast.macerata@emarche.it C.F. e P.IVA 02095680431

<b>SEZIONE 1 SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE .....</b>	<b>6</b>
<b>Sottosezione 1.1 SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI STAKEHOLDER</b>	
<b>ESTERNI .....</b>	<b>6</b>
<b>1.1 Mandato istituzionale e missione, attività caratteristiche e principali aree di intervento .....</b>	<b>6</b>
<b>SEZIONE 2- VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE.....</b>	<b>8</b>
<b>Sottosezione 2.1 - VALORE PUBBLICO .....</b>	<b>8</b>
<b>Sottosezione 2.2 – PERFORMANCE .....</b>	<b>10</b>
<b>2.2.1 Presentazione del Piano della Performance: finalità e principi.....</b>	<b>10</b>
<b>2.2.2 L'AST di Macerata .....</b>	<b>11</b>
<b>2.2.3 Analisi del contesto, degli stakeholders esterno e delle risorse.....</b>	<b>13</b>
Il territorio e la popolazione assistita.....	13
Analisi del contesto esterno.....	15
Le risorse economiche e finanziarie.....	16
Le risorse professionali .....	19
La struttura dell'offerta.....	20
I servizi sanitari erogati .....	25
<b>2.2.4 Il ciclo di gestione della performance .....</b>	<b>29</b>
<b>2.2.5 Il Piano della Performance 2023-2026.....</b>	<b>32</b>
Obiettivi strategici (generali) .....	32
Gli obiettivi specifici e la performance organizzativa .....	33
Piano degli indicatori e dei risultati attesi.....	41
<b>Sottosezione 2.3 - RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA .....</b>	<b>43</b>
Premessa.....	43
Definizione di Corruzione.....	45
Organigramma e funzioni dell'AST di Macerata .....	46
Obiettivi strategici di prevenzione della corruzione e integrati con la Performance .....	46
<b>2.3.1 Valutazione di impatto del contesto esterno .....</b>	<b>47</b>
Le fonti e la normativa .....	47
Il fenomeno corruttivo a livello regionale.....	48
Situazione economica del contesto esterno .....	49
<b>2.3.2 Valutazione di impatto del contesto interno .....</b>	<b>51</b>
Il processo di elaborazione della prevenzione della corruzione: soggetti interni, ruoli e responsabilità.....	51
La centralità del RPCT ed il nuovo ruolo proattivo .....	51
Poteri di interlocuzione e di controllo .....	53
Supporto conoscitivo e operativo al RPCT.....	54
Referenti del RPCT .....	54
<b>COMPITI DEI REFERENTI DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA -</b>	
struttura organizzativa di supporto .....	55
<b>COMPITI DEI REFERENTI SPECIFICAMENTE INDIVIDUATI PER GLI ADEMPIMENTI IN MATERIA DI</b>	
<b>TRASPARENZA.....</b>	<b>56</b>
CABINA DI REGIA.....	57
RAPPORTI CON I DIPENDENTI .....	57
RESPONSABILITA' .....	58
Rapporti tra RPCT e Responsabile della Protezione dei Dati .....	58
Analisi della struttura organizzativa e capitale umano .....	58
La Rete Ospedaliera .....	59
Assistenza Territoriale.....	59
Cure Domiciliari e Telemedicina .....	60
<b>2.3.3 Mappatura dei processi e metodologia di analisi del rischio .....</b>	<b>61</b>

Mappatura dei processi .....	61
Mappatura dei processi e criteri di valutazione del rischio .....	62
<b>2.3.4 Identificazione e valutazione dei rischi potenziali e concreti .....</b>	<b>64</b>
<b>2.3.4a Misure Trasversali e obbligatorie (Generali) .....</b>	<b>65</b>
Misure principali .....	65
Promuovere il Whistleblowing .....	65
Codice di comportamento .....	68
Applicabilità del Codice.....	69
Rapporti con le altre fonti normative e con gli altri strumenti di gestione .....	69
Strumenti di informazione e pubblicità .....	69
Sanzioni degli obblighi derivanti dal Codice di Comportamento.....	69
Soggetti responsabili del monitoraggio della misura .....	70
La gestione dei conflitti di interesse - dichiarazioni pubbliche di interessi .....	70
Formazione obbligatoria generale e specifica .....	71
Pantouflage.....	72
<b>2.3.4b Misure Specifiche .....</b>	<b>74</b>
Incarichi e nomine.....	74
Conferimento incarichi dirigenziali.....	74
Rotazione degli incarichi .....	75
Incompatibilità e inconferibilità.....	76
Gestione entrate, spese e patrimonio .....	78
Bilancio e Gestione dei pagamenti .....	78
Area Patrimonio e Servizi Manutentivi.....	79
Attività di vigilanza, controlli, ispezioni.....	80
Attività ALPI.....	81
Liste di attesa .....	83
Controlli nelle strutture convenzionate.....	86
Spesa farmaceutica convenzionata ed interna.....	88
Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero.....	90
<b>2.3.4c II PNRR E I CONTRATTI PUBBLICI .....</b>	<b>91</b>
Contratti Pubblici in Sanità .....	91
Patto di Integrità e RASA.....	94
La trasparenza dei contratti pubblici a seguito dell'entrata in vigore del d.lgs. n. 36/2023 .....	96
<b>2.3.5 Monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure .....</b>	<b>98</b>
CATALOGO DELLE ATTIVITÀ A RISCHIO, MISURE PREVISTE E INDICATORI DI MONITORAGGIO (tabella riassuntiva) .....	98
<b>2.3.6 Programmazione dell'attuazione della Trasparenza.....</b>	<b>105</b>
Premessa.....	105
Obiettivi strategici in materia di trasparenza e rapporti con gli stakeholder .....	106
Iniziative di diffusione della Trasparenza e dei dati pubblicati .....	107
Il Responsabile per la Trasparenza.....	108
I Responsabili della pubblicazione ed aggiornamento dei dati.....	109
Il Sistema di monitoraggio e verifiche per l'attuazione della trasparenza.....	110
L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) .....	110
L'Istituto dell'Accesso Civico .....	111
La Formazione del personale in materia di Trasparenza .....	112
Griglia degli Obblighi di Pubblicazione - modulo di accesso civico e assenza di conflitto interessi.....	112
Carta dei servizi.....	113
Piano di comunicazione aziendale .....	114
La trasparenza degli interventi finanziati con i fondi del PNRR.....	114

Cronoprogramma delle attività trasparenza e anticorruzione .....	116
2.3.7 Antiriciclaggio .....	116
2.3.8 Prevenzione del rischio corruzione e collegamento con il Ciclo della Performance .....	117
<b>SEZIONE 3 - ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO .....</b>	<b>119</b>
Sottosezione 3.1 - STRUTTURA ORGANIZZATIVA .....	119
Sottosezione 3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE .....	120
3.2.1 Evoluzione normativa.....	120
3.2.2 Accesso al lavoro agile .....	122
3.2.3 Accordo individuale per lo svolgimento dell'attività di lavoro in modalità agile .....	122
3.2.4 Criteri e modalità di svolgimento dell'attività lavorativa in modalità agile.....	123
3.2.5 Modalità e criteri di misurazione della prestazione.....	124
3.2.6 Modalità di rilevazione delle presenze e ricognizione attività lavorativa in modalità Lavoro agile .....	124
3.2.7 Formazione .....	124
3.2.8 Obiettivi dell'azienda e contributo al miglioramento della performance.....	125
Sottosezione 3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE.....	125
3.3.1 Riferimenti normativi .....	125
3.3.2 Il Piano Triennale dei fabbisogni del personale .....	126
3.3.3 Riduzione della spesa del personale con rapporto di lavoro flessibile e stabilizzazione del precariato.....	127
3.3.4 Assunzioni L.68/99 .....	128
3.3.5 Progressioni verticali tra le aree del personale del comparto .....	129
3.3.6 Piani Azioni Positive e Comitati Unici di Garanzia.....	129
3.3.7 Dotazione organica.....	129
3.3.8 Rispetto vincolo di spesa ex art. 2 L. n. 191/2009 rivisto ex art. 11, c.1, del D.L. n. 35/2019 .....	129
3.3.9 Rispetto del budget di spesa aziendale assegnato.....	130
Sottosezione 3.4 – FORMAZIONE DEL PERSONALE .....	130
3.4.1 Il contesto di riferimento .....	130
3.4.2 Gestione del sistema qualità nella formazione .....	133
3.4.3 Piano formativo aziendale annuale .....	136
3.4.4 Piano formativo triennale regionale e PNRR.....	137
Piano formativo regionale 2022-2024 .....	137
PNRR .....	139
Formazione Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE).....	140
Piano formativo regionale sulle infezioni correlate all'assistenza (ICA) in ambito ospedaliero. PNRR .....	144
<b>SEZIONE 4 - MONITORAGGIO .....</b>	<b>148</b>
Sottosezione 4.1 – IL MONITORAGGIO DELLE MISURE DEL PIAO .....	148
Sottosezione 4.2 – Monitoraggio della trasparenza e attestazione OIV .....	149
Sottosezione 4.2 – CATALOGO DELLE ATTIVITÀ A RISCHIO, MISURE PREVISTE E MONITORAGGIO .....	149
Sottosezione 4.4 - RIEPILOGO RESPONSABILI.....	159
<b>ELENCO ALLEGATI .....</b>	<b>160</b>

## SEZIONE 1 SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## SEZIONE 2- VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

### Sottosezione 2.1 - VALORE PUBBLICO

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

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

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

I valori di riferimento per il perseguimento della mission sono:

- il rispetto e la centralità del paziente nel percorso assistenziale;
- la sicurezza e la tutela della salute;
- la valorizzazione delle risorse umane come patrimonio culturale e professionale;
- l'innovazione e lo sviluppo tecnologico, professionale e formativo;
- l'attenzione alla cronicità e alla fragilità, all'interesse della persona e della famiglia nell'ambito dell'utilizzo appropriato ed equilibrato delle risorse.

L'organizzazione dei servizi aziendali è strutturata per garantire la centralità del cittadino nel sistema aziendale ed assicurare l'informazione completa, accurata e tempestiva.

La vision intesa come realizzazione di un sistema diffusamente orientato al miglioramento continuo della qualità della cura e dell'assistenza in un'ottica di integrazione ospedale-territorio, continuità delle cure e prossimità per soddisfare bisogni sempre più complessi dei cittadini, avvalendosi dell'evoluzione delle conoscenze scientifiche, organizzative e tecnologiche.

L'Azienda si pone quale obiettivo sul lungo periodo di raggiungere elevati livelli di qualità utilizzando al meglio le risorse assegnate, perseguire la soddisfazione dei reali bisogni delle comunità e dei singoli, creare un ambiente che favorisca l'espressione del potenziale professionale ed umano degli operatori.

L'assistenza sanitaria e sociosanitaria con le proprie articolazioni rappresenta la competenza fondamentale dell'Azienda che deve essere offerta nel contesto più appropriato e prestata con criteri di integrazione organizzativa, multidisciplinare e multiprofessionale.

La comprensione e il rispetto delle persone assistite e delle loro famiglie rappresenta il principio ispiratore dell'assistenza in ogni momento.

La pratica professionale e clinica è guidata dalle più aggiornate tecniche e procedure per le quali si dispone di provata evidenza per assicurare gli standard più elevati.



L'attenzione ai diritti del cittadino comprende la valutazione di tutti i bisogni fisici, psicologici, intellettuali e spirituali. L'assistenza è offerta nel contesto più appropriato. La strategia dell'Azienda è orientata a:

- ✓ prevenzione della corruzione, antiriciclaggio e trasparenza;
- ✓ qualificare l'offerta di azioni di carattere clinico-assistenziale, sviluppando la capacità di identificare i bisogni di salute e di valutare gli esiti dell'azione svolta;
- ✓ potenziare l'offerta clinico-assistenziale, secondo le priorità di salute della popolazione e compatibilmente con le risorse disponibili;
- ✓ innovare e differenziare l'offerta clinico-assistenziale, attivando livelli di specializzazione crescenti dello stesso servizio e allargando la gamma delle tipologie di servizio;
- ✓ perseguire gli orientamenti e le metodologie del governo clinico, quale strumento per tradurre nella pratica clinica i temi dell'EBM, dell'appropriatezza e dell'efficacia;
- ✓ incrementare l'integrazione delle articolazioni organizzative, adottando soluzioni organizzativo-gestionali di processo tra diversi servizi, unità di offerta e livelli di erogazione, al fine di garantire la continuità di cure;
- ✓ razionalizzare il sistema dell'offerta per migliorare l'efficienza dei processi produttivi-erogativi e per utilizzare in modo ottimale le risorse disponibili, finalizzandole ai bisogni prioritari di salute;
- ✓ implementare la gestione per processi orizzontali, secondo logiche integrate tra funzioni amministrativa, sanitaria e sociosanitaria;
- ✓ organizzare e gestire una reale presa in carico del paziente attraverso un'organizzazione basata sulla logica di rete.

In coerenza con la legge e il PNRR si aggiungono alle finalità dell'AST:

- ✓ l'approccio one health, finalizzato ad assicurare globalmente la protezione e la promozione della salute;
- ✓ il rafforzamento delle prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione tra i servizi del sistema sociosanitario ed i servizi del sistema socio-assistenziale afferenti agli Enti Locali con tutti i servizi socio-sanitari;
- ✓ il rinnovamento e l'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, il completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso più efficaci sistemi informativi;
- ✓ la promozione della medicina di genere;
- ✓ la collaborazione del SSR con il sistema produttivo (welfare aziendale, medicina del lavoro, ricerca biomedica e trasferimenti tecnologici).

## **Sottosezione 2.2 – PERFORMANCE**

### ***2.2.1 Presentazione del Piano della Performance: finalità e principi***

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

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

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

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

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

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

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

Il processo sviluppato dall'Azienda Sanitaria Territoriale di Macerata rafforza la natura del Piano delle Performance, quale linea guida di riferimento anche per i

processi di performance interni; il riferimento è al mutato quadro normativo intervenuto, da ultimo, con la Legge Regionale n.19 dell'8 agosto 2022 che conferma l'AST come unità amministrativa autonoma ai fini della contrattazione integrativa, che avviene tra la delegazione trattante di parte pubblica nominata dal Direttore Generale e quella di parte sindacale.

### ***2.2.2 L'AST di Macerata***

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

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

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

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

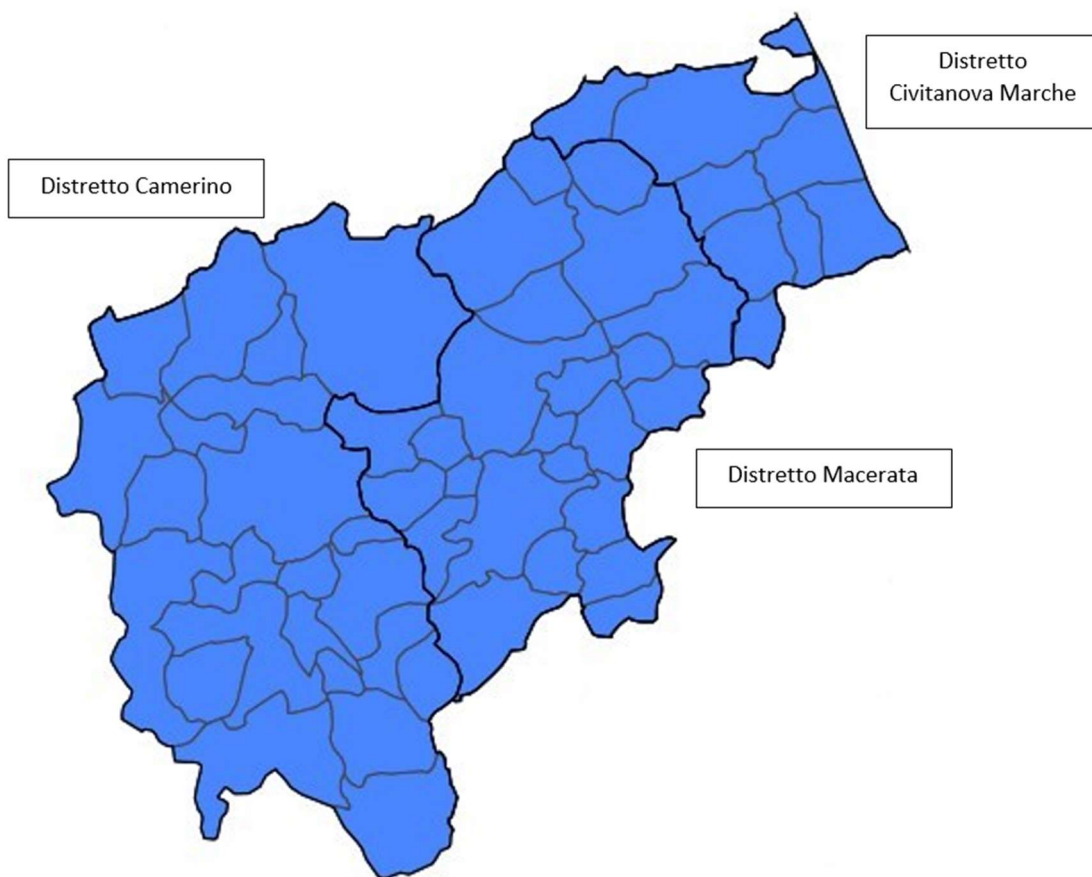
- Azienda sanitaria territoriale di Ancona
- Azienda sanitaria territoriale di Ascoli Piceno;
- Azienda sanitaria territoriale di Fermo;
- Azienda sanitaria territoriale di Macerata;
- Azienda sanitaria territoriale di Pesaro-Urbino.

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

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

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

Fig. 1- Mappa Azienda Sanitaria Territoriale



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

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

Nel caso siano liberate risorse, queste saranno destinate alla qualificazione dell'offerta. In questa prospettiva, l'AST assume il ruolo di protagonista rispetto a nuove forme di governance nel proprio ambito territoriale, quale garante dei

servizi da fornire e gestire delle strutture e delle organizzazioni all'uopo deputate.


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

### 2.2.3 Analisi del contesto, degli stakeholders esterno e delle risorse

#### Il territorio e la popolazione assistita

L'Azienda Sanitaria Territoriale di Macerata (AST Macerata) si estende su un territorio di 2.564,3 Km<sup>2</sup> (27,44% del territorio regionale) con struttura geomorfologica differenziata. La popolazione assistita al 01/01/2023 è pari a 291.971<sup>1</sup>, in decrescita rispetto al 2022, distribuita in 52 Comuni e in 3 Distretti, con una densità di 113,86 abitanti per Km<sup>2</sup>. La popolazione per Azienda Sanitaria Territoriale di Macerata e classe di età è riportata nella tabella seguente.

Tab.1

Classe di Età 	Maschi	Femmine	Totale complessivo
NEONATI	936	866	1.802
ETA 1-4	4.194	3.921	8.115
ETA 5-14	12.953	12.317	25.270
ETA 15-44	47.110	44.922	92.032
ETA 45-64	43.726	44.597	88.323
ETA 65-74	17.156	18.913	36.069
>=75	16.389	23.971	40.360
<b>Totale</b>	<b>142.464</b>	<b>149.507</b>	<b>291.971</b>

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

L'indice di vecchiaia, determinato come rapporto tra il numero di ultra-sessantacinquenni e la popolazione tra 0 e 14 anni è pari al 217,21%, valore

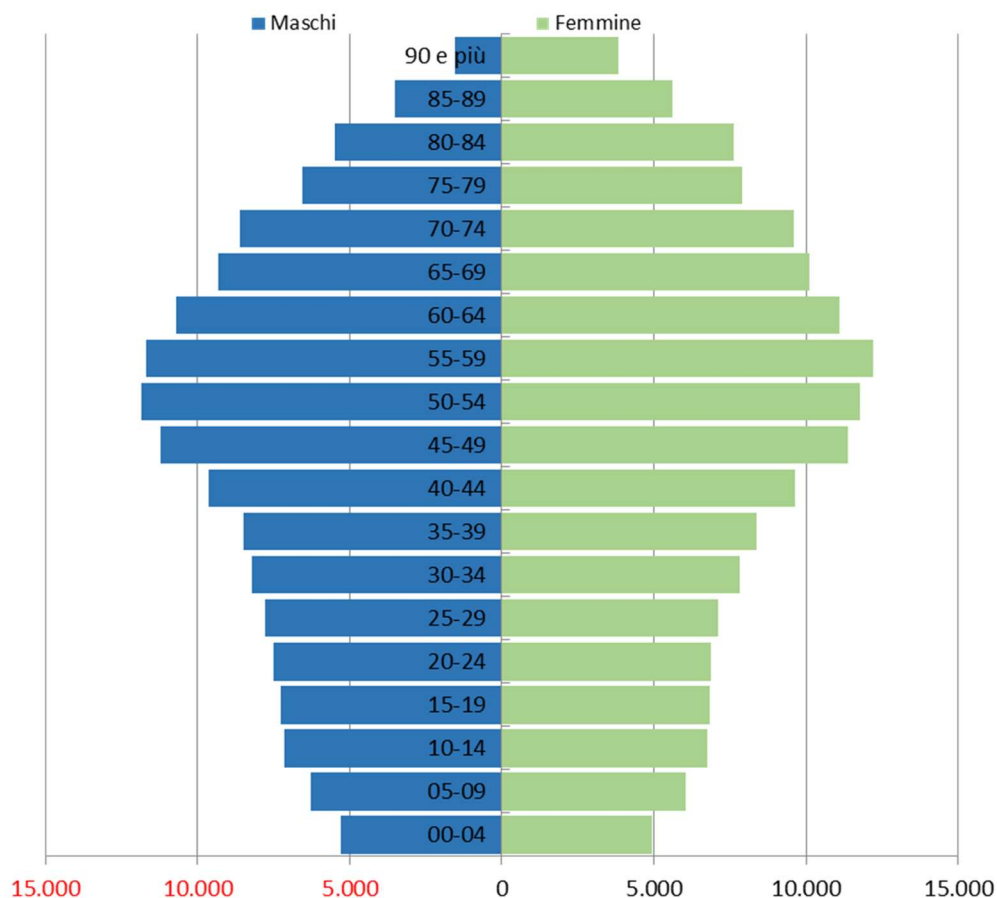
<sup>1</sup> Fonte: Istat

allineato al dato regionale ma di sopra rispetto al dato nazionale, che si attesta intorno al 188%. Al 01/01/2023 gli ultra-sessantacinquenni dell'AST Macerata sono 76.429 e rappresentano il 26,18% della popolazione residente, dato sostanzialmente allineato alla media regionale, superiore al dato italiano che si attesta al 23,8% ed in costante crescita di anno in anno.

Nel 2022 il saldo naturale dei primi dieci mesi della provincia di Macerata è risultato negativo per -1.335 unità, tutto concentrato nelle classi di età fino a 44 anni mentre crescono, come già visto, quelle le classi dell'età adulta ed anziana.

Il grafico in basso, detto "Piramide delle Età", rappresenta la distribuzione della popolazione delle Marche per età e sesso al 1° gennaio 2023. La popolazione è riportata per classi quinquennali di età sull'asse Y, mentre sull'asse X sono riportati due grafici a barre a specchio con i maschi (a sinistra) e le femmine (a destra). In generale, la forma di questo tipo di grafico dipende dall'andamento demografico di una popolazione, pertanto la base piuttosto "stretta", un segmento mediano più allargato ed un vertice "appiattito" testimonia un calo delle nascite ed un aumento della popolazione più anziana, in particolare si evidenzia la maggiore longevità femminile degli ultrasessantenni, che evidenzia l'attesa di vita maggiore.

*Fig.2*



La piramide evidenzia in sintesi come i valori più bassi si rilevano nelle classi di età della prima infanzia riflettono il calo delle nascite registrato negli



ultimi anni. Invece, tra i valori più alti figurano quelli relativi alle coorti superstiti tra i nati del 1961-1976, che oggi presidiano la popolazione in tarda età attiva.

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

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

#### Analisi del contesto esterno

La programmazione aziendale 2024-2026 è fortemente condizionata dalle dinamiche del Fondo Sanitario Nazionale dovendo garantire l'equilibrio di bilancio.

In particolare, così come indicato nella DGRM 2074 del 29/12/2023 di autorizzazione agli Enti del SSR alla redazione del Bilancio Preventivo Economico 2024 e del Bilancio Pluriennale di Previsione 2024-2026, le Intese di riparto del FSN 2023 (Fondo indistinto e quota premiale) n. 262/CSR/2023 e n. 263/CSR/2023 assegnano alla Regione Marche complessivamente risorse pari a Euro 3.108.454.224.

Nel bilancio di previsione 2024-2026, per gli anni 2024 e 2025 si è tenuto conto del livello di finanziamento sanitario nazionale a legislazione vigente, ovvero degli incrementi del finanziamento sanitario nazionale previsti dalla legge statale di bilancio 2023 (L. n. 197/2022).

Il livello del finanziamento del servizio sanitario nazionale (SSN) cui concorre lo Stato a legislazione vigente per gli anni 2024 e 2025 è pari rispettivamente a Euro 130.980 milioni ed Euro 131.358 milioni. Per l'anno 2026 il livello del finanziamento del SSN è stimato pari a quello dell'anno 2025.

Sulla base di tale programmazione economica regionale, la Regione Marche ha autorizzato l'AST di Macerata alla predisposizione del Bilancio Preventivo Economico Annuale in coerenza con le indicazioni di cui all'Allegato A, ovvero con la programmazione sanitaria e con la programmazione economico-finanziaria della regione, nel rispetto delle disposizioni di cui all'art. 25 del D. lgs. 118 del 23/06/2011 e s.m.i.

In sostanza, con il presente atto, la Giunta regionale assegna un tetto dei costi per l'anno 2024 pari a 593.336.879 euro (comprensivo di 27.587.630 euro di mobilità passiva extra-regionale e internazionale).

Il totale degli investimenti finanziati con risorse correnti autorizzato è ricompreso nel valore dei costi di cui al precedente capoverso.

Il livello dei costi autorizzati deve essere finanziato con un valore delle entrate proprie pari ad euro 13.000.000.

Di seguito i valori del budget per AST approvati con DGRM 2074/23.

PROGRAMMAZIONE REGIONALE - SUDDIVISIONE TRA GLI ENTRI DEL SSR		BILANCIO DI PREVISIONE 2023	BILANCIO DI PREVISIONE 2024
<b>a2</b>	<b>FSR indistinto agli Enti del SSR di cui:</b>	<b>562.144.456</b>	<b>546.160.207</b>
a2.1	da destinare alla spesa corrente	517.963.685	540.729.939
a2.2	da destinare a spesa corrente con vincolo di destinazione regionale	21.988.693	1.030.268
a2.3	da destinare agli investimenti ai sensi del D.Lgvo 118/2011	4.366.350	4.400.000
<b>b2</b>	<b>Fondo Sanitario finalizzato già ripartito destinato agli enti dell'SSR</b>	<b>347.199</b>	<b>-</b>
<b>d</b>	<b>Mobilità attiva interregionale ed internazionale</b>	<b>16.987.585</b>	<b>16.987.585</b>
<b>c2</b>	<b>Fondo Sanitario Regionale vincolato di cui:</b>	<b>13.769.020</b>	<b>14.268.484</b>
c2.1	Obiettivi di carattere prioritario	4.124.526	4.124.526
c2.2	Farmaci innovativi	7.852.573	8.230.567
c2.3	Medicina Penitenziaria	-	-
c2.4	Altre quote vincolate (assistenza detenuti tossic., OPG, borse di studio MMG)	1.791.921	1.913.391
<b>e</b>	<b>Ulteriori trasferimenti agli Enti del SSR di cui:</b>	<b>14.434.335</b>	<b>2.920.604</b>
e1	Trasferimenti extrafondo e risorse regionali aggiuntive (compresi contributi in c/capitale)	6.651.166	1.035.404
e2	Payback superamento tetto spesa farmaceutica	5.897.996	-
e3	Ulteriore Pay Back	1.885.173	1.885.200
<b>f=</b> <b>(a2+b2+</b> <b>d+c2+e)</b>	<b>TOTALE TRASFERIMENTI DA REGIONE AGLI ENTI DEL SSR</b>	<b>607.682.596</b>	<b>580.336.879</b>

#### Le risorse economiche e finanziarie

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

- Bilancio di Previsione anno 2023 (approvato con determina 1380 / AST MACERATA del 29/12/2023)
- Bilancio di previsione 2024 (assegnato con DGRM 2074 del 29/12/2023) in corso di approvazione

Più in particolare la tabella sottostante evidenzia il volume dei costi gestiti per gli anni 2023-2024 in termini di costi d'esercizio, quota d'investimento con fondi correnti ed entità delle entrate proprie introitate, così come assegnate nel documento di programmazione regionale.



Costo al lordo degli scambi SSR (e al netto dei costi da destinare agli investimenti - voce				
PROGRAMMAZIONE REGIONALE - SUDDIVISIONE TRA GLI ENTRI DEL SSR				
		BILANCIO DI PREVISIONE 2023	BILANCIO DI PREVISIONE 2024	DELTA 2024 vs 2023
<b>a2</b>	<b>FSR indistinto agli Enti del SSR di cui:</b>	<b>561.610.144</b>	<b>546.160.207</b>	<b>- 15.449.938</b>
a2.1	da destinare alla spesa corrente	517.963.685	540.729.939	22.766.254
a2.2a	da destinare al F.do di riequilibrio	17.825.729	-	17.825.729
a2.2	da destinare a spesa corrente con vincolo di destinazione regionale	21.988.693	1.030.268	20.958.425
a2.3	da destinare agli investimenti ai sensi del D.Lgvo 118/2011	3.832.038	4.400.000	567.962
<b>b2</b>	<b>Fondo Sanitario finalizzato già ripartito destinato agli enti dell'SSR</b>	<b>347.199</b>	<b>-</b>	<b>- 347.199</b>
<b>d</b>	<b>Mobilità attiva interregionale ed internazionale</b>	<b>16.987.585</b>	<b>16.987.585</b>	<b>-</b>
<b>c2</b>	<b>Fondo Sanitario Regionale vincolato di cui:</b>	<b>13.769.020</b>	<b>14.268.484</b>	<b>499.464</b>
c2.1	Obiettivi di carattere prioritario	4.124.526	4.124.526	-
c2.2	Farmaci innovativi	8.230.567	8.230.567	-
c2.3	Medicina Penitenziaria	-	-	-
c2.4	Altre quote vincolate (assistenza detenuti tossic., OPG, borse di studio MMG)	1.913.391	1.913.391	-
<b>e</b>	<b>Ulteriori trasferimenti agli Enti del SSR di cui:</b>	<b>14.434.336</b>	<b>2.920.604</b>	<b>- 11.513.732</b>
e1	Trasferimenti extrafondo e risorse regionali aggiuntive (compresi contributi in c/capitale)	6.651.166	1.035.404	5.615.762
e2	Payback superamento tetto spesa farmaceutica	5.897.996	-	5.897.996
e3	Ulteriore Pay Back	1.885.173	1.885.200	27
<b>f=</b> <b>(a2+b2+ d+c2+e)</b>	<b>TOTALE TRASFERIMENTI DA REGIONE AGLI ENTI DEL SSR</b>	<b>607.148.284</b>	<b>580.336.879</b>	<b>- 26.811.405</b>
<b>g</b>	<b>ENTRATE PROPRIE DEGLI ENTI DEL SSR DI CUI:</b>	<b>13.551.126</b>	<b>13.551.126</b>	<b>-</b>
g1	Ricavi propri	13.551.126	13.551.126	-
g2	Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti da Regione	-	-	-
g3	Ricavi straordinari	-	-	-
<b>h=f+g</b>	<b>TOTALE RISORSE DISPONIBILI PER GLI ENTI DEL SSR</b>	<b>620.699.410</b>	<b>593.888.005</b>	<b>- 26.811.405</b>
<b>i</b>	<b>TOTALE COSTI</b>	<b>620.699.410</b>	<b>593.888.005</b>	<b>- 26.811.405</b>
i1	Gestionali (al netto degli scambi SSR)	586.220.356	563.223.759	22.996.598
i2	Mobilità passiva interregionale e internazionale	25.937.384	25.937.384	-
i3	Rinnovi contrattuali	4.709.632	326.863	4.382.769
i4	Costi da destinare agli investimenti ai sensi del D.Lgvo 118/2011	3.832.038	4.400.000	567.962
<b>j = (h-i)</b>	<b>Avanzo/disavanzo programmato</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

Al momento di redazione del presente Piano, pertanto, la programmazione circa l'utilizzo dei fattori produttivi deve essere definita nei limiti dell'autorizzazione agli Enti del SSR alla redazione del Bilancio Preventivo di cui alla DGRM 2074/2023 che prevede un aggregato economico di costi pari ad euro 593.334.798 per l'AST di Macerata.

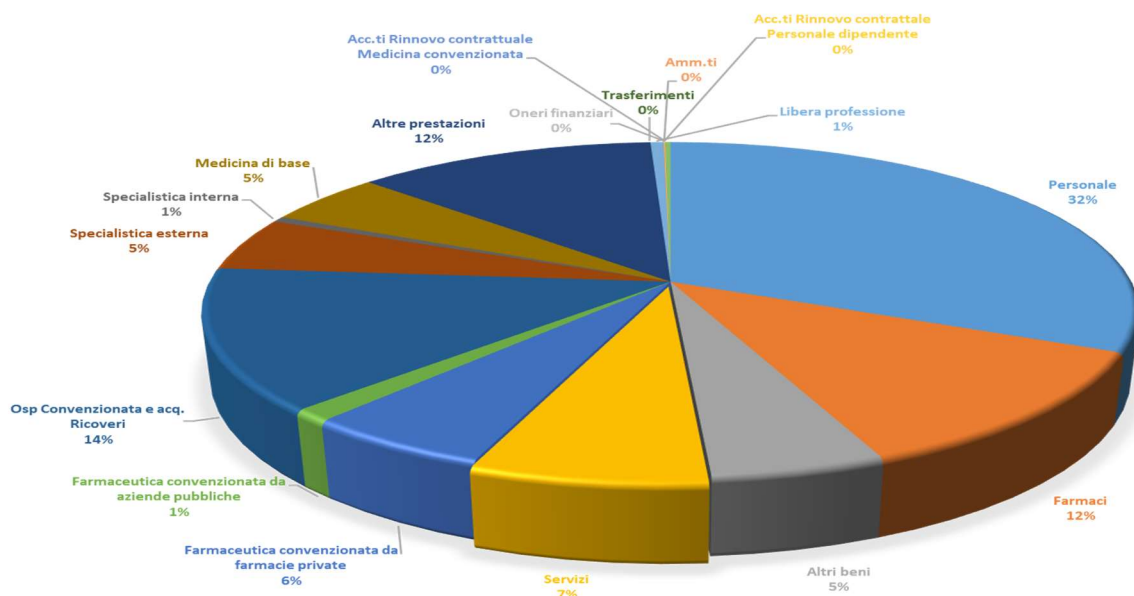
A livello generale si può osservare come la programmazione 2024 differisca nella composizione dei ricavi assegnati, al momento, dalla Regione sia per quanto attiene al fondo di riequilibrio che al FSR indistinto; diminuiscono altresì trasferimenti extrafondo ed il payback.

I costi gestionali programmati, tenuto conto dell'impatto derivante dai rinnovi contrattuali del personale dipendente, sono pertanto parametrati in funzione delle disponibilità assegnate.

Per quanto concerne l'analisi di dettaglio delle risorse utilizzate, che confluiscono nei conti gestionali, è possibile osservare la seguente tabella:

<b>Dettaglio costi gestionali:</b>	<b>589.488.005</b>
Personale	205.025.114
Farmaci	77.332.744
Altri beni	33.765.264
Servizi	45.863.395
Farmaceutica convenzionata da farmacie private	36.374.823
Farmaceutica convenzionata da aziende pubbliche	7.618.383
Osp Convenzionata e acq. Ricoveri	88.444.352
Specialistica esterna	33.131.863
Specialistica interna	3.420.000
Medicina di base	32.023.098
Altre prestazioni	79.366.909
Trasferimenti	23.768
Libera professione	3.433.473
Amm.ti	189.480
Oneri finanziari	18.355
Acc.ti Rinnovo contrattuale Personale dipendente	227.700
Acc.ti Rinnovo contrattuale Medicina convenzionata	99.163
Altri acc.ti	1.287.021
Oneri straordinari	-
Costi per scambi SSR	- 58.156.899
Investimenti finanziati con contributi c/esercizio ai sensi del D.Lgvo 118/2011 (rif. voce a4.1)	4.400.000
<i>Valori in €</i>	

Dalla successiva rappresentazione grafica si rileva come il costo del personale rappresenti con quasi il 32% dei costi complessivi l'elemento più incisivo; segue l'aggregato "Beni" (composto dai fattori produttivi "farmaci" e "beni sanitari e non sanitari") con oltre il 17%. Seguono l'Ospedaliera privata con il 14% e via via tutti gli altri fattori della produzione.



Parallelamente, si è avviato il percorso di negoziazione di Budget a livello Dipartimentale e di singola Unità Operativa per la ripartizione formale delle risorse assegnate dalla Giunta Regionale.

#### Le risorse professionali

L'AST Macerata conta 3.461 dipendenti alla data del 31/12/2023. Nella seguente tabella si evidenziano gli stessi, suddivisi per profilo contrattuale, per l'anno precedente ed il 2024, in coerenza con il piano occupazionale.

Tab.2

Ruolo	Area	Totale dipendenti al 31/12/2022	Totale dipendenti al 31/12/2023	PIANO OCCUPAZIONALE 2024 - risultato atteso al 31.12.2024
sanitario	dirigenza medica	525	539	596
sanitario	dirigenza non m.	78	81	82
sanitario	comparto non I.P.	424	426	445
sanitario	comparto I.P.	1.430	1.435	1.415
professionale	dirigenza	5	5	4
professionale	comparto	0	0	0
tecnico	dirigenza	3	4	3
tecnico	comparto non OSS	328	323	327
tecnico	comparto OSS	321	319	328
amministrativo	dirigenza	15	15	15
amministrativo	comparto	326	314	333
	<b>TOTALE</b>	<b>3.455</b>	<b>3.461</b>	<b>3.548</b>

Fig.3

#### PIANO OCCUPAZIONALE 2024 - RISULTATO ATTESO AL 31.12.2024

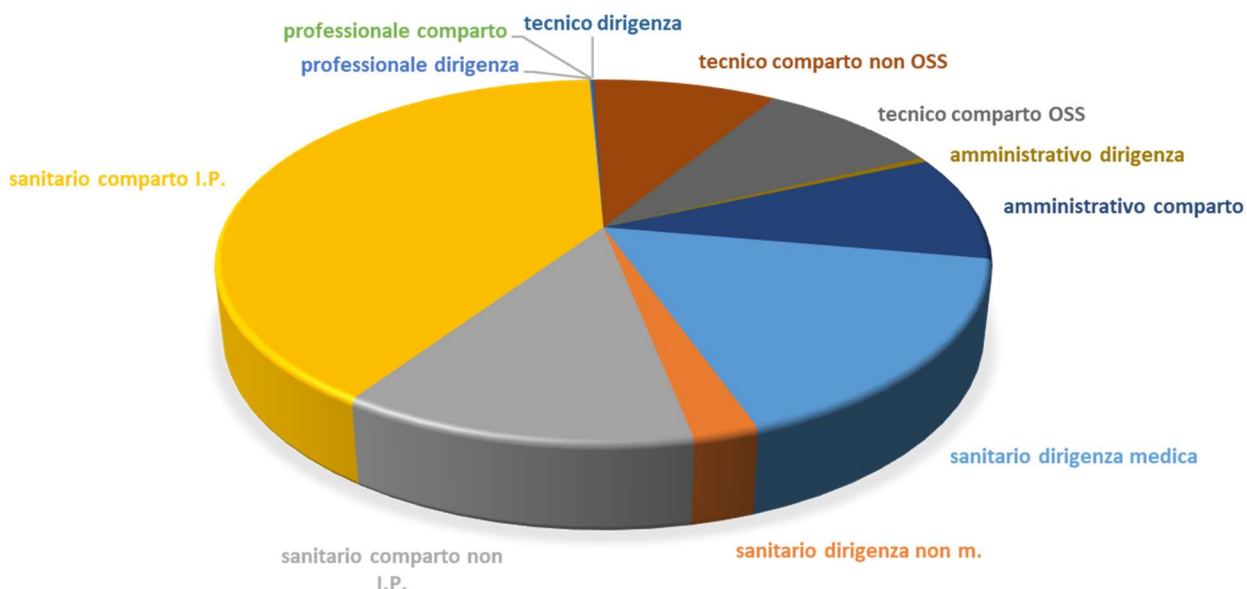
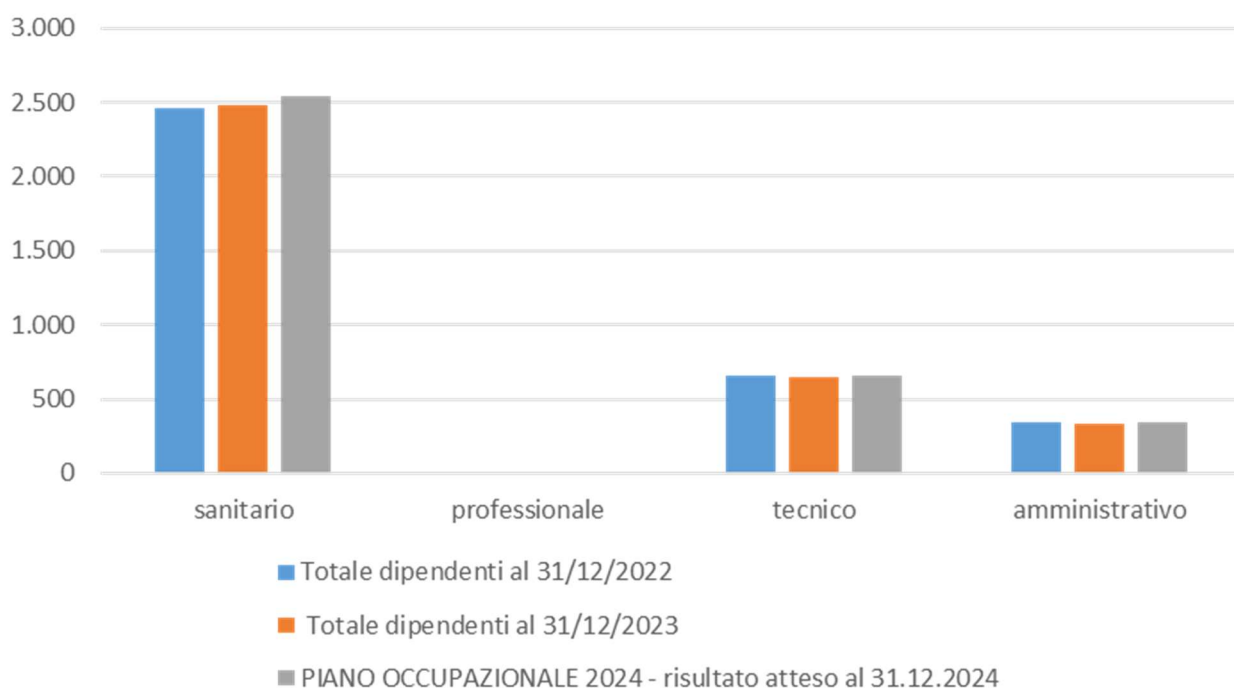


Fig.4

### Distribuzione triennale per ruolo



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

#### La struttura dell'offerta

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

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

Fig.5



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

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

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

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

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

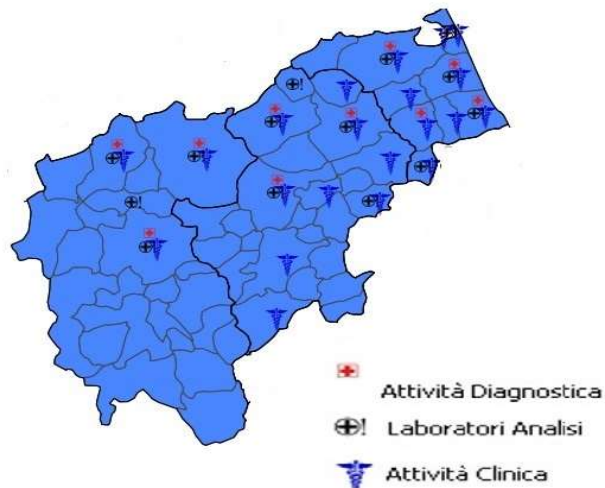
Nell'anno 2023 i posti letto direttamente gestiti sono pari a 869 unità (senza conteggio del Nido), comprendenti 104 posti letto di DH/DS, 32 posti letto di riabilitazione e lungodegenza e, infine, 765 posti letto ordinari (incluso detenuti, discipline ospedaliere per acuti – fonte HSP12). Nel totale complessivo sono compresi 150 posti letto di Covid Hospital.

*Tab.5*

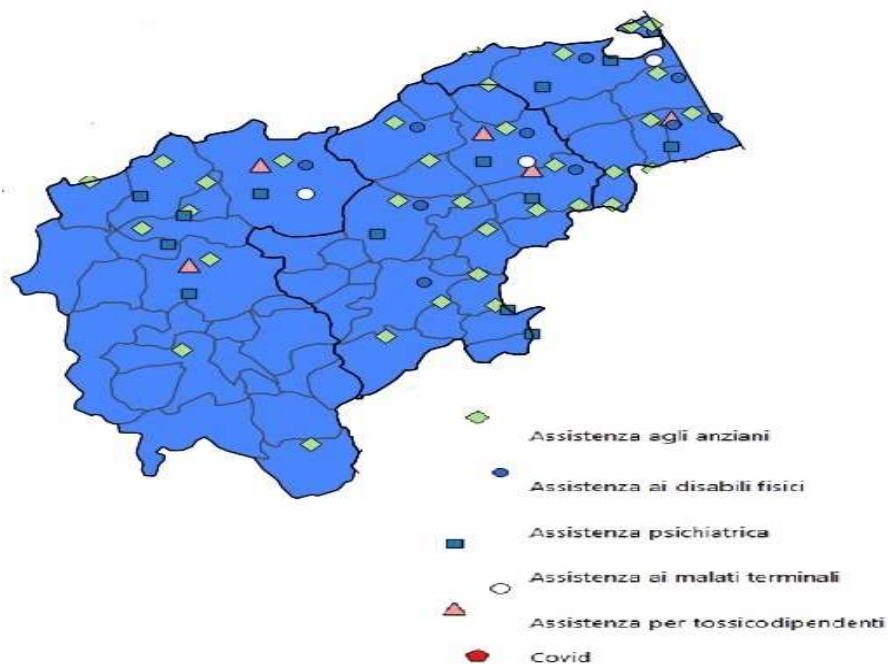
DISCIPLINA	MACERATA			CIVITANOVA			CAMERINO			SAN SEVERINO			AST MACERATA		
	Degenza	D.S.	D.H	Degenza	D.S.	D.H	Degenza	D.S.	D.H	Degenza	D.S.	D.H	Degenza	D.S.	D.H
02 DAY HOSPITAL	0	0	5	0	0	7	0	0	1	0	0	4	0	0	17
08 CARDIOLOGIA	22	1	1	12	0	0	8	0	0	0	0	0	42	1	1
09 CHIRURGIA GENERALE	30	1	0	20	3	0	13	3	0	6	2	0	69	9	0
21 GERIATRIA	21	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	21	0	0
26 MEDICINA GENERALE	54	0	4	73	0	4	59	0	1	38	0	0	224	0	9
29 NEFROLOGIA	8	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	0	1
31 NIDO	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20	0	0
32 NEUROLOGIA	8	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	0	2
34 OCULISTICA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	6	0	2	6	0
36 ORTOPEDIA-TRAUMAT.	24	2	0	16	4	0	15	3	0	0	0	0	55	9	0
37 OSTETRICIA-GINECOL.	47	2	0	15	1	0	0	0	0	0	0	0	62	3	0
38 OTORINOLARINGOIATRIA	0	0	0	16	2	0	0	0	0	0	0	0	16	2	0
39 PEDIATRIA	8	0	2	7	0	1	0	0	0	0	0	0	15	0	3
40 PSICHIATRIA	10	0	2	9	0	0	0	0	0	0	0	0	19	0	2
43 UROLOGIA	12	2	0	12	2	0	0	0	0	0	0	0	24	4	0
49 TER.INT. - RIANIMAZIONE	8	0	0	31	0	0	4	0	0	0	0	0	43	0	0
50 U.T.I.C.	8	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	11	0	0
51 ASTANTERIA/MURG	16	0	0	15	0	0	0	0	0	0	0	0	31	0	0
60 LUNGODEGENTI	0	0	0	0	0	0	4	0	0	28	0	0	32	0	0
61 MEDICINA NUCLEARE	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0	0
62 NEONATOLOGIA	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0	0
64 ONCOLOGIA	6	0	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0	14
68 PNEUMOLOGIA	26	0	2	14	0	0	0	0	0	0	0	0	40	0	2
64 TERAPIA SEMINTENSIVA	8	0	0	14	0	0	0	0	0	0	0	0	22	0	0
96 TERAPIE DEL DOLORE	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0
98 DAY SURGERY	0	10	0	0	0	0	0	0	0	0	8	0	0	18	0
TOTALE POSTI LETTO	351	19	33	257	12	12	103	6	2	74	16	4	785	53	51
TOTALE POSTI LETTO SENZA NIDO	331	19	33	257	12	12	103	6	2	74	16	4	765	53	51

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

*Fig.6 - Attività diagnostica, laboratorio e clinica*



*Fig.7 - Tipologia di assistenza*



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

*Tab.6*



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

*Tab.7*

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

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

*Tab.8*



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

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

#### I servizi sanitari erogati

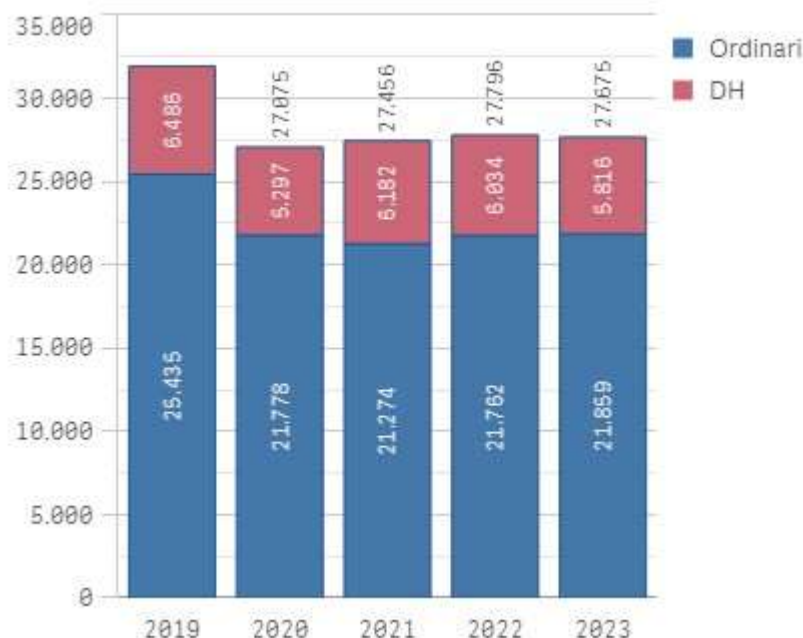
L'AST Macerata eroga livelli essenziali di assistenza alla popolazione assistita attraverso varie articolazioni organizzative (Distretti e Presidi Ospedalieri). Con riferimento all'assistenza ospedaliera, l'AST nel 2022 ha erogato complessivamente 35.053 ricoveri (comprensivi anche della quota di produzione dei privati accreditati), di cui 76% ai propri residenti, 21% a residenti di altre AST e 3% ai residenti di altre regioni.

Per quanto concerne il 2023 e quindi poter valutare il trend, è necessario alla data attuale, isolare il periodo gennaio-ottobre, perché Dicembre è mancante e Novembre in corso di integrazione, non dimenticando per altro i DH onco-ematologici ancora aperti.

Ciò non ostante il grafico risultante è il seguente:

*Figura 8*

### Numero Dimissioni ORD+DH



Si mostra un trend costante rispetto al 2022 che diventa in crescita se si isolano le sole strutture pubbliche:

*Figura 9*

### Numero Dimissioni ORD+DH

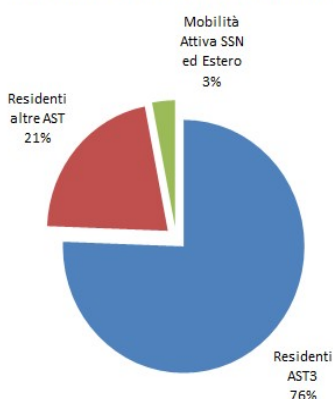


Il tasso di ospedalizzazione, rimangono costanti nel tempo (numero di ricoveri per mille abitanti con la mobilità passiva extraregionale) ed è pari a

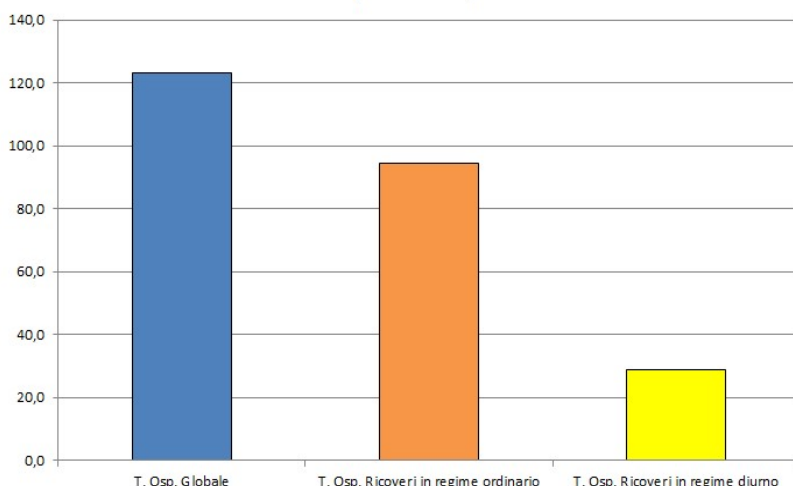
123,4 con un valore pari a 94,7 per i ricoveri in regime ordinario e 28,7 per quelli in regime diurno.

**Figura 10**

**Produzione aziendale per area di residenza**



**Tasso di ospedalizzazione / 1000 ab**



In merito all'assistenza specialistica, nel 2023, sino ad ottobre sono state globalmente erogate dall'azienda e dagli erogatori privati accreditati ad essa convenzionati 4.717.022 prestazioni, di cui 77,23% prestazioni di laboratorio analisi e 5,81% di diagnostica per immagini.

L'andamento è da giudicare molto positivamente poiché si è riusciti a superare il valore 2019 che era la best performance pre-covid, anche se sulle prime visite occorre ancora lavorare.

**Tabella 9**

Prestazioni		2019			2022			2023		
		Totali	Strutture Accreditate	Strutture Pubbliche	Totali	Strutture Accreditate	Strutture Pubbliche	Totali	Strutture Accreditate	Strutture Pubbliche
<b>Totali</b>		<b>4.534.582</b>	<b>845.468</b>	<b>3.689.114</b>	<b>4.218.493</b>	<b>1.192.928</b>	<b>3.025.565</b>	<b>4.714.022</b>	<b>1.238.543</b>	<b>3.475.479</b>
Altre Prestazioni	<b>Totali</b>	<b>4.118.443</b>	<b>836.542</b>	<b>3.281.901</b>	<b>3.887.696</b>	<b>1.184.418</b>	<b>2.703.278</b>	<b>4.363.375</b>	<b>1.227.278</b>	<b>3.136.097</b>
	-	36.547	11.257	25.290	32.426	14.913	17.513	23.279	15.621	7.658
	D-Diagnostica	340.026	43.984	296.042	279.991	49.749	230.242	274.066	50.276	223.790
	L-Laboratorio	3.242.458	608.663	2.633.795	3.172.376	955.748	2.216.628	3.640.808	983.876	2.656.932
	R-Riabilitazione	276.151	167.389	108.762	222.929	160.836	62.093	247.194	174.232	72.962
Visite	T-Terapeutica	223.261	5.249	218.012	179.974	3.172	176.802	178.028	3.273	174.755
	<b>Totali</b>	<b>416.139</b>	<b>8.926</b>	<b>407.213</b>	<b>330.797</b>	<b>8.510</b>	<b>322.287</b>	<b>350.647</b>	<b>11.265</b>	<b>339.382</b>
	V1-Prima visita	262.823	7.444	255.379	207.704	6.963	200.741	217.468	9.600	207.868
	V2-Visita di controllo	152.313	1.482	150.831	122.537	1.547	120.990	132.706	1.665	131.041
	V3-Osservazione breve intensiva	1.003	0	1.003	556	0	556	473	0	473

Per quanto attiene la spesa della Farmaceutica convenzionata la performance annuale è la seguente:

**Tabella 10**

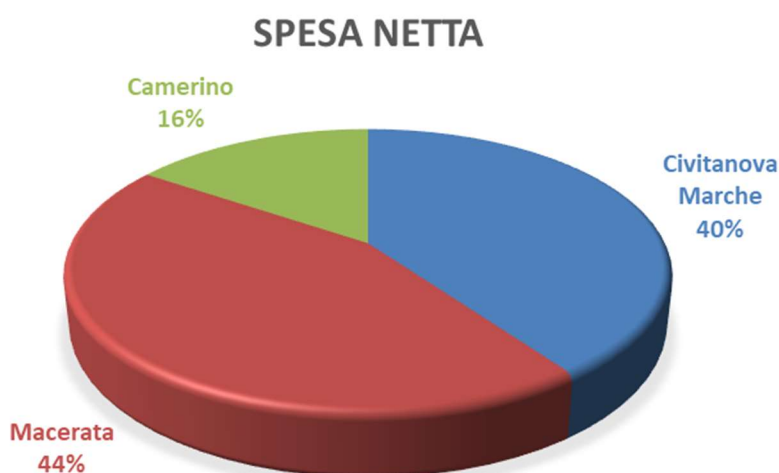
Area Distrettuale	Numero Ricette	Var %	Lordo	Var %	Sconto	Var %	Ticket	Var %	Netto	Var %	Air	Totale Spesa	Var %
Totale AST MC	3.110.784	0,58	50.487.907	1,23	2.576.471	1,07	5.894.232	-2,18	<b>42.017.204</b>	<b>1,73</b>	3.615.925	<b>45.633.129</b>	<b>1,54</b>
Civitanova Marche	1.221.135	2,29	20.092.928	2,89	1.059.668	4,29	2.173.355	-1,41	<b>16.859.905</b>	<b>3,39</b>	1.350.524	<b>18.210.429</b>	<b>3,10</b>
Macerata	1.400.663	-0,44	22.566.734	0,32	1.166.477	-1,45	2.775.578	-2,59	<b>18.624.678</b>	<b>0,89</b>	1.605.249	<b>20.229.927</b>	<b>0,66</b>
Camerino	488.986	-0,64	7.828.245	-0,33	350.325	0,27	945.299	-2,72	<b>6.532.621</b>	<b>-0,01</b>	660.152	<b>7.192.773</b>	<b>0,19</b>

Il numero delle ricette in AST di Macerata nel 2023 è aumentato solo dello 0,58% ma sulla zona di Civitanova Marche è aumentato del 2,29%.

Parallelamente, l'importo netto ha fatto segnare un +3,39% rispetto all'anno precedente. Di contro, le zone Macerata e Camerino hanno lievemente ridotto il numero delle ricette, rispettivamente -0,44% e -0,64%. Considerando questo singolo indicatore, tali zone possono essere considerate come delle zone benchmark a livello regionale in quanto al di sotto della media regionale dell'1,56%. Specularmente, queste considerazioni si riflettono anche sull'importo della spesa netta.

L'assorbimento percentuale per area distrettuale è, pertanto:

Figura 10



Si rappresentano in successiva tabella i tassi standardizzati attraverso la popolazione pesata:

Tabella 10

Area Distrettuale	Popolazione Assoluta	Ricette x Abitante	Var %	Netto x Abitante	Var %	Numero Ricette	Netto x Ricetta	Var %	Popolazione Pesata	Lordo x Pesata	Var %	Netto x Pesata	Var %	Importo PM	Importo Ossigeno
Totale AST MC	291.971	10,65	0,95	143,91	2,10	3.110.784	13,51	1,14	292.156	172,81	1,62	143,82	2,13	<b>17.452.659</b>	<b>260.982</b>
Civitanova Marche	121.861	10,02	2,16	138,35	3,26	1.221.135	13,81	1,07	119.123	170,71	2,58	143,24	3,07	<b>6.698.025</b>	<b>71.814</b>
Macerata	127.007	11,03	0,13	146,64	1,47	1.400.663	13,30	1,34	134.531	175,10	1,07	144,51	1,64	<b>7.620.656</b>	<b>142.072</b>
Camerino	43.103	11,34	0,43	151,56	1,09	488.986	13,36	0,63	48.050	171,79	0,84	143,36	1,16	<b>3.133.978</b>	<b>47.096</b>

Rapportando il l'importo della spesa netta sulla popolazione pesata, emerge un quadro difforme: complessivamente il netto sulla popolazione pesata è 143,82 in AST di Macerata, con un 2,13% rispetto l'anno precedente. Tale valore è superiore alla media regionale di 141,26, anche se la variazione regionale si attesta al 2,96%. A livello di zona territoriale, la zona territoriale di Civitanova si attesta a 143,23 per abitante contro la zona di Macerata a 144,51. Entrambe le zone sono superiori alla media regionale ma la zona di Civitanova fa segnare un + 3,07% rispetto al 2022 nonostante la presumibile età più giovane della popolazione (dato che emerge confrontando la differenza fra la popolazione assoluta e la popolazione pesata nelle tre zone). Inoltre, anche analizzando la situazione di dicembre 2022 sull'anno precedente si rileva una performance della zona di Civitanova simile al 2023.

Il confronto sugli indicatori pesati, a differenza della fotografia sui valori assoluti e delle relative variazioni percentuali, suggerisce che comunque esistono dei margini di miglioramento per la riduzione della spesa che verranno esercitati nel corrente anno.

#### **2.2.4 Il ciclo di gestione della performance**

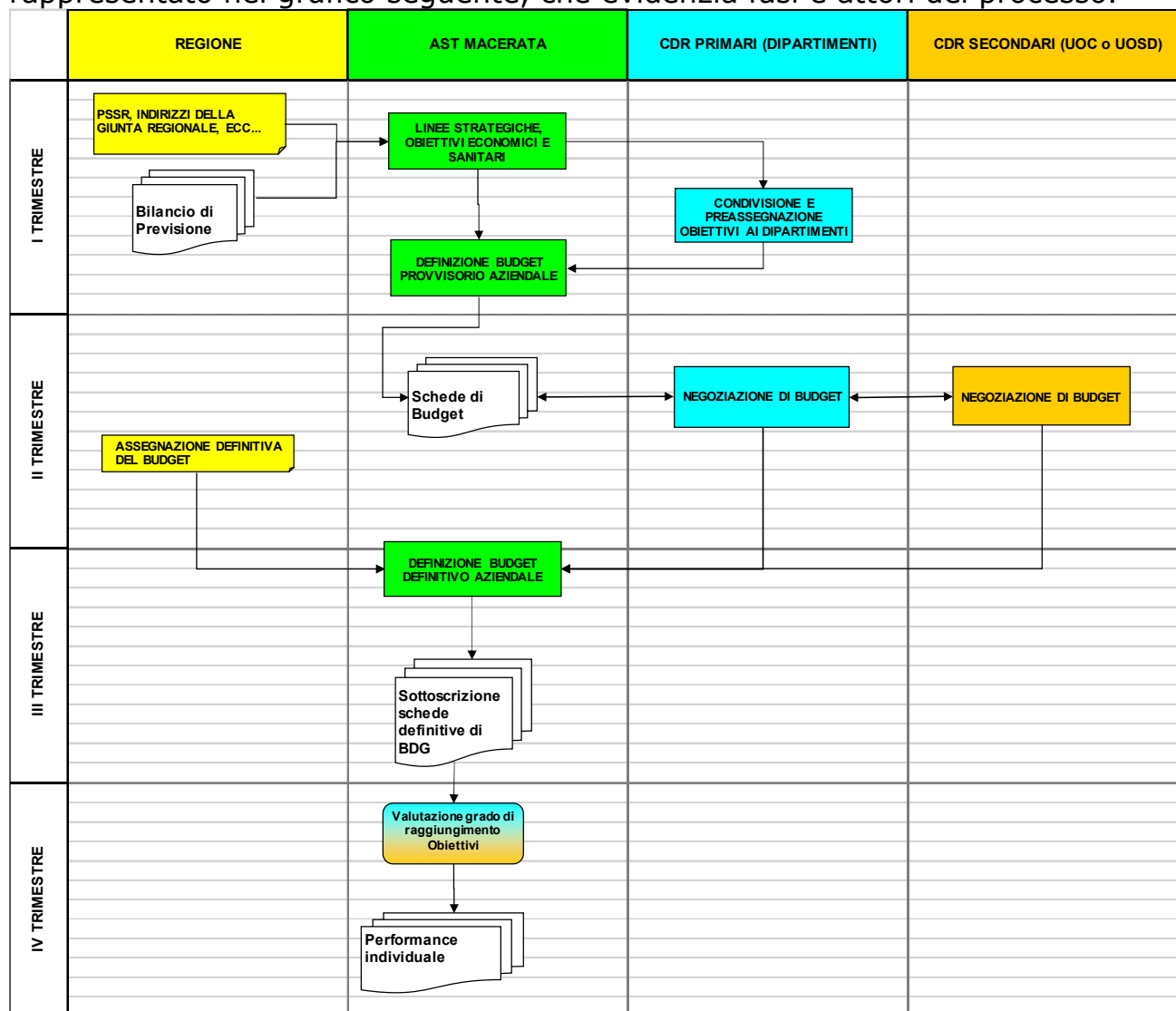
Ai sensi dell'art 4. del D. Lgs 150/2009 così come modificato del D. Lgs 74/2017, le amministrazioni pubbliche sviluppano, in maniera coerente con i contenuti e con il ciclo della programmazione finanziaria e del bilancio, il ciclo di gestione della performance che si articola nelle seguenti fasi:

- a) definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori, tenendo conto anche dei risultati conseguiti nell'anno precedente, come documentati e validati nella relazione annuale sulla performance di cui all'articolo 10;
- b) collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- c) monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- d) misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- e) utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- f) rendicontazione dei risultati, nonché ai competenti organi di controllo interni ed esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

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



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



In particolare, l'attività di programmazione strategica aziendale è avviata con la definizione delle risorse a disposizione per l'Azienda, così come stabilite dalla Giunta Regionale nella delibera di autorizzazione agli Enti del SSR alla redazione del Bilancio Preventivo Economico di Previsione per l'anno di riferimento, nonché con l'analisi del contesto di riferimento in termini di vincoli esterni derivanti da disposizioni vigenti a livello nazionale e regionale.

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

Sulla base di tale quadro programmatico, la Direzione Aziendale assegna un tetto di spesa ai Dipartimenti, che a loro volta lo declinano alle UOC e UOSD afferenti a ciascun dipartimento.

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

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

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

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

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

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

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

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

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



### 2.2.5 Il Piano della Performance 2023-2026

#### Obiettivi strategici (generali)

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

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

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

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

#### ➤ Mantenimento dell'equilibrio di bilancio

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

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

#### ➤ Migliorare i Livelli Essenziali di Assistenza

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

#### ➤ Realizzazione del Piano di riordino del SSR

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

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

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

#### ➤ Valorizzazione delle professionalità degli operatori

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

#### ➤ Trasparenza nei confronti dei cittadini

La trasparenza nei confronti dei cittadini è garantita mediante l'accessibilità totale alle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività



dell'Azienda, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche a garanzia delle libertà individuali e collettive.

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

#### Gli obiettivi specifici e la performance organizzativa

Gli obiettivi specifici vengono successivamente descritti tenuto conto:

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

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

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

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

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

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

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

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

raggiungimento degli obiettivi di promozione delle pari opportunità (art. 8, d.lgs. 150/2009).

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

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

Con Delibera di Giunta regione Marche 1634 del 13/11/2023 avente ad oggetto "D. Lgs. 171/2016 e L. R. 19/2022 - Definizione degli obiettivi degli Enti del Servizio Sanitario Regionale", vengono definiti ed assegnati gli obiettivi economici e sanitari per l'anno 2023 agli Enti del Servizio Sanitario Regionale, quale direttiva vincolante, ai sensi dell'art. 20, comma 2 della Legge regionale 19/2022.

Questo atto è il fondamento per la definizione anche degli obiettivi 2024, dal quale, nel presente Piano, saranno definiti tutti gli obiettivi correlati alla mission istituzionale, alle aree organizzative ed alle azioni strategiche, che si rappresentano di seguito:

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

In questa area è stato inserito anche l'obiettivo previsto dalla circolare n.2/2022 del Dipartimento della Funzione Pubblica ad oggetto "Indicazioni operative in materia di Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) di cui all'articolo 6 del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80"

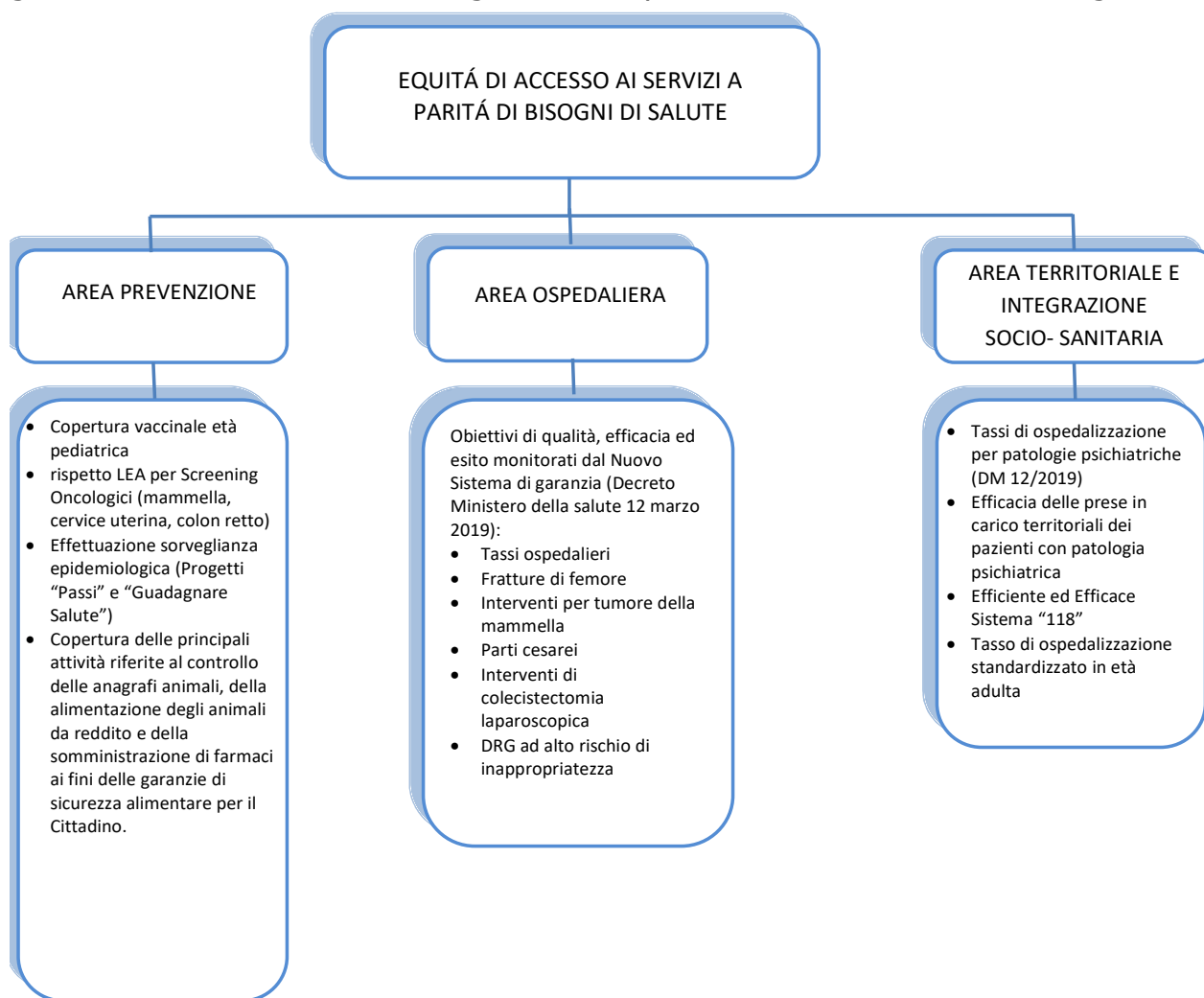


Miglioramento dei livelli essenziali di assistenza - Il miglioramento qualitativo e quantitativo delle prestazioni è obiettivo di tutte le UU.OO. afferenti ai diversi Dipartimenti, tenuto conto della costante ricerca dell'appropriatezza della risposta ai bisogni assistenziali e delle modalità di erogazione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

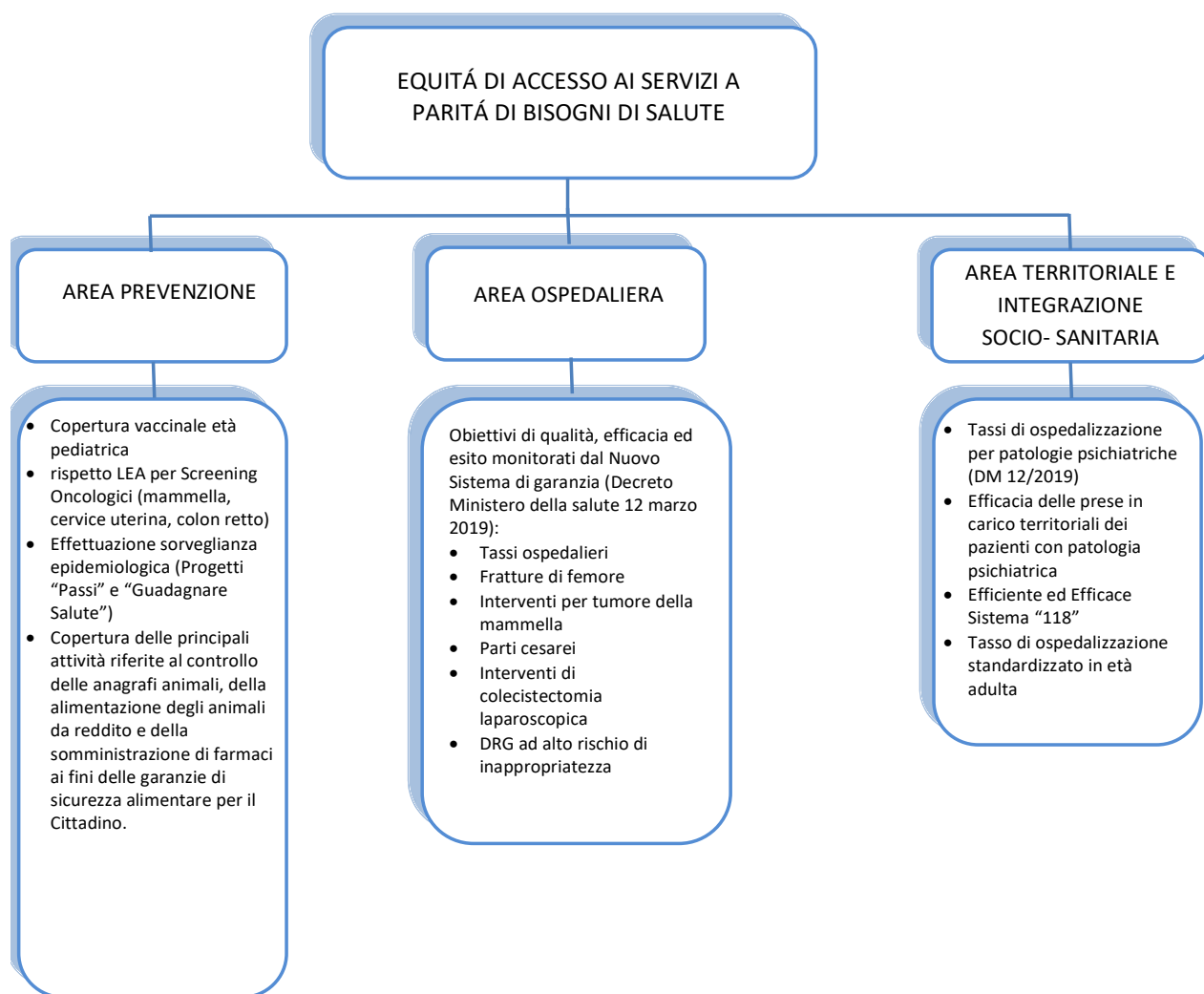


Performance organizzativa, Equità di accesso ai servizi - L'accesso ai servizi sanitari avviene secondo logiche di equità e trasparenza, attraverso la facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero in ottemperanza alle normative regionali di riferimento, sia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

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







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

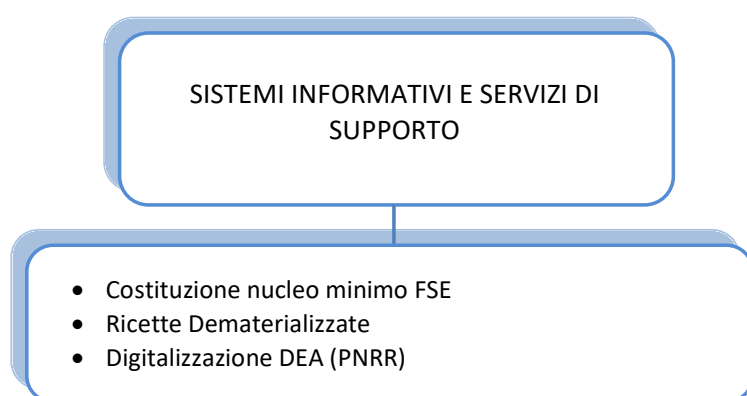
Proprio nella logica della correlazione tra performance organizzativa e piano integrato nel suo complesso, si è provveduto ad integrare il set degli indicatori da assegnare con i seguenti obiettivi:

- 1) Adempimento degli obblighi di pubblicazione di competenza previsti dalla Griglia approvata con PTPCT
- 2) Verifica indicatori di monitoraggio e stato dell'arte della pubblicazione dei dati sulla sezione "Amministrazione Trasparente"
- 3) Trasmissione Relazione annuale del Referente sull'attività svolta dall'A.V. (rif. Determina n. 55/2018)
- 4) Aggiornamento della tabella dei rischi e invio questionari per la mappatura dei processi per l'anno successivo
- 5) Invio scheda ANAC compilata con i dati per la predisposizione della Relazione annuale del RPCT





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



#### Piano degli indicatori e dei risultati attesi

Gli obiettivi 2023, di cui all'Allegato 2.2.2 alla presente sezione, successivamente all'adozione del PIAO, saranno assegnati alle articolazioni dell'Azienda.

Nel corso dell'anno, tali indicatori e risultati attesi verranno aggiornati sulla base degli obiettivi che la Regione assegnerà agli Enti del SSR per l'anno 2024 con apposita Delibera di Giunta e rendicontati nella Relazione sulla Performance 2023, così come previsto dall'art. 6 del D.Lgs. 150/2009 e successive modifiche ed integrazioni.

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

- Adempimento degli obblighi di pubblicazione di competenza previsti dalla Griglia approvata (assolvimento di almeno il 95% degli adempimenti);
- Verifica indicatori di monitoraggio e stato dell'arte della pubblicazione dei dati sulla sezione "Amministrazione Trasparente" (invio report semestrali entro la fine del mese successivo);

- Trasmissione dati per la predisposizione della Relazione annuale del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione (da parte di ogni Dirigente di struttura entro la fine dell'anno);
- Aggiornamento della tabella dei rischi e invio questionari compilati per la mappatura dei processi per la Prevenzione della Corruzione (invio modulistica completa entro il 15/12/2023).

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

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

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

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

## Sottosezione 2.3 - RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

### Premessa

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

Con l'emanazione della legge n. 190/2012 "disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" il legislatore si è posto l'obiettivo di realizzare una efficace politica di prevenzione e di repressione della corruzione attraverso la definizione di una prima disciplina organica della materia volta alla promozione della legalità e della integrità della pubblica amministrazione. Tale provvedimento normativo ha introdotto nel nostro ordinamento un sistema organico di prevenzione della corruzione articolato su due livelli: 1) un primo livello "nazionale", con alla base un piano nazionale anticorruzione (PNA) predisposto ed approvato dall'autorità nazionale anticorruzione (ANAC); 2) un secondo livello "decentrato", in cui ogni amministrazione pubblica definisce un piano triennale di prevenzione della corruzione (PTPC), che, sulla base delle indicazioni presenti nel PNA, effettua l'analisi e la valutazione dei rischi specifici di corruzione e conseguentemente indica gli interventi organizzativi volti a prevenirli.

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

L'Azienda Sanitaria Territoriale di Macerata, diventando operativa solo dal 2023, deve ancora dotarsi di una propria organizzazione, da includere nell'atto aziendale da emanarsi con le procedure previste nella normativa. La Delibera Giunta Regione Marche (di seguito DGRM) n. 1718 del 19/12/2022 prevede che *"...Le AST sono tenute a garantire – nella fase di prima operatività e sino a successive nuove determinazioni in merito da parte del Legale Rappresentante – la validità ed efficacia della normazione interna (Regolamenti, Atti generali, Codici, Accordi sindacali, Circolari e relative disposizioni di attuazione), allo stato vigente presso le Aziende sopresse. Per le AST di Ancona, Macerata, Fermo e Ascoli Piceno si fa riferimento alla normazione ASUR/Aree Vaste. Restano impregiudicati i doverosi adeguamenti dei suddetti atti a sopravvenute disposizioni di legge e regolamentari, statali e regionali..."*.

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

- Analisi e valutazione di impatto del contesto esterno: per evidenziare se le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente, culturale, sociale ed

economico nel quale l'azienda AST di Macerata si trova ad operare possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi;

- analisi e valutazione di impatto del contesto interno: per evidenziare se la mission dell'azienda e/o la sua struttura organizzativa, sulla base delle informazioni di cui alla sezione "Organizzazione e Capitale Umano", possano influenzare l'esposizione al rischio corruttivo della stessa;
- mappatura dei processi sensibili al fine di identificare le criticità che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività stessa, espongono l'amministrazione a rischi corruttivi con focus sui processi per il raggiungimento degli obiettivi di performance volti a incrementare il valore pubblico;
- identificazione e valutazione dei rischi corruttivi potenziali e concreti;
- progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio, sia generali sia specifiche per contenere i rischi corruttivi individuati;
- monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure;
- programmazione dell'attuazione della trasparenza.

Si precisa che quest'ultima misura fondamentale di prevenzione della corruzione si inserisce in un contesto amministrativo caratterizzato da una riorganizzazione aziendale di tutte le attività, non solo dell'area Amministrativa-tecnico-logistica (ATL), ma anche dei processi sanitari e professionali relativamente alla **costituzione dal 2023 della AST di Macerata**, la quale, non essendo ancora dotata di un proprio sito web, non ha potuto ridefinire l'alberatura del sistema "Amministrazione Trasparente".

Il PNA 2022 è stato aggiornato per l'anno 2023 con Delibera n. 605 del 19 dicembre 2023 - alla luce del Nuovo Codice dei Contratti Pubblici (D. Lgs. 36/2023), il cui scopo è quello di identificare le misure organizzative volte a ridurre e contenere il rischio di assunzione di decisioni non imparziali e di favorire il miglioramento continuo dell'organizzazione, delle relazioni e dei comportamenti affinando gli strumenti di analisi utili alla comprensione e adozione delle misure idonee a prevenire, scoprire ed affrontare fenomeni di "malamministrazione". Gli ambiti di intervento dell'Aggiornamento al PNA 2022 sono circoscritti alla sola parte speciale del PNA 2022. In particolare, ci si riferisce:

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

L'attività di redazione di questa sezione si pone in una fase storica complessa, una stagione di forti cambiamenti dovuti alle molte riforme, da un lato normative

dovute all'entrata in vigore delle nuove disposizioni sul codice degli appalti (D. Lgs. n. 36/2023), dall'altra connesse agli impegni assunti dall'Italia con il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) per superare il periodo di crisi derivante dalla pandemia, oggi reso ancor più problematico dagli eventi bellici in corso nell'emisfero orientale. L'ingente flusso di denaro a disposizione, da una parte, e le deroghe alla legislazione ordinaria introdotte per esigenze di celerità della realizzazione di molti interventi, dall'altra, richiedono il rafforzamento dell'integrità pubblica e la programmazione di efficaci presidi di prevenzione della corruzione per evitare che i risultati attesi con l'attuazione del PNRR siano vanificati da eventi corruttivi, con ciò senza incidere sullo sforzo volto alla semplificazione e alla velocizzazione delle procedure amministrative.

Nella presente Sezione sono definiti gli obiettivi strategici in materia di anticorruzione e trasparenza, la cui attuazione contribuisce alla creazione del valore pubblico intesa come miglioramento della qualità della vita e del benessere economico, sociale, ambientale delle comunità di riferimento, degli utenti, degli stakeholders, dei destinatari di una politica o di un servizio. In quest'ottica, **la prevenzione della corruzione è dimensione del valore pubblico e per la creazione del valore pubblico che ha natura trasversale relativamente a tutte le attività volte alla realizzazione della missione istituzionale di AST Macerata.** Nel prevenire fenomeni di cattiva amministrazione e nel perseguire obiettivi di imparzialità e trasparenza, la prevenzione della corruzione contribuisce, cioè, a generare valore pubblico, riducendo gli sprechi e orientando correttamente l'azione amministrativa. Lo stesso concetto di valore pubblico è valorizzato attraverso un miglioramento continuo del processo di gestione del rischio, di pari passo con il miglioramento dei controlli interni. L'obiettivo del PIAO è di mettere a sistema gli strumenti di programmazione e di coordinare fra loro i vari documenti di programmazione, in quanto funzionali ad una verifica dell'efficienza dell'organizzazione nel suo complesso.

#### Definizione di Corruzione

Ai sensi di Legge, la AST di Macerata mira a scongiurare anche il semplice atteggiamento corruttivo, ossia quei comportamenti che si traducono in una disorganizzazione amministrativa o in malfunzionamento dei procedimenti e che trovano la loro origine nell'intento di favorire qualcuno.

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

La Corte dei Conti ribadisce un ulteriore concetto importante: **"Si ha colpa in presenza di una Gestione della cosa pubblica organizzata confusamente, gestita in modo inefficiente, non responsabile e non responsabilizzata."**

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

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

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

#### Organigramma e funzioni dell'AST di Macerata

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

#### Obiettivi strategici di prevenzione della corruzione e integrati con la Performance

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

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

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

- miglioramento continuo dell'informatizzazione dei flussi per alimentare la pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione trasparente";
- **formazione** in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza e sulle regole di comportamento per il personale dell'ente anche ai fini della promozione del valore pubblico;
- miglioramento del **ciclo della performance** in una logica integrata (performance, trasparenza, anticorruzione);
- **consolidamento di un sistema di indicatori** per monitorare l'attuazione della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO integrato nel sistema di misurazione e valutazione della performance.

### *2.3.1 Valutazione di impatto del contesto esterno*

#### *Le fonti e la normativa*

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

- Raffaele Cantone, Mafie, corruzione e pubbliche amministrazioni [https://www.giustizia.it/cmsresources/cms/documents/Tavolo\\_4\\_Mafie\\_corruzione\\_e\\_pubbliche\\_amministrazioni.pdf](https://www.giustizia.it/cmsresources/cms/documents/Tavolo_4_Mafie_corruzione_e_pubbliche_amministrazioni.pdf)
- Libera, Mafie e Covid: fatti l'uno per l'altro [https://www.libera.it/schede-1524-mafie\\_e\\_covid\\_fatti\\_l\\_uno\\_per\\_l\\_altro](https://www.libera.it/schede-1524-mafie_e_covid_fatti_l_uno_per_l_altro)
- Banca d'Italia, La corruzione e la mafia: una lunga storia <https://www.bancaditalia.it/pubblicazioni/interventi-vari/int-var-2022/Trequattrini-29042022.pdf>
- Progetto "Misurazione del rischio di corruzione a livello territoriale e promozione della trasparenza" <http://www.pongovernance1420.gov.it/it/progetto/misurazione-del-rischio-di-corruzione-a-livello-territoriale-e-promozione-della-trasparenza/>;
- ANAC Rapporto quadrimestrale sul mercato dei contratti pubblici (<https://www.anticorruzione.it/-/rapporti-quadrimestrali-sul-mercato-dei-contratti-pubblici-2023>) ;
- Audizione del Presidente Giuseppe Busia: "Proposta di Piano nazionale di ripresa e resilienza – PNRR" - 5<sup>a</sup> e 14<sup>a</sup> Commissione del Senato della Repubblica;
- ANAC Relazione Annuale 2022 al Parlamento 08/06/2023;
- Portale ANAC Come misurare la corruzione <https://www.anticorruzione.it/il-progetto>
- Delibera n. 311 del 12 luglio 2023 - Linee guida in materia di protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali. Procedure per la presentazione e gestione delle segnalazioni esterne;
- <https://www.provincia.pu.it/novita/visualizza/contenuto/nelle-marche-la-criminalita-organizzata-puo-annidarsi-nel-tessuto-economico>
- "Prima relazione sullo stato del decennio digitale", pubblicata dalla Commissione Europea il 27 Settembre 2023; la relazione presenta un'analisi



globale dei progressi compiuti verso la realizzazione di una trasformazione digitale volta a rafforzare la sovranità digitale, la resilienza e la competitività dell'UE;

- Delibera ANAC n. 582 del 13 dicembre 2023 "Adozione comunicato relativo all'avvio del processo di digitalizzazione";
- Le dodici delibere con i Regolamenti attuativi previsti dal d.lgs. n. 36/2023, nuovo Codice degli Appalti, pubblicate sul portale Anac <https://www.anticorruzione.it/-/nuovo-codice-dei-contratti-ecco-i-regolamenti-attuativi-anac#p1>

#### Il fenomeno corruttivo a livello regionale

L'ultima relazione della Direzione Investigativa Antimafia (DIA) del Ministero dell'Interno sottolinea come il territorio marchigiano, essendo caratterizzato da una significativa presenza di piccole e medie imprese nei settori agroalimentare, manifatturiero e turistico, potrebbe essere a rischio di infiltrazioni illecite in economia. Tuttavia, dall'analisi e dalle operazioni scaturite dalle varie attività di polizia è emerso che ad oggi non ci sono associazioni criminali radicate nel territorio marchigiano, piuttosto proiezioni riconducibili alle mafie tipiche.

Negli ultimi anni non sono infatti stati registrati delitti relativi alle associazioni di stampo mafioso, mentre quelle riconducibili alle associazioni a delinquere contano solo 4 casi denunciati a fronte di valori più che triplicati relativi agli anni precedenti. Anche alcune tipologie di reati collegabili a fenomeni criminali di stampo mafioso sono in diminuzioni nell'ultimo quinquennio, quali il riciclaggio (-45,7%) e l'usura che conta pochissimi casi nel nostro territorio. Un lieve incremento (+14,5%) si rileva peraltro per i casi di estorsione che si mantengono nell'ordine del centinaio di casi all'anno. Nella relazione si evidenzia inoltre che le ingenti risorse assegnate alla Regione Marche con il PNRR, nonché i Fondi Strutturali della Programmazione 2021-2027 incrementati poiché la Regione è stata da qualche anno declassata a "Regione in transizione", potrebbero sollecitare gli appetiti delle consorterie criminali.

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

Come sottolineato dal procuratore della Repubblica di Ancona Monica Garulli, "qualsiasi operato necessita di strutture per rendere efficace l'azione, nella



Procura di Ancona c'è una scopertura di organico del 40%, con una situazione di sofferenza anche per le forze dell'ordine. L'assenza di mezzi crea problemi all'azione di contrasto, bisogna avere risorse per poter lavorare. Il principale settore di intervento nelle Marche è il riciclaggio, non si respira un radicamento stabile di gruppi, ma le indagini attestano la presenza di soggetti contigui ad associazioni criminose che possono favorire il reimpiego di capitali illeciti. In conseguenza alla crisi economica, il tessuto di piccole e medie imprese espone questo territorio ad una condizione di vulnerabilità, di spoliazione. La situazione tipica è quella del soggetto che sta per fallire e che si affida ad una organizzazione criminale. Particolare attenzione va anche alla ricostruzione post sismica". Il primo antidoto contro la criminalità organizzata resta la cultura della legalità, questo è il prezioso tesoro del nostro tessuto sociale, nell'ambito del quale nessuno si azzarderà ad instaurare il metodo mafioso, che ha i suoi perni nell'intimidazione, nell'assoggettamento e nell'omertà, perché questo è un territorio che non appena riceve minacce di tipo mafioso si precipita a denunciare. Ma se la permeabilità della criminalità organizzata non è nel metodo mafioso, può annidarsi invece nei fenomeni economici, nel riciclaggio di capitali provenienti da operazioni illecite. Bisogna fare attenzione alle sirene delle cessioni vantaggiose di attività esistenti, all'accoglimento di soci che si presentano con disponibilità finanziarie, ai fenomeni delle insolvenze". E' quanto evidenziato dal procuratore della Repubblica di Pesaro Cristina Tedeschini nell'incontro pubblico "Le criminalità organizzate nelle Marche".

#### Situazione economica del contesto esterno

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

L'assetto istituzionale nella Regione è caratterizzato dalla presenza di 5 Province, 9 Unioni Montane e n. 225 Comuni. La superficie territoriale è pari a 9.344 Km<sup>2</sup>, con una densità demografica di 159 abitanti per Km<sup>2</sup>.

Le imprese marchigiane attive nel territorio regionale al 2021 sono 145.609 e rappresentano il 2,8% dell'imprenditoria nazionale. Dopo una variazione percentuale negativa dell'1,2% nel 2018 ed un ulteriore calo nel 2019 (-1,3%), la tendenza alla decrescita ha iniziato a rallentare (-0,1% nel 2021). Il numero delle imprese attive della regione resta sostanzialmente stabile al 2021 riducendosi rispetto all'anno precedente di 126 unità. La «densità imprenditoriale», ovvero il numero di imprese per abitante, resta alto rispetto alla media nazionale, pari a 97 imprese attive ogni 1.000 abitanti (87 per l'Italia). Le imprese individuali costituiscono il 59% del totale ed hanno subito una riduzione dell'1,1% rispetto all'anno precedente (-0,5% per l'Italia); a livello territoriale le province registrano variazioni comprese tra -1,2% e 0,4%. Quelle a partecipazione femminile rappresentano il 24% del totale delle imprese

marchigiane e sono in crescita rispetto al 2020 dello 0,3%. Tra le imprese a prevalenza straniera il 78% è a nazionalità extra comunitaria. Con riferimento ai settori economici, il commercio è quello che incide in maniera maggiore sul totale delle imprese (23,3%).

Nelle Marche la quota dei consumi energetici coperta da fonti rinnovabili, nel 2018 ha già superato il target predisposto dalla Strategia 2020 (17%), in linea con quanto si rileva a livello nazionale.

Dopo le conseguenze legate alla pandemia da Covid-19 e le successive misure di contenimento, che hanno determinano un consistente calo dell'occupazione, si osserva dal 2021 al terzo trimestre del 2022 un incremento degli occupati (+3,6%), per lo stesso periodo considerato una riduzione della disoccupazione (-2,3%) e una riduzione degli inattivi (-4,4%) relativamente agli individui di 15 anni e oltre e -9,5% quelli in età lavorativa.

Al 31 dicembre 2021, il 36,4% dei 1.389.405 marchigiani di 9 anni e più ha conseguito un diploma di scuola secondaria di secondo grado o di qualifica professionale, circa il 16% la licenza elementare e il 27,1% la licenza di scuola media; le persone con un titolo terziario o superiore risultano il 16,4%. Solo 6.057 marchigiani, pari allo 0,4% del totale, possiedono un dottorato di ricerca o altro titolo di alta formazione post-universitaria; le persone analfabete rappresentano lo 0,3%, mentre gli alfabeti privi di titolo di studio circa il 4%.

L'incidenza dei posti letto nei presidi residenziali risulta superiore nelle Marche rispetto all'Italia per tutta la serie temporale dal 2009 al 2019, in leggera crescita nel 2019 (83,0 per 10.000 abitanti) rispetto al 2018 (82,3 per 10.000 abitanti). Resta critica la situazione per quanto concerne i posti letto per specialità ad elevata assistenza, che restano sostanzialmente stazionari dal 2008 al 2020, ultimo dato rilevato disponibile, in numero leggermente inferiore rispetto al dato complessivo dell'Italia, comunque anche quest'ultimo stazionario. Il valore del 2020 ammonta nelle Marche a 2,6 posti letto per 10.000 abitanti, contro i 3 posti letto disponibili per l'Italia.

#### [I soggetti che interagiscono con l'AST di Macerata](#)

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

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

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

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

subordinato. Tra le attività più significative che la Regione Marche svolge in materia di sanità, vi sono:

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

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

### ***2.3.2 Valutazione di impatto del contesto interno***

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

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

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

Al Direttore Generale, in qualità di organo di indirizzo dell'Azienda, compete la designazione del Responsabile aziendale della prevenzione della corruzione e della trasparenza, l'approvazione del PIAO e dei relativi aggiornamenti, nonché l'adozione di tutti gli atti di indirizzo aziendali, di carattere generale, finalizzati, anche indirettamente, alla prevenzione della corruzione e la definizione degli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza. Inoltre, al fine di garantire che il RPCT possa svolgere il proprio ruolo e compiti con piena autonomia ed effettività, il Direttore Generale dispone le eventuali modifiche organizzative necessarie per assicurare funzioni e poteri idonei al RPCT.

*La centralità del RPCT ed il nuovo ruolo proattivo*

Con Determina del Commissario Straordinario AST di MACERATA n. 232 del 13/03/2023 è stata formalizzata la nomina del RPCT alla Dott.ssa Martina

Orlandi, con durata dell'incarico è fissata in anni uno. Nello stesso atto vengono individuate le risorse di supporto, per l'espletamento delle attività di riconciliazione dati ed informazioni, reportistica, raccordo dei flussi informativi, monitoraggio, al fine di dare esecutività alle azioni da intraprendere. La Direzione aziendale ha ritenuto, nelle more della piena operatività delle Strutture che saranno previste nell'adottando Atto Aziendale ed in coerenza con la normativa sopra richiamata nonché in ossequio agli indirizzi ANAC, di prorogare per mesi sei la nomina della Dott.ssa Martina Orlandi a Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, con nota ID 2457525 del 18/01/2024, in ragione del riscontrato possesso dei requisiti soggettivi richiesti e delle specifiche professionalità, competenze ed esperienze possedute.

In considerazione della recentissima costituzione della AST di Macerata, il presente **PIAO e la sezione rischi corruttivi e trasparenza dovranno essere aggiornati anche in funzione della definizione dell'assetto in divenire da inserire nell'Atto Aziendale**, perciò dovranno essere svolte tutte le attività amministrative connesse, volte a consentire al RPCT di assicurare la corretta applicazione, e/o revisione e/o integrazione del documento di programmazione delle attività di prevenzione della corruzione e di adottare le azioni ed iniziative necessarie a garantire la coerenza e correttezza dell'azione aziendale rispetto agli obblighi di legge.

Il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT) si colloca quale riferimento centrale nell'ambito della normativa sulla prevenzione della corruzione e della trasparenza (determina ANAC n. 12 del 28/10/2015). La Delibera ANAC n. 831/2016 conferma tale ruolo e prevede per tale figura la necessità di una struttura organizzativa dotata di adeguate risorse umane, finanziarie e tecnologiche. Nella Delibera ANAC n. 1208/2017 si ribadisce quanto già espresso nell'aggiornamento 2016 al PNA sul ruolo e funzioni del RPCT; nella Delibera n. 1074/2018 e più recentemente con Delibera n. 1064/2019 sono state date ulteriori indicazioni interpretative e operative con particolare riferimento ai poteri di verifica, controllo e istruttori del RPCT nel caso rilevi o siano segnalati casi di presunta corruzione (si veda anche la Delibera ANAC n. 840 del 02/10/2018). Inoltre, con Delibera n. 657 del 18/07/2018, è stato approvato il Regolamento sull'intervento dell'ANAC per il riesame dei provvedimenti di revoca o di altre misure discriminatorie nei confronti del RPCT.

Nella legge n. 190/2012, come aggiornata dal D.Lgs. 97/2016, sono stati succintamente definiti i poteri del RPCT nella sua interlocuzione con gli altri soggetti interni all'amministrazione, nonché nella sua attività di vigilanza sull'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione. In particolare segnala all'organo di indirizzo e all'OIV le disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza e indica agli uffici competenti all'esercizio dell'azione disciplinare i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza. Eventuali misure discriminatorie, dirette o indirette, nei confronti del RPCT per motivi collegati, direttamente o indirettamente, allo

svolgimento delle sue funzioni devono essere segnalate all'Autorità nazionale anticorruzione, che può chiedere informazioni all'organo di indirizzo e intervenire nelle forme di cui al co. 3, art. 15, d.lgs. n. 39/2013.

#### Poteri di interlocuzione e di controllo

All'art. 1 co. 9, lett. c) della legge n. 190/2012 è disposto che siano previsti «obblighi di informazione nei confronti del RPCT chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano». Tali obblighi informativi ricadono su tutti i soggetti coinvolti, già nella fase di formazione del Piano e, poi, nelle fasi di verifica del suo funzionamento e dell'attuazione delle misure adottate.

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

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

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

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

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

- i Dirigenti di tutte le strutture della AST;
- i Responsabili dei centri di costo, più esposti a rischio di reato ex art. 1 c.75 L. 190/2012;
- le Direzioni dei dipartimenti ed i Referenti per la Trasparenza e Anticorruzione, nonché la Cabina di regia;
- le Direzioni Sanitarie dei Distretti Sanitari e dei Presidi Ospedalieri.

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

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

- i funzionari ed impiegati afferenti a tutte le strutture coinvolte nel percorso di adeguamento alla normativa.

#### Supporto conoscitivo e operativo al RPCT

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

#### Referenti del RPCT

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

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

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

<b>REFERENTI DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA</b>	
<b>Macroarea/Struttura/Ufficio</b>	<b>Qualifica</b>
Gestione Risorse Umane	Direttore
Acquisti e Logistica	Direttore
Contabilità e Bilancio	Direttore
Servizi Informativi	Direttore
Controllo di Gestione	Direttore ff
URP e qualità	Direttore
Legale, contenzioso e assicurativo	Direttore
Formazione	Direttore ff
Patrimonio, nuove opere e attività tecniche	Direttore
Direzione Amministrativa Territoriale	Direttore ff



Direzione Amministrativa Ospedaliera	Direttore ff
Ingegneria Clinica	Dirigente
Dipartimento di Prevenzione	Direttore
Presidio Ospedaliero Unico	Direttore
Distretto di Macerata	Direttore
Distretto di Camerino	Direttore
Distretto di Civitanova Marche	Direttore
Farmacia Clinica	Direttore ff
Farmacia Territoriale	Direttore
Farmacia Ospedaliera	Direttore ff

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

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

Rispetto agli obiettivi di prevenzione della corruzione, i Referenti, per l'area di rispettiva competenza:

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

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

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

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

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

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

- assicurano in tale contesto unitariamente e organicamente considerato, la coerente e puntuale osservanza delle prescrizioni in materia di trasparenza dell'attività amministrativa;
- svolgono attività di impulso, monitoraggio e verifica dell'andamento delle attività con specifico riferimento al flusso delle informazioni da pubblicare nonché sulla corretta e puntuale pubblicazione dei dati;
- sono responsabili della trasmissione dei dati quando venga esplicitamente richiesta, da parte dell'RPCT, ove necessario, un'elaborazione coordinata dei dati e delle informazioni oggetto di pubblicazione;
- presentano al Responsabile con cadenza annuale (entro il 1 dicembre di ogni anno) una relazione riportante le risultanze dell'attività di verifica dell'avvenuto adempimento degli obblighi di pubblicazione e che attesti il rispetto dei tempi e le criticità eventualmente affrontate ed ogni fattispecie per cui sia ravvisata la necessità di segnalazione;
- ai sensi del Regolamento aziendale in materia di accesso documentale, accesso civico e accesso civico generalizzato, approvato con Determina n. 778/2017 e aggiornato con successivo atto n. 689 del 26/11/2018, i



Referenti sono coinvolti al fine di coinvolgere per garantire il corretto e tempestivo adempimento delle disposizioni previste nel richiamato Regolamento.

#### CABINA DI REGIA

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

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

<b>CABINA DI REGIA</b>	
<b>Macroarea/Struttura/Ufficio</b>	<b>Qualifica</b>
RPCT	RPCT
Gestione Risorse Umane	Direttore
Sistemi Informativi	Direttore
Controllo di Gestione	Direttore ff
URP e qualità	Direttore

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

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

#### RAPPORTI CON I DIPENDENTI

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

## RESPONSABILITA'

I Referenti delle Prevenzione delle Corruzione e della Trasparenza per il mancato assolvimento degli adempimenti innanzi previsti rispondono a titolo di responsabilità dirigenziale e di responsabilità disciplinare. L'allegato dell'attuazione della Trasparenza (all. 2.3.3) riporta, in forma tabellare, le strutture responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati nel link "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale, per le parti di rispettiva competenza e garantisce:

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

## Rapporti tra RPCT e Responsabile della Protezione dei Dati

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

Con Determina del Commissario Straordinario AST di Macerata n. 329 del 31/03/2023, l'Ente ha proceduto all'individuazione quale Responsabile della protezione dei dati personali R.P.D. (D.P.O. – data protection officer) della dott.ssa Adriana Carradorini.

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

## Analisi della struttura organizzativa e capitale umano

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

Il modello organizzativo da adottarsi con il prossimo atto aziendale intende procedere a:

- consolidamento delle funzioni di programmazione;
- acquisto e controllo del sistema socio sanitario e delle funzioni e strumenti di integrazione tra ospedale e territorio;

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

#### La Rete Ospedaliera

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

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

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

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

#### Assistenza Territoriale

L'azienda dispone del:

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

L'Assistenza territoriale viene altresì assicurata dai distretti sanitari con molteplici poliambulatori. I distretti sono articolazioni territoriali delle Aziende sanitarie territoriali che assicurano i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie, nonché il coordinamento delle proprie attività

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

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

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

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

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

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

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

#### **Cure Domiciliari e Telemedicina**

L'art. 22 del D.P.C.M. 12 gennaio 2017 di aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, stabilisce che i percorsi assistenziali a domicilio sono costituiti "dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita".

Le CD vengono erogate anche avvalendosi della Telemedicina (televisita, teleconsulto medico, teleconsulenza medico-sanitaria, teleassistenza da professioni sanitarie, telerefertazione, teleriabilitazione, telemonitoraggio, telecontrollo medico) secondo le linee guida organizzative relative al "Modello

digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare" di cui al D.M. 29/04/2022 ed i requisiti tecnologici e organizzativi di cui alla DGRM nr 6 del 16/01/2023.

### ***2.3.3 Mappatura dei processi e metodologia di analisi del rischio***

#### **Mappatura dei processi**

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

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

È stata effettuata la valutazione delle aree a maggior rischio-reato, attraverso la somministrazione di questionari a tutti i responsabili di struttura, per la quale è stata predisposta la mappatura dei rischi, ai sensi dell'art. 1, comma 75 L. 190/12 (all. 2.3.1).

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

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

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

Sulla base della matrice di rischio generata dai questionari validati (all. 2.3.2) vengono proposti gli interventi correttivi come misure anticorruzione per ogni settore e la Griglia degli obblighi di pubblicazione, evidenziando in grigio le sezioni abrogate o le informazioni non pertinenti (all. 2.3.3).

A seguito dell'adozione dell'Atto aziendale, verrà rinnovata la mappatura dei processi dell'area acquisti e dell'area del personale preliminare delle attività "sensibili". Infatti così come suggerito dal PNA 2022-2024 è intenzione di introdurre le misure di prevenzione e corruzione in forma di obiettivi di performance. Ciò in quanto l'**atto aziendale** in particolare:

- a) disciplina l'organizzazione di funzioni, secondo il modello dipartimentale;
- b) contiene l'individuazione delle strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale soggette a rendicontazione analitica;
- c) disciplina l'attribuzione al direttore amministrativo, al direttore sanitario, al direttore socio-sanitario, nonché ai direttori di presidio, di distretto, di dipartimento e ai dirigenti responsabili di struttura, dei compiti, comprese, per i dirigenti di strutture complesse, le decisioni che impegnano l'azienda

verso l'esterno, per l'attuazione degli obiettivi definiti negli atti di programmazione aziendale;

- d) definisce le modalità e i criteri per l'attribuzione ai dirigenti dei compiti e degli incarichi e per la verifica dei risultati degli stessi;
- e) individua i distretti, quale articolazione territoriale e organizzativa dell'Azienda sanitaria territoriale, nel rispetto delle procedure di partecipazione e dei criteri stabiliti dalla Giunta regionale.

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

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

#### Mappatura dei processi e criteri di valutazione del rischio

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

**Per il 2024 sono stati individuati come collegati al PNRR, i processi di gestione dei relativi contratti e rendicontazione, identificando tra le misure da adottare l'attuazione della trasparenza nella nuova definizione.**

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

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



Sono state aggiunte le tabelle di rischio dell'Assistenza Farmaceutica e dell'attività del Decesso in ambito intraospedaliero, al fine di aumentare la copertura del rischio specifico in Sanità. L'attività è coordinata dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione sulla base dell'analisi del rischio, secondo la metodologia proposta dall'Allegato 5 del PNA.

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

Le schede di rischio sono state somministrate a partire da dicembre 2023 dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione a tutti i dirigenti e i delegati delle strutture, analizzando congiuntamente i relativi rischi. Sono stati applicati a ciascun processo individuato i criteri indicati nella Tabella di cui all'Allegato 5 del PNA.

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

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

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

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

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

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

Se ottenuta la proceduralizzazione delle attività a RISCHIO ALTO ogni Referente, Direttore di Struttura, responsabile di centro di costo, partecipa del percorso di

prevenzione della corruzione si impegna ad individuare azioni di miglioramento volte a prevenire il rischio di corruzione da proporre al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

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

Nell'ambito delle misure dirette a prevenire il rischio di corruzione, assume particolare rilievo l'applicazione del principio di rotazione del personale addetto alle aree a rischio. La ratio delle previsioni normative è quella di evitare che possano consolidarsi posizioni di privilegio nella gestione diretta di attività.

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

#### ***2.3.4 Identificazione e valutazione dei rischi potenziali e concreti***

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

#### **Le Aree di rischio generali sono relative a:**

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

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

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



### **2.3.4a Misure Trasversali e obbligatorie (Generali)**

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

#### **Misure principali**

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

- nomina di un responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT);
- definizione degli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza;
- obblighi di pubblicazione (trasparenza proattiva) e accesso civico semplice e generalizzato (trasparenza reattiva);
- adozione e aggiornamento della presente sottosezione di programmazione denominata "Rischi corruttivi e Trasparenza";
- aggiornamento del Codice di Comportamento aziendale;
- applicazione di criteri di selezione e rotazione (ordinaria e straordinaria) del personale operante nelle aree a rischio;
- formazione sulle norme ed in particolare in materia di etica, integrità ed altre tematiche attinenti alla prevenzione della corruzione (di livello generale e specifico);
- obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse;
- disciplina specifica in materia di incarichi d'ufficio e attività ed incarichi extra-istituzionali;
- incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali;
- disciplina specifica in materia di formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la P.A.;
- disciplina specifica in materia di conferimento di incarichi dirigenziali in caso di particolari attività o incarichi precedenti e di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage-revolving doors);
- patto di integrità o protocollo di legalità;
- disciplina specifica in materia di tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (whistleblower).

#### **Promuovere il Whistleblowing**

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

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

amministrazione che segnala agli organi legittimati a intervenire, violazioni commesse ai danni dell'interesse pubblico e dell'amministrazione di appartenenza. Il RPCT svolge un ruolo di primo piano anche nella gestione delle segnalazioni in materia di whistleblowing. Il RPCT, oltre a ricevere e prendere in carico le segnalazioni, pone in essere gli atti necessari ad una prima "attività di verifica e di analisi delle segnalazioni ricevute" da ritenersi obbligatoria.

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

- Invio del modulo all'indirizzo [whistleblowing.ast.mc@sanita.marche.it](mailto:whistleblowing.ast.mc@sanita.marche.it) oppure [rpct.ast.mc@sanita.marche.it](mailto:rpct.ast.mc@sanita.marche.it)
- Consegna diretta del modulo al RPC;
- Invio del modulo a mezzo servizio postale, inserito in busta chiusa indirizzata esclusivamente al Responsabile Prevenzione Corruzione – AST di Macerata, via D. Annibali 31L, Piediripa di Macerata, con la dicitura RISERVATA PERSONALE – NON APRIRE.

E' escluso l'uso del Servizio di Posta interna ed altre forme di trasmissione in quanto non idonei a garantire la riservatezza dell'identità del segnalante. Il dipendente, che ritiene di aver subito una discriminazione per il fatto di aver effettuato una segnalazione di illecito, può darne notizia agli Uffici del Personale ed al RPCT, il quale può riferire della situazione di discriminazione all'Ispettorato della Funzione pubblica.

#### **Dal 2024 è attiva la piattaforma WhistleblowingPA.**

L'indirizzo web di AST MACERATA per il servizio digitale di whistleblowing è <https://urlsand.esvalabs.com/?u=https%3A%2F%2Faziendasanitariaterritoriale.macerata.whistleblowing.it%2F&e=7f957ad2&h=c3e617e8&f=n&p=y> .

Nel corso del 2024, la AST di Macerata dovrà aggiornare la Policy contenuta nel Regolamento approvato con Determina n. 280/ASURDG del 27/05/2019 e pubblicato sulla sezione "Amministrazione Trasparente", che persegue l'obiettivo di garantire le tutele ed al contempo di assicurare la serietà delle segnalazioni che devono essere effettuate esclusivamente "nell'interesse all'integrità della pubblica amministrazione". Nel suddetto regolamento, sentite le OO.SS., saranno ridefiniti i canali e le modalità di presentazione delle segnalazioni, nel rispetto della Delibera ANAC n° 311 del 12 luglio 2023.

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

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

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

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

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

Il d.lgs. n. 24/2023 stabilisce che sono oggetto di segnalazione, divulgazione pubblica o denuncia le informazioni sulle violazioni, compresi i fondati sospetti, di normative nazionali e dell'Unione europea che ledono l'interesse pubblico o l'integrità dell'amministrazione pubblica o dell'ente privato commesse nell'ambito dell'organizzazione dell'ente con cui il segnalante o denunciante intrattiene uno di rapporti giuridici qualificati considerati dal legislatore 28 (cfr. § 2.1.2). Le informazioni sulle violazioni possono riguardare anche le violazioni non ancora commesse che il whistleblower, ragionevolmente, ritiene potrebbero esserlo sulla base di elementi concreti<sup>29</sup>. Tali elementi possono essere anche irregolarità e anomalie (indici sintomatici) che il segnalante ritiene possano dar luogo ad una delle violazioni previste dal decreto.

Non sono ricomprese tra le informazioni sulle violazioni segnalabili o denunciabili<sup>30</sup> le notizie palesemente prive di fondamento, le informazioni che sono già totalmente di dominio pubblico, nonché le informazioni acquisite solo sulla base di indiscrezioni o vociferazioni scarsamente attendibili (cd. voci di corridoio).

Tenendo conto dell'ampiezza delle fattispecie che possono essere oggetto di segnalazione, divulgazione pubblica o denuncia, il legislatore ha tipizzato gli illeciti, gli atti, i comportamenti o le omissioni che possono essere segnalati, divulgati o denunciati, indicando in modo dettagliato, anche se con una tecnica di rinvio piuttosto complessa, che cosa è qualificabile come violazione.

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

Diversamente da quanto previsto nelle precedenti LLGG ANAC n. 469/2021, la violazione segnalabile non può consistere in una mera irregolarità, come le situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si riscontrino comportamenti impropri di un funzionario pubblico che, anche al fine di curare un interesse proprio o di terzi, assuma o concorra all'adozione di una decisione che devia dalla cura imparziale dell'interesse pubblico.

Tuttavia, le irregolarità possono costituire quegli “elementi concreti” (indici sintomatici) tali da far ritenere ragionevolmente al whistleblower che potrebbe essere commessa una delle violazioni previste dal decreto e di seguito indicate. La ratio di fondo, anche in base alle nuove disposizioni, in linea con la l. n. 190/2012, è quella di valorizzare i principi costituzionali di buon andamento e imparzialità dell’azione amministrativa di cui all’art. 97 Cost. nonché quello della correttezza dell’azione all’interno dei soggetti che operano nell’ambito di un ente pubblico o privato, rafforzando i principi di legalità nonché della libertà di iniziativa economica e di libera concorrenza tutelati ai sensi dell’art. 41 Cost. Le violazioni possono riguardare sia disposizioni normative nazionali che dell’Unione europea.

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

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

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

### Codice di comportamento

Gli strumenti di integrity management definiscono i principi di comportamento ed i valori cui deve essere improntata l'attività amministrativa-gestionale, al di là delle norme penali e dalle altre prescrizioni normative. Il Codice, approvato con Decreto del Presidente della Repubblica, 16 aprile 2013, n. 62 (pubblicato sulla G.U. il 4 giugno 2013 e quindi in vigore a far data dal 19 giugno 2013), costituisce una fonte regolamentare che integra tutti i contratti individuali di lavoro e pone già problemi applicativi di rapporto tra fonte normativa generale ed i singoli contratti di lavoro di ciascun dipendente pubblico. Tale codice è finalizzato a dettare regole di lealtà, imparzialità, servizio esclusivo a cura dell'interesse pubblico, che trovano nella Costituzione la più importante fonte.

Provvisoriamente, fino alla redazione del nuovo codice di comportamento, rimane vigente il codice adottato con determina n. 795/2014, aggiornato nel 2022 con Determina n. 234/DG ASUR.

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

#### [Applicabilità del Codice](#)

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

#### [Rapporti con le altre fonti normative e con gli altri strumenti di gestione](#)

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

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

#### [Strumenti di informazione e pubblicità](#)

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

#### [Sanzioni degli obblighi derivanti dal Codice di Comportamento](#)

La violazione degli obblighi previsti dal nuovo Codice di Comportamento, approvato con Determina n. 234/2022, è fonte di responsabilità disciplinare. Le sanzioni applicabili, nel rispetto dei principi di gradualità e proporzionalità, sono quelle previste dalla legge, dai regolamenti e dai contratti collettivi, incluse

quelle espulsive. In seguito all'aggiornamento del Codice di Comportamento, il dipendente, all'atto dell'assegnazione all'ufficio, rilascia la dichiarazione relativa alle situazioni di incompatibilità e conflitto di interessi in forma di autocertificazione.

#### **Soggetti responsabili del monitoraggio della misura**

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

#### **La gestione dei conflitti di interesse - dichiarazioni pubbliche di interessi**

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

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

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

#### **Strumenti di interrelazione con altre misure di prevenzione della corruzione**

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

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

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



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

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

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

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

#### Formazione obbligatoria generale e specifica

La formazione in tema di anticorruzione è identificata come uno dei principali meccanismi di prevenzione del rischio che si verifichi un fenomeno di corruzione. Tutti i dipendenti aziendali, in particolare coloro che, direttamente o indirettamente, svolgono attività ritenute ad elevato rischio di corruzione, devono partecipare al programma formativo sulla prevenzione e repressione della corruzione, oltre che sui temi della legalità.

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

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

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

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

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

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

I percorsi formativi dovranno pertanto connotarsi per una sempre maggiore specificità in relazione alla peculiarità del settore sanitario rispetto agli altri settori della pubblica amministrazione e per l'approccio operativo finalizzato al consolidamento di una reale e concreta capacità di applicazione e di trasferimento delle competenze nell'espletamento delle funzioni rivestite all'interno dell'organizzazione.

#### **Pantouflage**

Il legislatore nazionale ha introdotto il comma 16-ter dell'art. 53 del d.lgs. n. 165/200145 che si applica ai casi di passaggio dal settore pubblico al privato a seguito della cessazione del servizio. La norma dispone nello specifico il divieto per i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni, di svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività dell'amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. In caso di violazione del divieto sono previste specifiche conseguenze sanzionatorie che hanno effetti sul contratto di lavoro e sull'attività dei soggetti privati. I contratti di lavoro conclusi e gli incarichi conferiti in violazione del divieto sono, infatti, nulli e i soggetti privati che hanno concluso contratti o conferito incarichi in violazione del divieto non possono contrattare con la pubblica amministrazione per i



successivi tre anni e hanno l'obbligo di restituire i compensi eventualmente percepiti e accertati, riferiti a detti contratti o incarichi.

Il divieto di pantouflage non riguarda esclusivamente i dipendenti inquadrati nei vertici organizzativi che dispongono di poteri di azione e decisione, ma si estende a "coloro che abbiano partecipato al procedimento", e che molto ampia è anche l'elencazione dei provvedimenti tipici dell'esercizio dei poteri autoritativi e negoziali quali: contratti per l'acquisizione di beni e servizi, provvedimenti che incidono unilateralmente, modificandole, su situazioni giuridiche soggettive dei destinatari, nonché gli atti di concessione di vantaggi o utilità al privato, come autorizzazioni, concessioni, sovvenzioni, sussidi e vantaggi economici di qualunque genere. Il comma 16-ter all'art. 53 del d.lgs.165/2001 applica la disciplina del Pantouflage anche ai soggetti privati che abbiano stipulato contratti di lavoro o comunque attribuito incarichi a ex dipendenti pubblici, prevedendo, in caso di violazione del divieto, la nullità dei contratti stipulati. Le pubbliche amministrazioni sono tenute ad inserire nei bandi di gara o negli atti prodromici all'affidamento di appalti pubblici, tra i requisiti generali di partecipazione previsti a pena di esclusione e oggetto di specifica dichiarazione da parte dei concorrenti, la condizione che l'operatore economico non abbia stipulato contratti di lavoro o comunque attribuito incarichi a ex dipendenti pubblici, in violazione dell'art. 53, co. 16-ter, del d.lgs. n. 165/2001 (cfr. pareri ANAC AG/8 del 18 febbraio 2015 e AG/2 del 4 febbraio 2015)". Nell'aggiornamento al PNA 2019 ANAC ha confermato che l'obbligo di rendere la specifica dichiarazione è stato ribadito nei bandi-tipo emanati dall'Autorità in attuazione del d.lgs. 50/2016, recante il codice dei contratti pubblici. In particolare, nel bando tipo n. 1, approvato con delibera del 22 novembre 2017 § 6, è previsto che "Sono esclusi dalla gara gli operatori economici per i quali sussistono cause di esclusione di cui all'art. 80 del Codice. Sono comunque esclusi gli operatori economici che abbiano affidato incarichi in violazione dell'art. 53, comma 16-ter, del d.lgs. del 2001 n. 165".

Di conseguenza la AST di Macerata prevede:

- l'adozione della clausola di Pantouflage da inserire in tutti i bandi di gara e negli atti prodromici all'affidamento di appalti pubblici nonché l'approvazione di appositi Modelli di dichiarazione, predisposti a tale scopo dal Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (RPCT), che deve essere resa ai sensi del D.P.R. n. 445/2000;
- l'obbligo di una dichiarazione da far compilare al dipendente al momento dell'ingresso e/o al momento della sua cessazione dal servizio, ai sensi del comma 16 ter dell'art. 53 del Decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, introdotto dall' articolo 1, comma 42 della legge 6 novembre 2012, n. 190.

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

il RPCT, alla luce dei compiti ad esso attribuito in materia di inconferibilità e incompatibilità, è chiamato a verificare la corretta attuazione delle misure di

prevenzione del pantouflage, anche attraverso attività volte ad acquisire di informazioni utili, come, ad esempio, la consultazione delle banche dati liberamente accessibili da parte delle amministrazioni. Per lo svolgimento di tali compiti, Il RPCT si avvarrà della collaborazione degli uffici competenti dell'amministrazione (ad esempio, l'ufficio del personale o l'ufficio gare e contratti).

### *2.3.4b Misure Specifiche*

#### *Incarichi e nomine*

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

#### *Conferimento incarichi dirigenziali*

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

#### **Incarichi dirigenziali di struttura complessa – area sanitaria**

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

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

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

Con DELIBERAZIONE n. 215 del 27/02/2023, la GIUNTA REGIONALE MARCHE ha disposto di approvare, in applicazione dell'art. 20 L.R. n. 19/2022, le linee di

indirizzo per gli Enti del SSR di cui all'allegato A formante parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, concernenti i criteri e le modalità per il conferimento degli incarichi di direzione di Struttura Complessa per la dirigenza medica, veterinaria e sanitaria ai sensi dell'art. 20 L. 118/2022.

Gli indirizzi (all'allegato A della DGRM citata) non trovano applicazione nel caso di conferimento di incarichi di Direttore di Dipartimento o Distretto, per i quali operano le disposizioni specifiche contenute nel D. Lgs. 502/1992; di stabilire inoltre che per il conferimento degli incarichi di direzione di Struttura Complessa non possono essere utilizzati contratti a tempo determinato di cui all'art. 15 septies del D. Lgs. 502/1992.

Le linee di indirizzo hanno previsto forme di selezione e trasparenza a garanzia della qualità del profilo del soggetto da incaricare.

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

### **Incarichi a soggetti esterni**

Le indicazioni formulate per l'assegnazione degli incarichi dirigenziali di struttura complessa, per quanto applicabili, possono estendersi ai casi di conferimento di incarichi individuali anche a professionisti esterni all'organizzazione. Laddove non sia previsto di norma il ricorso a procedure di selezione comparativa, l'organo nominante deve dotarsi di tutti gli strumenti interni che consentano la massima pubblicizzazione delle esigenze alla base del conferimento, delle caratteristiche e delle competenze professionali funzionali allo svolgimento dell'incarico (come ad esempio regolamenti interni, albi e/o elenchi di professionisti ed esperti), al fine anche di consentire opportune verifiche sul possesso dei requisiti e sul rispetto dei principi di trasparenza, rotazione ed imparzialità.

L'attribuzione degli incarichi sia interni sia esterni deve conformarsi ai principi di trasparenza e imparzialità. L'art. 41, del D.lgs. 33/2013, come modificato dal D.Lgs n. 97/2013, prevede ai commi 2 e 3 l'obbligo di pubblicare tutte le informazioni e i dati concernenti le procedure di conferimento degli incarichi di direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo, responsabile di dipartimento e di strutture semplici e complesse, ivi compresi i bandi e gli avvisi di selezione, lo svolgimento delle relative procedure, nonché gli atti di conferimento.

### **Rotazione degli incarichi**

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

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

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

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

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

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

#### Incompatibilità e inconferibilità

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

#### Art. 1- Procedura di contestazione

1. Il RPCT, quando viene a conoscenza, d'ufficio o su segnalazione, della sussistenza o dell'insorgenza di una causa di inconferibilità o di incompatibilità, a carico di un dirigente titolare di un "incarico amministrativo di vertice", secondo quanto definito dal D.Lgs. n. 39/2013 e dalle Delibere ANAC n. 149/2014 e n. 833/2016, deve provvedere tempestivamente alla

contestazione del fatto all'interessato, a seguito degli accertamenti istruttori preliminari ritenuti necessari, che dovranno esaurirsi comunque entro il termine massimo di 15 giorni dal momento in cui ha avuto notizia della causa di inconferibilità o di incompatibilità.

2. La contestazione deve essere effettuata per iscritto e comunicata formalmente al dirigente, a cura del RPC attraverso lettera, da consegnare a mano e di cui il dirigente deve rilasciare apposita ricevuta. La lettera di contestazione può essere consegnata attraverso il servizio postale (con raccomandata A.R.) in caso di assenza dal servizio del dirigente. In ogni caso è sempre possibile l'inoltro all'indirizzo PEC personale del dirigente, se ufficialmente comunicata o nota al RPC. 3. Il RPC trasmette copia della contestazione anche al superiore gerarchico dell'interessato.

#### Art. 2- Controdeduzioni del dirigente

1. Con la lettera di contestazione il RPC deve assegnare cinque giorni, dalla data del ricevimento della contestazione, al dirigente per presentare eventuali argomentazioni a difesa circa l'insussistenza della causa di incompatibilità o di inconferibilità dell'incarico.
2. Il dirigente, in caso di incompatibilità, può anche comunicare, entro il termine di cui sopra, che intende rimuovere la causa esterna di incompatibilità, conservando l'incarico.
3. Restano ferme le disposizioni che prevedono il collocamento in aspettativa dei dipendenti delle PP.AA. di incompatibilità (art. 19, co. 2 del D.Lgs n. 39/2013).

#### Art. 3- Chiusura del procedimento

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

#### Art. 4 - Ulteriori contestazioni del RPCT

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

#### Art. 5 - Accertamento nullità dei conferimenti

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

#### Art. 6 - Segnalazione violazioni

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

#### Gestione entrate, spese e patrimonio

#### Bilancio e Gestione dei pagamenti

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

In questa area è necessario confermare:



1. la piena tracciabilità e trasparenza dei flussi contabili e finanziari è realizzata, per quanto riguarda la parte delle entrate, mediante il sistema di home-banking del servizio di Tesoreria; per gli incassi derivanti dagli sportelli cassa delle strutture sanitarie, viene effettuata mensilmente la quadratura tra il denaro versato in banca dagli addetti alla riscossione e le fatturazione emesse;
2. per quanto riguarda invece le spese, la piena tracciabilità e trasparenza dei flussi contabili e finanziari è realizzata mediante l'implementazione di un sistema informatico di work flow per la liquidazione delle fatture che, quindi, agevolano la verifica e il controllo sulla correttezza dei pagamenti effettuati (riferimento Det.ASUR n. 605 del 2/12/2021);
3. tutti i mandati di pagamento hanno una doppia firma, al fine di realizzare un controllo incrociato inoltre sono tutti ordinativi informatici (OPI) che confluiscono nella Piattaforma dei Crediti commerciali (PCC) del MEF;
4. la pubblicazione sul sito della trasparenza dell'indice trimestrale di tempestività dei pagamenti avviene con cadenza trimestrale, mentre quella del bilancio consuntivo secondo gli schemi ministeriali di conto economico sarà effettuata solo dopo l'approvazione del documento da parte della Regione Marche;
5. la gestione contabile-patrimoniale trasparente delle risorse attraverso la corretta tenuta delle scritture contabili (registrazione di bilancio e rilevazioni veritiere);
6. l'AST di Macerata ha ritenuto di mantenere il Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC) dei dati e dei bilanci dell'azienda fino al suo completamento, secondo le indicazioni della Regione Marche (DGRM n. 536/2015). Tale percorso, è stato riprogrammato con DGRM n. 1576 del 19/12/2016 e successivamente con DGRM n. 1618 del 28/12/2017.

#### Area Patrimonio e Servizi Manutentivi

Ai sensi dell'articolo 42, comma 5 della Legge regionale 8 agosto 2022 n. 19, la Giunta regionale, ai fini della costituzione delle Aziende sanitarie territoriali, ha stabilito le modalità di subentro delle Aziende sanitarie territoriali nell'attività e nei rapporti giuridici attivi e passivi, di carattere finanziario, fiscale, patrimoniale facenti capo all'Azienda sanitaria unica regionale (ASUR) alla data della soppressione, fatta salva la gestione liquidatoria. il patrimonio delle aziende/AV soppresse, come risultante dall'atto di ricognizione, è trasferito all'AST di nuova istituzione con decorrenza 1/1/2023. La valorizzazione del patrimonio sarà quella rilevabile in sede di redazione del bilancio di esercizio 2022.

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

- Art. 20 - I beni appartenenti alle Aziende sanitarie sono distinti in beni patrimoniali indisponibili e beni patrimoniali disponibili. Sono beni patrimoniali indisponibili i beni sottoposti a tale regime giuridico e i beni strumentali all'esercizio delle funzioni istituzionali delle Aziende sanitarie. Gli altri rientrano nel patrimonio disponibile



- Art. 21 - L'inventario generale del patrimonio deve redigersi con riferimento all'avvio dell'attività dell'Azienda e successivamente ogni anno. L'inventario deve contenere l'indicazione analitica e la valutazione delle attività

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

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

Il patrimonio immobiliare disponibile e indisponibile dell'AST, deve essere pubblicato in Amministrazione Trasparente

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

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

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

Nell'apposita sotto-sezione "Opere pubbliche" del link "Amministrazione Trasparente" sono scaricabili tutti i dati richiesti dall'Art. 30 D.Lgs. n. 33/2013 novellato dal D.Lgs. 97/2016.

#### Attività di vigilanza, controlli, ispezioni

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

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

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

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

#### Attività ALPI

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

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

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

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

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

- inserimento dell'attività libero professionale in agende gestite da sistema informativo;

- pianificazione dei volumi dell'attività istituzionale e libero professionale (ex DGR 106/2015) provvisoriamente vigente Determina AV3 n. 1595/22;
- istituzione e operatività della Commissioni paritetiche: provvisoriamente vigente Determina AV3 n. 674/19
- istituzione e operatività dei Servizi ispettivi: provvisoriamente vigente Determina AV3 n. 791/18 (Nella revisione della costituzione dei Servizi ispettivi si dovrà considerare nella composizione il non inserimento di componenti che hanno già una funzione di controllo interno, in particolare in materia di libera professione).

**Possibili rischi relativi all'ALPI:**

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

**Misure previste:**

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

Fermi restando gli obblighi di trasparenza previsti dall'art. 41, co. 3 del d.lgs. 33/2013, che include anche le prestazioni professionali svolte in regime intramurario, l'AST potrà prevedere, al fine di rafforzare la trasparenza

dell'attività svolta in regime di libera professione in tutte le sue fasi, la revisione delle autorizzazioni in caso di esiguo numero di prestazioni svolte.

#### Liste di attesa

Nell'ultimo decennio sono state adottate diverse iniziative, a livello nazionale/regionale, per ridurre le liste di attesa e contenere i tempi di accesso alle prestazioni sanitarie. Nelle Intese siglate in sede di Conferenza Stato Regioni il contenimento delle liste di attesa è divenuto, infatti, oggetto di una disciplina specifica, prevedendo il coinvolgimento di tutti i livelli di governo del Servizio Sanitario nel monitoraggio e nella quantificazione del fenomeno delle liste di attesa.

In seno alle ridette intese è scaturito il "Piano nazionale di governo delle liste di attesa" (PNGLA)

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

Con DGR n. 462 del 16/04/2019 la Regione Marche ha recepito il "PNGLA 2019-2021 (Rep. Atti n.

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

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

e convenzionato ai fini della realizzazione del piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa”.

L’art. 26 del DL n. 73/2021 ha previsto la proroga delle risorse già stanziare con il decreto-legge n.104, fino al 31/12/2021, al fine di consentire un maggior recupero delle prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti in regime di elezione e delle prestazioni di specialistica ambulatoriale non erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate e che dette misure sono state ulteriormente prorogate, nella Legge di bilancio 2022, al fine di garantire la piena attuazione del Piano Operativo per il recupero delle liste di attesa di cui all’ articolo 29 sopra citato. La Regione Marche, in materia, con DGRM 490 del 02/05/2022 “Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste d'attesa di cui alla DGR n. 1323/2020 ex art. 29 del DL 104/2020 - Rimodulazione per l'anno 2022 ai sensi della Legge n. 234 del 30 dicembre 2021, art 1 commi 276 - 279” ha rimodulato il Piano Operativo per il recupero delle liste di attesa di cui alla DGR 1323/2020. L’ulteriore proroga degli strumenti straordinari adottati dal 2022 è avvenuta con DL n.198 del 29/12/2022 - art 4 comma 9 - octies “Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi”, convertito con modificazioni dalla L. 24 febbraio 2023, n. 14, di cui parte del finanziamento previsto - 70% del valore stimato delle risorse finalizzate a livello statale - è stato assegnato agli Enti del SSR con DGRM 1046/2023. In aggiunta, nel corso del 2022 e nel 2023 la Regione e gli Enti del SSR, data la rilevanza e le criticità degli obiettivi da raggiungere nell’ambito delle Liste di Attesa, hanno istituito una rete di referenti delle liste di attesa, a livello regionale, aziendale e distrettuale.

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

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

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

Con Determina del Commissario Straordinario AST di MACERATA n. 268 del 17/03/2023 si è disposto di il piano attuativo per il Governo delle liste di attesa. Con determina del 1076/AST\_MC del 27/09/2023 è stato nuovamente costituito il “Comitato Tecnico per il contenimento dei tempi di Attesa” dell’AST di Macerata, con il compito di supportare la Direzione Generale nelle attività di indirizzo, monitoraggio e valutazione delle specifiche azioni da adottarsi in

materia di strutturazione dell'offerta e di modalità omogenee di gestione delle liste d'attesa, ed in particolare:

- Aggiornamento/modifica delle agende con i tempi unitari per prestazione esistenti in periodo pre - covid (2019);
- Indicazioni sui volumi di attività e obiettivi da assegnare alle UUOO nel Budget in tema di tempi di attesa;
- Autorizzazione preventiva alla creazione delle agende di prenotazione ambulatoriali, sulla base dei volumi di attività e risorse assegnate;
- Autorizzazione preventiva alla sospensione delle agende di prenotazione che comportano una qualsiasi riduzione dell'offerta di prestazioni ambulatoriali;
- Formulazione di un piano di recupero delle liste di attesa, attuativo della DGRM 1046/2023 e degli altri istituti contrattuali utilizzabili per incentivare l'offerta di prestazioni, da negoziare con gli erogatori;
- Gestione del tavolo di confronto con i MMG/PLS sulle regole di accesso alle prestazioni con priorità, mediante il coinvolgimento dei Direttori di Distretto o loro delegati;
- Indicazioni per la committenza verso il privato accreditato finalizzate alla riduzione delle Liste di attesa;
- Gestione del tavolo di committenza verso l'Azienda Ospedaliero - Universitaria delle Marche e l'INRCA finalizzato alla gestione delle Liste di attesa dei residenti dell'AST Macerata.

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

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

Il sistema CUP unico regionale mette a disposizione automaticamente delle agende dell'intero territorio regionale finalizzate alla garanzia del posto entro i tempi previsti. Queste agende sono state attivate con la sinergia delle case di cura private accreditate sulla base dell'accordo regionale (DGR 978/19) e successivamente anche di altre strutture private (DGR n. 1330/19, n. 1331/19).



e n. 1516/19). Qualora non fosse individuato un posto in grado di soddisfare la richiesta dell'utente, l'operatore che effettua la prenotazione propone allo stesso di essere inserito in liste di garanzia.

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

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

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

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

### **Misure previste per l'anno 2024:**

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

### **Controlli nelle strutture convenzionate**

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **Misure definite:**

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

#### **Spesa farmaceutica convenzionata ed interna**

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

Così anche nell'ambito della ricerca e dello sviluppo dei farmaci, i rischi principali sono legati alla comunità scientifica. Alla base di ciò vi è la perdita della sua indipendenza perché condizionata dai finanziamenti delle aziende farmaceutiche.

In questo ambito, è stato rilevato il pagamento di tangenti a medici e ricercatori affinché falsificassero le informazioni e creassero allarme su un determinato fenomeno o pandemia. Inoltre, a volte i ricercatori manipolano i dati, omettono alcuni risultati per mostrare i benefici di un farmaco.

Nel settore farmaceutico, possibili truffe si realizzano nel:

- a) furto di medicinali,
- b) comparaggio farmaceutico,
- c) improprio utilizzo di farmaci,
- d) richiesta di indebiti rimborsi,
- e) il fenomeno c.d. "delle ricette ai morti" che si verifica quando il medico prescrive medicinali a pazienti inconsapevoli o addirittura deceduti con correlative erogazioni da parte della farmacia che riceve i rimborsi vendendo abusivamente farmaci defustellati.

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

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

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

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

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

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

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

- fissare per ogni medico di medicina generale e pediatra di libera scelta rigorosi obiettivi imposti dal livello regionale;

- monitorare tale obiettivi con report specifici;
- elaborare dettagliata reportistica che viene notificata ai singoli medici, ai Direttori dei Distretti e al vertice aziendale;
- potenziare le attività di distribuzione diretta tramite le farmacie interne;
- elaborare specifici indicatori attraverso i quali individuare possibili effetti corruttivi sulla base di influenze negative da parte delle aziende produttrici di farmaci.

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

#### Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero

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

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

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

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

- i rapporti tra cittadini ed impresa che attengono all'affidamento del servizio funebre devono svolgersi al di fuori dei locali dell'azienda".

Su richiesta degli utenti, è possibile mettere a disposizione un elenco telefonico pubblico per la ricerca degli operatori presenti sul territorio di competenza. Gli elenchi telefonici e/o delle ditte presenti nel territorio saranno messi a disposizione degli utenti direttamente nelle UU.OO. e/o nelle Camere Mortuarie e/o nelle Portinerie. Le regole per la tutela dei diritti degli utenti sono rappresentati nella "Informativa per i familiari" che deve risultare esposta in evidenza e ben visibile nella camera mortuaria e/o in altre aree individuate dalla DMO nella struttura ospedaliera (modello 1, pubblicato alla sotto-sezione "Dati Ulteriori" - Amministrazione Trasparente). Quando e dove ritenuta opportuna, l'informativa può essere inoltre consegnata anche direttamente a breve mano ai parenti oltre alla modulistica di scelta dell'impresa di onoranze funebri che, una volta firmata, è da allegare alla documentazione da conservare (modello 2, pubblicato come sopra).

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

### **2.3.4c II PNRR E I CONTRATTI PUBBLICI**

#### **Contratti Pubblici in Sanità**

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

Nel corso del 2023 la disciplina dei contratti pubblici è stata interessata da una serie di interventi legislativi che hanno contribuito a innovarne significativamente l'assetto. L'entrata in vigore il 1° aprile 2023, con efficacia dal successivo 1° luglio 2023, del nuovo Codice dei contratti pubblici di cui al d.lgs. 36/2023 (nel seguito, anche "nuovo Codice") e la conferma di diverse norme derogatorie contenute nel d.l. 76/2020 e nel d.l. n. 77/2021 riferite al d.lgs. 50/2016 (nel seguito, anche "vecchio Codice" o "Codice previgente"), hanno determinato un nuovo quadro di riferimento, consolidando, al contempo, alcuni istituti e novità introdotte negli ultimi anni. L'assetto normativo in essere dopo il 1° luglio 2023 determina pertanto la seguente tripartizione:

- a) procedure di affidamento avviate entro la data del 30 giugno 2023, c.d. "procedimenti in corso", disciplinate dal vecchio Codice (art. 226, comma 2, d.lgs. 36/2023);
- b) procedure di affidamento avviate dal 1° luglio 2023 in poi, disciplinate dal nuovo Codice;
- c) procedure di affidamento relative a interventi PNRR/PNC, disciplinati, anche dopo il 1° luglio 2023, dalle norme speciali riguardanti tali interventi

contenute nel d.l. 77/2021 e ss.mm.ii. e dal nuovo Codice per quanto non regolato dalla disciplina speciale.

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

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

- le disposizioni sulla digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti pubblici recate dalla Parte II del Codice, ovvero dagli artt. 19 e ss. d.lgs. 36/2023, la cui attuazione decorre dal 1° gennaio 2024, come fattore, tra l'altro, di standardizzazione, di semplificazione, di riduzione degli oneri amministrativi in capo agli operatori economici, nonché di trasparenza delle procedure;
- le norme in materia di qualificazione delle stazioni appaltanti di cui agli artt. 62 e 63, d.lgs. 36/2023.

Qualificazione e digitalizzazione costituiscono, quindi, pilastri del nuovo sistema e la loro effettiva, piena, attuazione contribuisce a velocizzare l'affidamento e la realizzazione delle opere, riducendo al contempo i rischi di maladministration mediante la previsione di committenti pubblici dotati di adeguate capacità, esperienza e professionalità e tramite la maggiore trasparenza e tracciabilità delle procedure.

L'aspetto particolarmente rilevante del nuovo Codice è rappresentato dall'inedita introduzione di alcuni principi generali, di cui i più importanti sono i primi tre declinati nel testo, veri e propri principi guida, ossia quelli del risultato, della fiducia e dell'accesso al mercato. Il nuovo Codice enuncia inoltre il valore funzionale della concorrenza e della trasparenza, tutelate non come mero fine ovvero sotto il profilo di formalismi fine a sé stessi, ma come mezzo per la massimizzazione dell'accesso al mercato e il raggiungimento del più efficiente risultato nell'affidamento e nell'esecuzione dei contratti pubblici.

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

1. si applica il PNA 2022 a tutti i contratti con bandi e avvisi pubblicati prima del 1° luglio 2023, ivi inclusi i contratti PNRR;
2. si applica il PNA 2022 ai contratti con bandi e avvisi pubblicati dal 1° luglio 2023 al 31 dicembre 2023, limitatamente alle specifiche disposizioni di cui alle norme transitorie e di coordinamento previste dalla parte III del nuovo Codice (da art. 224 a 229);
3. si applica il PNA 2022 ai contratti PNRR con bandi e avvisi pubblicati dal 1° luglio 2023, con l'eccezione degli istituti non regolati dal d.l. n. 77/2021 e



normati dal nuovo Codice (ad esempio, la digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti), per i quali si applica il presente Aggiornamento 2023;

4. si applica l'Aggiornamento 2023 ai contratti con bandi e avvisi pubblicati dal 1° luglio 2023, tranne quelli di cui ai precedenti punti 2 e 3.

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

RUP e RPCT si auspica operino su piano di collaborazione e coordinamento. In tale ottica, ad esempio, il RUP in presenza di anomalie emerse da esiti dei tracciamenti degli affidamenti ne dà comunicazione al RPCT affinché quest'ultimo possa svolgere successive verifiche, eventualmente a campione. Analogamente, il RPCT può rappresentare un utile supporto per il RUP nella valutazione circa la sussistenza di eventuali situazioni di conflitto di interessi che dovessero insorgere nelle diverse fasi di affidamento ed esecuzione del contratto.

Nella AST di Macerata, conformemente al Regolamento ex ASUR per l'acquisizione di beni e servizi di importo inferiori alla soglia di rilevanza comunitaria ancora vigente, i servizi deputati all'attivazione di procedure di scelta del contraente e/o affidamenti diretti sono:

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

I Servizi Farmaceutici dell'AST, alla luce delle loro peculiari competenze sanitarie, collaborano anche all'identificazione dei fabbisogni e delle caratteristiche tecniche dei prodotti da mettere in gara e possono essere coinvolti sia come progettisti, sia come direttori dell'esecuzione del contratto per il controllo delle forniture e le attività connesse (liquidazione fatture, comunicazioni e rilevazioni di non conformità).

Il principio di trasparenza permea l'intero sistema degli appalti, ivi inclusi quelli per il sotto soglia. La trasparenza riveste, infatti, un ruolo di centrale importanza alla luce dell'innalzamento delle soglie che consentono il ricorso all'affidamento diretto e alle procedure negoziate.

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



- il RPCT è tenuto a prevedere misure di verifica, anche a campione, che le dichiarazioni sul conflitto di interessi rese da parte dei soggetti interessati all'atto dell'assegnazione all'ufficio e nella singola procedura di gara siano state correttamente acquisite e conservate dal RUP nel fascicolo di gara, nonché tenute aggiornate dagli uffici competenti (ad es. ufficio del personale o ufficio gare e contratti) della stazione appaltante. Nello svolgimento di tali verifiche il RPCT può rivolgersi al RUP per chiedere informazioni, in quanto quest'ultimo, come sopra evidenziato, effettua una prima valutazione sulle dichiarazioni.
- Il RPCT interviene in caso di segnalazione di eventuale conflitto di interessi anche nelle procedure di gara. In tale ipotesi lo stesso effettua una valutazione di quanto rappresentato nella segnalazione, al fine di stabilire se esistano ragionevoli presupposti di fondatezza del conflitto. Mantenendo ferme le rispettive competenze, qualora ricorra tale evenienza, sarà cura dello stesso RPCT rivolgersi al RUP, agli organi interni o agli enti/istituzioni esterne preposti ai necessari controlli, in una logica di valorizzazione e di ottimizzazione del sistema di controlli già esistenti nelle amministrazioni. Resta fermo che non spetta al RPCT né accertare responsabilità individuali - qualunque natura esse abbiano - né svolgere controlli di legittimità o di merito su atti e provvedimenti adottati dall'amministrazione, a pena di sconfinare nelle competenze di altri soggetti a ciò preposti nell'ente o nell'amministrazione.
- Il RPCT potrebbe essere interpellato e offrire un supporto al RUP e ai dirigenti competenti di riferimento allo scopo di valutare la sussistenza in concreto di eventuali situazioni di conflitto di interessi che dovessero insorgere nelle diverse fasi di affidamento ed esecuzione del contratto.

#### Patto di Integrità e RASA

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

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

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

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

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

Come previsto dalla DGR 1718/2022, attualmente, nelle more dell'adozione dei nuovi regolamenti da parte dell'AST, rimangono vigenti:

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

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

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

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

- a) dichiarazione di assenza di conflitto di interessi, cause di incompatibilità ed astensione dei commissari interni della Commissione di aggiudicazione;

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

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

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

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

- che le informazioni e i dati relativi alla programmazione di lavori, servizi e forniture, nonché alle procedure del ciclo di vita dei contratti pubblici, ove non considerati riservati ovvero secretati, siano tempestivamente trasmessi alla Banca dati nazionale dei contratti pubblici (BDNCP) presso l'ANAC da parte delle stazioni appaltanti e dagli enti concedenti attraverso le piattaforme di approvvigionamento digitale utilizzate per svolgere le procedure di affidamento e di esecuzione dei contratti pubblici (art. 28);
- che spetta alle stazioni appaltanti e agli enti concedenti, al fine di garantire la trasparenza dei dati comunicati alla BDNCP, il compito di assicurare il collegamento tra la sezione «Amministrazione trasparente» del sito istituzionale e la stessa BDNCP, secondo le disposizioni di cui al d.lgs. 33/2013;
- la sostituzione, ad opera dell'art. 224, co. 4 del Codice, dell'art. 37 del d.lgs. 33/2013 rubricato "Obblighi di pubblicazione concernenti i contratti pubblici di lavori, servizi e forniture" con il seguente: "1. Fermo restando quanto previsto dall'articolo 9-bis e fermi restando gli obblighi di pubblicità legale, le pubbliche amministrazioni e le stazioni appaltanti pubblicano i dati, gli atti e le informazioni secondo quanto previsto dall'articolo 28 del codice dei contratti pubblici di cui al decreto legislativo di attuazione della legge 21 giugno 2022, n. 78. 2. Ai sensi dell'articolo 9-bis, gli obblighi di pubblicazione di cui al comma 1 si intendono assolti attraverso l'invio dei medesimi dati alla Banca dati nazionale dei contratti pubblici presso l'ANAC e alla banca dati delle amministrazioni pubbliche ai sensi dell'articolo 2 del decreto legislativo 29 dicembre 2011, n. 229, limitatamente alla parte lavori."
- che le disposizioni in materia di pubblicazione di bandi e avvisi e l'art. 29 del d.lgs. 50/2016 recante la disciplina di carattere generale in materia di trasparenza (cfr. Allegato 9 al PNA 2022) continuano ad applicarsi fino al 31 dicembre 2023;

- che l’art. 28, co. 3 individua i dati minimi oggetto di pubblicazione e che in ragione di tale norma è stata disposta l’abrogazione, con decorrenza dal 1°luglio 2023, dell’art. 1, co. 32 della legge n. 190/2012.

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

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

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

- con la comunicazione tempestiva alla BDNCP, ai sensi dell’articolo 9-bis del d.lgs. 33/2013, di tutti i dati e le informazioni individuati nell’articolo 10 della deliberazione ANAC n. 261/2023;
- con l’inserimento sul sito istituzionale, nella sezione "Amministrazione trasparente", di un collegamento ipertestuale che rinvia ai dati relativi all’intero ciclo di vita del contratto contenuti nella BDNCP. Il collegamento garantisce un accesso immediato e diretto ai dati da consultare riferiti allo specifico contratto della stazione appaltante e dell’ente concedente ed assicura la trasparenza in ogni fase della procedura contrattuale, dall’avvio all’esecuzione;
- con la pubblicazione in “Amministrazione Trasparente” del sito istituzionale dei soli atti e documenti, dati e informazioni che non devono essere comunicati alla BDNCP, come elencati nell’Allegato 1) della delibera n. ANAC 264/2023 e successivi aggiornamenti.

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

- Contratti con bandi e avvisi pubblicati prima o dopo il 1° luglio 2023 ed esecuzione conclusa entro il 31 dicembre 2023.
- Contratti con bandi e avvisi pubblicati prima o dopo il 1° luglio 2023 ma non ancora conclusi alla data del 31 dicembre 2023.
- Contratti con bandi e avvisi pubblicati dopo il 1° gennaio 2024.

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

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

### 2.3.5 Monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure

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

catalogo attività a rischio	Obiettivi e misure principali	INDICATORI
attività trasversali a tutte le UU.OO.CC.	<ul style="list-style-type: none"> <li>nomina di un responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT);</li> <li>definizione degli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza;</li> </ul>	Attività Effettuata/ Attività NON effettuata (SI/NO)

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• corretta applicazione obblighi di pubblicazione (trasp. proattiva) e accesso civico semplice e generalizzato (trasp. reattiva);</li> <li>• adozione e aggiornamento della presente sottosezione di programmazione denominata “Rischi corruttivi e Trasparenza”;</li> <li>• aggiornamento del Codice di Comportamento aziendale;</li> <li>• applicazione di criteri di selezione e rotazione (ordinaria e straordinaria) del personale operante nelle aree a rischio;</li> <li>• formazione sulle norme ed in particolare in materia di etica, integrità ed altre tematiche attinenti alla prevenzione della corruzione (di livello generale e specifico);</li> <li>• redazione dichiarazioni su assenza conflitto di interesse o incompatibilità;</li> <li>• applicazione disciplina specifica in materia di incarichi d’ufficio e attività ed incarichi extra-istituzionali;</li> <li>• applicazione disciplina specifica in materia di formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la P.A.;</li> <li>• applicazione disciplina specifica in materia di conferimento di incarichi dirigenziali in caso di particolari attività o incarichi precedenti e di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage–revolving doors);</li> <li>• adozione disciplina specifica e piattaforma di segnalazione in materia di dipendente che effettua segnalazioni di illecito (whistleblower).</li> </ul>	
prevenzione del riciclaggio	<p>Formazione inserita nel PFA (Piano formativo aziendale) e organizzata dal RPCT per l’approfondimento della normativa e delle attività da porre in essere.</p> <p>Costituzione di un gruppo di lavoro per la redazione di una procedura antiriciclaggio e contrasto al finanziamento del terrorismo</p>	Attività Effettuata/ Attività NON effettuata (SI/NO)
<b>Misure Specifiche</b>		
<p>“Acquisizione e progressione del personale, incarichi e nomine”</p> <p>Attività di rischio:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reclutamento</li> <li>2. Progressioni di carriera, incarichi e nomine</li> <li>3. Conferimento di incarichi libero professionali e di collaborazione</li> <li>4. Altre forme di reclutamento diverse dal lavoro dipendente (tirocini, borse di studio, ecc.)</li> </ol>	<p>Applicazione regolamento che assicuri che il procedimento di individuazione del soggetto al quale affidare l’incarico di struttura complessa sia caratterizzato da profili di imparzialità</p> <p>Estensione, per quanto applicabili, del regolamento di cui al punto precedente ai casi di conferimento di incarichi individuali anche a professionisti esterni all’organizzazione</p> <p>Applicazione principi di integrità, trasparenza e imparzialità a tutti i processi</p> <p>Programmazione ed attuazione delle procedure di rotazione, compatibilmente con le caratteristiche della organizzazione, correlandole con altre vicende contrattuali connesse alla scadenza di incarichi.</p>	Misura Effettuata/ Misura NON effettuata (SI/NO)



5. Sostituzione della dirigenza medica e sanitaria		
<p>“Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio”</p> <p>Attività di rischio:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fatturazione Attiva</li> <li>2. Fatturazione Passiva</li> <li>3. Gestione del patrimonio immobiliare e mobiliare</li> <li>4. Gestione Finanziamenti Pubblici</li> <li>5. Incasso Ticket (Maneggio denaro)</li> <li>6. Pagamenti</li> <li>7. Gestione delle uscite</li> <li>8. Donazioni</li> </ol>	<p>piena tracciabilità e trasparenza dei flussi contabili e finanziari, tutti i mandati di pagamento devono avere una doppia firma, al fine di realizzare un controllo incrociato;</p> <p>pubblicazione sul sito della trasparenza dell'indice trimestrale di tempestività dei pagamenti e del bilancio secondo gli schemi ministeriali di conto economico;</p> <p>gestione contabile-patrimoniale trasparente delle risorse attraverso corretta tenuta delle scritture contabili (registrazione di bilancio e rilevazioni veritiere)</p> <p>Tutte le informazioni relative ai beni immobili posseduti o detenuti, compresi i canoni di locazione o di affitto versati o percepiti, devono essere aggiornate e pubblicate nella specifica sottosezione dell'Amministrazione trasparente</p> <p>Nell'apposita sotto-sezione “Opere pubbliche” del link “Amministrazione Trasparente” sono scaricabili tutti i dati richiesti dall'art. 1, comma 32 della Legge n. 190/2012, compresi gli atti di programmazione, attraverso il collegamento con la Banca dati delle Amministrazioni pubbliche (BDAP)</p>	<p>Misura Effettuata/ Misura NON effettuata (SI/NO)</p>
Attività di vigilanza, controllo, ispezione e l'eventuale irrogazione di sanzioni	<p>utilizzo di modelli standard di verbali con check list;</p> <p>rotazione del personale ispettivo,</p> <p>controllo a campione dichiarazioni su assenza conflitto di interesse o incompatibilità</p>	<p>Misura Effettuata/ Misura NON effettuata (SI/NO)</p>
<p>Attività libero professionale e liste di attesa”</p> <p>Attività di rischio:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) false/imprecise dichiarazioni prodotte ai fini del rilascio dell'autorizzazione;</li> <li>b) mancato rispetto della proporzionalità tra attività istituzionale e libero professionale;</li> <li>c) svolgimento della libera professione in orario di servizio;</li> <li>d) anomalie nella gestione del supporto diretto nell'attività libero professionale;</li> <li>e) trattamento differenziato dei pazienti trattati in libera professione</li> <li>f) Alterazione liste di attesa</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• definizione di un format aziendale di richiesta con indicazione dell'offerta in regime istituzionale presente nel sistema informativo di prenotazione;</li> <li>• negoziazione dei volumi di attività libero professionale nell'ambito del processo di budget;</li> <li>• attivazione di un cruscotto basato sui posti a CUP per centro di costo per il monitoraggio dell'offerta istituzionale e libero professionale;</li> <li>• predisposizione di un format aziendale per la comunicazione del piano di lavoro dei titolari di Unità operativa complessa;</li> <li>• accesso dei referenti della libera professione al sistema rilevazione presenze per il controllo periodico della corretta registrazione dell'orario di attività libero professionale</li> </ul> <p>Rimodulazione dell'offerta tra diverse prestazioni e rimodulazione dell'offerta tra diverse sedi di erogazione, Implementazione, ove vi sia disponibilità di ore di incarico vacanti, dell'offerta specialistica convenzionata (SUMAISTI), Utilizzo mirato del fondo Balduzzi, Revisione della committenza verso le strutture private</p>	<p>Misura Effettuata/ Misura NON effettuata (SI/NO)</p> <p>numero di prestazioni erogate in intramoenia/numero di prestazioni erogate in attività istituzionali (sia per singolo specialista che in equipe)</p>
Strutture convenzionate Attività di rischio	<p>controlli continui sull'attuazione degli accordi contrattuali.</p>	<p>Misura Effettuata/ Misura NON effettuata (SI/NO)</p>



<ul style="list-style-type: none"> <li>- mancato rispetto delle previsioni contrattuali in merito alla tipologia ed alla qualità delle prestazioni,</li> <li>- riconoscimenti economici indebiti per prestazioni inappropriate o non erogate, assenza o inadeguatezza delle attività di controllo</li> </ul>		
<p>Spesa farmaceutica convenzionata ed interna</p> <p>Attività di rischio</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) furto di medicinali,</li> <li>b) comparaggio farmaceutico,</li> <li>c) improprio utilizzo di farmaci,</li> <li>d) richiesta di indebiti rimborsi,</li> <li>e) il fenomeno c.d. “delle ricette ai morti”</li> </ul>	<p>implementazione di una reportistica utile ad individuare tempestivamente eventuali anomalie prescrittive.</p> <p>Attuazione delle seguenti misure di controllo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- fissare per ogni medico di medicina generale e pediatra di libera scelta rigorosi obiettivi imposti dal livello regionale;</li> <li>- monitorare tale obiettivi con report specifici;</li> <li>- elaborare dettagliata reportistica che viene notificata ai singoli medici, ai Direttori dei Distretti e al vertice aziendale;</li> <li>- potenziare le attività di distribuzione diretta tramite le farmacie interne;</li> <li>- elaborare specifici indicatori attraverso i quali individuare possibili effetti corruttivi sulla base di influenze negative da parte delle aziende produttrici di farmaci.</li> </ul>	<p>Misura Effettuata/ Misura NON effettuata (SI/NO)</p>
<p>Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero</p>	<p>aggiornamento delle procedure di polizia mortuaria, rispettando le indicazioni sotto riportate:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'identificazione e la scelta dell'impresa di onoranze funebri è di esclusiva competenza dei familiari/congiunti;</li> <li>• è fatto divieto assoluto a tutto il personale di suggerire nominativi o indirizzi o procurare servizi alle imprese stesse;</li> <li>• nessuna forma di pubblicità riferita ad imprese di onoranze funebri, neppure indiretta, è consentita all'interno dei locali delle strutture della AST di Macerata e nelle aree pertinenti;</li> <li>• è fatto divieto all'impresa di utilizzare per le proprie attività il personale dell'AST o corrispondere allo stesso compensi sotto qualsiasi forma;</li> <li>• la presenza in camera mortuaria degli addetti delle imprese di Onoranze Funebri deve essere limitata unicamente allo svolgimento delle funzioni consentite e per il tempo strettamente necessario;</li> <li>• gli addetti delle ditte all'interno dell'obitorio devono essere chiaramente identificabili tramite appositi cartellini di riconoscimento (nome e ditta);</li> <li>• è vietata agli addetti delle imprese la permanenza nei locali dell'obitorio per evitare possibili conflitti di interesse tra diverse imprese e per consentire il miglior svolgimento delle attività;</li> </ul>	<p>Misura Effettuata/ Misura NON effettuata (SI/NO)</p>

	<ul style="list-style-type: none"><li>• i rapporti tra cittadini ed impresa che attengono all'affidamento del servizio funebre devono svolgersi al di fuori dei locali dell'azienda"</li></ul>		
Affidamento di lavori, servizi e forniture e contratti pubblici			
Carattere generale	ADEGUAMENTO REGOLAMENTO ACQUISTI E BENI SERVIZI entro il 31/12/2024 ADOZIONE PROGRAMMA TRIENNALE BENI E SERVIZI entro il 31/12/2024 NUOVI PATTI DI INTEGRITA' CON AGGIORNAMENTO DICHIARAZIONI CONFLITTI DI INTERESSE entro il 31/12/2025 ADOZIONE NUOVO REGOLAMENTO INCENTIVI entro il 31/12/2025		Misura Effettuata/ Misura NON effettuata (SI/NO)
Nuovo Codice dei contratti pubblici (decreto legislativo 36/2023)			
Norma	Possibili eventi rischiosi	Possibili Misure	indicatori
Art. 50, d.lgs. 36/2023 Appalti sotto soglia comunitaria In particolare fattispecie di cui al comma 1: per gli appalti di servizi e forniture di importo fino a 140 mila € e lavori di importo inferiore 150 mila € affidamento diretto, anche senza consultazione di più OO.EE.	Condizionamento dell'intera procedura di affidamento ed esecuzione dell'appalto attraverso la nomina di un Responsabile Unico di Progetto (RUP) non in possesso di adeguati requisiti di professionalità ai sensi dell'art. 15, d.lgs. 36/2023 e allegato I.2 al medesimo decreto.	Link alla pubblicazione del CV del RUP, se dirigenti o titolari di posizione organizzativa, ai sensi dell'art. 14 del d.lgs. n. 33/2013 per far conoscere chiaramente i requisiti di professionalità.	Misura Effettuata/ Misura NON effettuata (SI/NO)
		Dichiarazione da parte del soggetto che ricopre l'incarico di RUP, o del personale di supporto, delle eventuali situazioni di conflitto di interessi ai sensi dell'art. 16, d.lgs. 36/2023	Misura Effettuata/ Misura NON effettuata (SI/NO)
		Individuazione del soggetto competente alla verifica e valutazione delle dichiarazioni rese (cfr. Parte speciale, Conflitti di interessi in materia di contratti pubblici del PNA 2022).	Misura Effettuata/ Misura NON effettuata (SI/NO)
Nella scelta degli OO.EE. affidatari tramite l'affidamento diretto e la procedura negoziata si applica un criterio di rotazione degli affidamenti NB: La rotazione non si applica quando l'indagine di mercato sia stata effettuata senza porre limiti al numero di operatori economici in possesso dei requisiti richiesti da invitare alla successiva procedura negoziata (art. 49, comma 5).	Mancata rotazione degli operatori economici, secondo il criterio dei successivi due affidamenti ex art. 49, commi 2 e 4 del Codice, chiamati a partecipare e formulazione di inviti alla procedura ad un numero di soggetti inferiori a quello previsto dalla norma al fine di favorire determinati operatori economici a discapito di altri.	Verifica da parte della SA circa la corretta attuazione del principio di rotazione degli affidamenti al fine di garantire la parità di trattamento in termini di effettiva possibilità di partecipazione alle gare anche delle micro, piccole e medie imprese  tracciamento degli operatori economici per verificare quelli che in un determinato arco temporale risultano come gli affidatari più ricorrenti	Misura Effettuata/ Misura NON effettuata (SI/NO)
Art. 76 Codice Appalti sopra soglia Quando il bando o l'avviso o altro atto equivalente sia adottato	Possibile abuso del ricorso alla procedura negoziata di cui agli artt. 76 in assenza del ricorrere delle	Chiara e puntuale esplicitazione nella decisione a contrarre motivazioni che hanno indotto la	Misura Effettuata/ Misura NON effettuata (SI/NO)

dopo il 30 giugno 2023, utilizzo delle procedure negoziate senza bando ex art. 76 del Codice.	condizioni e in particolare: - dell'unicità dell'operatore economico (comma 2, lett. b); - dell'estrema urgenza da eventi imprevedibili dalla stazione appaltante (comma 2, lett. c):	S.A. a ricorrere alle procedure negoziate  Tracciamento di beni infungibili/esclusivi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• procedure negoziate senza previa pubblicazione del bando di gara/ su gare complessive (per quantità e valore economico);</li> <li>• affidamenti (quantità e valore) al medesimo fornitore / su gare complessive</li> <li>• affidamenti (quantità e valore) di beni infungibili/esclusivi sul totale delle richieste pervenute per unità di committenza</li> </ul>
Art. 215, d.lgs. n. 36/2023 e All. V.2 Disciplina del Collegio consultivo tecnico (CCT) Per servizi e forniture di importo pari o superiore a 1 milione € e per lavori diretti alla realizzazione delle opere pubbliche di importo pari o superiore alle soglie comunitarie è obbligatoria, presso ogni stazione appaltante, la costituzione di un CCT, per la rapida risoluzione delle eventuali controversie in corso di esecuzione, prima dell'avvio dell'esecuzione o entro 10 giorni da tale data	Nomina di soggetti che non garantiscono la necessaria indipendenza rispetto alle parti interessate (SA o impresa) anche al fine di ottenere vantaggi dalla posizione ricoperta.	Pubblicazione dei dati relativi ai componenti del Collegio consultivo tecnico ai sensi dell'art. 28 d.lgs. n. 36/2023 (cfr. LLGG MIT sul Collegio consultivo tecnico approvate con Decreto 17 gennaio 2022 n. 12, pubblicate sulla GURI n. 55 del 7 marzo 2022).	Misura Effettuata/ Misura NON effettuata (SI/NO)
Art. 44 d.lgs. 36/2023 Appalto integrato E' prevista la possibilità per le stazioni appaltanti di procedere all'affidamento di progettazione ed esecuzione dei lavori sulla base del progetto di fattibilità tecnica ed economica approvato, ad eccezione delle opere di manutenzione ordinaria.	Rischio connesso all'elaborazione da parte della S.A. di un progetto di fattibilità carente o per il quale non si proceda ad una accurata verifica	Comunicazione del RUP al Controllo di Gestione dell'approvazione del progetto redatto dall'impresa che presenta un incremento di costo e di tempi rispetto a quanto previsto nel progetto posto a base di gara per eventuali verifiche a campione sulle relative modifiche e motivazioni.	Misura Effettuata/ Misura NON effettuata (SI/NO)

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

Norma	Possibili eventi rischiosi	Possibili Misure	Indicatori
Art. 48 co. 3, d.l. n. 77/2021 Per la realizzazione degli investimenti di cui al comma 1 le stazioni appaltanti possono altresì ricorrere alla procedura negoziata senza pubblicazione di un bando di gara di cui all'articolo 76 del decreto legislativo n. 36 del 2023, per i settori ordinari, e di cui all'articolo 158 del medesimo decreto legislativo, per i settori speciali, qualora sussistano i relativi presupposti.	Possibile abuso del ricorso alla procedura negoziata di cui agli artt. 76 e 158 del d.lgs. n. 36/2023 in assenza delle condizioni ivi previste, con particolare riferimento alle condizioni di estrema urgenza derivanti da circostanze imprevedibili, non imputabili alla stazione appaltante, e all'assenza di concorrenza per motivi tecnici.	Chiara e puntuale esplicitazione nella determina a contrarre o atto equivalente delle motivazioni che hanno indotto la S.A. a ricorrere alla procedura negoziata senza bando. Nel caso di ragioni di estrema urgenza derivanti da circostanze imprevedibili, non imputabili alla stazione appaltante, per cui i termini, anche abbreviati, previsti dalle procedure ordinarie non possono essere rispettati, il richiamo alle condizioni di urgenza non deve essere generico ma supportato da un'analitica trattazione che manifesti l'impossibilità del ricorso alle procedure ordinarie per il rispetto dei tempi di attuazione degli interventi. Nel caso di assenza di concorrenza per motivi tecnici vanno puntualmente esplicitate le condizioni/motivazioni dell'assenza.	Misura Effettuata/ Misura NON effettuata (SI/NO)
Art. 53, d.l. n. 77/2021 Semplificazione degli acquisti di beni e servizi informatici strumentali alla realizzazione del PNRR e in materia di procedure di e-procurement e acquisto di beni e servizi informatici. In applicazione della norma in commento le stazioni appaltanti possono ricorrere alla procedura negoziata anche per importi superiori alle soglie UE, per affidamenti aventi ad oggetto l'acquisto di beni e servizi informatici, in particolare basati sulla tecnologia cloud, nonché servizi di connettività, la cui determina a contrarre o altro atto di avvio del procedimento equivalente sia adottato entro il 31 dicembre 2026, anche ove ricorra la rapida obsolescenza tecnologica	Mancata rotazione dei soggetti chiamati a partecipare alle procedure e formulazione dei relativi inviti ad un numero inferiore di soggetti rispetto a quello previsto dalla norma al fine di favorire determinati operatori economici a discapito di altri.	Verifica da parte dell'ente circa la corretta attuazione del principio di rotazione degli inviti al fine di garantire la parità di trattamento degli operatori economici in termini di effettiva possibilità di partecipazione alle gare, verificando quelli che in un determinato arco temporale risultano essere stati con maggior frequenza invitati o aggiudicatari.	Misura Effettuata/ Misura NON effettuata (SI/NO)

delle soluzioni disponibili  
tale da non consentire il  
ricorso ad altra procedura di  
affidamento.

### 2.3.6 Programmazione dell'attuazione della Trasparenza

#### Premessa

Ai sensi dell'art. 10 del D.Lgs. n. 33 del 14 marzo 2013, tenuto conto delle indicazioni contenute nel PNA (Determinazione ANAC n. 12/2015), la sottosezione relativa alla Trasparenza è rivolta anche a cittadini, enti e soggetti interessati, in quanto sono esplicitate le modalità d'accesso, previa pubblicazione sul sito istituzionale, alla sezione "Amministrazione Trasparente", dei documenti, delle informazioni e dei dati concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni.

Ai sensi dell'art. 43 del Decreto sopra citato, nell'AST di Macerata il Responsabile Aziendale per la Trasparenza è anche Responsabile della prevenzione della corruzione, per consentire un migliore coordinamento delle funzioni, come suggerito dalla legge 190/12. Pertanto è previsto un unico soggetto quale RPCT. Secondo quanto previsto dalla Circolare n. 1/2013, par. 2.2, al fine di agevolare i percorsi connessi alla normativa in materia, sono stati individuati i Referenti Trasparenza, che operano secondo le direttive impartite dal RPCT e sono periodicamente confermati o sostituiti.

La sottosezione Trasparenza aggiorna le precedenti e costituisce l'atto organizzativo fondamentale dei flussi informativi necessari per garantire, nel triennio 2024-2026, l'elaborazione, la trasmissione e la pubblicazione dei dati obbligatori prevedendo le azioni da intraprendere per migliorare la completezza delle informazioni richieste.

I responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti e delle informazioni relative alla normativa sulla trasparenza predisporranno le proposte operative per il prossimo triennio, tenendo conto delle ultime Linee Guida emanate dall'ANAC.

I responsabili dell'elaborazione e della pubblicazione dei dati dovranno osservare i criteri di qualità delle informazioni pubblicate sul nuovo Sito istituzionale ai sensi dell'art. 6, co. 3 del D.Lgs. 97/2016: integrità, costante aggiornamento, completezza, tempestività, semplicità di consultazione, comprensibilità, omogeneità, facile accessibilità, conformità ai documenti originali, indicazione della provenienza e riutilizzabilità.

A tal fine i dati sono esposti in tabelle qualora aumenti il livello di chiarezza ed è indicata la data di aggiornamento del dato/documento/informazione.

Restano valide le indicazioni già fornite nell'allegato 2 della delibera ANAC n. 50/2013 con riferimento ai requisiti di completezza, formato e dati di tipo aperto. Per quanto riguarda la durata ordinaria di pubblicazione, è fissata in 5 anni, decorrenti dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione (co.3), fatti salvi i diversi termini previsti dalla normativa per

specifici obblighi (art. 14, co. 2 e art. 15, co.4) e quanto già previsto in materia di tutela dei dati personali e sulla durata della pubblicazione collegata agli effetti degli atti pubblicati. Trascorso il quinquennio o i diversi termini sopra richiamati, gli atti, i dati e le informazioni non devono essere conservati nella sezione archivio del sito, ma possono essere oggetto di istanza accesso civico ai sensi dell'art. 5 del D.Lgs. n.33/2013.

L'implementazione e l'aggiornamento delle informazioni nelle singole sotto-sezioni della sezione "Amministrazione Trasparente" sono a cura sia delle UO per le parti di rispettiva competenza, secondo la Griglia allegata degli obblighi di pubblicazione ulteriormente aggiornata con l'indicazione delle strutture responsabili rispetto allo schema generale di riferimento di cui all'allegato 1 della Delibera ANAC n. 1310 del 28/12/2016, che aggiorna l'elenco di cui al D.Lgs. n. 33/2013 (all. 2.3.3).

#### Obiettivi strategici in materia di trasparenza e rapporti con gli stakeholder

Alla corretta attuazione delle disposizioni in materia di trasparenza, così come indicato nella Delibere ex CIVIT (ora ANAC), concorrono, oltre al Responsabile della Trasparenza e ai Referenti, anche tutti i dirigenti degli uffici dell'Amministrazione, sia centrali che periferici, e i relativi funzionari.

Nella nuova AST di Macerata non è stato ancora adottato l'atto aziendale, documento di organizzazione fondamentale dell'organizzazione. Tutta la sezione trasparenza del presente PIAO, a seguito dell'introduzione dell'atto, dovrà essere rimodulata, con il coinvolgimento degli stakeholder.

Il confronto con gli stakeholder assume un particolare rilievo nel sistema di prevenzione della corruzione e della trasparenza, in quanto può consentire di superare l'autoreferenzialità nella valutazione dell'idoneità della strategia di prevenzione della corruzione elaborata e nel contempo rafforzare e migliorare i sistemi di gestione del rischio corruttivo adottati dall'amministrazione.

Per tale ragione, al momento del primo aggiornamento della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO ed in sede di monitoraggio sul funzionamento complessivo degli strumenti, saranno realizzate forme di consultazione, da strutturare e pubblicizzare adeguatamente, volte a sollecitare proposte e suggerimenti da parte degli stakeholder, individuati dall'amministrazione, in quanto portatori di interessi rilevanti per la stessa. Ciò può rappresentare per il RPCT un importante contributo anche per individuare le priorità di intervento e correttivi.

Le consultazioni potranno avvenire o mediante raccolta di osservazioni via web oppure nel corso di appositi incontri. All'esito delle consultazioni sarà dato conto sul sito internet dell'amministrazione e in apposita sezione del PTPCT o della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO, con l'indicazione dei soggetti coinvolti, delle modalità di partecipazione e degli input generati da tale partecipazione.



Gli adempimenti relativi alla pubblicazione delle informazioni richieste dal D.Lgs. 33/2013, vengono inseriti negli obiettivi di Budget delle varie UU.OO. al fine di promuovere maggiori livelli di trasparenza.

Ogni struttura dell'Azienda responsabile della pubblicazione dei dati provvede all'inserimento/aggiornamento dei documenti e degli atti di competenza sulla sezione "Amministrazione Trasparente" del sito, attraverso i soggetti a tal uopo profilati, con il supporto dei Sistemi Informativi. La pubblicazione delle informazioni previste dal D.Lgs. 33/2013 è indispensabile per la conoscenza e la verifica delle azioni svolte e per la prevenzione di potenziali situazioni a rischio d'illecito e corruzione, assicurando la diffusione di quei dati che già la Legge 150/2009 aveva parzialmente individuato. Lo spirito della norma tende a favorire il rapporto ente/cittadini, sviluppare il "senso civico", porre le condizioni per azioni sinergiche dove la comunicazione possano integrarsi in un processo virtuoso di conoscenza dei percorsi utili al cittadino, sia in campo sanitario sia in campo amministrativo.

#### [Iniziative di diffusione della Trasparenza e dei dati pubblicati](#)

Tra le azioni necessarie alla fruizione e verifica dell'attuazione della Trasparenza vi è quella della sua più ampia diffusione. Lo schema di PIAO, viene trasmesso con apposita informativa alle Organizzazioni Sindacali del Comparto e della Dirigenza, a tutte le UU.OO. e pubblicato sul sito Internet aziendale, all'interno della sezione "Amministrazione Trasparente".

L'AST di Macerata organizza compatibilmente con le misure preventive relative all'emergenza sanitaria, la Giornata della trasparenza prevista dall'art. 10, comma 6, del decreto legislativo n. 33/2013. Con riguardo alle modalità di svolgimento della Giornata della trasparenza si ritiene di procedere con la presentazione dei principali documenti da parte dei Dirigenti responsabili delle Aree interessate, oltre alla diffusione e promozione degli strumenti utilizzati dall'Azienda per il raggiungimento dei propri fini istituzionali. Tale modalità consente da un lato di portare l'attenzione degli utenti sulle principali attività e servizi, inclusi gli aspetti delle performance, dell'integrità e della trasparenza e dall'altro di incoraggiare canali di dialogo con gli intervenuti.

Quale importante momento di incontro e dialogo con gli stakeholders, l'AST Macerata presenterà l'attività svolta in materia di trasparenza, prevenzione della corruzione, non solo per creare un momento di confronto su temi specifici ma anche, e soprattutto, per far conoscere le iniziative e le strategie che l'Azienda ha posto in essere ed intende implementare per la soddisfazione dei bisogni dell'utenza.

I contenuti delle due tipologie di giornate vengono preventivamente definiti anche con il contributo di organismi, portatori di interesse qualificati e associazioni di consumatori, per una più efficace finalizzazione delle iniziative ed affronteranno tematiche legate al ciclo della performance, alla trasparenza e



all'integrità - con particolare riferimento al Programma - con modalità che favoriscano il dialogo e il confronto.

Le giornate costituiscono inoltre un valido strumento anche per acquisire riscontri sul grado di soddisfacimento dei cittadini con riguardo alla comprensibilità, accessibilità e utilizzabilità dei dati pubblicati e per individuare ulteriori necessità di informazione, nell'ottica del processo di miglioramento continuo della trasparenza.

### Il Responsabile per la Trasparenza

Considerata la possibilità di optare per la concentrazione delle responsabilità, il Responsabile della Trasparenza e della Prevenzione della Corruzione coincidono in unico Dirigente dipendente che si avvale, in prima istanza, di Referenti per la Trasparenza all'uopo individuati, oltre ai referenti per l'Anticorruzione.

Oltre all'azione di sensibilizzazione, monitoraggio, stimolo e sollecitazione per gli adempimenti previsti, il Responsabile per la Trasparenza (Art. 43, D.Lgs. 33/2013) svolge stabilmente un'attività di controllo sull'osservanza dell'attuazione delle disposizioni in materia di Trasparenza.

Inoltre provvede all'aggiornamento annuale della sezione specifica, controlla e assicura la regolare attuazione dell'Accesso civico, segnala i casi di inadempimento o di adempimento parziale degli obblighi in materia di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, all'Ufficio di disciplina, ai fini dell'eventuale attivazione del procedimento disciplinare, segnala altresì gli inadempimenti al vertice dell'Amministrazione, all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) - art. 44 D.Lgs. 33/2013 - ai fini dell'attivazione delle altre forme di responsabilità. Infine, cura l'istruttoria per l'applicazione delle eventuali sanzioni amministrative di cui all'art. 47 del D.Lgs. 33/2013.

Secondo quanto indicato dalla norma, quindi, procede alle necessarie verifiche, almeno semestrali, circa lo stato d'attuazione delle disposizioni contenute nella presente sezione e dell'adempimento, da parte degli Uffici competenti, della pubblicazione degli obblighi previsti dalla normativa vigente, ferme restando le responsabilità, le competenze e l'autonomia operativa di ciascun Dirigente di struttura preposta alle attività indicate nello schema allegato (all. 2.3.3).

Ogni qualvolta sarà necessario apportare modifiche sostanziali alla presente Sezione, la stessa verrà aggiornato con specifico atto predisposto dal Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza e approvato dall'organo di vertice dell'AST.

Al fine di permettere al Responsabile di conoscere tempestivamente fatti corruttivi tentati o realizzati all'interno di essa, del contesto in cui la vicenda si è sviluppata o di contestazioni ricevute circa il mancato adempimento agli obblighi di legge, vengono individuati i seguenti indirizzi email:

□ [rpct.ast.mc@sanita.marche.it](mailto:rpct.ast.mc@sanita.marche.it)

### I Responsabili della pubblicazione ed aggiornamento dei dati

La pubblicazione dei dati di cui al D.Lgs. 33/2013 sul Sito Internet è un processo continuo e prefigura la necessità di revisioni e verifiche costanti, sia per quanto riguarda la ridefinizione delle aree di competenza, sia per monitorare il percorso di pubblicazione previsto. Le eventuali modifiche di attribuzione delle varie competenze saranno aggiornate nell'apposita griglia allegata, di cui al D.Lgs. 33/2013, dal RPCT, su richiesta formale del dirigente della singola struttura interessata. I dati e le informazioni pubblicate sul sito istituzionale (in ottemperanza alle prescrizioni di legge in materia) sono quelle indicate nella griglia allegata del D.Lgs. 33/2013 e seguono il quadro normativo inerente gli obblighi di pubblicazione on-line delle amministrazioni.

Poiché la pubblicazione delle informazioni sul nuovo Sito istituzionale costituisce la principale modalità di attuazione della Trasparenza, è importante che i dati pubblicati e i modi di pubblicazione risultino pertinenti e non eccessivi rispetto alle finalità indicate dalla legge, con particolare riferimento alle "Linee Guida per i Siti Web delle P.A. – Anno 2011", di cui alla Direttiva n. 8 del 2009 del Ministero per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione, e in conformità alle nuove disposizioni normative in materia di tutela dei dati personali (Regolamento UE 2016/679 in vigore dal 25 maggio 2018).

Tali disposizioni sono state recepite e adattate alla struttura organizzativa con il Regolamento organizzativo aziendale Privacy approvato con Determina n. 349/2018 (pubblicato nella sottosezione "Atti Amministrativi" tra i Regolamenti approvati dalla Direzione Generale), provvisoriamente ancora vigente.

Il Dirigente della singola struttura preposta alla pubblicazione dei rispettivi dati (individuate nell'apposita griglia allegata – all. 2.3.3), in qualità di "fonte di produzione" del documento di competenza è responsabile dell'individuazione, dell'elaborazione, della pubblicazione e dell'aggiornamento nonché dell'esattezza e completezza dei dati di ogni notizia/informazione di rispettiva competenza. Inoltre è responsabile della mancata pubblicazione dei documenti di competenza.

Gli stessi Direttori/Dirigenti (o loro delegati) delle UU.OO. Aziendali individuati a margine di ciascuna categoria degli atti previsti nella griglia di cui sopra, così come disposto dall'art. 43 co. 3 del D.Lgs. 33/2013, garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge (nella griglia allegata sono rappresentati, oltre ai contenuti specifici da pubblicare, anche gli obiettivi temporali di pubblicazione).

L'aggiornamento dei dati contenuti nella sezione "Amministrazione Trasparente" deve avvenire ogni qualvolta si rendano necessarie modifiche significative dei dati o pubblicazione di documenti urgenti; la struttura responsabile della pubblicazione provvederà ad effettuare le modifiche richieste sul portale tempestivamente, eliminando altresì le informazioni superate.

Per ogni necessità, il Dirigente dell'UO Sistemi Informativi fornisce il supporto necessario.

La mancata collaborazione al RPCT (e ai suoi Referenti) da parte dei Dirigenti e Responsabili della pubblicazione dei dati sarà considerata ai fini delle sanzioni disciplinari previste dalle norme e per la valutazione negativa della performance. I nominativi dei responsabili e dei referenti di struttura sono aggiornati annualmente nel paragrafo relativo ai Dati Ulteriori.

#### Il Sistema di monitoraggio e verifiche per l'attuazione della trasparenza

L'attuazione della Trasparenza richiede un'attività di monitoraggio costante e periodica per la verifica dell'assolvimento degli adempimenti agli obblighi imposti dalle norme in materia di trasparenza ed integrità (art. 43 D.Lgs. 33/2010). Per quanto già posto in capo del RPCT, lo stesso (anche attraverso i suoi Referenti) provvede ad effettuare periodiche verifiche presso le varie Strutture responsabili della pubblicazione dei dati mediante:

- richiesta formale/e-mail ai Dirigenti delle singole strutture competenti su: stato dell'arte dell'intero percorso di pubblicazione di competenza, aggiornamenti effettuati, problematiche riscontrate (semestrale);
- richiesta formale/e-mail di eventuali e specifiche pubblicazioni, qualora mancanti o necessarie;
- richieste formale/e-mail per eventuali istanze specifiche (comunicazione ANAC, Prefettura, accesso civico e aggiornamenti normativi).

Le sanzioni per eventuali inadempienze di cui al presente documento sono disciplinate negli artt. 46 e 47 del D.Lgs. 33/2013. Le ordinarie funzioni di controllo per le parti di specifica competenza rimangono a capo dei Dirigenti delle UU.OO., responsabili della pubblicazione dei dati di competenza.

#### L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)

Sulla base di quanto stabilito dalle Delibere CIVIT prima e ANAC ora (n. 77/2013 e n. 148/2014 e ss.mm.ii.), gli organi di verifica dei documenti in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza nelle PP.AA. sono gli Organismi Indipendenti di Valutazione o altre strutture interne con funzioni analoghe (Art. 44 D.Lgs. 33/2013).

I risultati delle verifiche che l'OIV effettua, confluiscono nella relazione annuale che lo stesso organismo presenta alla Direzione dell'Azienda, comprensiva dei risultati del processo di realizzazione della trasparenza e delle misure adottate. L'OIV, inoltre, verifica l'attività svolta dal Responsabile della Trasparenza e della Prevenzione della Corruzione per riscontrare l'adempimento degli obblighi di pubblicazione, anche attraverso la verifica della scheda di Relazione da compilare e pubblicare sull'apposita sotto-sezione del link "Amministrazione Trasparente". Sulla base delle indicazioni annuali dettate dall'ANAC per l'attestazione periodica sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione, l'OIV annualmente effettua la verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato dei documenti e dei dati elencati nella griglia di rilevazione, secondo i criteri previsti nelle delibere annuali ANAC.

Tali documenti saranno pubblicati entro la data di scadenza stabilita dall'ANAC, mentre la griglia inviata direttamente all'indirizzo 'attestazioni.oiv@anticorruzione.it'. L'OIV verifica, ai fini della validazione della Relazione sulla performance, la coerenza dei precedenti Piani con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale ed in particolare con i documenti della Performance. L'Organismo medesimo riferisce infine all'Autorità nazionale anticorruzione sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza (art. 1, co. 8-bis L. 190/2012 come modificato dall'art. 41 del D.lgs. n. 97 del 2016).

#### L'istituto dell'Accesso Civico

L'Accesso Civico assume una dimensione differente dal diritto di accesso agli atti di cui all'art. 22 e ss. della L. n. 241/1990 caratterizzato come strumento di tutela individuale di situazioni soggettive.

**Il RPCT è destinatario delle istanze di accesso civico "semplice" finalizzate a richiedere la pubblicazione di documenti, informazioni e dati previsti normativamente. Sussistendone i presupposti, entro il termine di trenta giorni, avrà cura di pubblicare sul sito i dati, le informazioni o i documenti richiesti e di comunicare al richiedente l'avvenuta pubblicazione indicando il relativo collegamento ipertestuale. Il RPCT segnala all'ufficio di disciplina, al vertice politico e all'OIV i casi in cui la richiesta di accesso civico riguardi dati, informazioni o documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria di cui sia stata riscontrata la mancata pubblicazione.**

**Con riferimento all'accesso civico generalizzato, il RPCT riceve e tratta le richieste di riesame in caso di diniego totale o parziale dell'accesso o di mancata risposta. La decisione deve intervenire, con provvedimento motivato, entro il termine di venti giorni. Laddove l'accesso generalizzato sia stato negato o differito per motivi attinenti la protezione dei dati personali, il RPCT provvede sentito il Garante per la protezione dei dati personali**

L'obbligo previsto dalla normativa vigente di pubblicare documenti e informazioni comporta il diritto di chiunque di richiedere i medesimi, nei casi in cui sia omessa la loro pubblicazione. Non solo, in seguito alla riforma Madia ed in particolare all'entrata in vigore del D.Lgs. 97/2016, l'accesso civico diventa uno strumento di controllo sociale e diffuso sull'operato della pubblica amministrazione, che devono garantire l'accessibilità totale di dati, informazioni e documenti detenuti, ivi compresi quelli non soggetti a pubblicazione obbligatoria.

Il Decreto, nel rispetto dei principi e dei criteri direttivi dei commi 35 e 36 di cui all'art. 1 della L. n.190/2012, definisce il principio generale di trasparenza, come "accessibilità totale dei dati e dei documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme

diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche".

Nel provvedimento sono definite, in maniera vincolante, le norme e le sanzioni relative ai mancati adempimenti. Sono inoltre individuate le disposizioni che regolamentano e fissano i limiti della pubblicazione, nel nuovo Sito istituzionale, di dati ed informazioni relative all'organizzazione e alle attività delle pubbliche amministrazioni; tali informazioni sono pubblicate in formato idoneo a garantire l'integrità del documento; deve essere inoltre, curato l'aggiornamento, di semplice consultazione e devono indicare la provenienza; devono infine risultare riutilizzabili. L'AST di Macerata, nell'evasione delle istanze di accesso civico, incluse quelle di accesso civico generalizzato, oltre a seguire le disposizioni contenute nelle Linee guida ANAC di cui alla Delibera n. 1309 del 20/12/2016, rispetta fino a nuove disposizioni il regolamento adottato con Determina n. 778 del 27/12/2017, aggiornato con la recente revisione approvata con Determina n. 689 del 26/11/2018.

Tale "Regolamento per l'esercizio del diritto di accesso agli atti e ai documenti amministrativi, del diritto di accesso civico e del diritto di accesso civico generalizzato" è pubblicato sulla sotto-sezione apposita del link "Amministrazione Trasparente" tra gli Atti Generali. Inoltre è stato pubblicato sulla sotto-sezione "Altri Contenuti" il Registro degli accessi civici, che viene aggiornato semestralmente.

#### La Formazione del personale in materia di Trasparenza

La formazione in materia di Trasparenza è un obiettivo strategico, in modo particolare nel percorso della normativa anticorruzione di cui trattasi. Aspetto ribadito in ogni occasione da ANAC e rafforzato ulteriormente dalla stessa Autorità nel PNA 2015 e negli aggiornamenti fino al 2019, ove è ritenuto un obiettivo strategico indispensabile. L'Azienda, quindi, nel pieno rispetto delle indicazioni in tema di formazione, prosegue i percorsi formativi (generali e specifici) sulla normativa in tema di Trasparenza e Prevenzione della Corruzione, in analogia a quelli già realizzati e descritti nei precedenti Piani triennali.

Nel 2024 sono previsti corsi formativi in tema di Trasparenza/Anticorruzione, con modalità a distanza (FAD) per l'aggiornamento sulle materie comuni e generali.

Con questo percorso, s'intende ampliare il livello interno di sensibilizzazione sull'argomento. Le principali tematiche che saranno trattate nel Corso di formazione sono: disciplina della prevenzione della corruzione, metodologie e tecniche per la valutazione del rischio, obblighi di trasparenza, responsabilità all'interno dell'ente, tutela giurisdizionale e accesso civico.

#### Griglia degli Obblighi di Pubblicazione - modulo di accesso civico e assenza di conflitto interessi

L'aggiornamento delle singole sotto-sezioni del link "Amministrazione Trasparente" è a cura degli Uffici per le parti di rispettiva competenza, secondo la griglia degli obblighi di pubblicazione contenente i dati oggetto di

pubblicazione, aggiornata con l'indicazione delle strutture operative competenti e la tempistica prevista per gli obblighi normativi, di cui al novellato D.Lgs. 33/2013 (all. 2.3.3). Per dettagliare le modifiche intervenute a seguito dell'entrata in vigore del nuovo D.Lgs. n. 97/2016, sono esposte con il colore grigio le sotto-sezioni abrogate dallo stesso o le non pertinenti, secondo quanto previsto nell'allegato 1 alle Linee guida ANAC (delibera n. 1310 del 28/12/2016). Nella stessa griglia sono indicati i casi in cui non è possibile pubblicare i dati previsti dalla normativa in quanto non pertinenti rispetto alle caratteristiche organizzative o funzionali dell'Amministrazione. Tra i dati ulteriori, come informazioni aggiuntive rispetto agli obblighi di legge, sono pubblicati:

- Modulistica: autodichiarazione di assenza di conflitto di interesse; procedure e informativa polizia mortuaria;
- Giornata della Trasparenza: relazioni e slides presentate nel corso della giornata;
- Libera professione: dati relativi alle tariffe della libera professione intramuraria;
- Rischio clinico: aggiornamento rete operativa per il clinical risk management;
- Informazioni ulteriori: a seguito di accesso civico generalizzato.

Il modulo di accesso civico per l'invio delle richieste da parte dei cittadini/utenti è pubblicato nella sottosezione dedicata (Altri contenuti/ Accesso Civico), insieme al Registro sugli accessi civici

### Carta dei servizi

La Carta dei servizi dell'Azienda Sanitaria Territoriale di Macerata è il documento che garantisce processi d'informazione/comunicazione verso i cittadini. Essa si compone di due parti:

- la Guida ai Servizi
- la Carta dei servizi

La Guida si pone l'obiettivo di consentire un'adeguata conoscenza delle attività offerte e delle modalità di accesso alle cure presenti nelle strutture e nei territori di riferimento. In considerazione della recentissima costituzione della AST di Macerata, si sta lavorando per addivenire alla redazione della nuova Guida ai Servizi, al fine di agevolare ai cittadini l'accesso alle informazioni, la comprensibilità, la verificabilità e il confronto tra i servizi offerti. Non appena aggiornata la guida (sia nella sua interezza, sia nelle sue parti singole appositamente richiamate per argumentum) sarà disponibile all'apposita sottosezione nel sito aziendale.

La Carta dei servizi (o Carta degli impegni) costituisce una significativa occasione di miglioramento gestionale dei servizi, attraverso la pubblicazione degli standard di qualità dei servizi e degli obiettivi di miglioramento a breve/medio/lungo termine degli stessi. Un impegno forte nei confronti dei cittadini che saranno in grado di verificare il raggiungimento di quanto dichiarato. Nel prossimo triennio si proseguirà nell'aggiornamento degli



indicatori per la Carta dei servizi, in collaborazione con i Comitati di partecipazione e le Assemblee delle Associazioni. Tali informazioni saranno pubblicate all'interno del sito Amministrazione Trasparente.

#### Piano di comunicazione aziendale

Con il piano di comunicazione, anche in attuazione dei principi di trasparenza e di efficacia dell'azione amministrativa, si riconosce nell'informazione e nella comunicazione la condizione essenziale per assicurare la partecipazione e l'esercizio del diritto di accesso da parte dei cittadini e delle formazioni sociali secondo quanto stabilito dalle leggi statali e regionali e dai regolamenti specifici dell'ente, e pertanto le attività di informazione e comunicazione sono in particolare finalizzate a:

- illustrare le attività dell'ente ed il loro funzionamento;
- favorire l'accesso ai servizi amministrativi, promuovendone la conoscenza;
- favorire processi interni di semplificazione delle procedure di accesso.

Il processo di comunicazione non è rappresentato dalla mera esigenza di dare notizie, ma è parte integrante del processo decisionale della Direzione Aziendale. Un'efficace comunicazione sia interna che esterna consente ricadute positive non solo sulla percezione della qualità del servizio reso, ma sul miglioramento reale della qualità dei servizi.

Le "Linee guida di design per i siti internet e i servizi digitali della Pubblica Amministrazione", adottate da AGID con la determina n. 224/2022, sono uno strumento funzionale alla realizzazione dei progetti di miglioramento dei servizi pubblici previsti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), ai quali sono destinati importanti investimenti nel nostro Paese.

#### La trasparenza degli interventi finanziati con i fondi del PNRR

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

Le sei Missioni del Piano sono:

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

Una delle priorità per l'attuazione delle misure contenute nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) è quella di garantire che l'ingente mole di risorse finanziarie stanziata sia immune da gestioni illecite, nel rispetto dei principi di sana gestione finanziaria, assenza di conflitto di interessi, frodi e corruzione.



Inoltre, in linea con quanto previsto dall'art. 34 del Regolamento (UE) 2021/241, **va garantita adeguata visibilità ai risultati degli investimenti e al finanziamento dell'Unione europea per il sostegno offerto**. I destinatari dei finanziamenti dell'Unione sono tenuti a rendere nota l'origine degli stessi e ad assicurarne la conoscibilità, diffondendo informazioni coerenti, efficaci e proporzionate "destinate a pubblici diversi, tra cui i media e il vasto pubblico". Per quanto riguarda la trasparenza degli interventi finanziati con i fondi del PNRR, l'Autorità ha inteso fornire alcuni suggerimenti volti a semplificare ed a ridurre gli oneri in capo delle Amministrazioni centrali titolari di interventi. In particolare, laddove gli atti, dati e informazioni relativi al PNRR, da pubblicare secondo le indicazioni della Ragioneria Generale dello Stato (RGS), rientrino in quelli previsti dal d.lgs. n. 33/2013, l'Autorità ritiene che gli obblighi stabiliti in tale ultimo decreto possano essere assolti dalle Amministrazioni centrali titolari di interventi, inserendo, nella corrispondente sottosezione di Amministrazione Trasparente, un link che rinvia alla predetta sezione dedicata all'attuazione delle misure del PNRR. Con riferimento ai Soggetti attuatori degli interventi - in assenza di indicazioni della RGS sugli obblighi di pubblicazione sull'attuazione delle misure del PNRR - si ribadisce la necessità di dare attuazione alle disposizioni del D.lgs. n. 33/2013. I Soggetti attuatori, in un'ottica di semplificazione e di minor aggravamento, laddove i dati rientrino in quelli da pubblicare nella sezione "Amministrazione trasparente" ex d.lgs. n. 33/2013, possono inserire in A.T., nella corrispondente sottosezione, un link che rinvia alla sezione dedicata all'attuazione delle misure del PNRR. Inoltre, si fa presente che, al fine di garantire la piena conoscibilità degli interventi PNRR, sono posti a carico dei Soggetti attuatori degli interventi:

- l'obbligo di conservazione e archiviazione della documentazione di progetto, anche in formato elettronico. Tali documenti, utili alla verifica dell'attuazione dei progetti, dovranno essere sempre nella piena e immediata disponibilità dell'Amministrazione centrale stessa, della Ragioneria Generale dello Stato (Servizio centrale per il PNRR, Unità di missione e Unità di audit), della Commissione europea, dell'OLAF, della Corte dei Conti europea (ECA), della Procura europea (EPPO) e delle competenti Autorità giudiziarie nazionali, anche al fine di permettere il pieno svolgimento delle fasi di monitoraggio, verifica e controllo. Rispetto alla documentazione conservata relativa ai progetti finanziati, è importante rilevare che la stessa RGS sottolinea la necessità di garantire il diritto dei cittadini all'accesso civico generalizzato;
- l'obbligo di tracciabilità delle operazioni e la tenuta di apposita codificazione contabile per l'utilizzo delle risorse PNRR. Va inoltre evidenziato che, al fine di garantire maggiore trasparenza e condivisione del patrimonio informativo relativo agli interventi del PNRR, con il DPCM 15 settembre 2021, lo stesso Governo ha valorizzato il formato open data.

### Cronoprogramma delle attività trasparenza e anticorruzione

Il cronoprogramma seguente contiene le attività principali, i soggetti responsabili e le tempistiche dello svolgimento delle stesse.

Attività	Soggetto/i	Tempi
Relazione annuale strutture e mappatura processi	Dirigenti responsabili	Entro il 1 dicembre di ogni anno
Presentazione proposte per aggiornamento	Dirigenti responsabili	Entro il 1 dicembre di ogni anno
Predisposizione bozza aggiornamento sezione "Rischi corruttivi e Trasparenza"	RPCT e Referenti	Entro il 10 gennaio di ogni anno
Definizione sezione "Rischi corruttivi e Trasparenza"	RPCT	Entro il 31 gennaio di ogni anno o altro termine stabilito dall'ANAC
Pubblicazione PIAO o sezione "Rischi corruttivi e Trasparenza"	RPCT	Entro il 31 gennaio di ogni anno o altro termine stabilito dall'ANAC
Relazione annuale sull'attività svolta in materia di prevenzione della corruzione	RPCT	Entro il 15 gennaio di ogni anno o altro termine stabilito dall'ANAC
Adempimento per competenza degli obblighi di pubblicazione come da Griglia	Dirigenti responsabili e Referenti	Entro il 31 luglio e il 31 gennaio di ogni anno
Verifica indicatori di monitoraggio e invio Report della pubblicazione dei dati	Dirigenti responsabili e Referenti	Entro il 31 luglio e il 31 gennaio di ogni anno
Verifica pubblicazione dati della griglia degli obblighi per attestazione OIV	Dirigenti responsabili RPCT e Referenti	Entro il 30 aprile di ogni anno o diverso termine stabilito dall'ANAC
Acquisizione nominativi dipendenti da formare	Dirigenti responsabili RPCT e Referenti	Entro il 31 marzo di ogni anno
Definizione corsi di formazione da inserire nel Piano formativo per l'anno seguente	RPCT e Referenti Dirigenti responsabili	Entro il 31 gennaio di ogni anno o altro termine stabilito da Regione
Verifica rispetto obblighi pubblicazione dati - 1° semestre	Dirigenti responsabili	Entro il 31 luglio di ogni anno
Verifica rispetto obblighi pubblicazione dati - 2° semestre	Dirigenti responsabili	Entro il 31 gennaio di ogni anno

### 2.3.7 Antiriciclaggio

Le misure di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo che le pubbliche amministrazioni sono tenute ad adottare ai sensi dell'art. 10 del d.lgs. n. 231/2007 (cd. Decreto antiriciclaggio) si pongono nella stessa ottica di quelle di prevenzione e trasparenza, e cioè la protezione del "valore pubblico". I presidi adottati al pari di quelli anticorruzione, sono da intendersi, come strumento di creazione di tale valore, essendo volti a fronteggiare il rischio che entri in contatto con soggetti coinvolti in attività criminali. Nell'attuale momento storico, l'apparato antiriciclaggio, come quello anticorruzione, può dare un contributo fondamentale alla prevenzione dei rischi di infiltrazione criminale nell'impiego dei fondi rivenienti dal PNRR, consentendo la tempestiva individuazione di eventuali sospetti di sviamento delle risorse rispetto all'obiettivo per cui sono state stanziare ed evitando che le stesse finiscano per alimentare l'economia illegale. Per quanto di specifico interesse ai fini del PNRR,

sia l'ultima pubblicazione dell'Unità di Informazione Finanziaria (UIF) per l'Italia che le Linee guida della Ragioneria dello Stato, richiamano l'attenzione sulla comunicazione della stessa UIF dell'11 aprile 2022, emanata in materia di prevenzione di fenomeni di criminalità finanziaria, relativamente alla gestione di fondi/contributi da erogarsi in seguito all'emergenza sanitaria ed al PNRR.

Il citato Decreto Legislativo 21 novembre 2007, n. 231, all'art.10 contiene specifici obblighi nell'ambito dei procedimenti a) finalizzati all'adozione di provvedimenti di autorizzazione o concessione, b) delle procedure di scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi secondo le disposizioni di cui al codice dei contratti pubblici, c) dei procedimenti di concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzioni di vantaggi economici di qualunque genere a persone fisiche ed enti pubblici e privati. In aderenza alle richiamate disposizioni in materia, l'Azienda è tenuta alla nomina di un "Gestore" quale soggetto delegato a valutare ed effettuare le comunicazioni alla UIF. A tale riguardo, la Direzione Generale ha inteso affidare tale funzione – anche tenuto conto degli orientamenti ANAC – al Dirigente/Direttore incaricato pro-tempore quale Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza. La stessa Direzione istituirà un apposito Organismo tecnico-collegiale di supporto al Gestore per la valutazione e l'identificazione delle operazioni sospette di riciclaggio, oggetto di possibile comunicazione alla UIF.

Per il 2024 è prevista una formazione organizzata dal RPCT. I discenti saranno individuati dalle direzioni aziendali e dal direttore generale.

Per il 2024 è anche prevista la costituzione di un gruppo di lavoro per la redazione di una procedura antiriciclaggio e contrasto al finanziamento del terrorismo. Il gruppo vedrà come componenti il Direttore Amministrativo, il Direttore UOC Contabilità e Bilancio (o delegato), il Direttore UOC Acquisti (o delegato), il RPCT (coordinatore del gruppo).

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

La legge n. 190/2012 prevede che "l'organo di indirizzo definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale e del Piano triennale per la prevenzione della corruzione" (art. 1, co. 8, come novellato dal D.Lgs. n. 97/2016). L'art. 44 D.Lgs. n. 33/2013, inoltre, prevede che "l'Organismo Indipendente di Valutazione verifica la coerenza tra gli obiettivi previsti nel Piano triennale per la prevenzione della corruzione e quelli indicati nel Piano della performance, valutando altresì l'adeguatezza dei relativi indicatori". Pertanto, come già evidenziato dall'ANAC da ultimo nella delibera n. 1064 del 13 novembre 2019, è dunque necessario un coordinamento tra il PTPCT (piano assorbito e sostituito dal PIAO sezione 2.3 "rischi corruttivi e trasparenza") e gli strumenti già vigenti per il controllo nell'amministrazione nonché quelli individuati dal D.Lgs. 150/2009, ossia:

- il Piano e la Relazione annuale sulla performance (art. 10 del D.Lgs. 150/2009);

- il Sistema di misurazione e valutazione della performance (art. 7 del D.Lgs. 150/2009).

Il Piano delle Performance/sezionale 2.2. "Performance" del PIAO è un documento programmatico triennale in cui sono esplicitati gli obiettivi aziendali, gli indicatori e i valori attesi, riferiti ai diversi ambiti di intervento e alle articolazioni aziendali interessate; il Piano costituisce il riferimento per la definizione, l'attuazione e la misurazione degli obiettivi e per la rendicontazione dei risultati aziendali.

Come previsto dall'ANAC, particolare attenzione deve essere posta alla coerenza tra l'ex PTPCT/ sezione 2.3 "rischi corruttivi e trasparenza" PIAO e Piano della Performance/sezionale 2.2. "Performance" del PIAO sotto due profili:

- a. performance organizzativa: attuazione di piani e misure di prevenzione della corruzione, ovvero la misurazione dell'effettivo grado di attuazione dei medesimi, nel rispetto delle fasi e dei tempi previsti; le politiche sulla Performance contribuiscono alla costruzione di un clima organizzativo che favorisce la prevenzione della corruzione;
- b. performance individuale: le misure della prevenzione della corruzione devono essere tradotte sempre in obiettivi organizzativi ed individuali assegnati agli uffici e ai loro Dirigenti.

L'AST di Macerata assicura un'integrazione tra i due strumenti traducendo le misure di prevenzione contenute nell'ex PTPCT, sostituito dalla sezione 2.3 "Rischi corruttivi e trasparenza" del PIAO, in veri e propri obiettivi da inserire nell'ex Piano delle Performance/sezionale 2.2. "Performance" del PIAO. Conseguentemente alla redazione dell'ex Piano della Performance/sezionale 2.2. "Performance" del PIAO, vengono declinati annualmente gli obiettivi di performance organizzativa ed individuale, correlati anche al sistema di retribuzione di risultato e di produttività collettiva, che tengono conto di quanto rappresentato nelle schede di programmazione delle misure di prevenzione della corruzione incluse nel presente PIAO sezione 2.3 "Rischi corruttivi e trasparenza"

## SEZIONE 3 - ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

### Sottosezione 3.1 - STRUTTURA ORGANIZZATIVA

L'Azienda Sanitaria Territoriale di Macerata è stata istituita con legge regionale 19/2022. Essa si è costituita il 01.01.2023 subentrando a tutti i rapporti della ex AV3 dell'ASUR Marche: Ente soppresso dalla medesima legge regionale con la medesima decorrenza. L'AST Macerata è dotata di personalità giuridica pubblica e di autonomia imprenditoriale - ai sensi delle disposizioni regionali - è parte del Servizio Sanitario Regionale delle Marche; nel rispetto degli obiettivi assegnati e delle direttive impartite dalla Giunta regionale.

In forza della L.R. 19/2022 e suoi provvedimenti attuativi, in particolare la DGRM 1385/2022, allo stato attuale, per la neo costituita A.S.T. Macerata gli assetti organizzativi, le dotazioni ed i volumi di spesa del personale sono quelli risultanti dagli atti della ex AV3 ovvero dai sezionali degli atti adottati dall'ex ASUR Marche; ciò nelle more della adozione dell'atto aziendale.

Allo stato attuale l'assetto organizzativo della AST, per l'area della dirigenza della sanità, in termini di dipartimenti, unità operative complesse, unità operative semplici e semplici dipartimentali è quello risultante dalla determina ASURDG 361 del 23.06.2017, segnatamente al sezionale della ex AV3. (allegato 3.1.A) Per quanto riguarda l'area della dirigenza professionale-tecnico-amministrativa, l'assetto in essere è quello definito dalla ex AV3 con determina n. 67 del 27.01.2016. (allegato 3.1.B)

Rispetto agli assetti in essere di cui sopra, l'ASUR Marche, con determina ASURDG n. 764 del 21.11.2022 ha recepito la DGRM n. 511/2021 ed ha ridefinito l'assetto organizzativo aziendale in termini di Strutture Complesse e Semplici nel rispetto dei limiti fissati dalle DGRM n. 146/2017, n.470/2018, n. 414/2019 e n. 511/2021; in tale atto, per quanto riguarda la ex AV3, sono previste globalmente, senza ulteriore declinazione quali-quantitativa:

- N. 80 strutture complesse
- N. 114 strutture semplici/semplici dipartimentali

La declinazione quali-quantitativa di tale ultimo provvedimento dell'ASUR Marche, nonché la riconciliazione con l'assetto di cui ai prospetti sopra allegati avverrà in sede di definizione dell'atto aziendale della AST e nei suoi provvedimenti attuativi. Riguardo agli obiettivi perseguiti con tale atto, il numero di strutture attive al 01.01.2024, in quanto dotate di dirigente titolare, è compatibile con il numero massimo previsto dalla ASURDG 764/2022.

Per quanto riguarda l'area del personale del comparto, l'assetto degli incarichi di funzione in essere è quello definito dalla ex AV3 con determina n. 794 del 27.05.2022. (allegato 3.1.C)

## **Sottosezione 3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE**

### ***3.2.1 Evoluzione normativa***

Il lavoro agile è stato introdotto dall'art. 18, comma 1, della Legge n. 81 del 22.05.2017. trattasi di una specifica modalità di svolgimento del lavoro subordinato da remoto con autonoma disciplina; differenziata rispetto al telelavoro di cui alla Legge n. 191/1998 e dal DPR n.70/1999.

Il lavoro agile è definito come modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti, anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro, con il possibile utilizzo di strumenti tecnologici per lo svolgimento dell'attività lavorativa; obiettivo dichiarato è quello di promuovere ed incrementare la competitività e agevolare la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro. Il comma 3 precisa che le disposizioni normative si applicano anche ai rapporti di lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche.

Il lavoro in modalità agile ha rappresentato, durante le fasi più acute dell'emergenza pandemica COVID-19, la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa, in virtù dell'art. 87, comma 1, del DL n. 18/2020, seppure in modalità semplificate rispetto a quelle di cui alla legge n. 81/2017, consentendo di garantire la continuità del lavoro in sicurezza per i dipendenti nonché, per quanto possibile, la continuità dei servizi erogati dalle amministrazioni pubbliche.

Il Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 08.10.2021 ha disciplinato, in attuazione del DPCM 23.09.2021, il rientro al lavoro in presenza per tutti i dipendenti della Pubblica Amministrazione a partire dal 15.10.2021; da tale data il lavoro agile non è più definito dal regime semplificato, ma può essere applicato attraverso un accordo individuale tra datore di lavoro e dipendenti.

Con il medesimo DM sono state individuate le condizioni ed i requisiti necessari, sia organizzativi che individuali, per fare ricorso alla modalità agile per l'espletamento dell'attività lavorativa in un quadro di efficienza e di tutela del diritto dei cittadini ad una adeguata qualità dei servizi.

L'art. 1, comma 3, del DM 08.10.2021 in particolare ha previsto le seguenti condizionalità per il ricorso al lavoro agile:

- lo svolgimento del lavoro agile non deve pregiudicare o ridurre la fruizione dei servizi verso gli utenti;
- prevalente svolgimento in presenza della prestazione lavorativa dei soggetti titolari di funzioni di coordinamento e controllo, dei dirigenti e dei responsabili dei procedimenti;
- adeguata rotazione del personale autorizzato alla prestazione di lavoro agile, assicurando comunque la prevalenza per ciascun lavoratore del lavoro in presenza;



- adozione di appositi strumenti tecnologici idonei a garantire l'assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni trattati durante lo svolgimento del lavoro agile;
- necessità per l'amministrazione della previsione di un piano di smaltimento del lavoro arretrato, ove accumulato;
- fornitura di appositi strumenti tecnologici idonei a garantire l'assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni trattati durante lo svolgimento del lavoro agile.
- stipula dell'accordo individuale di cui all'art. 18, comma 1, Legge n. 81/2017, cui spetta il compito di definire:
  - gli specifici obiettivi della prestazione resa in modalità agile
  - le modalità ed i tempi di esecuzione della prestazione
  - le modalità ed i criteri di misurazione della prestazione medesima, anche ai fini del proseguimento della modalità della prestazione lavorativa in lavoro agile.

Il Dipartimento della Funzione Pubblica, nelle more della regolamentazione dei contratti collettivi nazionali di lavoro, ha definito specifiche linee guida con l'obiettivo di fornire indicazioni per la definizione di una disciplina che garantisca condizioni di lavoro trasparenti, che favorisca la produttività e l'orientamento ai risultati, concili le esigenze delle lavoratrici e dei lavoratori con le esigenze organizzative delle pubbliche amministrazioni, consentendo, ad un tempo, il miglioramento dei servizi pubblici e dell'equilibrio fra vita professionale e vita privata; la definizione delle dette Linee Guida sancisce il superamento dello smart working emergenziale e anticipa i contenuti dei nuovi Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro.

Il Ministro della Pubblica Amministrazione, con direttiva del 29.12.2023, indirizzata a tutte le Amministrazioni Pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2 del D.lgs. n. 165/2001, ha evidenziato la necessità di garantire ai lavoratori che documentino gravi, urgenti e non altrimenti conciliabili situazioni di salute, personali e familiari, di svolgere la prestazione lavorativa in modalità agile, anche derogando al criterio della prevalenza dello svolgimento della prestazione lavorativa in presenza.

Il CCNL del Personale del Comparto Sanità del 02.11.2022, prevede, al titolo IV rubricato "Lavoro a distanza", norme ad hoc per tale tipologia di svolgimento dell'attività lavorativa.

In sintesi l'art. 76 richiama i principi e le indicazioni di cui alla L. 81/2017 quanto alle modalità di esecuzione della prestazione lavorativa, alle misure di sicurezza dei dati e dell'integrità fisica del lavoratore, al trattamento giuridico-economico del medesimo. Il seguente art. 77 prevede che l'adesione al lavoro agile ha natura consensuale e volontaria ed è consentito a tutti i lavoratori, siano essi con rapporto di lavoro a tempo pieno o parziale e indipendentemente dal fatto che siano stati assunti con contratto a tempo indeterminato o determinato. L'art. 78 disciplina modalità e contenuti dell'accordo individuale per lo svolgimento dell'attività in modalità agile e i seguenti artt. 79 e 80 disciplinano



rispettivamente l'articolazione del lavoro in modalità agile ed il diritto alla disconnessione e la formazione del lavoratore.

### **3.2.2 Accesso al lavoro agile**

Previo confronto con le Organizzazioni Sindacali l'AST di Macerata andrà ad individuare le attività che possono essere effettuate in lavoro agile, fermo restando che sono esclusi i lavori in turno e quelli che richiedono l'utilizzo di strumentazioni o documentazioni non remotizzabili.

Fermo restando che il lavoro agile non è una modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa, l'accesso a tale tipologia di lavoro è soggetto ad autorizzazione da parte del Dirigente responsabile della struttura di assegnazione del richiedente sulla base dei criteri, condizioni e modalità di seguito indicate.

In sostanza si richiede che le attività per le quali è ammessa la modalità agile abbiano le seguenti caratteristiche:

- non implicino funzioni dirigenziali, di coordinamento e controllo, responsabilità dei procedimenti;
- siano eseguibili attraverso l'utilizzo di tecnologie informatiche, possano essere remotizzabili e tali da non richiedere la costante presenza fisica del lavoratore in sede;
- prevedano l'utilizzo di documenti digitalizzabili;
- non richiedano una relazione costante con i colleghi o con il responsabile della UOC o Struttura di appartenenza;
- non richiedano una relazione costante con gli utenti (es. servizi di front-line);
- non implicino l'esecuzione di attività assistenziali o di attività tecniche da esercitare materialmente sul luogo di lavoro (es. manutenzioni);
- siano pianificabili e verificabili nell'esecuzione e nella misurazione dei risultati.

Assumono carattere prioritario le richieste di esecuzione del rapporto in modalità agile formulate da parte:

- delle lavoratrici nei tre anni successivi alla conclusione del periodo di congedo di maternità;
- dei lavoratori dipendenti disabili nelle condizioni di cui all'art. 3, c. 3, della Legge n. 104/92;
- dei lavoratori c.d. "fragili" che versano nelle condizioni di cui al Decreto del Ministero della Salute del 04.02.2022 o che siano conviventi con soggetti immunodepressi;
- dei lavoratori che abbiano nel proprio nucleo familiare una persona con disabilità nelle condizioni di cui all'art. 3, c. 3, della legge n. 104/92;
- dei lavoratori con presenza nel medesimo nucleo familiare di figli minori di 14 anni.

### **3.2.3 Accordo individuale per lo svolgimento dell'attività di lavoro in modalità agile**

L'accordo individuale con il lavoratore per lo svolgimento dell'attività in modalità agile, a norma del DM 08.10.2021 e dell'art. 78 del CCNL dei Dipendenti del

Comparto Sanità del 02.11.2022, è stipulato per iscritto e disciplina l'esecuzione dell'attività lavorativa svolta all'esterno dei locali dell'Azienda, anche con riguardo alle forme di esercizio del potere direttivo del datore di lavoro ed agli strumenti utilizzati dal lavoratore che di norma vengono forniti dall'amministrazione.

L'accordo deve inoltre contenere almeno i seguenti elementi essenziali:

- durata, avendo presente che lo stesso può essere a termine o a tempo indeterminato;
- modalità di svolgimento della prestazione lavorativa fuori dalla sede abituale di lavoro, con specifica indicazione delle giornate di lavoro da svolgere in sede e di quelle da svolgere a distanza;
- modalità di recesso, che deve avvenire con un termine di preavviso non inferiore a 30 giorni salve le ipotesi previste dall'art. 19 legge n. 81/2017;
- ipotesi di giustificato motivo di recesso;
- indicazione della fascia di cui all'art. 79 comma 1, lett. a) (Articolazione della prestazione in modalità agile e diritto alla disconnessione);
- i tempi di riposo del lavoratore che comunque non devono essere inferiori a quelli previsti per il lavoratore in presenza e le misure tecniche e organizzative necessarie per assicurare la disconnessione del lavoratore dalle strumentazioni tecnologiche di lavoro;
- l'impegno del lavoratore a rispettare le prescrizioni indicate nell'informativa sulla salute e sicurezza sul lavoro agile ricevuta dall'amministrazione;
- le modalità di esercizio del potere direttivo e di controllo del datore di lavoro sulla prestazione resa dal lavoratore all'esterno dei locali dell'amministrazione nel rispetto di quanto disposto dall'art. 4 della legge 20 maggio 1970, n. 300 e s.m.i.

#### ***3.2.4 Criteri e modalità di svolgimento dell'attività lavorativa in modalità agile***

L'Amministrazione, ove possibile, mette a disposizione dispositivi informatici e digitali necessari al lavoro a distanza; è comunque consentito l'utilizzo di dispositivi e dei sistemi di comunicazione nelle disponibilità del lavoratore in accordo con lo stesso.

La prestazione lavorativa dei soggetti titolari di funzioni di coordinamento e controllo, dei dirigenti e dei responsabili dei procedimenti amministrativi dovrà essere svolta di norma in presenza, eccetto casi del tutto particolari riconducibili alle condizioni personali già indicate.

Il lavoro agile può essere sospeso per sopravvenute esigenze di servizio; in tal caso il dipendente in lavoro agile può essere richiamato in sede, con comunicazione che deve pervenire in tempo utile per la ripresa del servizio; il rientro in servizio non comporta il diritto al recupero delle giornate di lavoro agile non fruite.

Il Direttore/Dirigente responsabile della UOC di afferenza del lavoratore agile deve:

- garantire il buon svolgimento delle funzioni di competenza e il rispetto dei tempi normativamente previsti per l'esecuzione delle proprie attività a prescindere dal regime in cui opera il personale;
- organizzare il proprio ufficio, anche rivedendo i processi di competenza ed effettuando un'approfondita analisi organizzativa, nell'ottica di un miglioramento continuo e spostando l'attenzione dal controllo alla responsabilità per risultati;
- indicare le attività che, nell'ambito della Struttura diretta, possono essere svolte in modalità agile definendo e programmando le priorità e gli obiettivi di ciascun lavoratore, verificandone il conseguimento e garantendo l'assenza di qualsiasi forma di discriminazione;
- concorrere all'individuazione del personale da avviare alla modalità agile, e favorisce la rotazione dello stesso, tesa ad assicurare, nell'arco temporale settimanale o plurisettimanale, un'equilibrata alternanza nello svolgimento dell'attività in modalità agile e di quella in presenza.

### ***3.2.5 Modalità e criteri di misurazione della prestazione***

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

Tra il lavoratore in modalità agile e il datore di lavoro sono condivisi obiettivi puntuali, chiari e misurabili che possano consentire di monitorare i risultati dalla prestazione lavorativa nella presente modalità; tali obiettivi, qualora inseriti in un piano della performance o altri strumenti di programmazione, possono prevedere orizzonti temporali differenziati (quindi con cadenza limitata), coerentemente con la durata del rapporto in modalità agile, al fine di verificare il loro conseguimento all'interno dello svolgimento del lavoro da remoto.

### ***3.2.6 Modalità di rilevazione delle presenze e ricognizione attività lavorativa in modalità Lavoro agile***

Le modalità di rilevazione delle presenze e ricognizione attività lavorativa in modalità lavoro agile sono definite con direttiva del Direttore della UOC Gestione Risorse Umane che mette a disposizione di ciascun Direttore/Dirigente interessato apposito modulo su foglio elettronico di rilevazione presenza.

Il dipendente deve autocertificare l'orario di lavoro svolto in modalità agile presso la propria residenza/ domicilio sotto la sua responsabilità tramite la compilazione di un rapporto di attività giornaliera in cui dovranno essere evidenziati l'ora di inizio e di cessazione del lavoro e le attività svolte. L'Azienda si riserva di effettuare i dovuti controlli.

### ***3.2.7 Formazione***

Al fine di accompagnare il percorso di introduzione e consolidamento del lavoro agile, nell'ambito delle attività del piano della formazione l'Azienda prevede specifiche iniziative formative per il personale che usufruisce di tale modalità di svolgimento della prestazione.

Dette attività formative dovranno perseguire l'obiettivo di addestrare il personale all'utilizzo delle piattaforme di comunicazione e degli altri strumenti previsti per

operare in modalità agile nonché di diffondere moduli organizzativi che rafforzino il lavoro in autonomia, l'empowerment, la delega decisionale, la collaborazione e la condivisione delle informazioni; i percorsi formativi potranno, inoltre, riguardare gli specifici profili relativi alla salute e la sicurezza per lo svolgimento della prestazione lavorativa al di fuori dell'ambiente di lavoro.

L'AST di Macerata garantisce ai dipendenti che svolgono il lavoro in modalità agile le stesse opportunità formative, finalizzate al mantenimento e allo sviluppo della professionalità, previste per tutti i dipendenti che svolgono mansioni analoghe.

### ***3.2.8 Obiettivi dell'azienda e contributo al miglioramento della performance***

Sulla base di quanto sperimentato nella fase emergenziale, l'Azienda si propone, con l'adozione del POLA, le seguenti finalità:

- introdurre nuove soluzioni organizzative che favoriscano lo sviluppo di una organizzazione orientata al lavoro per obiettivi e risultati e, al tempo stesso, un miglioramento della produttività;
- razionalizzare e adeguare l'organizzazione del lavoro e ridurre i costi per gli spazi fisici, realizzando economie di gestione;
- ridurre le assenze dal lavoro;
- rafforzare le misure di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro;
- promuovere la mobilità sostenibile tramite la riduzione degli spostamenti da e per gli uffici

nell'ottica di una politica ambientale sensibile alla diminuzione del traffico, in termini di volumi e di percorrenze, e dei consumi energetici.

I lavoratori "potenzialmente agili" nell'ambito dell'AST di Macerata, afferenti al ruolo amministrativo e professionale, esclusa la dirigenza e i ruoli tecnico e sanitario, sono circa 300 su 3.450; nell'ambito di tali numeri, per ciascuna Unità organizzativa, andrà il contingente massimo di dipendenti collocabili in lavoro agile.

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

### ***3.3.1 Riferimenti normativi***

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

Il D.lgs 75/2017 ha introdotto significative innovazioni all'art. 6 del D.lgs 165/2001 modificando il concetto di dotazione organica e di fabbisogno di personale conferendo a quest'ultimo il ruolo di "strumento strategico per individuare le esigenze di personale in relazione alle funzioni istituzionali e agli obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini". Il Piano di fabbisogni di personale (di seguito PTFP) implica

un'analisi qualitativa e quantitativa delle risorse umane necessarie allo svolgimento della mission aziendale e si configura come un atto di programmazione modulabile e flessibile. In sede di determinazione del PTFP deve inoltre essere definita la consistenza della dotazione organica da esprimersi in termini di unità e del relativo valore economico-finanziario.

### ***3.3.2 Il Piano Triennale dei fabbisogni del personale***

Il PTFP 2024-2026, redatto secondo le linee di indirizzo di cui al DM 08/05/2018 (linee guida per la definizione del piano triennale del fabbisogno) definisce il fabbisogno di personale dipendente necessario alla A.S.T. di Macerata per raggiungere gli obiettivi assegnati ed i livelli di servizi da erogarsi in favore dei cittadini assistiti definiti in base ai L.E.A., nel rispetto dei vincoli economici di legge e programmatori.

Il fabbisogno di personale dipendente viene quindi definito sotto un duplice profilo (punto 2.0 Linee guida del 08/05/2018):

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

Il PTFP è quindi un atto programmatico, prima che meramente autorizzatorio, inquadrato all'interno dei tre vincoli sopra indicati: quantitativo (unità di personale), qualitativo (contingente di personale per specifico profilo professionale) e economico (tetto di spesa).

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

Il costante mantenimento dei contingenti di personale distintamente per ogni ruolo e profilo professionale richiederà però di considerare, nell'ambito del reclutamento, anche le ulteriori cessazioni che ad oggi non sono conosciute, ma che certamente interverranno, tenuto conto che le azioni di turn-over (cessazione-riassunzione) lasciano invariato il quadro quantitativo, qualitativo ed economico del piano; ciò è necessario al fine di assicurare: gli obiettivi aziendali, i servizi essenziali ed i livelli prestazionali definiti negli atti di programmazione nonché il rispetto delle norme sull'orario di lavoro del personale.

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

conseguente assunzione di nuove unità, atti che dovranno essere specificamente collegati in termini di "unità entrante" a fronte di "unità uscente" di pari profilo. L'attuazione del piano di fabbisogno sarà costantemente monitorata a livello aziendale affinché vengano puntualmente rispettati i tetti di spesa del personale previsti e, eventualmente, posti in essere specifiche azioni di rientro.

Per quanto riguarda le dotazioni ed i volumi di spesa del personale, quale punto di partenza per l'aggiornamento, va presa a riferimento il PTFP di cui al PIAO 2023-2025 adottato con determina n. 328/AST\_MC del 31.03.2023 e approvato con DGRM n. 811 del 12.06.2023.

Il PTFP 2024-2026 assume quale punto di partenza la situazione al 31.12.2023 del piano occupazionale 2023. La gestione del piano 2023 è stata caratterizzata dalle carenze e difficoltà di reperimento di personale sanitario, in particolare medico; già note ed evidenti negli anni precedenti, che si sono molto accentuate in corso d'anno, tanto da non consentire la copertura di buona parte del contingente previsto per la categoria; di conseguenza, un consumo non pieno del tetto di spesa autorizzato per il personale dipendente.

Ciò nonostante il piano 2023 ha visto realizzato il potenziamento delle dotazioni dei servizi territoriali e di prevenzione e l'utilizzo delle opportunità di passaggio verticale del personale avente titolo di cui alla L.8/2020 con il duplice fine di utilizzare al meglio le potenzialità umane e di adeguare le qualifiche professionali alle nuove necessità operative.

Il piano 2024 è quindi caratterizzato da una forte azione di consolidamento delle dotazioni di personale, prima fra tutti la stabilizzazione, già dal primo trimestre di 100 unità di personale di varie qualifiche, con l'obiettivo di completamento entro l'anno, e riduzione del precariato alle esigue voci di supplenza ed interinato nelle more delle procedure concorsuali.

I piani 2025 e 2026, allo stato attuale, rappresentano il consolidamento prospettico del piano 2024, con interventi di aggiustamento delle azioni e delle manovre finalizzate al rispetto del tetto di spesa per il personale anche in relazione agli eventuali gravami sugli anni successivi.

I piani di fabbisogno degli anni 2024 (allegato 3.3.2.A), 2025 (allegato 3.3.2.B) e 2026 (allegato 3.3.2.C) espongono il PTFP 2024-2026 in termini di:

- Stato iniziale dei contingenti divisi per profilo- qualifica
  - Stato finale dei contingenti costituente limite assunzionale
  - Trend delle cessazioni previste sulla base degli atti formalizzati sia in termini di teste che di liberazione di risorse
  - Trend delle assunzioni previste, sia in termini di teste che di spesa
- Particolare attenzione viene riservata al trend occupazionale della dirigenza medica distintamente per disciplina di inquadramento (allegato 3.3.2.D).

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

La Regione Marche, con DGRM 1785 del 27.12.2022 ha approvato un protocollo d'intesa da sottoscrivere con le OO.SS. finalizzato alla realizzazione delle stabilizzazioni c.d. "covid" previste dall'art 1 comma 268 della L. 30 dicembre



2021 n. 234 (legge finanziaria 2022). Tale protocollo prevede che le stabilizzazioni possano essere effettuate nel 2023 e 2024 nei limiti del tetto di spesa per il personale e del budget aziendale, nonché, qualora vi siano graduatorie di concorso valide per la categoria: nel limite del 50% del totale assunzioni.

Il piano occupazionale 2023 di cui al PTFP 2023-2025, si era già fatto carico di pianificare il completamento della stabilizzazione ex D.lgs. 75/2017 nonché di avviare le stabilizzazioni ex art 1 comma 268 della L. 30 dicembre 2021 n. 234. (allegato 3.3.3.A al PIAO 2023-2025). Tale programma di stabilizzazione è stato portato a compimento con le determine nn. 1371 e 1372 del 21.12.2023 che hanno portato alla assunzione a tempo indeterminato di n. 117 unità di personale a carico del primo trimestre del piano occupazionale 2024.

Trattandosi di Azienda sorta per scorporo dalla ASUR Marche, allo stato attuale non è disponibile il valore disaggregato costituente il parametro di riferimento storico per la riduzione di cui all'art. 9, c. 28 del D.L. n. 78/2010. Con riferimento al solo anno precedente si può rilevare che nel suo complesso il piano occupazionale 2024 si pone l'obiettivo di ridurre il precariato dalle 266 unità presenti al 31.12.2023 alle 18 unità previste al 31.12.2024.

Riguardo ai rapporti di lavoro flessibile l'Azienda nell'anno 2023 ha stipulato diversi contratti di collaborazione con medici in quiescenza, in forza del disposto dell'art. 2bis del D.L. 18/2020. Il ricorso a tale forma di reclutamento di personale si è reso necessario nelle discipline (in particolare medicina d'urgenza, medicina interna e nefrologia) per le quali le procedure di reclutamento per lavoro dipendente non hanno consentito di coprire i posti necessari previsti dal piano. Il quadro economico di cui all'allegato 3.3.8.A. evidenzia una programmazione di tali rapporti, per l'anno 2024, in forte riduzione, in correlazione con la prevista copertura in ruolo dei posti interessati.

### **3.3.4 Assunzioni L.68/99**

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

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

La DGRM n.737/2018 prevede, quando la ricaduta occupazionale interessa territori di competenza di più Centri per l'Impiego, la stipula di una convenzione unica regionale con il Servizio Attività produttive, lavoro della Regione Marche. Al fine di dare attuazione alle vigenti disposizioni, allo stato attuale è vigente la convenzione unica, approvata con DGASUR n. 755/2018 che prevede un programma di assunzione quinquennale (anni 2018-2022) tra l'Asur Marche e il competente ufficio regionale relativa agli obblighi di assunzione sull'intero territorio dell'Asur. Per quanto riguarda il sezionale della ex AV3 della convenzione, il piano di reclutamento ivi previsto è stato completato. Per l'anno



2024 e segg. La AST Macerata dovrà definire una nuova convenzione con con il Servizio Attività produttive, lavoro della Regione Marche.

I concorsi pubblici indetti, ancora da espletarsi prevedono specifiche riserve per le categorie in parola.

Il piano occupazionale 2024, fermo restando quanto sopra, sulla base della rilevazione delle quote di riserva scoperte al 31.12.2023 programma per tali categorie specifiche quote di assunzioni (allegato 3.3.4.A).

### ***3.3.5 Progressioni verticali tra le aree del personale del comparto***

La ex AV3 ha portato a compimento, nel corso degli anni 2022 e 2023, il programma di progressioni interne approvato con DGASUR 65 del 25/01/2022. Il programma era attuativo ed esauriva le possibilità introdotte dall' L'art. 22, comma 15 del D. Lgs. n. 75/2017 come modificato dall'art. 1, comma 1-ter, del D.L. 162/2019, convertito con Legge n. 8 del 28/02/2020. Ulteriori possibilità di progressioni verticali dell'area comparto sono state introdotte, per via contrattuale, dal CCNL 21.11.2022 area comparto. L'attuazione di tali norme rientra nell'ambito del processo di riclassificazione e riordino di tutta l'area, posti dal nuovo CCNL; processo da attuarsi nel corso del 2024.

### ***3.3.6 Piani Azioni Positive e Comitati Unici di Garanzia***

Il Comitato Unico di Garanzia (CUG) allo stato in carica, è stato nominato ed insediato con determina della ex AV3 con determina n. 317 del 01.03.2022. lo stesso CUG si è dato un proprio regolamento di organizzazione recepito con determina n. 897 del 14.06.2022.

Il CUG ha definito il piano triennale delle azioni positive (PAP) integrato con il piano per la parità di genere (Gender Equality Plan) nella seduta del 12.01.2024. in relazione al quale, la Consigliera di parità della Provincia di Macerata, ha espresso il prescritto parere positivo. (allegato 3.3.6.A).

### ***3.3.7 Dotazione organica***

Per quanto riguarda la dotazione organica rimane ferma la dotazione iniziale aziendale definita nel PTFP di cui al PIAO 2023-2025 adottato con determina n. 328/AST\_MC del 31.03.2023 e approvato con DGRM n. 811 del 12.06.2023. Tale dotazione organica, così definita, è coerente con la ridefinizione dei fondi contrattuali posta dal dl. 78/2010 e dall'art. 9 quinquies di 78/2015. Con il PTFP 2024-2026 vengono apportati minimi adeguamenti di profili professionali dell'area non dirigenziale, ad invarianza di teste e di costi.

tale dotazione organica in termini di quali-quantitativi di unità di personale e di volume di spesa come previsto DM 08/05/2018, in raffronto con la medesima adottata con il PIAO 2023-2025, viene riportata in allegato (allegato 3.3.7.A).

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

A decorrere dal 2019, la spesa per il personale degli enti del Servizio sanitario nazionale delle regioni, nell'ambito del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato e ferma restando la compatibilità finanziaria, sulla base degli indirizzi regionali e in coerenza con i piani triennali dei fabbisogni di personale, non può superare il valore della spesa

sostenuta nell'anno 2018, come certificata dal Tavolo di verifica degli adempimenti di cui all'articolo 12 dell'Intesa 23 marzo 2005 sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, o, se superiore, il valore della spesa prevista dall'articolo 2, comma 71, della legge 23 dicembre 2009, n. 191.

Per quanto riguarda appunto il tetto di spesa per il personale va fatto quindi riferimento al PTFP di cui al PIAO 2023-2025 adottato con determina n. 328/AST\_MC del 31.03.2023 e approvato con DGRM n. 811 del 12.06.2023, che prevede per gli anni 2024 e 2025, un tetto di spesa per un importo di euro 153.056.516 che va a costituire la quota aziendale, all'interno della ripartizione fra Enti del SSR, del tetto di spesa unico regionale che va a costituire l'effettivo vincolo di cui appunto all'art. 11, c.1, del D.L. n. 35/2019.

La spesa prodotta dal PTFP 2024-2026, elaborata e coordinata con i criteri ed i parametri aggiuntivi previsti dal Tavolo di verifica degli adempimenti di cui all'articolo 12 dell'Intesa 23 marzo 2005 sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano rientra nel tetto di spesa per il personale come sopra individuato (allegato 3.3.8.A).

### ***3.3.9 Rispetto del budget di spesa aziendale assegnato***

È noto che la spesa per il personale dipendente è una delle voci principali all'interno del budget aziendale.

Con l'atto di adozione del PTFP 2024-2026 viene attestata la compatibilità economica dei fattori produttivi considerati per l'anno 2024. Per gli anni 2025 e 2026, coerentemente con la programmazione occupazionale adottata dovrà essere garantita analoga compatibilità.

## **Sottosezione 3.4 – FORMAZIONE DEL PERSONALE**

### ***3.4.1 Il contesto di riferimento***

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

presente decreto, nonché soggiorni di studio e la partecipazione a studi clinici controllati e ad attività di ricerca, di sperimentazione e di sviluppo...".

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

La formazione continua dei professionisti sanitari è espressione del valore fondamentale della tutela della salute. Obiettivo della formazione continua è l'attivazione, il miglioramento, il sostegno ed il consolidamento di processi di apprendimento. I D.lgs n.502/92 e n.229/99 hanno istituzionalizzato nel paese il Sistema di Educazione Continua in Medicina. Nel D.lgs 229/99 sei articoli segnano il passaggio da una formazione concepita come accessoria, episodica, sostanzialmente individuale e autodeterminata, ad una formazione come elemento strategico per lo sviluppo della professionalità e della qualità del sistema di cure al paziente. Il programma sperimentale per l'ECM è iniziato nel 2002, a cui ha fatto seguito il passaggio dall'accreditamento degli eventi all'accreditamento dei provider e l'entrata a regime dell'intero sistema con il susseguirsi di Accordi Stato Regioni (2007, 2009, 2012) e determinazioni della Commissione nazionale che hanno dettato regole e modalità operative.

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

L'accreditamento di un Provider è il riconoscimento da parte di un'istituzione pubblica (Commissione Nazionale per la Formazione Continua o Regioni o Province Autonome direttamente o attraverso organismi da questi individuati) che un soggetto è attivo e qualificato nel campo della formazione continua in sanità e che pertanto è abilitato a realizzare attività formative riconosciute idonee per l'ECM individuando ed attribuendo direttamente i crediti ai partecipanti. L'accreditamento si basa su un sistema di requisiti minimi

considerati indispensabili per lo svolgimento di attività formative (ECM) e viene rilasciato ad ogni provider da un solo Ente accreditante a seguito della verifica del possesso di tutti i requisiti minimi stabiliti dalla normativa nazionale e contenuti nel Manuale nazionale e nei Manuali regionali, per le Regioni che hanno un proprio sistema di accreditamento regionale. L'accreditamento conseguito presso la Commissione nazionale consente ai provider di erogare eventi su tutto il territorio nazionale e al di fuori di esso come previsto dall'art.44 dell'Accordo Stato Regioni. L'accreditamento conseguito presso le Regioni consente di erogare eventi esclusivamente nel territorio dell'ente accreditante. Non è consentito conseguire l'accreditamento come provider nazionale e regionale. Il Cogeaps (Consorzio per la gestione anagrafica delle professioni sanitarie -art. 22 dell'Accordo Stato Regioni 2017) gestisce l'anagrafe nazionale dei crediti formativi ECM riconosciuti a tutti i professionisti sanitari ricevendo, dai provider nazionali e regionali, i report delle partecipazioni ECM attraverso un tracciato unico a livello nazionale. Fornisce gli strumenti agli Ordini per certificare l'adempimento dell'obbligo formativo dei professionisti sanitari.

Il "Manuale di accreditamento dei provider ECM pubblici e privati della Regione Marche per l'erogazione di eventi ECM" costituisce l'allegato B della DGR n.1501/17 e descrive il procedimento di accreditamento dei provider a livello regionale e i necessari requisiti nel rispetto delle caratteristiche dei provider, della loro organizzazione generale, delle risorse, della qualità dell'offerta formativa e dell'assenza di conflitto di interesse. La Regione Marche, come previsto dall'Accordo Stato Regioni 2017, ha ritenuto di individuare alcuni requisiti aggiuntivi che rispecchiano più specificatamente il contesto regionale e che si propongono di innalzare il livello qualitativo della formazione erogata. Il Manuale regionale recepisce altresì le modalità di assegnazione dei crediti alle diverse tipologie formative definendo all'interno di esse indicatori e strumenti tesi a monitorare l'offerta formativa che deve essere orientata a promuovere l'apprendimento dei professionisti della salute.

Va, di conseguenza, considerato il mutato assetto istituzionale previsto nella legge regionale n. 19 del 8 agosto 2022 concernente "Organizzazione del Servizio Sanitario Regionale" pubblicata sul Bollettino ufficiale della Regione Marche in data 11 agosto 2022 e, ai sensi dell'articolo 50 della medesima legge, in vigore il giorno 12 agosto 2022. Tale normativa ha disposto, a far data dal 01/01/2023, la soppressione della Azienda Sanitaria Unica Regionale, della quale le Aree Vaste erano articolazioni territoriali, trasformando tali ultime in Aziende Sanitarie Territoriali.

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

Con DECRETO DEL DIRIGENTE DEL SETTORE RISORSE UMANE E FORMAZIONE Nr. 21 del 20/03/2023 (Oggetto: Accreditamento provvisorio ai sensi dell'Accordo Stato Regioni 2017 e della DGR n. 1501/17 e s.m.i. provider ECM

AST di Macerata) si è disposto di accreditare provvisoriamente per un periodo massimo di 24 mesi il provider AST di Macerata.

### **3.4.2 Gestione del sistema qualità nella formazione**

Le Aziende sanitarie territoriali diventando operative dal 01/01/2023, devono dotarsi di una propria organizzazione, da includere nell'atto aziendale da emanarsi con le procedure previste nella medesima normativa. La Delibera Giunta Regione Marche (di seguito DGRM) n. 1718 del 19/12/2023 prevede che *"...Le AST sono tenute a garantire – nella fase di prima operatività e sino a successive nuove determinazioni in merito da parte del Legale Rappresentante – la validità ed efficacia della normazione interna (Regolamenti, Atti generali, Codici, Accordi sindacali, Circolari e relative disposizioni di attuazione), allo stato vigente presso le Aziende soppresse. .... Restano impregiudicati i doverosi adeguamenti dei suddetti atti a sopravvenute disposizioni di legge e regolamentari, statali e regionali..."*. Di conseguenza, in riferimento a quanto previsto al paragrafo 3.9 dell'allegato A alla DGRM n. 1385 del 28/10/2022, oltre a quanto previsto con DGRM 1501 del 18/12/2017, nelle more del processo di organizzazione e fino a nuove disposizioni, continuano a trovare applicazione, tra gli altri regolamenti:

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

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

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

*La Direzione inoltre, si impegna a garantire affidabilità, efficacia, appropriatezza, idonee risorse umane, tecnologiche ed economico-finanziarie, atte al conseguimento dei risultati attesi, secondo le esigenze dei professionisti sanitari e dei cittadini utenti...*

*I principali processi necessari per il SGQ nell'ECM e l'applicazione nelle attività garantite da tutti i livelli partecipativi dell'organizzazione sono di seguito identificati e descritti:*



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

### **Rilevazione del fabbisogno formativo**

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

*La raccolta dei bisogni riguarda prevalentemente tre aree:*

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

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

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

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

- *le UU.OO. destinatarie;*
- *le figure/profili a cui è rivolta l'iniziativa;*
- *l'ambito di programmazione;*
- *gli obiettivi dei progetti formativi;*
- *l'area di riferimento;*
- *la metodologia formativa;*
- *il numero di edizioni, numero ore per edizione e il totale delle ore;*
- *il numero di partecipanti per edizione e in totale;*
- *il numero dei crediti programmati per partecipante e in totale;*
- *lo strumento di valutazione dell'apprendimento;*
- *le risorse necessarie;*
- *gli eventuali sponsor.*

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

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

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

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



*l'ulteriore verifica da parte del Comitato Scientifico, da completarsi entro il 22 Novembre, di cui viene redatto apposito verbale.*

### **Pianificazione**

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

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

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

#### **3.4.3 Piano formativo aziendale annuale**

La definizione di dettagli del piano formativo è tuttora in corso, in un processo attivato a partire da settembre 2023 e con puntuale conclusione entro febbraio 2024. La definizione del piano annuale avviene in coerenza con le indicazioni regionali e con la programmazione triennale dei bisogni formativi che è approvata dalla Regione Marche.

La definizione del piano formativo aziendale annuale rappresenterà un numero di circa 70 progetti/eventi di formazione, in linea con lo storico e con la necessità di miglioramento continuo della qualità dei corsi erogati dal provider AST di Macerata.

Nell'anno 2024 uno spazio prioritario dovranno avere le iniziative di carattere regionale contenute nel Piano Formativo regionale 2022-2024 (conoscenza del Piano Pandemico, Medicina narrativa come pratica di cura, formazione sulla contrattualistica rivolta al personale amministrativo) oltre a azioni su:

- benessere e motivazione del personale aziendale;
- sicurezza sul lavoro in tutti i settori e servizi aziendali.

La AST di Macerata adotta le LINEE DI INDIRIZZO PER LA PROGRAMMAZIONE DELLE ATTIVITA' FORMATIVE 2024 trasmesse dalla Regione Marche in data 05/10/2023.

In coerenza con il nuovo Piano Socio-Sanitario 2023-2025 (DGR n.709/23) gli **obiettivi formativi** privilegiano i seguenti settori:

- Piano prevenzione 2020-2025 (DGR n.1640/21): azioni formative regionali e locali a supporto del raggiungimento degli indicatori previsti nei Programmi di cui si compone il Piano (es. piano vaccinale, promozione stili di vita corretti, salute e sicurezza in ambito lavorativo, ambiente e salute, ect);
- autorizzazione e accreditamento: rafforzamento delle competenze dei professionisti e coinvolgimento dei cittadini nei percorsi di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie attraverso la formazione del personale coinvolto e dei Comitati di partecipazione, in raccordo con l'OTA;

- corretta codifica della scheda di dimissione ospedaliera (SDO);
- il benessere dei sanitari e di tutto il personale dipendente e convenzionato;
- PNRR M6
  - o C1.3.1 implementazione dell'utilizzo del FSE in coerenza con l'infrastruttura tecnologica e con il Piano operativo per l'incremento delle competenze digitali – interventi di formazione, Decreto del Dipartimento Salute n.46 del 5 giugno 2023 con il supporto del documento nazionale Linee operative Formazione FSE 2.0 a cui la Regione Marche ha partecipato attivamente alla sua stesura;
  - o C.2.2 accrescere le competenze in tema di infezioni ospedaliere secondo la programmazione regionale DGR n.398 del 27 marzo 2022.

Nell'ambito dell'obbligo formativo triennale (anche in corsi differibili al 2025) viene posta attenzione sugli obiettivi formativi di particolare interesse nazionale e regionale di cui all'Accordo Stato Regioni 2017 (vaccini, responsabilità professionale, antimicrobico resistenza, fertilità, violenza nei confronti degli operatori e medicina di genere) e alla DGR n.1281 del 10/10/22 in particolare l'appropriatezza prestazioni sanitarie nei LEA, il trattamento del dolore acuto e cronico. Palliazione e l'Innovazione tecnologica valutazione, miglioramento dei processi di gestione delle tecnologie biomediche e dei dispositivi medici HTA.

#### ***3.4.4 Piano formativo triennale regionale e PNRR***

##### ***Piano formativo regionale 2022-2024***

Con DGRM n. 1281 del 10 ottobre 2022 è stato approvato il Piano di Formazione Regionale 2022-2024 rivolto al personale del Servizio Sanitario Regionale.

Il D.Lgs 502/92 e s.m.i. all'art.16 ter comma 3 attribuisce alle Regioni il compito di promuovere sul territorio il sistema di educazione continua in medicina, provvedendo alla programmazione e all'organizzazione dei programmi regionali per la formazione. Come previsto dal Piano nazionale di aggiornamento del personale sanitario nell'ambito dei LEA, la Regione Marche, tra le altre cose, è tenuta ad inviare il provvedimento con cui sono stati individuati gli obiettivi formativi regionali e/o sono state date indicazioni alle strutture sanitarie regionali per la programmazione delle attività formative rivolte al personale sanitario.

Il Piano formativo regionale (PFR) è un documento di programmazione di interventi formativi di interesse e rilevanza regionale in relazione ad alcune priorità di valenza strategica e ad alcuni snodi fondamentali del funzionamento della sanità regionale.

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

Le iniziative formative proposte nel presente PFR rispondono ai seguenti criteri:

- connessione a criticità/innovazioni/snodi fondamentali del sistema sanitario regionale: le attività formative prescelte sono quelle riferite dai

Settori del Dipartimento Salute e dell'ARS sulle quali insistono importanti processi di innovazione e che pertanto possono utilmente beneficiare di un supporto formativo;

- economicità gestionale: le attività formative prescelte sono quelle per le quali la gestione centralizzata rappresenta una economia di scala, in quanto riguardano e sono destinate ad un numero di partecipanti limitato, per ciascuna Azienda AST, e al tempo stesso rappresentativo del territorio regionale o una scelta strategica che permetta una formazione a cascata, mirata e uniforme nel territorio;
- priorità di sistema, continuità con processi già avviati.

La realizzazione dei progetti formativi è demandata agli Enti del SSR secondo la programmazione e le modalità condivise con il dirigente del Settore Risorse Umane e Formazione della Regione Marche.

Come previsto dal Decreto nr. 11 del 14/02/2023, ad oggetto "Assegnazione agli Enti del SSR delle attività formative previste dal Piano Formativo regionale 2022-2024 di cui alla DGR n.1281 del 10 ottobre 2022", la AST di Macerata è chiamata a realizzare le attività formative sulla base delle schede contenute nell'allegato A Piano Formativo Regionale 2022-2024 -DGR n.1281/22-, procedendo alla definizione della progettazione di dettaglio in collaborazione con il responsabile scientifico regionale, proponente l'iniziativa, in modo che l'erogazione possa essere quanto più coerente con l'analisi del fabbisogno regionale e con gli obiettivi proposti. Il settore Risorse Umane e Formazione garantisce il supporto metodologico necessario per la realizzazione delle attività formative.

I progetti previsti dal Piano formativo regionale dovranno essere realizzati non oltre il primo semestre 2025, salvo eventuali proroghe del Piano.

La AST di Macerata è coinvolta, come ente gestore, nei seguenti corsi:

**1. Cannabis: aggiornamenti per medici prescrittori**

1. Farmacovigilanza e vigilanza sui dispositivi medici
2. Registri AIFA e centri prescrittori
3. I vaccini e le vaccinazioni.
4. Aggiornamenti normativi relativi alla prescrizione dei farmaci, le ricette ripetibili

1. Mantenimento delle Competenze dei valutatori GAAR per le attività di audit
2. La responsabilità del personale sanitario alla luce delle modifiche introdotte dalla Legge 24/2017.
3. Integrazione Sociosanitaria – U.O.SeS, Governo della domanda e Dipartimenti Dipendenze Patologiche.
4. La specialistica ambulatoriale: la normativa e i percorsi
5. Proposte formative dell'Osservatorio sulle disuguaglianze nella Salute
6. La promozione della cultura del rischio clinico e la qualità delle cure alla luce della L.n.24/2017
7. La prevenzione della violenza a danno degli operatori della sanità
8. Appropriatelyzza e sicurezza della politerapia

**1. Seminari di formazione continua (n.3)**

2. Il PIAO (Piano integrato di attività e organizzazione) di cui all'art. 6 comma 6 DL 80/21 negli Enti del SSR
3. Aggiornamenti della normativa sugli Istituti contrattuali del CCNL comparto sanità e della dirigenza dell'area sanità e dirigenza funzioni locali

4. Aggiornamenti sulla normativa contrattuale della medicina convenzionata per la disciplina dei rapporti dei MMG, PLS e specialistica ambulatoriale del SSN.
5. Laboratori sul procedimento amministrativo di cui alla L 241/90 alla luce delle recenti novità della normativa emergenziale

## PNRR

La missione 6 (Salute) del PNRR è divisa in 2 componenti ed è focalizzata su due elementi: il primo è un cambio di paradigma nell'assistenza sociosanitaria basato sullo sviluppo di una rete territoriale che consenta una vera vicinanza alle persone secondo un percorso integrato che parte dalla "casa come primo luogo di cura", per arrivare alle "Case della comunità" e quindi alla rete ospedaliera; il secondo elemento è dato dall'ammodernamento delle dotazioni tecnologiche del SSN.

Trasversale alla missione è l'obiettivo dichiarato di rafforzare la compagine del personale sanitario, anche sotto il profilo formativo, al fine sviluppare le competenze tecnico-professionali, digitali e manageriali dei professionisti del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) nonché di colmare le carenze relative sia ad alcune figure specialistiche, sia nel campo della medicina generale.

La componente 2.3 della Missione 6 (Sviluppo delle competenze tecnico-professionali, digitali e manageriali dei professionisti in sanità) è finalizzata a rafforzare l'attività formativa lungo tre direttrici:

- aumentare le borse di studio del corso di formazione specifica in medicina generale, garantendo il completamento di tre cicli formativi triennali;
- avviare un piano di formazione straordinario di tutto il personale ospedaliero della dirigenza medica e non medica ed il personale infermieristico e tecnico del SSN in materia di infezioni ospedaliere;
- attivare un percorso di formazione dei ruoli apicali degli Enti del SSN e delle sue macroarticolazioni organizzative (direttori generali, sanitari, amministrativi, direttori dei distretti, dei dipartimenti, dei presidi ospedalieri, nonché dei collegi sindacali e Organismi di Vigilanza), ai fini dell'acquisizione delle necessarie competenze e capacità manageriali per affrontare le sfide sanitarie attuali e future in un'ottica integrata, sostenibile, innovativa, flessibile ed orientata al risultato.

È programmata l'adozione di un action plan per la definizione dei fabbisogni delle borse di studio per il corso di formazione specifica in MMG per ciascuno dei trienni formativi 2021-2024, 2022-2025, 2023-2026.

È programmata inoltre l'adozione entro il 2023 di un action plan per la realizzazione dei percorsi formativi per i ruoli apicali e per il personale del SSN. L'obiettivo nazionale è erogare e completare 900 borse di studio per il corso di formazione specifica in medicina generale per ciascuno degli anni 2024, 2025, 2026; erogare corsi di formazione tecnico manageriale entro il 2025 a almeno 5.000 operatori dei ruoli apicali ed erogare corsi di formazione straordinaria in materia di infezioni ospedaliere entro il 2026 ad almeno 200.000 dipendenti del

SSN. Questo intervento è integrato con risorse per 330 milioni stanziati dalla Legge di Bilancio 2021 e con risorse REACT-EU destinate ai contratti di formazione specialistica.

La Unità Operativa Complessa (UOC) della Formazione nella AST di Macerata Gestisce il processo, a norma di Legge (D.Lgs. 502/92 art. 6) in quanto attua:

- formazione specialistica dei medici in tirocinio presso le strutture sanitarie in possesso dei requisiti di idoneità;
- formazione del personale in tirocinio sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione in sede ospedaliera ovvero presso le strutture del Servizio sanitario regionale.

Ai fini della programmazione del numero degli specialisti da formare (ai sensi del DECRETO LEGISLATIVO 17 agosto 1999, n. 368 art 35) il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, acquisito il parere del Ministro della sanità, determina il numero dei posti da assegnare tenuto conto della capacità ricettiva e del volume assistenziale delle strutture sanitarie regionali inserite nella rete formativa della scuola stessa.

La UOC Formazione nella AST di Macerata (dove il medico in formazione specialistica svolge l'attività formativa) provvede in qualità di soggetto della rete formativa, con oneri a carico della AST stessa, alla copertura assicurativa per i rischi professionali, per la responsabilità civile contro terzi e gli infortuni connessi all'attività assistenziale svolta dal medico in formazione nelle proprie strutture, alle stesse condizioni del proprio personale (ai sensi del DECRETO LEGISLATIVO 17 agosto 1999, n. 368 art 41).

Con D.G.R. n. 970 del 27 luglio 2022, la Giunta regionale ha approvato i provvedimenti di delega agli Enti del SSR delle attività relative agli interventi di rispettiva competenza territoriale, come distinti nell'Allegato 2 del Piano Operativo Regionale, approvato con la D.G.R. n.656 del 30/05/2022, approvando la ripartizione delle risorse agli Enti del SSR, in qualità di soggetti attuatori esterni, dell'importo complessivo pari a € 135.196.895,17 per la realizzazione degli interventi della Missione 6 Componenti 1 e 2.

Con D.G.R. n. 1330 del 17 ottobre 2022, la Giunta regionale ha modificato la D.G.R. n. 970 del 27 luglio 2022 con sostituzione Allegati n. 2 e n.3. La misura M6C2 - Intervento 2.2 (b), prevede un totale finanziamento nella Regione Marche per € 1.991.729,80.

#### Formazione Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)

Con DECRETO DEL DIRIGENTE DEL SETTORE RISORSE UMANE E FORMAZIONE nr. 83 del 30/11/2023 ha istituito il gruppo di lavoro di Coordinamento regionale della Formazione FSE 2.0.

Il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), introdotto dall'art. 12 del DL 179/2012 "Fascicolo sanitario elettronico e sistemi di sorveglianza nel settore sanitario" e articolato secondo il DPCM 178/2015 "Regolamento in materia di fascicolo sanitario elettronico", è lo strumento attraverso il quale il cittadino può tracciare

e consultare tutta la storia della propria vita sanitaria, condividendola con i professionisti del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

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

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

Il successivo Decreto del Dipartimento per la Trasformazione Digitale del 8 agosto 2022 "Assegnazione di risorse territorializzabili riconducibili alla linea di attività M6C2 1.3.1(b) «Adozione e utilizzo FSE da parte delle regioni» nell'ambito dell'investimento PNRR M6C2 1.3." definisce i criteri di riparto delle risorse riconducibili alla linea di attività dell'intervento di investimento M6C2 1.3.1 b) «Adozione e utilizzo FSE da parte delle regioni» per l'attuazione delle due linee di intervento: a) Potenziamento dell'infrastruttura digitale dei sistemi sanitari (hardware e software); b) Incremento delle competenze digitali dei professionisti del sistema sanitario (Attività di Formazione e Comunicazione). L'art. 1 stabilisce che l'erogazione annuale delle risorse è subordinata alla redazione ed alla approvazione dei Piani di adeguamento per il potenziamento delle infrastrutture digitali e per l'incremento delle competenze digitali – Comunicazione e Formazione.

In attuazione di quanto sopra, con pec prot. 1553408 del 19/12/2022 la Regione Marche ha inviato al Dipartimento per la trasformazione digitale e il Ministero della Salute la propria proposta di iniziative da erogare in ambito di formazione FSE 2.0, con riferimento al periodo 2023-2026, secondo quanto contenuto nei due Piani Operativi per l'incremento delle competenze digitali del SSR, ivi allegati, distinti per le due linee di attività Comunicazione e Formazione. Con conseguente nota PEC n.0001025 del 02 marzo 2023 il Dipartimento per la trasformazione digitale ha approvato le proposte predisposte dalla Regione Marche che costituiscono, pertanto, la base di partenza per la costruzione dei Piani di Comunicazione e Formazione a livello regionale.

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

Il Piano Operativo regionale formazione è suddiviso per aree/settori di intervento e target in funzione degli obiettivi di apprendimento, nello specifico: sono di diretta gestione regionale i corsi HUB-formazione formatori e apicali che



dovranno attivare e portare avanti il progetto nazionale e le iniziative a livello SPOKE. Queste ultime, delegate agli Enti del SSR, riguardano la formazione sugli applicativi, la formazione all'uso del dato in ambito sanitario, la formazione alla divulgazione del FSE e la formazione generica sul FSE. La formazione continua concorrerà al raggiungimento dell'obiettivo finale previsto dal target PNRR M6 C2I 1.3 entro giugno 2026 "Tutte le Regioni adottano e utilizzano il FSE".

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

In tale quadro di riferimento, nell'ottica di favorire l'attuazione dei citati Piani Operativi regionali di Comunicazione e Formazione FSE, si è innestato il progetto europeo "Digital skills to increase quality and resilience of the Health System in Italy (digital skills)" che vede la collaborazione di Ministero della Salute, Dipartimento per la trasformazione digitale, Agenas e il Programma Mattone Internazionale Salute (ProMIS). Nell'ambito di tale progetto sono stati di recente elaborati e formalizzati due documenti, l'uno recante "Strategia di accrescimento delle competenze digitali" volto a dotare le Regioni di un approccio strutturale per la gestione strategica dell'Educazione in sanità Digitale al fine di migliorare le competenze digitali dei professionisti sanitari e socio-sanitari e l'altro contenente specifiche Linee Operative per la formazione in ambito FSE 2.0 diretto a supportare le amministrazioni nella predisposizione delle iniziative contenute nei Piani Operativi di Formazione FSE che, in ragione delle specifiche eterogeneità regionali, dovranno essere declinate da ciascuna Amministrazione in considerazione dello stato di partenza delle singole realtà locali.

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

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

- a) analisi dei fabbisogni formativi sul FSE, sentita la componente strutturale regionale, rispetto ai target allo scopo di definire le azioni prioritarie e specifiche a partire da quanto rappresentato nel Piano operativo (PO);



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

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

- Referente regionale Formazione FSE 2.0;
- Referenti della Formazione FSE 2.0 di ogni Azienda Ospedaliera e Territoriale e INRCA;
- Referente regionale Comunicazione FSE 2.0 per l'allineamento delle reciproche specifiche iniziative;
- Referente regionale infrastruttura FSE 2.0 per l'allineamento con gli aggiornamenti infrastrutturali e l'avvio delle relative attività formative.

Per progettare e gestire operativamente le iniziative di formazione potranno essere attivati, all'interno del Tavolo regionale, dei board tecnici-tematici come quello composto dai responsabili dei sistemi informativi delle Aziende e quello della sanità del privato accreditato, da coinvolgere attraverso le diramazioni regionali delle relative associazioni.

Non sono previsti compensi o gettoni di presenza per la partecipazione alle riunioni che potranno avere cadenza mensile.

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

L'Academy Marche di cui al Decreto RUM n.8/21 potrà essere utilizzata quale supporto metodologico per la costruzione di percorsi formativi in modalità blended o e-learning.

Con nota PEC prot. n.1300277 del 23/10/2023|R\_MARCHE|GRM|SALU| il Direttore del Dipartimento Salute ha richiesto ai Direttori Generali degli Enti del SSR i nominativi dei referenti della formazione FSE 2.0 aziendale. Entro i termini indicati sono pervenuti i nominativi richiesti.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Con deliberazione della Giunta regionale n. 970 del 27/07/2022 "Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - Missione 6 "Salute" Componenti 1 e 2- approvazione delega delle attività e ripartizione risorse agli Enti del Sistema Sanitario Regionale", e con la successiva D.G.R. n. 1330 del 17/10/2022 sono stati delegati gli Enti del SSR in qualità di soggetti attuatori e ripartita la somma assegnata complessiva di euro 1.991.772,80 riferita al progetto M6C2 2.2 b) Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario - Corso di formazione in infezioni ospedaliere.

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

Con DGR n.1385 del 28 ottobre 2022 "Attuazione delle disposizioni di cui all'art.42 comma 5 della L.R. 8 agosto 2022 n.19 (Organizzazione del SSR): indirizzi per la costituzione delle Aziende Sanitarie Territoriali (AST)" la Regione Marche ha dato mandato entro il 31/12/2022 alle istituende AST subentranti alla soppressa Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR) di provvedere, tra gli altri adempimenti funzionali dell'Ente, a richiedere l'accreditamento come provider ECM. Ai sensi della DGR n.1385 del 28 ottobre 2022, al fine di garantire la continuità della formazione ECM ai professionisti sanitari in funzione dell'assolvimento del prescritto obbligo formativo, il rapporto di accreditamento in qualità di provider ECM dell'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord", oggetto di incorporazione nella costituenda AST di Pesaro-Urbino, si

intende trasferito, ai sensi dell'art 2 del Manuale Nazionale di accreditamento per l'erogazione degli eventi ECM, all'AST di Pesaro-Urbino di nuova istituzione (decreto SRU di voltura dell'accREDITamento n.77 del 20 dicembre 2022). Il settore Risorse Umane e formazione con il supporto della Commissione tecnica ECM ha poi valutato le domande di accREDITamento delle istituende AST e provveduto alla verifica documentale. Con decreto SRU n. 16/2023 è stata accREDITata provvisoriamente come provider ECM l'AST di Fermo, con decreto SRU n.17/2023 è stata accREDITata provvisoriamente come provider ECM l'AST di Ancona, con decreto SRU n.21/2023 è stata accREDITata provvisoriamente come provider ECM l'AST di Macerata e con decreto SRU n.19/2023 è stata accREDITata provvisoriamente come provider ECM l'AST di Ascoli.

La Regione completa la procedura per la selezione dei provider dei corsi di formazione a marzo 2023 al fine di raggiungere il numero target complessivo in termini di partecipanti coinvolti, tenendo conto delle indicazioni riportate all'interno del Piano operativo.

Pertanto, la Regione Marche al fine di rispondere al primo milestone atteso dal programma ritiene di individuare come provider dei corsi sulle infezioni ospedaliere tutti gli Enti del SSR accREDITati come provider ECM: AST Pesaro-Urbino, AST Ancona, AST Macerata, AST Fermo, AST Ascoli, Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche e l'INRCA.

Con decreto del Direttore di Dipartimento n.6 del 25/02/2022 e con Decreto del Segretario Generale n. 39 del 19 aprile 2022 si è costituito un gruppo di lavoro regionale per la programmazione e il coordinamento delle attività da realizzare al fine di garantire supporto ai servizi formazione degli Enti del SSR e coerenza metodologica e di contenuto in relazione alle attività formative da erogare a livello regionale. Il gruppo di lavoro regionale, che funge anche da comitato scientifico/task force, è composto dalle Direzioni Sanitarie degli Enti, i dirigenti della formazione e alcuni esperti dalla Facoltà di Medicina che si sono resi disponibili. Il gruppo regionale di lavoro, task force scientifica di coordinamento e progettazione ha validato il "Piano formativo regionale sulle infezioni correlate all'assistenza (ICA) in ambito ospedaliero" che rappresenta l'allegato A della presente deliberazione.

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

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

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

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

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

Il programma relativo ai corsi delle infezioni ospedaliere, moduli B, C e D, verrà gestito ed erogato da ciascuna Azienda secondo i propri fabbisogni formativi interni, poiché trattasi di materie strettamente operative e legate al contesto, seguendo le indicazioni contenute nelle schede dell'allegato A della presente deliberazione.

L'allegato A infatti contiene le schede relative ai diversi corsi e moduli utili per la micro-progettazione, la realizzazione e l'accreditamento ECM e informazioni sulla rendicontazione delle attività. E' inoltre previsto il raccordo con gli obiettivi formativi del Piano nazionale e regionale della Prevenzione e del Piano nazionale contrasto antibiotico-resistenza (PNCAR) per i quali il settore competente dell'ARS aveva avviato attività e individuato una rete di formatori, che permetterà di rafforzare utili sinergie e raggiungere un più efficace apprendimento delle competenze in materia di ICA.

## SEZIONE 4 - MONITORAGGIO

### Sottosezione 4.1 – IL MONITORAGGIO DELLE MISURE DEL PIAO

L'attività di monitoraggio consiste nella razionalizzazione e messa a sistema dei controlli già esistenti, verificando l'efficacia e l'efficienza delle attività previste nelle misure di prevenzione. Si tratta di un'azione continuativa di verifica dell'attuazione e dell'idoneità delle singole misure di trattamento del rischio. Nuova forma di monitoraggio introdotta dal legislatore è il monitoraggio integrato e permanente delle sezioni che costituiscono il PIAO.

Il monitoraggio, oltre che obbligatorio per legge (vedi art. 1 comma 7-8-9 della L. 190/2012), si pone come azione a natura gestionale per l'attuazione del collegamento sostanziale tra il Piano Anticorruzione e il Piano Performance dell'ente (ora inseriti ed assorbiti nel Piano Integrato di Attività ed Organizzazione – (PIAO)). Tali atti prevedono che l'avvio e la chiusura delle misure previste nel Piano Anticorruzione, nei termini previsti dal Piano stesso, valgano quale pre-requisito di accesso della componente di valutazione individuale della parte relativa alla misurazione del comportamento e competenze organizzative.

Il RPCT, con il supporto dell'OIV, semestralmente verifica l'osservanza e l'applicazione di tutte le misure di prevenzione previste del PTPCT/PIAO, rilevando, se presenti, le criticità e le segnalazioni da parte delle strutture a rischio soggette a misure di prevenzione.

Ognuno dei responsabili, per la propria parte, verifica quanto degli obiettivi programmati, per la sezione che segue, sia stato realizzato e l'adeguatezza della realizzazione degli obiettivi medesimi e condivide gli esiti delle verifiche con gli altri responsabili. Alla cabina di regia per il monitoraggio partecipano in posizione di parità assoluta tra loro i Responsabili delle varie sezioni del PIAO. I Responsabili non si limitano alla parte di propria competenza del PIAO ma ognuno aiuta e coadiuva l'altro per la realizzazione di una effettiva ed efficace sinergia di lavoro e raccordo costruttivo, fatta di continui confronti, aggiornamenti, scambi di buone pratiche e criticità. Il RPCT ha cura di raccordare la sezione anticorruzione e trasparenza alle altre sezioni del PIAO e di allineare, per quanto possibile, le mappature dei processi in vista di mappature uniche.

Le risultanze dell'ultimo monitoraggio effettuato costituiscono presupposto per la definizione del successivo Piano e della relazione annuale sull'intera attività svolta. Gli esiti di monitoraggio delle misure di prevenzione della corruzione sono PUBBLICATI.

#### **Sottosezione 4.2 – Monitoraggio della trasparenza e attestazione OIV**

Il monitoraggio, intermedio e finale, da parte del RPCT è attività prodromica e collegata a quella di vigilanza da parte di OIV ed ANAC. L'incisività e la qualità del monitoraggio sono determinate dalla valutazione di più elementi, quali principalmente: l'intervallo temporale tra richiesta di trasmissione ed effettivo invio dei documenti, la qualità dei dati e informazioni da parte delle strutture aziendali, la completezza dei contenuti, il rispetto delle indicazioni in materia di privacy nella redazione delle informazioni, la congruità del formato.

Il fine generale che viene quindi considerato, oltre a quello dell'assolvimento degli obblighi, è l'attuazione del Programma trasparenza e integrità ad opera dei dirigenti responsabili, tant'è che al monitoraggio del RPCT si affianca quello affidato all'OIV mediante la funzione di misurazione della performance; è infatti ancora all'OIV che il RPCT segnala i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione, oltre ad ANAC e, nei casi più gravi, all'ufficio procedimenti disciplinari (UPD).

Le attività di ricognizione e controllo sul processo di attuazione del Programma per la trasparenza e l'integrità sono svolte annualmente dall'OIV, sia attraverso la funzione di misurazione della performance (monitoraggio sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità), sia mediante l'attestazione dell'assolvimento degli obblighi in materia di trasparenza.

Gli esiti e l'attestazione dell'OIV sono consultabili e scaricabili dalla sottosezione di Amministrazione Trasparente "Controlli e rilievi sull'amministrazione".

#### **Sottosezione 4.2 – CATALOGO DELLE ATTIVITÀ A RISCHIO, MISURE PREVISTE E MONITORAGGIO**



ATTIVITA' A RISCHIO	OBIETTIVI E MISURE GENERALI	INDICATORI	MONITORAGGIO E VERIFICA
Attività trasversali a tutte le UU.OO.CC.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• nomina di un responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT);</li> <li>• definizione degli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza;</li> <li>• corretta applicazione obblighi di pubblicazione e accesso civico semplice e generalizzato;</li> <li>• adozione e aggiornamento della presente sottosezione di programmazione denominata "Rischi corruttivi e Trasparenza";</li> <li>• aggiornamento del Codice di Comportamento aziendale;</li> <li>• applicazione di criteri di selezione e rotazione ordinaria e straordinaria del personale operante nelle aree a rischio;</li> <li>• formazione generale e specifica in materia di etica, integrità, trasparenza e prevenzione della corruzione;</li> <li>• predisposizione e verifica dichiarazioni su assenza conflitto di interesse o incompatibilità;</li> <li>• applicazione disciplina specifica in materia di incarichi d'ufficio e attività ed incarichi extra-istituzionali;</li> <li>• applicazione disciplina specifica in materia di formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la P.A.;</li> <li>• applicazione disciplina specifica in materia di conferimento di incarichi dirigenziali in caso di particolari attività o incarichi precedenti e di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage-revolving doors);</li> <li>• adozione disciplina specifica e piattaforma di segnalazione in materia di dipendente che effettua segnalazioni di illecito (whistleblower).</li> </ul>	Attività Effettuata/ Attività NON effettuata	<p>I Dirigenti responsabili delle Unità operative interessate dai processi e procedimenti relativi alla realizzazione delle misure indicate, essendo considerate aree potenzialmente a rischio corruzione, sono tenuti a mettere a disposizione del RPCT ogni informazione utile per comprendere come la misura venga progressivamente applicata e quali siano le eventuali difficoltà riscontrate nel metterla in azione; inoltre gli stessi devono rendicontare al RPCT il livello di attuazione delle misure di rotazione e del programma di formazione in materia anticorruzione, motivando gli eventuali scostamenti tra quanto pianificate e quanto effettivamente realizzato.</p> <p>Nelle attività a maggior rischio corruzione, ogni Dirigente, per la parte di propria competenza, ha il compito di monitorare il rispetto dei termini di conclusione di ogni procedimento, termini fissati dai responsabili delle singole strutture sulla base della normativa vigente e dei regolamenti interni. Ogni anno gli stessi verificano il rispetto dei termini di conclusione dei procedimenti e relazionano sul numero e sulla fattispecie dei procedimenti per i quali si registra un ritardo, motivandolo.</p> <p>Il RPCT, anche ai fini dell'attestazione da parte dell'OIV, almeno 4 volte all'anno, verifica l'osservanza e l'applicazione di tutte le misure di prevenzione previste, rilevando, se presenti, le criticità e le segnalazioni relative.</p>

Prevenzione del riciclaggio	<p>Formazione inserita nel PFA (Piano formativo aziendale) e organizzata dal RPCT per l'approfondimento della normativa e delle attività da porre in essere.</p> <p>Costituzione di un gruppo di lavoro per la redazione di una procedura antiriciclaggio e contrasto al finanziamento del terrorismo</p>	<p>Attività Effettuata/ Attività NON effettuata</p>	Tale attività sarà riportata nel PIAO e nella Relazione annuale da parte del RPCT
ATTIVITA' A RISCHIO	MISURE SPECIFICHE	INDICATORI	MONITORAGGIO E VERIFICHE
<p>"Acquisizione e progressione del personale, incarichi e nomine"</p> <p>Attività di rischio:</p> <p>6. Reclutamento</p> <p>7. Progressioni di carriera, incarichi e nomine</p> <p>8. Conferimento di incarichi libero professionali e di collaborazione</p> <p>9. Forme di reclutamento diverse dal lavoro dipendente (tirocini, borse di studio, ecc.)</p> <p>10. Sostituzione della dirigenza medica e sanitaria</p>	<p>Applicazione regolamento che assicuri che il procedimento di individuazione del soggetto al quale affidare l'incarico di struttura complessa sia caratterizzato da profili di imparzialità</p> <p>Estensione, per quanto applicabili, del regolamento di cui al punto precedente ai casi di conferimento di incarichi individuali anche a professionisti esterni all'organizzazione</p> <p>Applicazione principi di integrità, trasparenza e imparzialità a tutti i processi</p> <p>Programmazione ed attuazione delle procedure di rotazione, compatibilmente con le caratteristiche della organizzazione, correlandole con altre vicende contrattuali connesse alla scadenza di incarichi.</p>	<p>Misura Effettuata/ Misura NON effettuata</p>	<p>Il Direttore della UOC Organizzazione Risorse Umane e Politiche del Personale verifica quanto degli obiettivi programmati sia stato realizzato e l'adeguatezza della realizzazione, inserendo l'analisi dell'eventuale scostamento nella relazione da trasmettere annualmente al RPCT</p>
<p>"Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio"</p> <p>Attività di rischio:</p> <p>9. Fatturazione Attiva</p> <p>10. Fatturazione Passiva</p>	<p>- Piena tracciabilità e trasparenza dei flussi contabili e finanziari,</p> <p>- Tutti i mandati di pagamento devono avere una doppia firma, al fine di realizzare un controllo incrociato;</p> <p>- Pubblicazione sul sito della trasparenza dell'indice trimestrale di tempestività dei pagamenti e del bilancio secondo gli schemi ministeriali di conto economico;</p>	<p>Misura Effettuata/ Misura NON effettuata</p>	<p>Ogni Direttore delle UU.OO.CC. coinvolte (Bilancio, Contabilità e Finanza, Controllo di Gestione, Patrimonio e Nuove Opere) per la propria parte di competenza, verifica se gli obiettivi programmati sono stati realizzati e relaziona sull'adeguatezza delle misure utilizzate per la realizzazione degli obiettivi,</p>

11. Gestione del patrimonio immobiliare e mobiliare	- Gestione contabile-patrimoniale trasparente delle risorse attraverso corretta tenuta delle scritture contabili (registrazione di bilancio e rilevazioni veritiere);		riportando l'analisi dell'eventuale scostamento nella relazione da trasmettere annualmente al RPCT
12. Gestione Finanziamenti Pubblici	- Completamento percorso di Certificabilità del Bilancio		
13. Incasso Ticket (Maneggio denaro)	Tutte le informazioni relative ai beni immobili posseduti o detenuti, compresi i canoni di locazione o di affitto versati o percepiti, sono aggiornati e pubblicati nella specifica sottosezione dell'Amministrazione trasparente		
14. Pagamenti			
15. Gestione delle uscite			
16. Donazioni	Nell'apposita sotto-sezione "Opere pubbliche" del link "Amministrazione Trasparente" sono pubblicati tutti i dati, compresi gli atti di programmazione, anche attraverso il collegamento con la Banca dati delle Amministrazioni pubbliche (BDAP)		
ATTIVITA' A RISCHIO	MISURE SPECIFICHE	INDICATORI	MONITORAGGIO E VERIFICHE
Attività di vigilanza, controllo, ispezione e l'eventuale irrogazione di sanzioni	- Utilizzo di modelli standard di verbali con check list; - Rotazione del personale ispettivo, - Controllo a campione dichiarazioni su assenza conflitto di interesse o incompatibilità	Misura Effettuata/ Misura NON effettuata	Il Direttore del Dipartimento di Prevenzione verifica la realizzazione degli obiettivi programmati e l'adeguatezza delle misure applicate e ne relaziona al RPCT per la rendicontazione annuale
Attività libero professionale (LP) e liste di attesa" Attività di rischio: g) false/imprecise dichiarazioni ai fini del rilascio dell'autorizzazione; h) mancato rispetto della proporzionalità tra attività istituzionale e libero professionale; i) svolgimento della LP in orario di servizio; j) anomalie nella gestione del supporto diretto nell'attività libero professionale;	<ul style="list-style-type: none"> <li>definizione di un format aziendale di richiesta con indicazione dell'offerta in regime istituzionale presente nel sistema informativo di prenotazione;</li> <li>negoiazione dei volumi di attività libero professionale nell'ambito del processo di budget;</li> <li>attivazione di un cruscotto basato sui posti a CUP per centro di costo per il monitoraggio dell'offerta istituzionale e libero professionale;</li> <li>predisposizione di un format aziendale per la comunicazione del piano di lavoro dei titolari di Unità operativa complessa;</li> <li>accesso dei referenti della libera professione al sistema rilevazione presenze per il controllo periodico della corretta registrazione dell'orario di attività libero professionale</li> </ul>	Misura Effettuata/ Misura NON effettuata	Il Direttore Amministrativo del Presidio Ospedaliero verifica quanto degli obiettivi programmati sia stato realizzato e analizza l'adeguatezza della realizzazione nella relazione annuale da trasmettere al RPCT, tenendo conto anche dei seguenti indicatori previsti:
	➤ Rimodulazione dell'offerta tra diverse prestazioni e rimodulazione dell'offerta tra diverse sedi di erogazione,	numero di prestazioni erogate in intramoenia/numero di prestazioni erogate in attività istituzionali (sia per singolo specialista che in equipe)	- numero di prestazioni erogate in intramoenia/numero di prestazioni erogate in attività istituzionali (sia per singolo specialista che in equipe)

k) trattamento differenziato dei pazienti trattati in LP	➤ Implementazione, ove vi sia disponibilità di ore di incarico vacanti, dell'offerta specialistica convenzionata (SUMAISTI),		
l) Alterazione liste di attesa	➤ Utilizzo mirato del fondo Balduzzi, ➤ Revisione della committenza verso le strutture private		
Strutture convenzionate Attività di rischio - mancato rispetto delle previsioni contrattuali in merito alla tipologia ed alla qualità delle prestazioni, - riconoscimenti economici indebiti per prestazioni inappropriate o non erogate, assenza o inadeguatezza delle attività di controllo	➤ Effettuazione di controlli continui sull'attuazione degli accordi contrattuali.	Misura Effettuata/ Misura NON effettuata	I Responsabili dei dipartimenti territoriali verificano se gli obiettivi programmati siano stati realizzati e analizza l'adeguatezza della realizzazione delle misure riportando in tutto nella relazione annuale da trasmettere al RPCT
ATTIVITA' A RISCHIO	MISURE SPECIFICHE	INDICATORI	MONITORAGGIO E VERIFICHE
Spesa farmaceutica convenzionata ed interna Attività di rischio: f) furto di medicinali, g) paragomaggio farmaceutico, h) improprio utilizzo di farmaci, i) richiesta di indebiti rimborsi, j) il fenomeno c.d. "delle ricette ai morti"	Implementazione di una reportistica utile ad individuare tempestivamente eventuali anomalie prescrittive.  Attuazione delle seguenti misure di controllo: - fissare per ogni medico di medicina generale e pediatra di libera scelta rigorosi obiettivi imposti dal livello regionale; - monitorare tale obiettivi con report specifici; - elaborare dettagliata reportistica che viene notificata ai singoli medici, ai Direttori dei Distretti e al vertice aziendale; - potenziare le attività di distribuzione diretta tramite le farmacie interne; - elaborare specifici indicatori attraverso i quali individuare possibili effetti corruttivi sulla base di influenze negative da parte delle aziende produttrici di farmaci.	Misura Effettuata/ Misura NON effettuata	Ogni Direttore dei Servizi Farmaceutici, per la propria parte di competenza, verifica quanto degli obiettivi programmati sia stato realizzato e l'adeguatezza della realizzazione degli obiettivi nella relazione annuale da trasmettere al RPCT
Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero	Aggiornamento delle procedure di polizia mortuaria, rispettando le indicazioni sotto riportate:	Misura Effettuata/ Misura NON effettuata	

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

Ogni Direttore delle UUOCC coinvolte, per la propria parte di competenza, verifica quanto degli obiettivi programmati sia stato realizzato e l'adeguatezza delle misure rispetto all'effettiva realizzazione degli obiettivi riportando l'analisi dettagliata nella relazione annuale da trasmettere al RPCT

**AFFIDAMENTO DI LAVORI, SERVIZI E FORNITURE E CONTRATTI PUBBLICI AI SENSI DEL NUOVO CODICE DEI CONTRATTI PUBBLICI (D.LGS. N.36/2023)**

Carattere generale	ADOZIONE PROGRAMMA TRIENNALE BENI E SERVIZI entro il 30/04/2024 AGGIORNAMENTO PATTO DI INTEGRITA' E relative DICHIARAZIONI CONFLITTI DI INTERESSE entro il 31/12/2024 ADOZIONE NUOVO REGOLAMENTO INCENTIVI entro il 31/12/2024		Misura Effettuata/ Misura NON effettuata	I Direttori delle UU.OO.CC. coinvolte (Acquisti e Logistica, Sistemi Informativi, Servizi Farmaceutici, Ingegneria clinica, Patrimonio e Nuove opere) dovranno compilare la relazione annuale al RPCT
NORMA DI RIFERIMENTO	ATTIVITA' A RISCHIO	MISURE SPECIFICHE	INDICATORI	MONITORAGGIO E VERIFICHE
Art. 50, d.lgs. 36/2023 Appalti sotto soglia comunitaria In particolare fattispecie di cui al comma 1:	Condizionamento dell'intera procedura di affidamento ed esecuzione dell'appalto attraverso la nomina di	Link alla pubblicazione del CV del RUP, se dirigenti o titolari di posizione organizzativa, ai sensi dell'art. 14 del d.lgs. n. 33/2013 per far conoscere chiaramente i requisiti di professionalità.	SI Misura Effettuata/ Misura NON effettuata	I Direttori delle UU.OO.CC. coinvolte (Acquisti e Logistica, Sistemi Informativi, Servizi Farmaceutici,

per gli appalti di servizi e forniture di importo fino a 140 mila € e lavori di importo inferiore 150 mila € affidamento diretto, anche senza consultazione di più OO.EE.	un Responsabile Unico di Progetto (RUP) che NON SIA IN POSSESSO di adeguati requisiti di professionalità ai sensi dell'art. 15, d.lgs. 36/2023 e allegato I.2 al medesimo decreto.	Dichiarazione da parte del soggetto che ricopre l'incarico di RUP, o del personale di supporto, delle eventuali situazioni di conflitto di interessi ai sensi dell'art. 16, d.lgs. 36/2023	Misura Effettuata/ Misura NON effettuata	Ingegneria clinica, Patrimonio e Nuove opere) dovranno compilare la griglia degli obblighi di pubblicazione e inviare gli indicatori per lo stato dell'arte nei monitoraggi semestrali.
		Individuazione del soggetto competente alla verifica e valutazione delle dichiarazioni rese (cfr. Parte speciale, Conflitti di interessi in materia di contratti pubblici del PNA 2022).	Misura Effettuata/ Misura NON effettuata	Inoltre dovranno relazionare annualmente al RPCT, oltre a rispondere a eventuali richieste dell'OIV o di altri organi di controllo interno o esterno.
Nella scelta degli OO.EE. affidatari tramite l'affidamento diretto e la procedura negoziata si applica un criterio di rotazione degli affidamenti NB: La rotazione non si applica quando l'indagine di mercato sia stata effettuata senza porre limiti al numero di operatori economici in possesso dei requisiti richiesti da invitare alla successiva procedura negoziata (art. 49, comma 5).	Mancata rotazione degli operatori economici, secondo il criterio dei successivi due affidamenti ex art. 49, commi 2 e 4 del Codice, chiamati a partecipare e formulazione di inviti alla procedura ad un numero di soggetti inferiori a quello previsto dalla norma al fine di favorire determinati operatori economici a discapito di altri.	Verifica da parte della SA circa la corretta attuazione del principio di rotazione degli affidamenti al fine di garantire la parità di trattamento in termini di effettiva possibilità di partecipazione alle gare anche delle micro, piccole e medie imprese  tracciamento degli operatori economici per verificare quelli che in un determinato arco temporale risultano come gli affidatari più ricorrenti	Misura Effettuata/ Misura NON effettuata	La UOC Controllo di gestione dovrà effettuare verifiche a campione (un campione rappresentativo del 10%) sulla corretta attuazione del principio di rotazione degli inviti al fine di garantire la parità di trattamento in termini di effettiva possibilità di partecipazione alle gare anche delle micro, piccole e medie imprese
<b>NORMA DI RIFERIMENTO</b>	<b>ATTIVITA' A RISCHIO</b>	<b>MISURE SPECIFICHE</b>	<b>INDICATORI</b>	<b>MONITORAGGIO E VERIFICHE</b>
Art. 76 Codice Appalti sopra soglia  Quando il bando o l'avviso o altro atto equivalente sia adottato dopo il 30 giugno 2023, utilizzo delle procedure negoziate senza bando ex art. 76 del Codice.	Possibile abuso del ricorso alla procedura negoziata di cui agli artt. 76 in assenza del ricorrere delle condizioni e in particolare:  - dell'unicità dell'operatore	Chiara e puntuale esplicitazione nella decisione a contrarre motivazioni che hanno indotto la S.A. a ricorrere alle procedure negoziate  Tracciamento di beni infungibili/esclusivi	Misura Effettuata/ Misura NON effettuata  • procedure negoziate senza previa pubblicazione del bando di gara/ su gare complessive (per quantità e valore economico);	

	economico (comma 2, lett. b);  - dell'estrema urgenza da eventi imprevedibili dalla stazione appaltante (comma 2, lett. c):		<ul style="list-style-type: none"> <li>• affidamenti (quantità e valore) al medesimo fornitore / su gare complessive</li> <li>• numero affidamenti (quantità e valore) di beni infungibili/esclusivi sul totale delle richieste pervenute per unità di committenza</li> </ul>	I Direttori delle UU.OO.CC. coinvolte (Acquisti e Logistica, Sistemi Informativi, Servizi Farmaceutici, Ingegneria clinica, Patrimonio e Nuove opere) dovranno compilare la griglia degli obblighi di pubblicazione e inviare gli indicatori per la verifica dello stato dell'arte nei monitoraggi semestrali (1° semestre entro il 31 luglio dell'anno e il 2° semestre entro il 31 gennaio dell'anno successivo).
Art. 215, d.lgs. n. 36/2023 e All. V.2 Disciplina del Collegio consultivo tecnico (CCT) Per servizi e forniture di importo pari o superiore a 1 milione € e per lavori diretti alla realizzazione delle opere pubbliche di importo pari o superiore alle soglie comunitarie è obbligatoria, presso ogni stazione appaltante, la costituzione di un CCT, per la rapida risoluzione delle eventuali controversie in corso di esecuzione, prima dell'avvio dell'esecuzione o entro 10 giorni da tale data	Nomina di soggetti che non garantiscono la necessaria indipendenza rispetto alle parti interessate (SA o impresa) anche al fine di ottenere vantaggi dalla posizione ricoperta.	Pubblicazione dei dati relativi ai componenti del Collegio consultivo tecnico ai sensi dell'art. 28 d.lgs. n. 36/2023 (cfr. LLGG MIT sul Collegio consultivo tecnico approvate con Decreto 17 gennaio 2022 n. 12, pubblicate sulla GURI n. 55 del 7 marzo 2022).	Misura Effettuata/ Misura NON effettuata	Inoltre dovranno relazionare annualmente al RPCT, oltre a rispondere a eventuali richieste dell'OIV o di altri organi di controllo interno o esterno.
NORMA DI RIFERIMENTO	ATTIVITA' A RISCHIO	MISURE SPECIFICHE	INDICATORI	MONITORAGGIO E VERIFICHE
Art. 44 d.lgs. 36/2023 Appalto integrato E' prevista la possibilità per le stazioni appaltanti di procedere all'affidamento di progettazione ed esecuzione	Rischio connesso all'elaborazione da parte della S.A. di un progetto di fattibilità carente o per il quale non si proceda ad una accurata verifica	Comunicazione del RUP al Controllo di Gestione dell'approvazione del progetto redatto dall'impresa che presenta un incremento di costo e di tempi rispetto a quanto previsto nel progetto posto a base di	Misura Effettuata/ Misura NON effettuata	La UOC Controllo di gestione dovrà: effettuare verifiche a campione (un campione rappresentativo del 10%) sulle comunicazioni ricevute



dei lavori sulla base del progetto di fattibilità tecnica ed economica approvato, ad eccezione delle opere di manutenzione ordinaria.		gara per eventuali verifiche a campione sulle relative modifiche e motivazioni.		I Direttori delle UU.OO.CC. coinvolte (Acquisti e Logistica, Sistemi Informativi, Servizi Farmaceutici, Ingegneria clinica, Patrimonio e Nuove opere) dovranno compilare la relazione annuale al RPCT.
<b>Norme del d.l. n. 77 del 2021 conv. in l. n. 108/2021 relative ai contratti pubblici finanziati in tutto o in parte con le risorse del PNRR</b>				
<b>NORMA DI RIFERIMENTO</b>	<b>ATTIVITA' A RISCHIO</b>	<b>MISURE SPECIFICHE</b>	<b>INDICATORI</b>	<b>MONITORAGGIO E VERIFICHE</b>
Art. 48 co. 3, d.l. n. 77/2021  Per la realizzazione degli investimenti di cui al comma 1 le stazioni appaltanti possono altresì ricorrere alla procedura negoziata senza pubblicazione di un bando di gara di cui all'articolo 63 del decreto legislativo n. 50 del 2016, per i settori ordinari, e di cui all'articolo 125 del medesimo decreto legislativo, per i settori speciali, qualora sussistano i relativi presupposti.	Possibile abuso del ricorso alla procedura negoziata di cui agli artt. 63 e 125 del d.lgs. n. 50/2016 in assenza delle condizioni ivi previste, con particolare riferimento alle condizioni di estrema urgenza derivanti da circostanze imprevedibili, non imputabili alla stazione appaltante, e all'assenza di concorrenza per motivi tecnici.	Chiara e puntuale esplicitazione nella determina a contrarre o atto equivalente delle motivazioni che hanno indotto la S.A. a ricorrere alla procedura negoziata senza bando. Nel caso di ragioni di estrema urgenza derivanti da circostanze imprevedibili, non imputabili alla stazione appaltante, per cui i termini, anche abbreviati, previsti dalle procedure ordinarie non possono essere rispettati, il richiamo alle condizioni di urgenza non deve essere generico ma supportato da un'analitica trattazione che manifesti l'impossibilità del ricorso alle procedure ordinarie per il rispetto dei tempi di attuazione degli interventi.  Nel caso di assenza di concorrenza per motivi tecnici vanno puntualmente esplicitate le condizioni/motivazioni dell'assenza.	Misura Effettuata/ Misura NON effettuata	La UOC Controllo di gestione dovrà effettuare verifiche a campione (un campione rappresentativo del 10%) sulla corretta attuazione delle misure  I Direttori delle UU.OO.CC. coinvolte (Acquisti e Logistica, Sistemi Informativi, Servizi Farmaceutici, Ingegneria clinica, Patrimonio e Nuove opere) dovranno compilare la relazione annuale al RPCT.
<b>NORMA DI RIFERIMENTO</b>	<b>ATTIVITA' A RISCHIO</b>	<b>MISURE SPECIFICHE</b>	<b>INDICATORI</b>	<b>MONITORAGGIO E VERIFICHE</b>
Art. 53, d.l. n. 77/2021	Mancata rotazione dei soggetti chiamati a partecipare alle	Verifica da parte dell'ente circa la corretta attuazione del principio di rotazione degli inviti al fine di garantire la parità di	Misura Effettuata/ Misura NON effettuata	

<p>Semplificazione degli acquisti di beni e servizi informatici strumentali alla realizzazione del PNRR e in materia di procedure di e-procurement e acquisto di beni e servizi informatici.</p> <p>In applicazione della norma in commento le stazioni appaltanti possono ricorrere alla <b>procedura negoziata</b> anche per importi superiori alle soglie UE, per affidamenti aventi ad oggetto l'acquisto di beni e servizi informatici, in particolare basati sulla tecnologia cloud,</p> <p>nonché servizi di connettività, la cui determina a contrarre o altro atto di avvio del procedimento equivalente sia adottato entro il 31 dicembre <b>2026</b>, anche ove ricorra la rapida obsolescenza tecnologica delle soluzioni disponibili tale da non consentire il ricorso ad altra procedura di affidamento.</p>	<p>procedure e formulazione dei relativi inviti ad un numero inferiore di soggetti rispetto a quello previsto dalla norma al fine di favorire determinati operatori economici a discapito di altri.</p>	<p>trattamento degli operatori economici in termini di effettiva possibilità di partecipazione alle gare, verificando quelli che in un determinato arco temporale risultano essere stati con maggior frequenza invitati o aggiudicatari.</p>		<p>I Direttori delle UU.OO.CC. coinvolte (Acquisti e Logistica, Sistemi Informativi, Servizi Farmaceutici, Ingegneria clinica, Patrimonio e Nuove opere) dovranno compilare la relazione annuale al RPCT.</p>
--	---	--	--	---

#### Sottosezione 4.4 - RIEPILOGO RESPONSABILI

**E' stata costituita una "cabina di regia permanente per la prevenzione della corruzione e la trasparenza ed il monitoraggio integrato del PIAO"** che assolve alle seguenti funzioni:

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

Macroarea/Struttura/Ufficio	Qualifica
RPCT	RPCT
Gestione Risorse Umane	Direttore
Sistemi Informativi	Direttore
Controllo di Gestione	Direttore ff
URP e qualità	Direttore

Il monitoraggio avverrà con gli strumenti e le modalità descritte in tabella riassuntiva (Sottosezione 4.2 – CATALOGO DELLE ATTIVITÀ A RISCHIO, MISURE PREVISTE E MONITORAGGIO), cui si rinvia, al fine di intervenire con gli eventuali interventi correttivi che si dovessero rendere necessari per ciascuno dei ambiti sopra riportati.

## ELENCO ALLEGATI

### Sottosezione 2.2 - PERFORMANCE

all. 2.2.1 Schede di budget

all. 2.2.2 Obiettivi, indicatori e risultati attesi

### Sottosezione 2.3 - RISCHI CORRUTTIVI-TRASP.

all. 2.3.1 Mappatura

all. 2.3.2 Tabella Livello Rischio

all. 2.3.3 Griglia degli obblighi di pubblicazione

all. 2.3.4 Atto di nomina RPCT

### Sottosezione 3.3 – FABBISOGNI PERSONALE

3.1.A assetto funzionale dirigenza della sanità

3.1.B assetto funzionale dirigenza professionale, tecnica e amministrativa

3.1.C assetto funzionale incarichi di funzione

3.3.2.A piano occupazionale 2024

3.3.2.B piano occupazionale 2025

3.3.2.C piano occupazionale 2026

3.3.2.D trend occupazionale dirigenza medica e veterinaria per disciplina

3.3.3.A programma stabilizzazioni 2024

3.3.4.A programma 2024 assunzioni categorie protette

3.3.6.A piano triennale delle azioni positive (PAP) integrato con il piano per la parità di genere (Gender Equality Plan)

3.3.7.A dotazione organica

3.3.8.A quadro economico