



***Piano Integrato di Attività e  
Organizzazione (PIAO)2025-2027***

## Indice

### Sommario

|  |    |
|--|----|
| - Presentazione del Piano - Introduzione .....   | 4  |
| 1. Scheda anagrafica dell'amministrazione .....  | 5  |
| 1.2 Contesto di riferimento.....   | 6  |
| Offerta Territoriale .....   | 14 |
| La risposta alle aree disagiate .....  | 21 |
| 2. SEZIONE VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE .....   | 23 |
| 2.1 Sottosezione Valore Pubblico e Performance .....   | 24 |
| 2.2 PNRR Missione 6 Salute - .....   | 28 |
| 2.3 IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE .....   | 34 |
| 2.3.1 Il processo seguito nel Ciclo di gestione delle performance e la coerenza tra i documenti di programmazione..... | 35 |
| 2.3.2 Fasi soggetti e tempi della Performance.....   | 37 |
| 2.3.3 Coerenza tra Piano della Performance, Programmazione economico-finanziaria e.....                                | 38 |
| Sistema di Budgeting .....   | 38 |
| 2.3.4 Programmazione strategica.....   | 39 |
| 2.3.5 Linee strategiche 2025 .....   | 39 |
| 2.3.6 L'albero delle performance.....  | 43 |
| 2.3.7 Obiettivi operativi.....   | 55 |
| 3 SOTTOSEZIONE LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA (Aggiornamento 2025-2027) ..                              | 55 |
| 3.1 LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE: CONTESTO, SOGGETTI, RUOLI E RESPONSABILITA' .....                                 | 57 |
| 3.1.1. Il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (PTPCT) - Finalità ..               | 57 |
| 3.1.2. Soggetti interni coinvolti nel processo di predisposizione e adozione del PTPC: ruoli e responsabilità .....    | 58 |
| 3.2 LA GESTIONE DEL RISCHIO.....   | 66 |
| 3.2.1. Linee generali.....   | 66 |
| 3.2.2. Analisi del contesto di riferimento: esterno .....  | 68 |
| 3.2.3 La "mappatura" dei processi.....   | 78 |
| 3.2.4 La valutazione del rischio.....  | 79 |
| 3.2.8 Determinazione della classe di rischio.....  | 85 |
| 3.2.9 Il trattamento del rischio .....   | 85 |
| 3.3 L'individuazione delle misure.....   | 86 |
| 3.3.1 La programmazione delle misure .....   | 87 |
| 3.4 Monitoraggio e riesame.....  | 88 |
| 3.4.1 Il monitoraggio sull'attuazione delle misure.....  | 88 |
| 3.5 LE MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE.....   | 91 |
| 3.5.1 Doveri di comportamento. Il Codice di comportamento.....   | 91 |
| 3.5.2. Conflitto di interessi e obbligo di astensione .....  | 91 |
| 3.5.2.2 Verifiche delle dichiarazioni di assenza di conflitto d'interesse .....  | 94 |
| 3.5.3 Inconferibilità e incompatibilità di incarichi .....   | 94 |
| 3.5.4 Svolgimento di incarichi d'ufficio - attività ed incarichi extra-istituzionali .....                             | 96 |

|        |  |     |
|--------|--|-----|
| 3.5.5  | Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage – revolving doors) .....                           | 97  |
| 3.5.6  | Rotazione del personale.....   | 99  |
| 3.5.7  | – La Rotazione “straordinaria” .....   | 102 |
| 3.5.8  | Patti di integrità negli affidamenti .....   | 103 |
| 3.5.9  | Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (whistleblower) .....  | 103 |
| 3.5.10 | Incarichi dirigenziali .....   | 105 |
| 3.5.11 | Monitoraggio del rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti .....  | 107 |
| 3.5.12 | Attività e comportamenti in caso di decesso di pazienti nelle Unità operative dei Presidi ospedalieri aziendali .....      | 107 |
| 3.5.13 | Adozione di strumenti operativi di anticiclaggio .....   | 108 |
| 3.5.14 | Controlli nelle strutture convenzionate .....  | 109 |
| 3.5.15 | Controlli PNRR .....   | 112 |
| 3.5.16 | Sviluppo di Sistemi di Misurazione delle misure di prevenzione relative al processo di acquisizione di beni e servizi..... | 116 |
| 3.6    | LA TRASPARENZA.....  | 118 |
| 3.6.1  | La misura della trasparenza .....  | 118 |
| 3.6.2  | Processo di attuazione degli obblighi di pubblicazione nella sezione “Amministrazione Trasparente”.....                    | 119 |
| 3.6.3  | Qualità dei dati pubblicati .....  | 122 |
| 3.6.4  | Decorrenza e durata dell’obbligo di pubblicazione .....  | 124 |
| 3.6.5  | Monitoraggio .....   | 125 |
| 3.6.6  | Le “Giornate della trasparenza” .....  | 125 |
| 4-     | SEZIONE ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO - .....  | 126 |
| 4.1    | Organizzazione del Lavoro Agile .....  | 126 |
| 4.2    | Piano triennale dei fabbisogni del personale.....  | 127 |
| 5.     | ATTIVITA’ FORMATIVA .....  | 138 |
| 6      | Piano delle azioni positive .....  | 141 |
| 7      | Monitoraggio .....   | 142 |

## **- Presentazione del Piano - Introduzione**

Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), introdotto con l'articolo 6 del D.L. 9 giugno 2021 n. 80 successivamente convertito in Legge 113/2021, rappresenta un'innovazione riguardante l'attività di pianificazione delle amministrazioni pubbliche, nell'ambito delle misure di rafforzamento delle capacità amministrative legate all'attuazione del PNRR, ma destinata anche a divenire di natura strutturale.

Il Piano Integrato di Attività ed Organizzazione è un documento programmatico triennale contenente gli indirizzi, gli obiettivi strategici e operativi, le risorse e gli indicatori per la misurazione dei risultati conseguiti dall'Azienda, rendicontati annualmente nella Relazione sulla performance. Con l'adozione del Piano triennale, dei suoi aggiornamenti periodici e delle Relazioni annuali, l'Azienda si propone di consolidare un percorso di effettivo orientamento ai risultati in linea con il mandato istituzionale e con gli obiettivi ricevuti dalla Regione. Il Piano si configura come strumento utile a fornire ai portatori di interessi informazioni precise e quantificabili su ambiti rilevanti di attività, servizi offerti e linee strategiche finalizzate a migliorare l'offerta e l'organizzazione. Attraverso il PIAO l'Azienda definisce linee strategiche ed obiettivi nella loro articolazione complessiva, avendo come riferimento principale gli obiettivi strategici e di mandato assegnati dalla Regione alla Direzione Generale: in tal modo il Piano traduce i bisogni della collettività, la missione istituzionale, le priorità politiche, ecc. in strategie, obiettivi e impegni pluriennali, individuando anche le modalità e gli strumenti attraverso i quali valutare e misurare il loro raggiungimento.

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

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

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

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

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

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

Con Legge regionale 8 agosto 2022, n.19 è stata istituita, nell'ambito del Servizio Sanitario della Regione Marche, l'Azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro e Urbino (di seguito anche "Azienda Sanitaria Territoriale" o "AST PU" o, anche, "Azienda").

Ai sensi dell'art.42 della richiamata L.R. 19/2022 e relative disposizioni di attuazione ex DGRM n.1503/2022, l'Azienda Sanitaria Territoriale (AST) di Pesaro Urbino è stata costituita a partire dal 1° gennaio 2023, mediante subentro - senza soluzione di continuità - alla soppressa ASUR Marche-Area Vasta 1 e contestuale incorporazione dell'Azienda ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord" di Pesaro, con subentro a tutti gli effetti e senza soluzione di continuità nell'attività e nei rapporti giuridici attivi e passivi dell'Azienda ospedaliera cessata.

Dal 1/06/2023, con DGRM n. 769, l'intera gestione aziendale è affidata al direttore Generale con mandato di assicurare il completamento del percorso di riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale.

In ottemperanza alle disposizioni della L.R. 19/2022 e della DGR n. 1980 del 18/12/2023, l'Azienda sta predisponendo l'atto aziendale, ove saranno definite la mission, la vision e la futura organizzazione dell'Azienda AST di Pesaro e Urbino.

Nel mese di dicembre 2024, la Regione Marche, con DGR n. 2015 del 20/12/2024 ha attribuito all'Azienda le risorse a disposizione per l'anno 2025, in coerenza alle quali occorre individuare le linee strategiche di governo aziendale.

Tuttavia, a tutt'oggi non sono stati attribuiti, dalla Regione, gli obiettivi economici e sanitari che l'AST è chiamata a perseguire nell'anno 2025.

Pertanto, in questo contesto di riorganizzazione, il PIAO non può che rappresentare, allo stato attuale, un atto di avvio della pianificazione aziendale che, nel corso del 2025, verrà individuata sempre più puntualmente in ragione della riorganizzazione in atto e della definizione degli obiettivi aziendali 2025 da parte della Regione.

## **1. Scheda anagrafica dell'amministrazione**

TIPOLOGIA DI ISTITUZIONE Azienda Sanitaria Locale

DENOMINAZIONE AST di Pesaro e Urbino

SEDE LEGALE Piazza Cinelli 4 – 61121 (ex DGRM n.1503 del 21/11/2022).

PROVVEDIMENTO ISTITUTIVO L.R. 19/2022

CF/ PARTITA IVA 02789340417

DIRETTORE GENERALE Dott. Alberto Carelli

DIRETTORE AMMINISTRATIVO Dott. Matteo Biraschi

DIRETTORE SANITARIO Dr. Edoardo Berselli

DIRETTORE SOCIO SANITARIO Dott. Nazzareno Firmani

Il logo dell'Azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro e Urbino, definito e approvato con DGRM n.1786 del 27/12/2022, è il seguente:



Con Legge regionale 8 agosto 2022, n.19 è stata istituita, nell'ambito del Servizio Sanitario della Regione Marche, l'Azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro e Urbino (di seguito anche "Azienda Sanitaria Territoriale" o "AST PU" o, anche, "Azienda").

Ai sensi dell'art.42 della richiamata L.R. 19/2022 e relative disposizioni di attuazione ex DGRM n.1503/2022, l'Azienda Sanitaria Territoriale (AST) di Pesaro Urbino è stata costituita a partire dal 1° gennaio 2023, mediante subentro alla soppressa ASUR Marche-Area Vasta 1 e contestuale incorporazione dell'Azienda ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord" di Pesaro, con subentro a tutti gli effetti e senza soluzione di continuità nelle relative attività e nei relativi rapporti giuridici, attivi e passivi.

L'Azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro e Urbino ha personalità giuridica pubblica ed è dotata di autonomia imprenditoriale (ex art. 3 del D.Lgs. 502/1992 e art. 22 L.R.19/2022), organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica.

Nell'ambito dell'autonomia imprenditoriale – che esercita, in primis, mediante l'Atto aziendale - l'Azienda agisce in regime di diritto privato conformandosi ai principi del codice civile, fatti salvi i casi in cui, per espressa previsione legislativa, è tenuta ad operare in regime pubblicistico. In ogni caso, in relazione alla propria missione di rilevanza collettiva, l'Azienda conforma la propria attività ai principi generali di imparzialità, trasparenza, ragionevolezza e, comunque, ai principi dell'ordinamento comunitario.

L'Azienda, soggettivamente e giuridicamente unica, si articola in un Presidio ospedaliero e relativi Stabilimenti (ex DGRM 1615 del 03/12/2022), in Dipartimenti e Distretti.

## **1.2 Contesto di riferimento.**

### **Ambito economico**

Nella definizione della programmazione strategica aziendale per l'anno 2025 è stato preso in considerazione lo scenario normativo ed economico attuale, caratterizzato dalla necessità di garantire l'erogazione delle cure in condizioni di appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità e sicurezza, in un contesto di risorse limitate e condizionate dalla spinta inflattiva, ed in particolare del costo per le fonti energetiche a tutt'oggi in incremento, in un ambito socio economico ancora influenzato dal perdurare dell'incertezza legata alle tensioni geopolitiche e all'evoluzione del conflitto in Ucraina e in Medio Oriente.

Il 2025, e verosimilmente gli anni a seguire, si caratterizzeranno per un contesto particolarmente sfidante contraddistinto da un disequilibrio tra i finanziamenti, le necessità, anche emergenti, del sistema sanitario ed i costi inflattivi incrementali.

A fronte di tale situazione, è forte il richiamo e l'impegno a dare concreta e sostanziale attuazione all'implementazione dei nuovi modelli territoriali richiamati dal DM 77/22, alla riorganizzazione del sistema dell'emergenza territoriale e della continuità assistenziale e a perseguire gli obiettivi regionali previsti dal Piano Socio Sanitario Regionale nonché dal PNRR.

Risulta evidente che questi obiettivi particolarmente sfidanti si potranno realizzare a patto di forti riorganizzazioni guidate dalla razionalizzazione ed efficientamento del sistema.

Nella gestione dei prossimi anni, è importante, la condivisione, con le istituzioni ed i professionisti, delle scelte organizzative che impatteranno su modelli e modalità erogative da tempo consolidate. È parimenti rilevante la responsabilizzazione dei dipartimenti di produzione rispetto ai processi che portano all'erogazione dei servizi e delle prestazioni. Da ultimo, è prioritario l'introduzione di meccanismi di efficientamento e di governo condiviso delle risorse, monitorando lo stato d'avanzamento dei progetti ma anche performance ed esiti delle attività e dei servizi riorganizzati e garantiti.

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

- l'efficienza all'interno dei servizi esistenti;
- il potenziamento delle prestazioni erogate laddove si registrano criticità in termini di tempi di attesa;
- il controllo e contenimento sui costi unitari degli acquisti attraverso un'attività sistematica di controllo economico e conseguente riduzione delle diseconomie interne ai servizi.

Gli elementi sopra descritti rappresentano, in ambito economico, obiettivi prioritari assegnati alle strutture aziendali quali obiettivi di performance organizzativa.

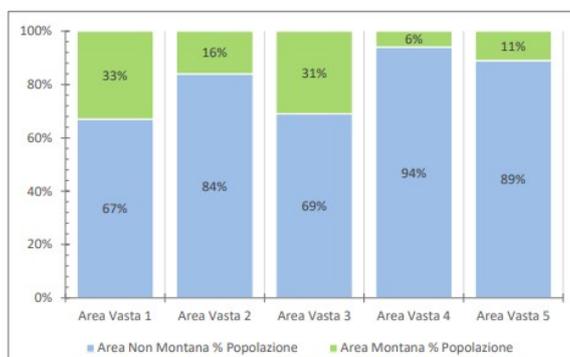
### **Ambito orografico-territoriale**

L'Azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro Urbino (AST Pesaro Urbino) si estende su un territorio di 2.510,8 Km<sup>2</sup> (26,8% del territorio regionale) con struttura geomorfologica differenziata. La popolazione assistita al 01/01/2024 è pari a 349.882 distribuita in 50 Comuni e in 3 Distretti.

Nel 2024 la sua densità demografica, pari a 139 ab/km<sup>2</sup>, risulta inferiore del 14% alla densità demografica regionale (pari a 159 ab/km<sup>2</sup>).

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

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



**Ambito demografico** –l’evoluzione temporale nella struttura della popolazione della Provincia di Pesaro Urbino per classe di età è riportata nella tabella che segue (fonte Istat)

| Provincia/Regione | 2022            |                 | 2023      |            |                 | 2024      |            |                 |
|-------------------|-----------------|-----------------|-----------|------------|-----------------|-----------|------------|-----------------|
|                   | 15-64 anni      | 65 anni e oltre | 0-14 anni | 15-64 anni | 65 anni e oltre | 0-14 anni | 15-64 anni | 65 anni e oltre |
|                   | Pesaro e Urbino | 62,9            | 24,8      | 12,1       | 63,0            | 25,0      | 11,8       | 63,0            |

Nella provincia di Pesaro Urbino la speranza di vita alla nascita è di 84,1 anni per gli uomini e di 86.1 per le donne, valori sostanzialmente allineati al dato regionale, che è di 83.9 anni per gli uomini e di 85,9 per le donne e significativamente più alti rispetto al dato medio nazionale che è di 83,0 per gli uomini e di 85,1 per le donne (dati Istat 2023).

| Provincia/Regione | 2022                             |                              |                     |             | 2023                             |                              |                     |             | 2024                             |                              |                     |             |
|-------------------|----------------------------------|------------------------------|---------------------|-------------|----------------------------------|------------------------------|---------------------|-------------|----------------------------------|------------------------------|---------------------|-------------|
|                   | Indice di dipendenza strutturale | Indice di dipendenza anziani | Indice di vecchiaia | Età media   | Indice di dipendenza strutturale | Indice di dipendenza anziani | Indice di vecchiaia | Età media   | Indice di dipendenza strutturale | Indice di dipendenza anziani | Indice di vecchiaia | Età media   |
| Pesaro e Urbino   | 59,0                             | 39,4                         | 201,1               | 46,9        | 58,8                             | 39,6                         | 206,7               | 47,1        | 58,8                             | 40,1                         | 214,7               | 47,3        |
| Ancona            | 61,2                             | 41,5                         | 210,8               | 47,3        | 60,9                             | 41,7                         | 217,3               | 47,5        | 60,7                             | 42,1                         | 225,8               | 47,7        |
| Macerata          | 62,0                             | 42,1                         | 212,1               | 47,3        | 61,9                             | 42,5                         | 218,3               | 47,5        | 62,3                             | 43,1                         | 224,3               | 47,7        |
| Ascoli Piceno     | 60,7                             | 42,3                         | 230,1               | 47,8        | 61,1                             | 42,9                         | 235,2               | 48,0        | 61,6                             | 43,6                         | 243,4               | 48,2        |
| Fermo             | 60,9                             | 42,1                         | 223,0               | 47,6        | 61,1                             | 42,6                         | 230,8               | 47,8        | 61,6                             | 43,4                         | 237,6               | 48,0        |
| <b>Marche</b>     | <b>60,7</b>                      | <b>41,3</b>                  | <b>212,6</b>        | <b>47,3</b> | <b>60,7</b>                      | <b>41,6</b>                  | <b>218,8</b>        | <b>47,5</b> | <b>60,8</b>                      | <b>42,2</b>                  | <b>226,4</b>        | <b>47,7</b> |

Le dinamiche demografiche relative alla Provincia di Pesaro-Urbino (fonte ISTAT) evidenziano un processo di invecchiamento in costante incremento nel tempo: l’età media aumenta nel triennio 2022-2024 da 46.9 a 47.3 con un aumento dell’indice di vecchiaia più che proporzionale che passa, nello stesso periodo, dal 201.1 al 214.7 ed un corrispondente aumento dell’indice di dipendenza anziani che, da un valore pari a 39.4 del 2022 passa nel 2024 al 40.1.

A ciò si aggiunge un preoccupante valore negativo del tasso di crescita naturale (misurato come scostamento tra quoziente di natalità pari al 5,8 e quoziente di mortalità del 11,4), pari al -5.6 % solo parzialmente mitigato dal fenomeno dell’immigrazione straniera.

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

A fronte di un tasso di ospedalizzazione grezzo pari ai 127 per mille abitanti, si riportano i tassi di ospedalizzazione e di mortalità, per le principali patologie, elaborati da Agenas nel Piano Nazionale Esiti 2024, relativi all'AST di Pesaro e Urbino, raffrontati con i dati nazionali (fonte Agenas)

| Ospedalizzazione per scompenso cardiaco |        |          |
|---|--------|----------|
| Area                                    | N      | % Grezza |
| Italia                                  | 130531 | 2,61     |
| AST di Pesaro e Urbino                  | 753    | 2,53     |

| Ospedalizzazione per BPCO |       |          |
|---------------------------|-------|----------|
| Area                      | N     | % Grezza |
| Italia                    | 74378 | 1,49     |
| AST di Pesaro e Urbino    | 448   | 1,51     |

| Porzione interventi TM mammella in reparti >135 casi |       |          |
|--|-------|----------|
| Struttura  | N     | % Grezza |
| Italia   | 66532 | 82,71    |
| Stabilimento Di Fano                                 | 491   | 100      |
| Stabilimento Di Urbino                               | 138   | 100      |

Le principali cause di morte nella provincia di Pesaro e Urbino, come in molte altre aree italiane, riflettono generalmente tendenze globali di salute pubblica, con un'alta prevalenza di malattie croniche non trasmissibili. Le seguenti categorie sono tra le principali cause di morte, basate sui dati più recenti disponibili e sugli andamenti epidemiologici tipici della regione Marche:

**Malattie cardiovascolari:** Le malattie del cuore, in particolare infarti del miocardio e ictus cerebrale, sono tra le principali cause di morte. Le malattie cardiovascolari rappresentano una parte significativa della mortalità, in particolare tra le persone anziane.

**Tumori:** I tumori sono una causa prevalente di morte, con il cancro ai polmoni, al colon-retto, alla mammella e alla prostata tra i più comuni. La mortalità per cancro continua a essere un problema importante, non solo a livello provinciale, ma anche a livello nazionale.

**Malattie respiratorie croniche:** Malattie come la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e le malattie polmonari legate al fumo continuano a essere cause rilevanti di morte, particolarmente in persone anziane o con storie di fumo intenso.

Si riportano, di seguito, alcuni indicatori specifici:

| Infarto miocardico acuto mortalità a 30 gg |       |          |
|--|-------|----------|
| Struttura                                  | N     | % Grezza |
| Italia                                     | 76506 | 7,13     |
| AST Pesaro e Urbino                        | 552   | 5,97     |

| Intervento chirurgico per TM polmone. Mortalità a 30 giorni |       |          |
|---|-------|----------|
| Struttura   | N     | % Grezza |
| Italia  | 29959 | 0,86     |
| AST di Pesaro e Urbino                                      | 142   | 0,7      |

| Intervento chirurgico per TM mammella. Mortalità a 30 giorni |       |          |
|--|-------|----------|
| Struttura  | N     | % Grezza |
| Italia   | 13635 | 5,37     |
| AST di Pesaro e Urbino                                       | 85    | 4,41     |

| Frattura collo del femore, mortalità a 1 anno |       |          |
|---|-------|----------|
| Area  | N     | % Grezza |
| Italia  | 74466 | 19,73    |
| AST di Pesaro e Urbino                        | 452   | 19,25    |

In riferimento agli indicatori PNE sopra riportati, si osserva che l'Azienda si colloca in posizione migliorativa rispetto ai target medi nazionali.

## Organizzazione dell'Azienda

Con Legge regionale 8 agosto 2022, n.19 è stata istituita, nell'ambito del Servizio Sanitario della Regione Marche, l'Azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro e Urbino (di seguito anche "Azienda Sanitaria Territoriale" o "AST PU" o, anche, "Azienda").

Ai sensi dell'art.42 della richiamata L.R. 19/2022 e relative disposizioni di attuazione ex DGRM n.1503/2022, l'Azienda Sanitaria Territoriale (AST) di Pesaro Urbino è stata **costituita** a partire dal 1° gennaio 2023.

L'Azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro e Urbino è tenuta a garantire l'assistenza sanitaria e la prevenzione collettiva in ambiente di vita e di lavoro, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera, pianificando – nel rispetto ed in attuazione della programmazione regionale - le attività e i servizi sulla base di percorsi assistenziali che assicurino la continuità delle cure attraverso la piena integrazione tra servizi territoriali e servizi ospedalieri.

Ciò in particolare attraverso l'articolazione dipartimentale e distrettuale in cui trovano coordinamento e sintesi le prestazioni e i servizi resi da: Case della comunità, Ospedali della comunità, Centrali Operative Territoriali, Unità di Continuità Assistenziali, Infermieri di Famiglia o di Comunità, Consulenti familiari e ogni altra funzione di prevenzione e tutela della salute dei cittadini (nel rispetto degli standard di cui al D.M. Salute 23 maggio 2022, n. 77).

L'Azienda è suddivisa in tre Distretti: Fano, Pesaro e Urbino, a cui afferiscono i Comuni di cui all'allegato A della L.R. 19/2022, e precisamente:

### **-Distretto di FANO**

Il Distretto di Fano conta un bacino di utenza di n. 134.370 abitanti, suddivisi in **n. 15 Comuni**: Cartoceto, Colli al Metauro, Fano, Fossombrone, Fratte Rosa, Isola del Piano, Mondavio, Mondolfo, Montefelcino, Monte Porzio, Pergola, San Costanzo, San Lorenzo in Campo, Sant'Ippolito, Terre Roveresche.

Il territorio coincide con quello degli Ambiti Territoriali Sociali n.6 Fano e n. 7 Fossombrone.

### **-Distretto di PESARO**

Il Distretto di Pesaro conta un bacino di utenza di n.138.101 abitanti, suddivisi in **n.7 Comuni**: Gabicce Mare, Gradara, Mombaroccio, Montelabbate, Pesaro, Tavullia, Vallefoglia.

Il territorio coincide con quello dell'Ambito Territoriale Sociale n.1 Pesaro

### **-Distretto di URBINO**

Il Distretto di Urbino conta un bacino di utenza di n.77.864 abitanti, suddivisi in **28 Comuni**:

Acqualagna, Apecchio, Belforte all'Isauro, Borgo Pace, Cagli, Cantiano, Carpegna, Fermignano, Frontino, Frontone, Lunano, Macerata Feltria, Mercatello sul Metauro, Mercatino Conca, Montecalvo in Foglia, Monte Cerignone, Montegrimano Terme, Peglio, Petriano, Piandimeleto, Pietrarubbia, Piobbico, Sant'Angelo in Vado, Sassocorvaro Auditore, Tavoleto, Serra Sant'Abbondio, Urbania e Urbino.

## **I Dipartimenti**

L'Azienda assume l'organizzazione dipartimentale come modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività, atta a consentire l'integrazione tra strutture operative omogenee, affini o complementari, tra loro interdipendenti, pur mantenendo ciascuna autonomia tecnico-professionale e gestionale nei limiti degli obiettivi e delle risorse attribuiti.

Il Dipartimento è preposto alla produzione e all'erogazione di prestazioni e servizi, nonché all'organizzazione e alla gestione delle risorse a tal fine assegnate.

In particolare, i dipartimenti sanitari – in stretta collaborazione con i Distretti - garantiscono:

- la gestione integrata e complessiva dei percorsi di cura;
- la presa in carico e la continuità assistenziale;
- lo sviluppo di comportamenti clinico-assistenziali basati sull'evidenza;
- la misurazione degli esiti;
- la gestione del rischio clinico;
- l'adozione di linee-guida e protocolli diagnostico-terapeutici;
- la formazione continua;
- il coinvolgimento e l'informazione del paziente;
- il coordinamento e l'integrazione delle attività amministrative;
- La gestione delle risorse umane, tecnologiche e logistiche

Il Dipartimento di Prevenzione, il Dipartimento di Salute Mentale e il Dipartimento per le Dipendenze Patologiche sono articolazioni organizzative che, nell'ambito della rete integrata dei servizi sociosanitari, risultano essenziali per il sistema di prevenzione e promozione della salute e di sicurezza sul territorio, oltre che per garantire l'assistenza con servizi di prossimità territoriale e domiciliare e delle cure intermedie.

Il Dipartimento di Prevenzione e il Dipartimento di Salute Mentale, come pure il Dipartimento per le Dipendenze Patologiche, trovano collocazione e relazione funzionale nei Distretti.

### **Dipartimento di Prevenzione**

Le attuali priorità per la Sanità Pubblica sono rappresentate dai seguenti temi: le emergenze, la cronicità, le malattie infettive e la sicurezza.

Per quanto riguarda la gestione delle emergenze il DPCM 12 gennaio 2017 (LEA) individua al punto A5 la predisposizione di sistemi di risposta ad emergenze di origine infettiva e al punto B14 la gestione delle emergenze da fenomeni naturali o provocati (climatici e nucleari, biologici, chimici, radiologici).

Sempre nel DPCM LEA sono previste: la predisposizione di sistemi di risposta ad emergenze epidemiche delle popolazioni animali (D7) e la gestione stati di allerta alimenti destinati al consumo umano e alimenti per animali con relativa gestione delle emergenze (E10).

Nell'ambito del Dipartimento di prevenzione particolare attenzione sarà posta alle attività dell'autorità competente, quale elemento di garanzie delle attività economiche legate alla alimentazione in genere; alla prevenzione delle malattie infettive e cronico degenerative, tra queste in particolare l'implementazione degli screening oncologici.

## **Obiettivi e funzioni integrate**

Il Dipartimento di Prevenzione garantisce, in base alla definizione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA), le funzioni di prevenzione collettiva e sanità pubblica di cui all'articolo 7 ter del D.lgs. 502/1992.

L'Azienda prevede che nel 2025 il Dipartimento di Prevenzione promuova e persegua:

- la presa in carico della persona nel suo complesso con un approccio integrato One-health, finalizzato ad assicurare la protezione e la promozione della salute, tenendo conto della stretta relazione tra la salute umana e i fattori ambientali e climatici;
- percorsi di prevenzione, con particolare attenzione al paziente cronico e con fragilità;
- il rafforzamento del concetto di "centralità della paziente" e della personalizzazione delle cure attraverso l'approccio innovativo della medicina di genere;
- l'innovazione tecnologica e organizzativa per il miglioramento e la continuità delle cure, con particolare riferimento ai servizi territoriali, anche con la collaborazione di soggetti pubblici e privati;
- l'aumento della consapevolezza e la responsabilità delle persone e delle comunità in merito ai corretti stili di vita e ai percorsi di prevenzione, cura, assistenza, supporto psicologico e terapia farmacologica, anche attraverso politiche e iniziative che favoriscano l'invecchiamento attivo, valorizzando l'attività sportiva e motoria quale parte integrante dei percorsi di prevenzione, nel rispetto delle competenze degli esercenti le professioni sanitarie;
- il consolidamento dei rapporti con gli ordini professionali sanitari e la collaborazione con il sistema produttivo e le organizzazioni sindacali, con particolare riferimento alla sicurezza e al benessere ambientale nei luoghi di lavoro.

Nell'anno 2025 l'attività di prevenzione e promozione della salute dovrà realizzarsi, favorendo una stretta sinergia con le diverse articolazioni aziendali (in particolare i Distretti) e con le istituzioni interessate.

I programmi di intervento saranno impostati sulla base dei bisogni di salute della popolazione, dando priorità in particolare ai temi della sana alimentazione, dell'attività motoria, della sicurezza nei diversi ambiti, della prevenzione del disagio giovanile e delle dipendenze, della prevenzione delle patologie croniche.

Nel corso del 2025 sarà adottato un nuovo modello di assistenza territoriale che per quanto riguarda la prevenzione collettiva e sanità pubblica dovrà dare particolare rilievo ad alcuni aspetti:

- la valorizzazione dell'epidemiologia e dell'uso di dati epidemiologici, per la definizione di bisogni e priorità di intervento, la valutazione di impatto dei programmi, la governance dei processi;
- le azioni di promozione, prevenzione e tutela della salute delle comunità,
- le azioni di preparedness e di risposta rapida alle emergenze sanitarie di tipo emergenziale garantendo uno stretto raccordo ed il supporto alle autorità sanitarie a ciò deputati,
- la comunicazione con l'utenza, compresa quella professionale che rappresenta un interlocutore peculiare dei Servizi del Dipartimento.

## **Dipartimento Dipendenze Patologiche**

L'AST Pesaro Urbino, tramite il Dipartimento delle Dipendenze Patologiche (DDP), attua interventi di consulenza, primo sostegno e orientamento, di informazione, prevenzione, riduzione del danno, assistenza e cura delle dipendenze delle persone (sia pazienti che loro congiunti) che hanno problemi conseguenti all'uso di sostanze psicoattive (droghe, alcol, nicotina, farmaci) o anche conseguenti alla dipendenza psicologica da attività, oggetti, ecc. (gioco d'azzardo, tecnologie e simili) e prestazioni diagnostiche e terapeutiche relative alle malattie infettive (Aids, epatiti, ecc).

Tra le attività di prevenzione che saranno messe in campo nel 2025 si annoverano:

- Interventi concertati con gli Ambiti Territoriali Sociali e, in relazione ai diversi obiettivi, con le Strutture Scolastiche, gli Istituti penitenziari, gli Uffici Esecuzione Penale Esterna, il terzo settore ed altri eventuali soggetti individuati localmente;
- Interventi che prevedono l'impiego, da parte degli ATS, di operatori di strada o unità mobili di natura socio-sanitaria con funzioni di promozione della salute, informazione, prevenzione, riduzione della domanda ed intercettazione del disagio, rivolti alla popolazione giovanile.
- Pianificazione e Realizzazione del Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025 Programma Predefinito (PP04) Dipendenze e partecipazione alla realizzazione delle azioni trasversali degli altri Programmi, in particolare Programmi: PP 01- Scuole che promuovono salute, PP03- Luoghi di lavoro che promuovono salute e PL14- Primi 1000 giorni di vita.

L'intera programmazione delle attività dell'Area Dipendenze Patologiche prende le mosse dai diversi impegni già assunti nei precedenti anni:

- Prestazioni residenziali e semiresidenziali;
- Screening dell'infezione attiva dell'HCV presso il DDP;
- Progettualità innovative e consolidamento progetti di prevenzione, cura e riabilitazione dipartimentali già avviati in ambito di contrasto alle dipendenze patologiche;
- Informazione, educazione e sensibilizzazione per favorire il contrasto, la prevenzione e la riduzione del rischio da Gioco d'Azzardo Patologico (GAP) e da nuove tecnologie e social network (dipendenze digitali)

## **Dipartimento Salute Mentale**

Il DSM è un dipartimento strutturale transmurale (territoriale ed ospedaliero), a direzione unica e dotato di autonomia tecnico-organizzativa, che rappresenta il riferimento ed il garante clinico per la tutela della salute mentale. Opera, pertanto, per la prevenzione, la cura e la riabilitazione di ogni forma di disagio psichico e del disturbo mentale, favorendo una cultura di lotta allo stigma e al pregiudizio.

L'aumento costante del bisogno legato all'andamento epidemiologico degli ultimi anni risulta accentuato in misura rilevante da fattori di crisi e incertezza legati alla (post) pandemia, alla situazione internazionale e alle ricadute socio economiche. Anche nel 2025 l'attività del Dipartimento è e sarà caratterizzata da una stretta collaborazione ed integrazione con il con il privato sociale ed il volontariato.

Le diverse Unità Operative si interfacciano con i Distretti e con gli Enti locali collaborando alla programmazione locale in ambito socio-sanitario. L'Area territoriale della Salute Mentale è costituita da Centri di salute mentale, Centri diurni e Strutture residenziali gestiti a livello organizzativo e gestionale dai Dipartimenti di Salute Mentale.

Tra gli obiettivi specifici prioritari per il 2025 vi è il trattamento dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (DNA), tramite la definizione di percorsi diagnostico-terapeutici multidisciplinari integrati incardinati nel nuovo contesto organizzativo volto a garantire una rete integrata fra i servizi territoriali (DSM, MMG, PLS, ambulatori specialistici, semi-residenzialità-residenzialità) e quelli ospedalieri; rete caratterizzata dalla presenza e dalla collaborazione di tutte le professionalità coinvolte nel percorso di diagnosi e cura e dalla condivisione fra professionisti dei programmi e degli interventi da attuare.

In tale contesto, l'Azienda è impegnata nello specifico sui seguenti specifici obiettivi:

1. implementazione dei percorsi psicoterapici nella presa in carico territoriale;
2. implementazione delle valutazioni mediche (dietologico/nutrizionali) nella presa in carico territoriale;
3. implementazione dei percorsi riabilitativo-educazionali;
4. integrazione con la rete regionale della residenzialità per il pieno reintegro dei pazienti;

5. Completamento del percorso ospedale territorio per la gestione dei casi particolarmente complessi che richiede il ricovero in aree mediche o di alta intensità di cura.

Relativamente agli obiettivi per i disturbi dello spettro autistico, l'Azienda nel 2025 partirà da un approccio integrato tra componente sanitaria e componente sociale con misure volte a supportare la permanenza nel domicilio, nonché dell'obiettivo prioritario delineato dal PSSR di sostenere le persone con disturbo dello spettro autistico e le loro famiglie attraverso il modello organizzativo del case management/IFoC.

In particolare, attraverso il Centro Regionale Autismo per l'Età Evolutiva, presso la U.O. Neuropsichiatria Infantile dell'Azienda riconosciuto – secondo la valutazione dei risultati e dell'efficacia delle azioni di cui alla richiamata DGRM - quale polo di eccellenza per la diagnosi, sarà garantita la presa in carico e la ricerca in ambito di disturbi dello spettro autistico in età evolutiva.

Inoltre, nell'anno 2025 l'AST Pu promuoverà una serie di azioni, in sinergia con gli Ambiti territoriali, volte a favorirne la costituzione di associazioni di familiari sia nell'area Salute mentale che nell'area Disturbi del comportamento alimentare al fine di incentivare la partecipazione attiva di utenti e familiari alla vita dei servizi essendo gli uni e gli altri portatori non solo di bisogni, ma anche di risorse e competenze.

### **Offerta Territoriale**

Organizzazione distrettuale

Per una complessiva visione delle principali Strutture/Servizi nell'ambito dei Distretti dell'AST di Pesaro e Urbino, si riporta la seguente articolazione territoriale delle strutture a gestione diretta, con la precisazione che si tratta di rappresentazione non del tutto esaustiva in quanto i relativi riferimenti sono necessariamente in divenire stante la progressiva attuazione delle previsioni di programmazione regionale attuative della riforma di cui alla LR n. 19/2022.

#### **DISTRETTO DI FANO**

*Strutture residenziali:*

RSA Mondavio (36 posti letto)

RSA Mondolfo (16 posti letto)

RSA Disabili Fano (8 posti letto)

*Ospedali di Comunità:*

Ospedale di Comunità di Fossombrone

30 posti letto di Cure Intermedie

- 10 posti letto di Cure Intermedie riabilitative (riabilitazione estensiva): posti di degenza post-acuzie territoriali a prevalenza sanitaria, in grado di supportare sia la fase di deospedalizzazione che la gestione di acutizzazioni a domicilio, con l'obiettivo della stabilizzazione clinica e del recupero funzionale riabilitativo;

- 5 posti letto per emodialisi - Centro di Assistenza Limitata (CAL)

Hospice di Fossombrone

- 10 posti letto (attivi) con ambulatorio della terapia del dolore

- 9 posti letto (ulteriori da attivare) per estendere le competenze, oltre alla palliazione oncologica, anche a quella neurologica (SLA e altre malattie degenerative).

Hospice pediatrico a Fano la cui realizzazione costituisce obiettivo progettuale prioritario nell'ambito delle reti delle cure palliative.

*Case della Salute*

Casa della Salute Mondavio (tipo B)

Casa della Salute Mondolfo (tipo B)

#### *Centrale Operativa Territoriale (COT)*

Centrale Operativa Territoriale (COT) – Fano

Secondo il Piano Operativo Regionale (POR) – Investimenti Missione 6 salute sono previste:

- Casa della Comunità di Fossombrone (HUB) - Fano
- Casa della Comunità di Mondolfo (HUB) – Fano

### **DISTRETTO DI PESARO**

#### *Strutture residenziali e semiresidenziali*

- RSA "Bricciotti" - (Mombaroccio) – 10 posti letto attivi su 40 posti letto e di Punto prelievo esterno; è prevista la nuova costruzione di un Ospedale di Comunità con 30 posti letto.
- RSA Disabili gravi "Francesco Tomasello" – (Pesaro) – dotata di 27 posti letto.
- RSA "Galantara" - (Pesaro) – 38 posti letto. Presso la struttura sono presenti due moduli, uno di riabilitazione intensiva ed uno di riabilitazione estensiva; è prevista la ristrutturazione con i fondi del PNRR per la realizzazione di una Casa della Comunità.
- Centro diurno Alzheimer – 14 posti letto
- Centri diurni per disabili Pegaso (16 posti letto), Mosaico (8 posti letto) e Gabbiano (16 posti letto).

#### *Case della Salute*

Casa della Salute Vallefoglia (Vallefoglia), dotata di un poliambulatorio, punto prelievo esterno, consultorio, vaccinazioni, Centro disturbi cognitivi e demenze, Medico di continuità assistenziale, Medico di distretto

#### *Centrale Operativa Territoriale (COT)*

Centrale Operativa Territoriale (COT) – Pesaro

Cure domiciliari (PUA/UVI/ADI)

PUNTO UNICO DI ACCESSO (PUA) – Pesaro

### **DISTRETTO DI URBINO**

#### *Strutture residenziali:*

RSA Urbania (20 posti letto)

RSA Sant'Angelo in Vado (20 posti letto)

RP Sant'Angelo in Vado (20 posti letto)

RSA Macerata Feltria (25 posti letto)

RP Macerata Feltria (15 posti letto)

#### *Ospedali di Comunità:*

Ospedale di Comunità di CAGLI

14 posti letto di Cure Intermedie: posti di degenza post-acuzie territoriali a prevalenza sanitaria, in grado di supportare sia la fase di deospedalizzazione e rientro al domicilio che la gestione di acutizzazioni a domicilio, con l'obiettivo della stabilizzazione clinica e del recupero funzionale; Centro di Assistenza Limitata (CAL)

20 posti letto di riabilitazione intensiva ospedaliera (gestione privato accreditato Kos Care)

10 posti letto di lungodegenza (gestione privato accreditato Kos Care)

5 posti letto per emodialisi

Ospedale di Sassocorvaro - Gestito dal privato accreditato (Villa Montefeltro) è Ospedale di Comunità e Ospedale per acuti, per un bacino di utenza delle aree maggiormente disagiate del Montefeltro. E' garantito un Punto di Primo Intervento (PPI).

Centrale Operativa Territoriale (COT) – Urbino

### *Case della Salute*

Casa della Salute Macerata Feltria (tipo B)

Casa della Salute Sant'Angelo in Vado (tipo B)

Casa della Salute Urbania (tipo B)

Casa della Salute Urbino (tipo A)

Casa della Comunità di Cagli – (Piano Operativo Regionale – POR – Missione 6 salute – PNRR)

### **Politiche di prossimità, riduzione delle disuguaglianze, partecipazione ed empowerment dei cittadini**

La promozione di politiche per la prossimità, per la riduzione delle disuguaglianze di salute e per la partecipazione/empowerment dei cittadini sono i temi principali sui quali sarà orientata l'attività dei prossimi anni, intendendo mettere in atto a partire dal 2025 e nel triennio le azioni necessarie a garantire le stesse opportunità di accesso, di fruizione, di qualità e di appropriatezza dei servizi a tutti i cittadini.

Le azioni da mettere in campo saranno in capo ai distretti, articolazioni territoriali dell'Azienda, quali macrostrutture di decentramento del governo aziendale, 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 gli stabilimenti del Presidio ospedaliero, tramite il loro inserimento nel Programma delle attività territoriali di cui all'articolo 17 della l.r. 19/2022.

Essi costituiscono il livello territoriale di base in cui si realizza la gestione integrata tra servizi sanitari, socio-sanitari e sociali e garantiscono lo svolgimento delle seguenti attività:

- a) l'assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva e i presidi specialistici ambulatoriali;
- b) il coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le strutture operative a gestione diretta, organizzate in base al modello dipartimentale, nonché con i servizi specialistici ambulatoriali e le strutture ospedaliere ed extraospedaliere accreditate;
- c) l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria se delegate dai comuni.

Il distretto garantisce:

- a) assistenza specialistica ambulatoriale;
- b) attività o servizi per la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze;
- c) attività o servizi consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia;
- d) attività o servizi rivolti a disabili ed anziani;
- e) attività o servizi di assistenza domiciliare integrata;
- f) attività o servizi per le patologie da HIV e per le patologie in fase terminale.

In tale contesto, assume rilevanza la realizzazione dell'Hospice pediatrico a Fano quale obiettivo progettuale a carattere prioritario per l'Azienda nell'ambito delle reti delle cure palliative. E ciò in aderenza ai contenuti del PSSR che, nel richiamare la Legge 38 del 2010 con la quale è stato sancito il "*diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore*" (art.1), fa espresso riferimento all'avvenuta individuazione – in applicazione della predetta Legge - delle *tre reti di assistenza dedicate alle Cure palliative, alla Terapia del Dolore, rivolte al paziente adulto, ed un'unica rete di Cure palliative e Terapia del Dolore, dedicata ai piccoli pazienti con particolare riguardo alla realizzazione dell'hospice pediatrico nel territorio dell'Ast di Pesaro-Urbino* (cfr. DGRM 1238/2021).

Ad oggi sono attivi 10 posti letto dedicati alla gestione di un hospice per adulti a Fossombrone, e saranno ulteriormente incrementati altri 9 posti letto, per ospitare non solo pazienti oncologici ma anche pazienti affetti da malattie neurologiche degenerative.

L'Azienda nel suo complesso opera mediante 163 strutture territoriali, di cui 78 strutture territoriali a gestione diretta e 85 strutture territoriali convenzionate (Fonte STS 11).

La tabella che segue, coerentemente con i flussi ministeriali STS 11 e 24, riporta il numero di strutture a gestione diretta e il numero delle strutture private convenzionate suddiviso per tipologia di struttura e tipo di assistenza erogata.

| Anno 2024 (fonte STS11)                |   |                        |                            |                                      |                           |                    |
|--|---|------------------------|----------------------------|--------------------------------------|---------------------------|--------------------|
| Tipo rapporto con il S.S.N.            | Descrizione tipo assistenza erogata                     | STRUTTURA RESIDENZIALE | STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE | ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE | AMBULATORIO E LABORATORIO | Totale complessivo |
| Pubblica                               | ASSISTENZA AGLI ANZIANI                                 | 11                     |                            |                                      |                           | 11                 |
|  | ASSISTENZA AI DISABILI FISICI                           | 2                      | 1                          |                                      |                           | 3                  |
|  | ASSISTENZA AI DISABILI PSICHICI                         | 1                      | 3                          |                                      |                           | 4                  |
|  | ASSISTENZA ALLE PERSONE NELLA FASE TERMINALE DELLA VITA | 1                      |                            |                                      |                           | 1                  |
|  | ASSISTENZA PER DIPENDENZE PATOLOGICHE                   |                        | 1                          | 1                                    |                           | 2                  |
|  | ASSISTENZA PER EMERGENZE SANITARIE                      | 1                      |                            |                                      |                           | 1                  |
|  | ASSISTENZA PSICHIATRICA                                 | 9                      | 3                          | 1                                    |                           | 13                 |
|  | ATTIVITÀ DI CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE             |                        |                            | 3                                    |                           | 3                  |
|  | ATTIVITA' CLINICA                                       |                        |                            | 7                                    | 6                         | 13                 |
|  | ATTIVITA' DI CONSULTORIO MATERNO-INFANTILE              |                        |                            | 6                                    |                           | 6                  |
|  | ATTIVITA' DI LABORATORIO                                |                        |                            | 1                                    | 1                         | 2                  |
|  | DIAGNOSTICA STRUMENTALE E PER IMMAGINI                  |                        |                            | 10                                   | 2                         | 12                 |
|  | PRESCRIZIONE FARMACI NOTA 99 AIFA                       |                        |                            |                                      | 3                         | 3                  |
|  | VACCINAZIONI PER EMERGENZE PANDEMICHE                   |                        |                            | 4                                    |                           | 4                  |
|  | <b>Pubblica Totale</b>                                  |                        | <b>25</b>                  | <b>8</b>                             | <b>33</b>                 | <b>12</b>          |
| Privata                                | ASSISTENZA AGLI ANZIANI                                 | 35                     |                            |                                      |                           | 35                 |
|  | ASSISTENZA AI DISABILI FISICI                           | 4                      | 4                          |                                      |                           | 8                  |
|  | ASSISTENZA IDROTERMALE                                  |                        |                            | 2                                    |                           | 2                  |
|  | ASSISTENZA PER DIPENDENZE PATOLOGICHE                   | 6                      |                            |                                      |                           | 6                  |
|  | ASSISTENZA PER EMERGENZE SANITARIE                      | 1                      |                            |                                      |                           | 1                  |
|  | ASSISTENZA PERSONE CON INFEZIONE DA HIV                 | 1                      |                            |                                      |                           | 1                  |
|  | ASSISTENZA PSICHIATRICA                                 | 7                      |                            |                                      |                           | 7                  |
|  | ATTIVITA' CLINICA                                       |                        |                            |                                      | 11                        | 11                 |
|  | ATTIVITA' DI LABORATORIO                                |                        |                            |                                      | 8                         | 8                  |
| DIAGNOSTICA STRUMENTALE E PER IMMAGINI |   |                        |                            | 6                                    | 6                         |                    |
| <b>Privata Totale</b>                  |   | <b>54</b>              | <b>4</b>                   | <b>2</b>                             | <b>25</b>                 | <b>85</b>          |
| <b>Totale complessivo</b>              |   | <b>79</b>              | <b>12</b>                  | <b>35</b>                            | <b>37</b>                 | <b>163</b>         |

## Offerta ospedaliera

Il Presidio ospedaliero della AST Pesaro Urbino comprende gli stabilimenti di Pesaro, Fano, Urbino e Pergola, quest'ultimo riconosciuto come ospedale in Area disagiata, le cui rispettive denominazione e ubicazioni vengono di seguito riportate:

- "Ospedale Santa Croce" di Fano – via Vittorio Veneto, 2 – Fano (PU);
- "Ospedale Santi Carlo e Donnino" di Pergola – via Giuseppe Di Vittorio, 2 - Pergola (PU);
- "Ospedale San Salvatore" di Pesaro – p.le Cinelli, 4 e via Lombroso,1 – Pesaro (PU);
- "Ospedale Santa Maria della Misericordia" di Urbino - viale Federico Comandino, 70 – Urbino (PU).

Il Presidio Ospedaliero, quale articolazione organizzativa ospedaliera aziendale dotata di autonomia gestionale ed economico-finanziaria, aggrega dunque funzionalmente tutti gli stabilimenti aventi sede nel medesimo territorio, che opereranno in sinergia tra loro integrandosi attraverso i percorsi diagnostico terapeutici essenziali per il corretto funzionamento delle reti, anche regionali, al fine di garantire il miglioramento della sicurezza e qualità delle cure, oltre al maggior soddisfacimento dei bisogni di tutta la popolazione residente nel territorio di riferimento.

In particolare relativamente alle Reti tempo dipendenti:

- *Ictus e stroke unit* con percorso interno farmacologico e interventistico – Rete Ictus
- IMA (Infarto Miocardico Acuto) – Rete Cardiologica
- Trauma minore nell'ambito del percorso trauma maggiore con l'Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche (AOU) – Rete Traumatologica
- Neonatologia e dei punti nascita – Rete Percorso Nascita

il modello individuato è di tipo “*hub and spoke*” dove gli *hub* sono responsabili della gestione dei casi più complessi, con personale altamente specializzato, tecnologie avanzate e risorse per gestire l'alta intensità di cure; gli *spoke* erogano invece servizi di minore complessità e garantiscono la continuità della cura collaborando con l'HUB di riferimento.

Tale modello ha l'obiettivo di favorire l'equità di accesso all'offerta da parte dei cittadini, anche per le collettività più distanti dai centri di alta specializzazione e garantire la sicurezza e la qualità delle prestazioni, attraverso la concentrazione della casistica per risposte a maggiore complessità organizzativa e tecnologica, favorendo la specializzazione delle *équipe* mediche e la sostenibilità degli investimenti.

In riferimento alle seguenti Reti di alta specialità e di patologia:

- Rete neurologica e neurochirurgica
- Rete cardiologica, emodinamica, chirurgia vascolare e elettrofisiologia
- Malattie degli organi emopoietici e sistema immunitario
- Rete chirurgica generale e specialistica open, mininvasiva e robotica
- Rete ortopedica e traumatologica
- Rete materno infantile
- Rete area medica, specialistica e post acuzie ospedaliera
- Rete oncologica
- Rete dei laboratori e dei servizi
- Rete della riabilitazione e recupero funzionale
- Rete della salute mentale e delle dipendenze

la complessità delle reti e i nodi delle stesse sono determinati dal fabbisogno della popolazione calcolato in base ai dati epidemiologici, alla produzione propria del privato accreditato e alla mobilità da recuperare.

I singoli Stabilimenti ospedalieri sono connotati da una propria prerogativa e specificità che verrà sviluppata nell'ambito delle reti cliniche "tempo dipendenti", di "alta specialità".

Le funzioni del Presidio sono esercitate tramite i dipartimenti che, a loro volta, aggregano le unità operative presenti e assicurano l'integrazione della gestione tra gli stabilimenti ospedalieri.

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

La dotazione di posti letto ordinari e DH a gestione diretta (al netto delle variazioni temporanee), risulta la seguente (Fonte Modello hsp12 2024).

| AST PU Posti Letto 2024 (fonte HSP 12) |                   |             |              |            |
|--|-------------------|-------------|--------------|------------|
| Stabilimento                           | Degenze ordinarie | Day surgery | Day hospital | Totale     |
| Pesaro                                 | 42 (covid)        | 0           | 0            | 42         |
|  | 273               | 16          | 32           | 321        |
| Fano                                   | 245               | 10          | 34           | 289        |
| Pergola                                | 59                | 8           | 1            | 68         |
| Urbino                                 | 183               | 8           | 15           | 206        |
| <b>Totale complessivo</b>              | <b>802</b>        | <b>42</b>   | <b>82</b>    | <b>926</b> |

Considerando i dati preconsuntivi nell'anno 2024, l'attività ospedaliera complessivamente intesa si è concretizzata in circa 35.900 dimessi totali, per un valore complessivo pari a circa 127.817.000 euro (valore preconsuntivo calcolato in base alla tariffa al lordo degli abbattimenti regionali), mostrando quindi un incremento rispetto al 2023, legato soprattutto ad un incremento del peso medio DRG, ovvero ad una maggiore complessità della casistica trattata, come meglio evidenziato nelle tabelle che seguono

#### Numero dimessi stimati 2024 rispetto al 2023

| AST PU Dimessi SDO anno 2023 vs Preconsuntivo 2024<br>Istituti Pubblici e Privati convenzionati |                                |               |               |             |               |             |              |              |              |              |                    |                    |                  |                              |
|---|--------------------------------|---------------|---------------|-------------|---------------|-------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------------|--------------------|------------------|------------------------------|
| ISTITUTO_PUB_P<br>RIV   | DESCR ISTITUTO                 | Nro dimessi   |               |             | Degenza Media |             | Peso medio   |              | Drg medio    |              | Valore Totale DRG  |                    |                  | Differenza in<br>percentuale |
|   |                                | 2023          | 2024          | diff        | 2023          | 2024        | 2023         | 2024         | 2023         | 2024         | 2023*              | 2024               | diff             |                              |
| PUBBLICO  | STABILIMENTO DI PESARO         | 13.802        | 14.000        | 198         | 6,0           | 5,9         | 1,448        | 1,463        | 4,395        | 4,430        | 60.664.070         | 62.020.000         | 1.355.930        | 2,24%                        |
| PUBBLICO  | STABILIMENTO DI FANO           | 13.064        | 13.000        | -64         | 5,2           | 5,2         | 1,031        | 1,048        | 2,723        | 2,730        | 35.569.218         | 35.490.000         | -79.218          | -0,22%                       |
| PUBBLICO  | STABILIMENTO DI URBINO         | 6.338         | 6.340         | 2           | 6,2           | 6,1         | 1,102        | 1,125        | 3,234        | 3,280        | 20.496.658         | 20.795.200         | 298.542          | 1,46%                        |
| PUBBLICO  | STABILIMENTO DI PERGOLA        | 1.288         | 1.400         | 112         | 9,8           | 9,3         | 0,903        | 0,955        | 3,037        | 3,100        | 3.912.044          | 4.340.000          | 427.957          | 10,94%                       |
| <b>PUBBLICO Totale</b>  |                                | <b>34.492</b> | <b>34.700</b> | <b>208</b>  | <b>5,9</b>    | <b>5,8</b>  | <b>1,206</b> | <b>1,228</b> | <b>3,498</b> | <b>3,604</b> | <b>120.641.990</b> | <b>122.645.200</b> | <b>2.003.210</b> | <b>1,66%</b>                 |
| PRIVATO   | CASA DI CURA VILLA MONTEFELTRO | 1.019         | 900           | -119        | 2,7           | 2,9         | 1,139        | 1,177        | 2,729        | 3,000        | 2.780.969          | 2.700.000          | -80.969          | -2,91%                       |
| PRIVATO   | CENTRO SANTO STEFANO - CAGLI   | 308           | 300           | -8          | 31,4          | 33,7        | 0,792        | 0,729        | 7,773        | 8,157        | 2.394.068          | 2.447.008          | 52.940           | 2,21%                        |
| <b>PRIVATO Totale</b>   |                                | <b>1.327</b>  | <b>1.200</b>  | <b>-127</b> | <b>9,4</b>    | <b>11,4</b> | <b>1,059</b> | <b>1,054</b> | <b>3,900</b> | <b>4,470</b> | <b>5.175.038</b>   | <b>5.147.008</b>   | <b>-28.030</b>   | <b>-0,54%</b>                |
| <b>Totale complessivo</b>   |                                | <b>35.819</b> | <b>35.900</b> | <b>81</b>   | <b>6,0</b>    | <b>6,0</b>  | <b>1,201</b> | <b>1,223</b> | <b>3,513</b> | <b>3,631</b> | <b>125.817.028</b> | <b>127.792.208</b> | <b>1.975.180</b> | <b>1,57%</b>                 |

Osservando i dati in riferimento all'attività nei diversi stabilimenti, si osserva una importante incremento di casi trattati nell'ospedale di Pergola che, in termini percentuali, aumenta la propria attività del 11% circa.

Passando poi all'analisi dei dati relativi ai ricoveri programmati, si osserva un andamento crescente nel tempo sia dei ricoveri programmati complessivamente intesi, sia dei dimessi programmati con DRG di tipo chirurgico

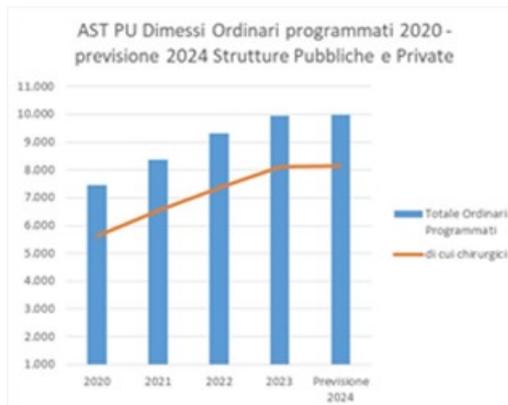
| Dimessi Ordinari Programmati |                             |                   |
|------------------------------|-----------------------------|-------------------|
|                              | Totale Ordinari Programmati | di cui chirurgici |
| 2020                         | 7.442                       | 5.611             |
| 2021                         | 8.373                       | 6.527             |
| 2022                         | 9.324                       | 7.367             |
| 2023                         | 9.958                       | 8.104             |
| Previsione 2024              | 9.991                       | 8.151             |

Invero, come si evince dalla tabella di cui sopra, l'incremento dei ricoveri programmati ha interessato prevalentemente i ricoveri di tipo chirurgico.

La tabella che segue riassume i principali DRG chirurgici per i quali si è osservato un significativo incremento:

| AST PU Principali interventi Anno 2023 previsione 2024 |   |      |                   |      |
|--|---|------|-------------------|------|
| Inteprinc  | Intervento Principale                               | 2023 | Previsione e 2024 | DIFF |
| 5421   | Laparoscopia  | 201  | 260               | 59   |
| 5979   | Altra riparazione per incontinenza urinaria da stre | 16   | 58                | 42   |
| 640  | Circoncisione                                       | 255  | 295               | 40   |
| 8324   | Biopsia bronchiale [endoscopica]                    | 21   | 60                | 39   |
| 863  | Altra asportazione o demolizione locale di lesione  | 290  | 328               | 38   |
| 8152   | Sostituzione parziale dell'anca                     | 124  | 160               | 36   |
| 5733   | Cistoscopia [transuretrale] con biopsia             | 45   | 80                | 35   |
| 605  | Prostatectomia radicale                             | 104  | 137               | 33   |
| 8145   | Altra riparazione dei legamenti crociati            | 43   | 72                | 29   |
| 6029   | Altra prostatectomia transuretrale                  | 99   | 128               | 29   |
| 8154   | Sostituzione totale del ginocchio                   | 156  | 184               | 28   |

In merito all'attività chirurgica sopra menzionata, il grafico che segue illustra il trend che ha interessato il 2024 in termini di dimessi ordinari programmati, e che mostra per i DRG chirurgici un incremento che coinvolge le diverse discipline chirurgiche, con evidenza dell'incremento nell'utilizzo della chirurgia robotica e, una contestuale diminuzione dei parti cesarei così come previsto dalle linee guida regionali e ministeriali



| AST PU dimessi con procedure chirurgiche robotiche |      |                      |      |
|--|------|----------------------|------|
|  | 2023 | Preconsuntivo o 2024 | diff |
| Dimessi SDO con procedura di robotica              | 247  | 261                  | 14   |

Riguardo all'attività di tipo chirurgico, stante che il percorso del paziente sottoposto ad intervento chirurgico riveste particolare attenzione in quanto driver principale della produzione ospedaliera, riveste particolare importanza la ricerca di appropriatezza e la creazione di Value.

Le tecniche chirurgiche, la tecnologia a sostegno di queste e la revisione dei percorsi di preparazione all'intervento, stanno progressivamente aumentando la quota di pazienti che non necessitano di ricovero ospedaliero a sostegno delle procedure chirurgiche.

In considerazione di ciò, gli ambiti di intervento nel 2025 saranno incentrati sui pazienti definiti "outpatient", pertanto l'Azienda continuerà a approfondire il massimo sforzo per:

- Incrementare la chirurgia ambulatoriale: obiettivo perseguito ormai da diversi anni, che ha portato nel tempo ad uno spostamento del trattamento della casistica non complessa dal regime di ricovero a quello ambulatoriale.

Questo orientamento dovrebbe portare ad una riduzione della degenza media favorendo anche il miglioramento dell'appropriatezza organizzativa, contribuendo complessivamente ad un utilizzo più efficiente dei posti letto.

- incrementare ulteriormente l'attività robotica con una corrispondente maggior programmazione della stessa: si prevede di definire già dal mese di gennaio la programmazione delle sedute di chirurgia robotica per tutte le discipline che utilizzano tale metodica - nello specifico chirurgia generale, urologia e ginecologia, al fine di ottimizzare l'utilizzo della tecnologia a disposizione dell'Azienda.

A complemento di tutto ciò, anche per l'anno 2025 il posizionamento dell'Azienda rispetto ai LEA, valutata attraverso gli indicatori "Core" del "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria", si prevede costante e puntuale in tutti gli stabilimenti aziendali.

Dall'analisi temporale dei dati di attività, e dagli indicatori che seguono, si evince che l'AST di Pesaro e Urbino, seppur in un periodo di transizione organizzativa, ha espresso al meglio il proprio potenziale, dimostrando un sostanziale orientamento al raggiungimento degli obiettivi posti a livello regionale in termini di appropriatezza e sviluppo della vocazione, indirizzata a soddisfare bisogni del territorio di riferimento, come dimostrato dalla tabella che segue

*Principali indicatori di attività 2023 e 2024*

| Alcuni Indicatori DGR 159 /2016 AST PU   | Soglia minima DGR 159/2016 | 2022         | 2023         | Previsione 2024 |
|--|----------------------------|--------------|--------------|-----------------|
| <b>Interventi chirurgici Ca Mammella</b>   | <b>150</b>                 | <b>559</b>   | <b>622</b>   | <b>570</b>      |
| <b>Colecistectomia Laparoscopica (interv. Princ. 5123)</b>   | <b>100</b>                 | <b>330</b>   | <b>384</b>   | <b>350</b>      |
| <b>Colecistectomia Laparoscopica proporzione ricoveri con degenza post operatoria &lt;3 giorni</b> | <b>70% minimo</b>          | <b>77,2%</b> | <b>87,0%</b> | <b>89,8%</b>    |
| <b>Frattura del collo del femore: volume interventi chirurgici (dimessi SDO)</b>                   | <b>75</b>                  | <b>630</b>   | <b>603</b>   | <b>640</b>      |
| <b>Frattura del collo del femore: % interventi entro 2 giorni per pazienti con età &gt;65 anni</b> | <b>60% minimo</b>          | <b>81,1%</b> | <b>85,4%</b> | <b>87,5%</b>    |
| <b>IMA (diagnosi principale): volume di ricoveri</b>   | <b>100</b>                 | <b>671</b>   | <b>708</b>   | <b>610</b>      |
| <b>Parti</b>   | <b>1.000</b>               | <b>1.544</b> | <b>1.614</b> | <b>1.540</b>    |

**La risposta alle aree disagiate**

La Provincia di Pesaro e Urbino presenta un territorio caratterizzato da territori interni, in zona montana e premontana, con particolare complessità geo-morfologica e infrastrutturale, cui si aggiungono anche specifici aspetti di vulnerabilità sismica.

Il DM 70/2015 individua strutture di base per aree disagiate, tipicamente in ambiente montano o premontano, meteorologicamente ostile e collegamenti di rete viaria complessi, dove viene garantita l'attività di pronto soccorso e servizi di supporto, oltre alle discipline di medicina interna, chirurgia generale, anestesia, ed ortopedia, in integrazione funzionale con la restante rete ospedaliera.

Lo Stabilimento ospedaliero di Pergola, designato come "Ospedale di area disagiata" dal Piano Socio Sanitario della Regione Marche 2023-2025, svolge un ruolo centrale nel garantire una sanità di prossimità per i cittadini residenti in aree caratterizzate da condizioni geografiche difficili e da limitate connessioni con la rete viaria principale.

Le attività "core" che lo stabilimento di Pergola è chiamato ad assicurare nel 2025 saranno:

- in area medica, attività clinico assistenziale di media e bassa complessità e post acuzie, riabilitazione ospedaliera;
- in area chirurgica, chirurgia generale per patologie di media e bassa complessità, chirurgia specialistica di bassa complessità in integrazione con la rete ospedaliera della AST;
- Punto di Primo Intervento (PPI) con previsione di trasformazione in Pronto soccorso, integrato nella rete della emergenza territoriale e, in particolare, con i DEA di livello superiore di cura;
- attività di diagnostica strumentale e specialistica, in particolare diagnostica per immagini e diagnostica di laboratorio.

L'Ospedale di Pergola si integra con le attività della rete ospedaliera e, in particolare, con l'Ospedale Santa Croce di Fano tenuto conto delle distanze ed affinità per attività chirurgica e diagnostica di più elevata complessità.

Relativamente all'adeguamento strutturale dell'Ospedale di Pergola, si prevede:

- l'adeguamento sale operatorie, aree di degenza, attività gastroenterologia e diagnostica per immagini;
- l'adeguamento strutturale dell'area del PPI per la realizzazione del Pronto soccorso come da PSSR.

Più in generale, il progetto prevede di riqualificare e adeguare il complesso ospedaliero esistente a cogenti esigenze di razionalizzazione funzionale e di adeguamento ai requisiti previsti dai nuovi manuali di accreditamento regionali delle diverse aree funzionali, anche nell'ottica del contenimento della spesa sanitaria.

Per quanto riguarda le strutture territoriali di Fossombrone, Cagli e Sassocorvaro, che sono poste in aree svantaggiate della provincia di Pesaro-Urbino, le future strutture, che saranno realizzate con le risorse del PNRR, avranno il ruolo di collante tra il domicilio del paziente, l'assistenza primaria e l'ospedalità, per i territori interessati, tra questi l'Ospedale di Comunità di Fossombrone che diventa l'anello di unione tra Ospedale per acuti (Urbino) e la domiciliarità attraverso setting di intensità diversa, dal Medico di Medicina Generale-MMG/Continuità assistenziale, all'Ambulatorio di continuità assistenziale primaria (A.c.a.p.), alle cure intermedie, di riabilitazione, di specialistica ambulatoriale fino alla specialistica ospedaliera. L'anello di unione tra queste realtà è il MMG e l'Infermiere di Comunità.

Per le strutture di Fossombrone, Cagli e Sassocorvaro l'indirizzo è quello di potenziare i servizi di diagnostica, anche attraverso l'acquisizione di nuove tecnologie - nuovo mammografo per la struttura di Fossombrone- di laboratorio e le specialistiche ambulatoriali nonché i Punti di emergenza urgenza e le degenze.

Secondo il Piano Operativo Regionale - POR (ex DGR n.2027 del 30 dicembre 2024), l'Ospedale di Comunità di Fossombrone nonché l'attuale Ospedale di Comunità di Cagli sono interessati da interventi di adeguamento e, quindi, potenziati quali Case della Comunità.

Sempre secondo il medesimo POR è prevista la realizzazione dell'Ospedale di Comunità di Mombaroccio nel Distretto di Pesaro.

Le strutture organizzative territoriali avranno il compito di soddisfare i bisogni sanitari in termini di:

- stabilizzazione e trasporto al Pronto Soccorso/DEA di riferimento attraverso la rete del 118;
- diagnosi e trattamento di patologie emergenti a media e bassa intensità assistenziale che non richiedono la presa in carico presso il PS/DEA di riferimento;
- osservazione breve non intensiva;
- erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale, diagnostica radiologica e laboratoristica;
- teleconsulto e telemonitoraggio;
- potenziamento dei livelli assistenziali, in integrazione con le Cure Intermedie;
- riduzione di ospedalizzazioni improprie ed istituzionalizzazioni precoci;
- identificazione di un percorso di cura del paziente con basso margine di imprevedibilità e/o instabilità clinica, presso strutture di prossimità;
- attivazione di tutti gli strumenti necessari per una efficace dimissione protetta.

Al fine di garantire prestazioni di media e bassa intensità assistenziale rivolte alla popolazione residente nei suddetti territori, contribuendo così ad attenuare l'attuale sovraccarico di lavoro del pronto soccorso degli ospedali per acuti di riferimento.

Quindi, quale principale indirizzo nel 2025, vi è un ulteriore potenziamento dell'offerta specialistica ambulatoriale che verrà diffusa capillarmente sul territorio, soprattutto nell'ambito dei poli di aggregazione residenziale (Ospedali di Comunità, Case della salute, etc.), al fine di intercettare la domanda in prossimità del domicilio del Cittadino e creare pertanto percorsi "facilitati" (accesso diretto) per l'erogazione delle prestazioni in ambito ospedaliero, favorendo il recupero della mobilità passiva.

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

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

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

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

1. produrre risultati oggettivamente validi per i soggetti pubblici, per i cittadini e per gli stakeholder (occorre che l'azione pubblica sia giudicata desiderabile da parte di un gruppo di destinatari) "clienti";

2. intraprendere iniziative sostenibili dal punto di vista organizzativo (le risorse da destinare alle politiche pubbliche devono essere adeguate agli obiettivi istituzionali) - "macchina interna";

3. essere legittimata a godere di sostegno esterno (deve saper attrarre il sostegno degli attori rilevanti).

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

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

al fine di:

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

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

## **2.1 Sottosezione Valore Pubblico e Performance**

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

La sottosezione è stata predisposta recependo le indicazioni di cui alle linee guida del Dipartimento della funzione Pubblica n.1/2017. Tali linee guida sono redatte ai sensi del D.lgs. 150/2009, così come modificato

dal D. Lgs n. 74/2017, che attribuisce al Dipartimento della Funzione Pubblica le funzioni di indirizzo, coordinamento e monitoraggio in materia di ciclo della performance.

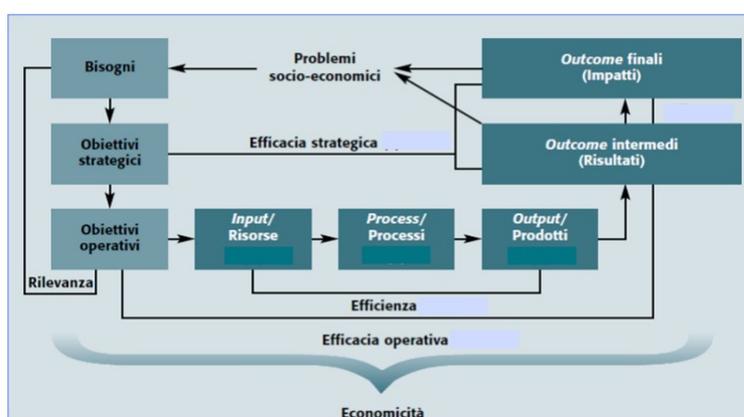
Il nuovo approccio, di tipo interattivo e conoscitivo illustrato nelle linee guida di cui sopra, mira a mostrare concretamente come la programmazione e il ciclo della performance possano diventare strumenti per:

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

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

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

Ciò in quanto il Valore Pubblico riveste il ruolo di **nuova frontiera delle performance**, consentendo all'Azienda di mettere le dimensioni della Performance a sistema e di finalizzarle verso lo scopo nobile del mantenimento delle promesse di mandato (risultati) e del miglioramento delle condizioni di vita dell'ente e dei suoi utenti e stakeholder (impatti).



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

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



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

La AST di Pesaro Urbino contribuisce attivamente al perseguimento degli obiettivi del Servizio Socio-Sanitario Marchigiano attraverso l'offerta di servizi sanitari e socio-sanitari finalizzati alla tutela e alla promozione della salute fisica e mentale delle persone, garantendo i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e gli eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla Regione nella prospettiva di un approccio one health. Nell'ambito della rete integrata di offerta, promuove standard di eccellenza attraverso l'utilizzo di tecniche e tecnologie sanitarie e mantenendo una forte attenzione sugli esiti clinici, sull'appropriatezza e sull'impiego sostenibile delle risorse economiche.

A partire da questa vocazione l'AST Pu si impegna a organizzare servizi e percorsi sanitari e sociosanitari nell'ottica della presa in carico complessiva e continuativa della persona con particolare riferimento alle condizioni di fragilità. La trasversalità dei processi (sanitari, socio-sanitari e amministrativi) e la riconnessione degli stessi in ottica multidisciplinare e multiprofessionale rappresenta il perno fondamentale su cui l'Azienda costruisce i percorsi di cura dei pazienti e il coordinamento della presa in carico.

L'AST Pu, inoltre, gestisce i percorsi e i processi di tutela della salute in modo coordinato con i soggetti erogatori di diritto pubblico (ATS, altre AST, Enti Locali, ecc.) e diritto privato (Aziende sanitarie e sociosanitarie) e riconosce e valorizza il ruolo della famiglia, del volontariato, delle reti sociali e degli enti del terzo settore, nella logica della realizzazione dei principi di sussidiarietà orizzontale e della libera scelta del cittadino.

L'AST di Pesaro e Urbino nel corso del triennio 2025-2027 si propone di contribuire alla promozione, al mantenimento e al recupero delle condizioni di salute della popolazione, erogando prestazioni sia

sanitarie sia sociosanitarie, secondo standard di eccellenza, di media complessità, nel rispetto della dignità della persona, del bisogno di salute, dell'equità dell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza, dell'economicità nell'impiego delle risorse e in coerenza con i principi e gli obiettivi definiti dal Piano Sanitario Nazionale e dal Piano Socio Sanitario Regionale.

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

- dignità della persona-cittadino;
- tempestività e integrazione nella risposta ai bisogni della persona-cittadino;
- equità e libertà di scelta nell'accesso ai servizi;
- appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni di prevenzione e cura;
- economicità ed efficienza nella gestione delle risorse;
- trasparenza e semplificazione dell'azione amministrativa;
- formazione continua del personale; al fine di indirizzare i programmi e le attività dell'Azienda a rispondere alla domanda di salute e a orientarla, garantendo prestazioni efficaci accessibili.

Tali obiettivi, agiti nella trasparenza delle regole e protocolli adottati e uniti alla correttezza nell'agire quotidiano del personale, ben possono inquadrarsi nell'alveo di Valore Pubblico.

### **Macro-obiettivi strategici aziendali per la creazione di valore pubblico**

La Direzione strategica dell'AST, in coerenza con gli obiettivi di accessibilità, fisica e digitale, di digitalizzazione, nonché di semplificazione e reingegnerizzazione delle procedure, ribaditi nel DM 132/2022, ha individuato e condiviso con i Responsabili delle diverse sottosezioni del PIAO, alcuni elementi chiave da sviluppare per gli ambiti di competenza per l'anno 2025, e precisamente:

#### 2. Miglioramento di:

- standard quali - quantitativi di erogazione delle prestazioni sanitarie e socio- sanitarie nei contesti ospedaliero e territoriale;
- processi di prevenzione e promozione della salute;

#### 2. Strategie di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo;

#### 3. Innovazione tecnologica e miglioramento degli strumenti di accesso alla P.A. e sicurezza informatica;

Tali macro-obiettivi strategici per la creazione di valore pubblico trovano la loro declinazione principalmente mediante le attività ordinariamente volte a realizzare la mission aziendale, sopra delineate, ma anche mediante le azioni previste nella sottosezione "Performance" e nella sezione "Organizzazione e Capitale umano", nonché in quelle messe in campo per la realizzazione degli obiettivi del PNRR.

Da ciò ne consegue che la Performance 2025-2027 costituisce il tassello di congiunzione tra le linee strategiche contenute negli atti regionali di programmazione, i macro obiettivi strategici aziendali, il bilancio di previsione pluriennale ed il processo di budget aziendale.

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

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

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

## **2.2 PNRR Missione 6 Salute –**

La Missione 6 Salute mira a potenziare e riorientare il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per migliorarne l'efficacia nel rispondere ai bisogni di cura delle persone, anche alla luce delle criticità emerse nel corso dell'emergenza pandemica, ed è articolata in due Componenti:

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

Per i progetti a regia, per i quali le Regioni e le Province Autonome si configurano come soggetti attuatori, è stato ritenuto necessario intraprendere tutte le attività atte a garantire l'operatività programmatica, tenuto conto del quadro normativo di riferimento, attraverso il Decreto di ripartizione programmatica delle risorse firmato dal Ministro della Salute in data 20 gennaio 2022.

La Regione Marche, a far tempo dal 2022, ha dato corso alle Misure del PNRR con distinte Deliberazioni di Giunta e con approvazione dei piani operativi al fine accedere alle risorse stanziata a livello statale e quindi procedere alla programmazione, progettazione ed attuazione dei singoli interventi riguardanti, tra l'altro:

- Punti salute
- Case della Comunità
- COT – interconnessione aziendale – device
- Ospedali di Comunità
- ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (digitalizzazione e grandi apparecchiature)
- FSE
- reti di prossimità, strutture e telemedicina
- Casa come primo luogo di cura
- modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare, Sistemi Informativi Clinico- Assistenziali per l'ottimizzazione delle linee strategiche evolutive necessarie alla definizione di un nuovo modello di governance dell'innovazione tecnologica per le attività connesse all'erogazione e alla gestione dei servizi amministrativi e sanitari con orientamento specifico alla Sanità Digitale.

Conformemente alla disciplina nazionale sulla "governance" del PNRR, la Regione Marche figura quale Soggetto attuatore degli interventi ammessi a finanziamento.

La stessa Regione, essendo legittimata ad avvalersi degli Enti del Servizio Sanitario Regionale (Soggetti attuatori esterni) per dare esecuzione agli interventi in base alla competenza territoriale dei medesimi, ha provveduto in tal senso, conferendo specifiche deleghe come da D.G.R. n. 970 del 27/07/2022 "Piano Nazionale di Ripresa e Missione 6 Salute - Componenti 1 e 2: Approvazione delega delle attività e ripartizione risorse agli Enti del Sistema Sanitario Regionale" e relativi Allegati.

In particolare, con Delibera della Giunta Regionale Marche n. 162 del 21/02/2022, sulla scorta di ricognizione intervenuta a cura della Regione Marche con il Ministero della Salute e dei fabbisogni rilevati in ordine alle missioni sotto riportate, sono stati definiti gli interventi, distinti per ciascuna azienda sanitaria della Regione Marche, di cui si illustra, qui di seguito, lo stato dell'arte.

**PNRR M6C1|1.1 Case della comunità| 1.2.2 Centrali Operative Territoriali| 1.3 Ospedali di comunità.**

Con DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 1376 del 16/09/2024 Oggetto: Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) Missione 6 Salute – Componenti 1 e 2: Aggiornamento Piano Operativo Regionale (POR), approvato con D.G.R. n. 656 del 30/05/2022 e modificato con D.G.R. n. 1188 del 07/08/2023, i target / milestone da raggiungere per AST PU sono i seguenti:

Per Quanto riguarda la missione *PNRR M6C1.2.2 Centrali Operative Territoriali*, sono state messe in funzione nell'anno 2024, nel rispetto dei TARGET Nazionali ed Europei.

M6C1 – 1.2.2 - COT di Urbino Via Comandino –

M6C1 – 1.2.2 - COT di Fano via IX Novembre –

M6C1 – 1.2.2 - COT di Pesaro Via Alfano –

**CASE DELLA COMUNITA' M6C1-1.1**

Per quanto riguarda le case di Comunità AST PU, ha i seguenti Target Europei, fine dei lavori entro il 31/03/2026. I precedenti Target/Mileston sono stati raggiunti

**CRONOPROGRAMMA**

**MILESTONE & TARGET**

| Milestone/Target | Descrizione  | Termine esecuzione Regionale | Rilevanza di ITA/UE   |
|------------------|--|------------------------------|---|
| Target           | Assegnazione dei codici CUP (Codice Unico di Progetto) ai progetti per la realizzazione delle Case della Comunità  | T2 2022                      |  |
| Target           | Approvazione dei progetti idonei per indizione della gara per la realizzazione delle Case della Comunità   | T1 2023                      |  |
| Target           | Assegnazione dei codici CIG o convenzioni per la realizzazione delle Case della Comunità di almeno un CIG per ogni CUP (ossia si è avviata almeno una gara per l'opera ma non necessariamente tutte) | T1 2023                      |  |
| Target           | Stipula dei contratti per la realizzazione della Case di Comunità  | T3 2023                      |  |
| Target           | Case della Comunità messe a disposizione e dotate di attrezzature tecnologiche   | T1 2026                      |  |

**GANTT**

| Linee di attività |  | 2022 |    |    |    | 2023 |    |    |    | 2024 |    |    |    | 2025 |    |    |    | 2026 |    |    |    |
|-------------------|--|------|----|----|----|------|----|----|----|------|----|----|----|------|----|----|----|------|----|----|----|
|                   |  | T1   | T2 | T3 | T4 |
| 1                 | Assegnazione dei codici CUP (Codice Unico di Progetto) ai progetti per la realizzazione delle Case della Comunità  |      |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |    |
| 2                 | Approvazione dei progetti idonei per indizione della gara per la realizzazione delle Case della Comunità   |      |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |    |
| 3                 | Definire, con apposito atto normativo, la programmazione della rete assistenziale territoriale in coerenza con standard e modelli organizzativi definiti nella Riforma dell'Assistenza Territoriale  |      |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |    |
| 4                 | Assegnazione dei codici CIG o convenzioni per la realizzazione delle Case della Comunità di almeno un CIG per ogni CUP (ossia si è avviata almeno una gara per l'opera ma non necessariamente tutte) |      |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |    |
| 5                 | Stipula dei contratti per la realizzazione delle Case di Comunità  |      |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |    |
| 6                 | Case della Comunità messe a disposizione e dotate di attrezzature tecnologiche   |      |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |    |



**Stato dell'arte degli interventi previsti in AST PU:**

**M6C1-1.1. -CdC di Fossombrone** – I lavori sono in corso di ultimazione. Si prevede la fine lavori entro il 31/03/2025, ampiamente entro i termini previsti dal TARGET Europeo del 31/03/2026.

**M6C1-1.1. - CdC di Mondolfo** - I lavori sono in corso. Si prevede la fine lavori entro il 30/06/2025, ampiamente entro i termini previsti dal TARGET Europeo del 31/03/2026.

**M6C1-1.1. -CdC di Galantara** – E' in corso Il Collegio Tecnico al fine di dirimere problematiche di natura tecnico-progettuale con la Ditta esecutrice individuata tramite Adesione Accordo Quadro INVITALIA:

**OSPEDALI DI COMUNITA' M6C1-1.3**

Per quanto riguarda la realizzazione dell'Ospedale di Comunità AST PU, ha i seguenti Target Europei, fine dei lavori entro il 31/03/2026.

**MILESTONE & TARGET**

| Milestone/Target | Descrizione   | Termine di esecuzione Regionale | Rilevanza ITA/UE |
|------------------|---|---------------------------------|------------------|
| Target           | Assegnazione dei codici CUP (Codice Unico di Progetto) per la realizzazione degli Ospedali di Comunità    | T2 2022                         |                  |
| Target           | Approvazione dei progetti idonei per indizione della gara per la realizzazione degli Ospedali di Comunità | T1 2023                         |                  |
| Target           | Assegnazione dei codici CIG/provvedimento di convenzione per la realizzazione degli Ospedali di Comunità  | T1 2023                         |                  |
| Target           | Stipula delle obbligazioni giuridicamente vincolanti per la realizzazione degli Ospedali di Comunità      | T3 2023                         |                  |
| Target           | Ospedali di Comunità rinnovati, interconnessi e dotati di attrezzature tecnologiche                       | T1 2026                         |                  |

**GANTT**

| Linee di attività |   | 2022 |    |    |    | 2023 |    |    |    | 2024 |    |    |    | 2025 |    |    |    | 2026 |    |    |    |
|-------------------|---|------|----|----|----|------|----|----|----|------|----|----|----|------|----|----|----|------|----|----|----|
|                   |   | T1   | T2 | T3 | T4 |
| 1                 | Assegnazione dei codici CUP (Codice Unico di Progetto) per la realizzazione degli Ospedali di Comunità  |      |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |    |
| 2                 | Approvazione dei progetti idonei per indizione della gara per la realizzazione degli Ospedali di Comunità   |      |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |    |
| 3                 | Definire, con apposito atto normativo, la programmazione della rete assistenziale territoriale in coerenza con standard e modelli organizzativi definiti nella Riforma dell'Assistenza Territoriale |      |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |    |
| 4                 | Assegnazione dei codici CIG/provvedimento di convenzione per la realizzazione degli Ospedali di Comunità  |      |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |    |
| 5                 | Stipula delle obbligazioni giuridicamente vincolanti per la realizzazione degli Ospedali di Comunità  |      |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |    |
| 6                 | Ospedali di Comunità rinnovati, interconnessi e dotati di attrezzature tecnologiche   |      |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |    |

### Stato dell'arte degli interventi previsti in AST PU :

#### M6C1-1.3- Realizzazione dell'Ospedale di Comunità di Mombaroccio.

Con determina 1437 del 7.12.2023 si prendeva atto della conclusione delle precedenti fasi, si approvava il QE e si aderiva all'accordo quadro INVITALIA per lavori in appalto integrato. Con Ordine di Attivazione n. 2 del 9.12.2023 si attivava la ditta aggiudicataria dell'accordo quadro per i lavori in appalto integrato. In data 21.12.2023 si firmava il relativo contratto specifico. I target/milestone PNRR per il 2023 risultano raggiunti. Ad Agosto 2024 è stata fatta la consegna dei lavori alla Ditta Esecutrice. I Lavori sono in Corso.

#### Missione M6C2 "Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale" –

L'Azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro Urbino (AST PU) ha delineato una serie di interventi strategici per il 2025, focalizzati sulla digitalizzazione, l'innovazione tecnologica, l'ammodernamento delle grandi apparecchiature, il potenziamento del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e la migrazione al cloud. Questi progetti sono finanziati in gran parte dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e da altre fonti regionali e nazionali.

#### Ammodernamento del Parco Tecnologico Ospedaliero (Digitalizzazione)

##### PNRR - Missione 6, Componente 2, Investimento 1.1.1

**Obiettivo:** ai fini dell'ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero la Regione Marche ha previsto il rifacimento in ottica unitaria di molteplici moduli applicativi e sistemi informativi sanitari.

Si riportano di seguito i vari ambiti di progetto:

| Blocchi Funzionali oggetto d'acquisto   |
|---|
| <b>Nuovo Sistema Informativo Ospedaliero Unico Regionale</b><br>(Pronto Soccorso, ADT, Order Manager, Modulo Prescrizione, Cartelle Cliniche Elettroniche Ambulatoriale e di Reparto) |
| <b>Castella Clinica Specialistica di Oncoematologia Regionale, Castella Clinica Specialistica di Nefrologia e Dialisi Regionale e Sistema Gestionale del Trasfusionale Regionale</b>  |
| <b>Sistema Gestionale del Blocco Operatorio Regionale</b>   |
| <b>Cartella Clinica Specialistica di Terapia Intensiva e Rianimazione e CIS regionali</b>   |
| <b>Piattaforma di Interoperabilità</b><br>(Digital Integration Hub, Modulo Consensi, Gestione Accessi e Identità, Archivio Dati Clinici, Gestione Cataloghi)                          |

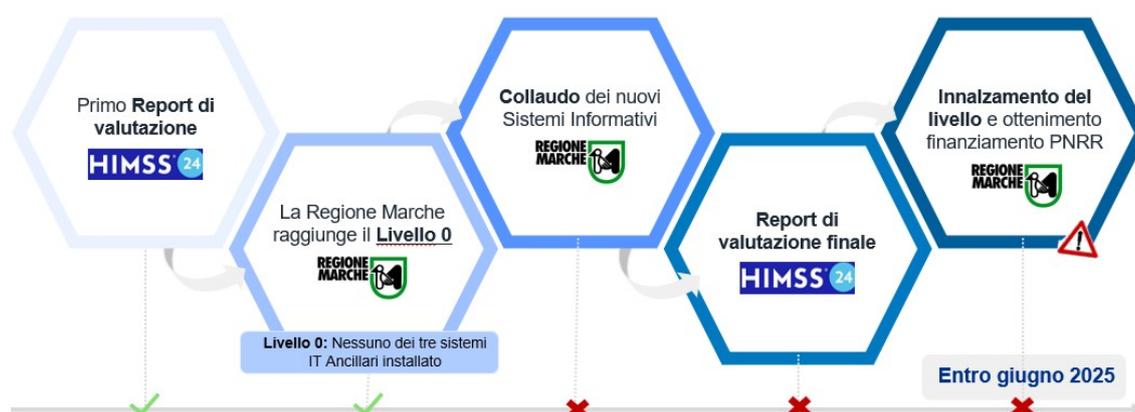
## Finanziamento assegnato:

**Totale Regione Marche:** €33.612.075,57

**Quota AST PU:** €6.712.331,49

**Scadenza:** Avvio dei sistemi entro T2 2025 (30 giugno 2025)

Il raggiungimento degli obiettivi sarà certificato tramite il modello HIMSS EMRAM. Il modello di valutazione prevede in prima istanza una valutazione del livello di maturità digitale per ciascun presidio sede si DEA, effettuata tramite la somministrazione di questionari elaborati secondo il modello EMRAM, proposto da HIMSS. Il livello raggiunto uniformemente dalla Regione Marche è il Livello 0. Successivamente, al termine dell'implementazione e del collaudo dei blocchi funzionali acquistati, verrà somministrato un questionario finale, che valuterà nuovamente il livello di maturità raggiunto.



Al fine del riconoscimento del finanziamento PNRR, Regione Marche (ogni sede DEA) dovrà raggiungere un livello di maturità digitale superiore a 0.

Ammodernamento del Parco Tecnologico Ospedaliero (Grandi Apparecchiature)

### PNRR - Missione 6, Componente 2, Investimento 1.1.2

**Obiettivo:** Rinnovare le grandi apparecchiature sanitarie per migliorare la qualità diagnostica e terapeutica.

**Attrezzature previste per AST PU:** Per AST PU sono state previste all'interno del POR n.12 Grandi Apparecchiature delle quali ne risultano già avviate n.11, come da Det. ASTPU n. 1475 del 18 dicembre 2024 di cui si riporta di seguito quadro riassuntivo

| CUP             | Apparecchiatura  | Unità Operativa          | Presidio di destinazione | Nuovo importo PNRR (€) | Importo altre fonti di finanziamento (€) | TARGET               |
|-----------------|--|--------------------------|--------------------------|------------------------|--|----------------------|
| G74E22000750003 | Sistemi polifunzionali per radiologia digitale diretta | Diagnostica per Immagini | Pesaro                   | 267.789,66 €           | - €                                      | T4 2024 (31/12/2024) |
| G74E22000760003 | Sistemi polifunzionali per radiologia digitale diretta | Diagnostica per Immagini | Pesaro                   | 267.789,66 €           | - €                                      | T4 2024 (31/12/2024) |
| G34E22000390003 | Sistemi polifunzionali per radiologia digitale diretta | Diagnostica per Immagini | Fano                     | 267.789,66 €           | - €                                      | T4 2024 (31/12/2024) |
| F39I22000080007 | Sistemi polifunzionali per radiologia digitale diretta | Diagnostica per Immagini | Urbino                   | 206.209,50 €           | - €                                      | T4 2024 (31/12/2024) |
| G74E22000770003 | Acceleratore Lineare                                   | Radioterapia             | Pesaro/Muraglia          | 2.591.968,58 €         | 128.651,30 €                             | T4 2024 (31/12/2024) |
| G34E22000370003 | Risonanza Magnetica 1,5T                               | Diagnostica per Immagini | Fano                     | 893.503,75 €           | - €                                      | T4 2024 (31/12/2024) |
| G74E22000780003 | Ecotomografo   | Diagnostica per Immagini | Pesaro                   | 45.875,35 €            | - €                                      | T4 2024 (31/12/2024) |
| G74E22000790003 | Ecotomografo   | Diagnostica per Immagini | Pesaro                   | 79.915,34 €            | - €                                      | T4 2024 (31/12/2024) |
| F69I22000250007 | Ecotomografo   | Diagnostica per Immagini | Pergola                  | 29.011,50 €            | - €                                      | T4 2024 (31/12/2024) |
| F79I22000070007 | Mammografo Digitale con tomosintesi                    | Diagnostica per Immagini | Pesaro                   | 192.495,00 €           | - €                                      | T4 2024 (31/12/2024) |
| G74E22000720003 | TC 128 Strati  | Diagnostica per Immagini | Pesaro                   | 455.074,00 €           | 17.986,00 €                              | T4 2024 (31/12/2024) |
| G74E22000740003 | Risonanza Magnetica 1,5T                               | Diagnostica per Immagini | Pesaro                   | 911.880,00 €           | - €                                      | T3 2025 (30/09/2025) |

**Scadenze:** Entro il **T3 2025 (30/09/2025)** è prevista la messa in funzione della Risonanza Magnetica 1,5 T destinata allo Stabilimento di Pesaro.

Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) 2.0

### PNRR - Missione 6, Componente 2, Investimento 1.3.1

**Obiettivo:** Potenziare il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) per garantire la gestione digitale dei dati clinici dei pazienti.

**Interventi previsti:**

- Integrazione dei sistemi informativi ospedalieri con il FSE.
- Creazione di un repository regionale per la gestione centralizzata dei dati sanitari.
- Formazione e Comunicazione

**Scadenza: T4 2025** (31/12/2025) con implementazione progressiva.

TELEMEDICINA

**PNRR - Missione 6, Componente 2, Investimento 1.2.3**

**Obiettivo:** Entro il 2025, la Regione Marche, nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), ha fissato specifici obiettivi per l'implementazione della telemedicina e l'assistenza domiciliare. A livello nazionale, il target è di assistere almeno 300.000 persone attraverso servizi di telemedicina entro la fine del 2025.

Per quanto riguarda l'assistenza domiciliare integrata (ADI), la Regione Marche mira ad aumentare la percentuale di assistiti over 65 dal 3,83% registrato nel 2019 (pari a 14.579 persone) al 9,48% entro il 2025, raggiungendo così 37.347 unità trattate in assistenza domiciliare.

Inoltre, la Regione ha approvato il Piano Operativo per i servizi di telemedicina, delineando le strategie per sviluppare soluzioni integrate nell'ambito dei servizi sanitari regionali.

Questi interventi sono supportati da un finanziamento di oltre 68 milioni di euro destinati alla sanità territoriale, con l'obiettivo di potenziare e creare strutture e presidi che rappresentino il riferimento per la presa in carico del bisogno di salute dei cittadini.

**Scadenza:** entro il 2025, la Regione Marche punta a:

- Assistere un numero significativo di persone attraverso servizi di telemedicina, contribuendo al target nazionale di 300.000 assistiti.
- Incrementare la percentuale di over 65 assistiti a domicilio al 9,48%, raggiungendo 37.347 persone.
- Sviluppare e integrare soluzioni di telemedicina nei servizi sanitari regionali, in linea con il Piano Operativo approvato.

Questi obiettivi mirano a migliorare l'accessibilità e la qualità dei servizi sanitari per i cittadini marchigiani, sfruttando le opportunità offerte dalla telemedicina e dall'assistenza domiciliare.

AST PU parteciperà al raggiungimento degli obiettivi.

**4. Migrazione al Cloud****PNRR - Missione 6, Componente 2, Investimento 1.3.2**

**Obiettivo:** Trasferire i dati sanitari su un'infrastruttura cloud sicura per garantire maggiore efficienza e sicurezza informatica.

**Interventi previsti:**

- Creazione di Data Center Regionali per l'archiviazione e il backup sicuro dei dati.
- Implementazione di sistemi di cybersecurity avanzata.

**Finanziamento assegnato:** Investimento complessivo: €1.379.989.999,93 per le Regioni, con **quota parte destinata ad AST PU**

**Scadenza: T2 2025** con completamento della migrazione

**Rispetto dei principi PNRR**

Per completezza, si ritiene doveroso evidenziare che nell'espletamento delle procedure di gara volte all'acquisizione delle tecnologie e/o servizi oggetto degli interventi di cui sopra, la scrivente Stazione Appaltante ha adottato tutte le misure volte a garantire il rispetto dei requisiti e delle specifiche condizionalità PNRR (principio del DNSH nonché dei principi trasversali del PNRR).

### **2.3 IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE**

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 PIAO, individua per il triennio 2025-2027 gli indirizzi, gli obiettivi strategici ed operativi (generali e specifici), nonché gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'Azienda AST di Pesaro e Urbino.

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.

L'Azienda, coerentemente ai contenuti e con il ciclo della programmazione finanziaria e del bilancio, articola il ciclo di gestione della performance 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;
- b) collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- c) monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- d) misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- e) utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- f) rendicontazione dei risultati ai competenti organi di controllo interni ed esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

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



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

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

- individuazione delle aree di bisogno e di domanda di servizi sanitari, con analisi delle condizioni di salute e di bisogno/domanda di servizi tenendo conto delle analisi epidemiologiche condotte a livello regionale e contenute nel Piano Socio Sanitario Regionale, rispetto al grado di perseguimento dei LEA;
- individuazione degli obiettivi prioritari di intervento nel quadro delle indicazioni della programmazione sanitaria nazionale e regionale, con adozione del Bilancio preventivo pluriennale, quali strumenti guida della programmazione aziendale;
- valutazione delle risorse necessarie al raggiungimento degli obiettivi nei limiti delle effettive disponibilità di risorse, con garanzia della piena integrazione tra governo clinico e governo economico;
- formulazione di piani e programmi di intervento annuali, mediante la programmazione annuale e il sistema di budgeting;
- verifica dei risultati conseguiti (intermedi e finali), sulla base del sistema dei controlli aziendali atto a garantire, in modo sistematico e costante, un confronto tra obiettivi e risultati per evidenziare le cause di eventuali scostamenti con individuazione delle azioni correttive necessarie e opportune.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 2.3.2 Fasi soggetti e tempi della Performance

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

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

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

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

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

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

Pertanto, il premio individuale, oltre a risentire degli esiti della performance organizzativa, è legato anche alla valutazione della performance individuale, infatti, viene quantificato anche tenendo conto del punteggio conseguito nelle schede di valutazione individuale che vengono annualmente compilate per ogni dipendente dell'Azienda (dirigente e personale del comparto).

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

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

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

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

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

A seguito dell'assegnazione, da parte della Regione, delle risorse economiche all'AST, viene predisposta l'assegnazione degli Obiettivi economici annuali di Budget alle singole Strutture e viene elaborato ed adottato il Bilancio di Previsione (pluriennale e annuale).

### **2.3.4 Programmazione strategica**

Nella definizione della programmazione strategica aziendale rappresentata nel PIAO si è tenuto in debito conto lo scenario normativo ed economico attuale, caratterizzato dalla necessità di garantire l'erogazione delle cure in condizioni di appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità e sicurezza, in un contesto di risorse limitate.

In ambito economico, la situazione internazionale resta caratterizzata dagli alti livelli dei prezzi dell'energia e dal perdurare dell'incertezza legata alle tensioni geopolitiche e all'evoluzione del conflitto in Ucraina.

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

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

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

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

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

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

### **2.3.5 Linee strategiche 2025**

#### **Linee strategiche 2025**

L'Azienda individua le proprie linee strategiche in coerenza ed aderenza ai valori e principi ispiratori e conformativi della stessa legge di riforma del SSR che riflettono valori costituzionali fondamentali come la dignità umana, l'eguaglianza, la solidarietà e la tutela della salute, e precisamente:

- la centralità della persona e la sua piena partecipazione - in condizioni di effettiva parità di accesso - ai servizi sanitari e ai relativi percorsi assistenziali;
- l'inveramento dei principi di sussidiarietà istituzionale, mediante il pieno coinvolgimento degli enti locali nelle politiche di promozione della salute rapportate alle esigenze dei territori, e di sussidiarietà orizzontale con valorizzazione ruolo delle formazioni sociali;
- l'effettiva adeguatezza dell'assetto organizzativo rapportata ai servizi da erogare tenendo conto delle peculiarità territoriali;
- l'efficacia e l'economicità delle prestazioni e dei servizi in condizioni di imparzialità e trasparenza nonchè l'appropriatezza delle prestazioni erogate.

In sede attuativa, il concreto inveramento di tali principi cardine si traduce negli obiettivi di salute declinati dal Piano Socio-Sanitario Regionale 2023-2025 (approvato con deliberazione amministrativa dell'Assemblea legislativa regionale n.57 del 9 agosto 2023). Seguendo le linee programmatiche del PSSR, la riorganizzazione dell'Azienda, relativamente alle "reti cliniche", identifica le linee di attività/produzione più significative, sulla base delle competenze e delle tecnologie presenti sul territorio e dei volumi minimi di attività necessari per garantire efficienza e qualità clinica, in coerenza con le indicazioni della normativa nazionale, al fine di garantire una completa presa in carico del paziente, appropriata e di qualità, con definizione di funzioni e responsabilità.

Nel sistema di governance aziendale rilevanza prioritaria è data alla valutazione della qualità e dell'appropriatezza dei servizi, con adeguati controlli, nell'interesse di tutti gli attori del sistema, gli operatori, gli stakeholder, ma anche, e soprattutto, i cittadini; un sistema in grado di monitorare e promuovere l'efficacia e l'efficienza delle strutture e, al contempo, di rendere disponibili ai cittadini informazioni utili alle scelte relative alla propria salute.

Per questi motivi, l'Azienda privilegia le azioni volte a rafforzare la capacità delle proprie strutture di prevenire il rischio clinico, a garantire l'aderenza alle linee guida clinico-organizzative, a favorire i processi di valutazione delle tecnologie (HTA).

L'Azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro e Urbino si impegna al perseguimento della sua mission, nel miglioramento continuo della qualità dei servizi e nel raggiungimento-mantenimento di elevati standard assistenziali.

Ciò attraverso l'integrazione tra tutti i livelli dell'organizzazione sanitaria: strutture e processi organizzativi, meccanismi di valutazione e finanziamento, performance e qualità assistenziali, formazione continua e valutazione professionale.

In ragione della complessità dell'organizzazione, l'Azienda persegue come duplice obiettivo:

- la promozione integrata della qualità assistenziale;
- l'efficienza, in relazione alla sostenibilità economica.

L'Azienda applica i principi e gli strumenti del governo clinico nella realizzazione di relazioni funzionali appropriate tra la componente clinico - assistenziale e quella organizzativo - gestionale, al fine di promuovere il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e mantenere elevati livelli di servizio anche in relazione agli obiettivi della riorganizzazione delle reti cliniche in ambito regionale e secondo gli standard quali - quantitativi definiti a livello statale, individuando altresì i setting di cura necessari ad assicurare le prestazioni sanitarie.

Viene, dunque, adottata una logica di gestione per processi, che, accanto alla definizione di standard qualitativi ed economici, consente un governo efficiente ed efficace dell'intero processo clinico - assistenziale e favorisce il costante monitoraggio della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni.

A partire dal 2025, inoltre, l'Azienda non può prescindere dalla progressiva ripresa di un percorso che porti alla completa realizzazione di risultati prioritari per la programmazione sanitaria.

L'impegno gestionale aziendale è pertanto rivolto a:

- perseguire l'implementazione delle linee di indirizzo relative a reti cliniche e all'integrazione ospedale territorio previsti nel nuovo Piano Socio Sanitario Regionale; i professionisti coinvolti (clinici ed esperti di organizzazione dell'area della dirigenza e del comparto) sono, infatti, chiamati a ridefinire laddove necessario reti, modelli assistenziali, percorsi e rapporti tra le diverse figure deputate a garantire un'assistenza efficace, sicura sostenibile;
- dare appropriata risposta ai pazienti in lista d'attesa (ambulatoriale e chirurgica) organizzando una risposta di sistema che veda il coinvolgimento coordinato di tutte le risorse provinciali del sistema pubblico e privato (personale e tecnologie);
- garantire il governo della domanda di specialistica ambulatoriale su base provinciale, attraverso la semplificazione dell'accesso ai servizi, la corretta presa in carico della cronicità ed un'offerta prestazionale in grado di garantire risposte entro i tempi previsti dagli standard regionali;
- procedere alla revisione della rete dell'emergenza-urgenza e della continuità assistenziale assicurando la presa in carico in ambito extraospedaliero di una importante parte della casistica che oggi accede impropriamente ai PS; l'obiettivo è quello di separare i percorsi dell'emergenza (patologie tempo dipendenti) e dell'urgenza (patologie che richiedono la presa in carico immediata ed un trattamento entro le 12/24 ore). Si tratta, infatti, di bisogni distinti, ugualmente appropriati ma che necessitano di risposte diversificate per sede, modalità, percorsi e organizzazioni;
  - consolidare le cure primarie, riprendendo e rafforzando il percorso di sviluppo delle strutture territoriali e di integrazione ospedale-territorio, dando progressiva attuazione alle previsioni del DM 77/22 in materia di assistenza territoriale;
  - promuovere modalità assistenziali e organizzative integrate tra il sistema delle cure primarie e il sistema della salute mentale-dipendenze patologiche, anche all'interno delle Case della Comunità;
- . sostenere interventi di prevenzione e promozione della salute, promuovendo l'integrazione tra i servizi territoriali ed i servizi ospedalieri, favorendo l'informazione e gli interventi di prevenzione nei processi assistenziali e la costruzione di alleanze con enti e associazioni locali, nonché garantendo equità e contrasto alle disuguaglianze;
- integrare la ricerca e la formazione come parte della sua missione istituzionale, progettando percorsi ed esperienze formative innovative per il pieno sviluppo delle competenze professionali, la valutazione dell'efficacia degli apprendimenti e la valutazione di efficacia delle azioni formative, promuovendo iniziative formative in tema di medicina di genere ed equità, il monitoraggio degli effetti di salute delle disuguaglianze, utilizzando gli strumenti epidemiologici ad hoc;
- assicurare la qualità dei servizi e dell'assistenza con particolare riferimento ad aspetti organizzativi e professionali, allo scopo di migliorare la qualità dei processi assistenziali, anche (ma non esclusivamente) attraverso la definizione di situazioni organizzative ed operative che favoriscano l'allineamento degli operatori ai comportamenti più idonei definiti in strumenti quali procedure, linee guida, protocolli, PDTA ecc.

Per i PDTA a valenza interaziendale, si prevede il monitoraggio degli indicatori individuati a presidio del percorso e dell'adesione delle strutture coinvolte;

- promuovere l'attività di audit interno anche mediante autovalutazione condotte con le principali finalità di individuare aree di criticità che dovranno pertanto essere prioritariamente oggetto di azioni o piani di miglioramento, oltre a consentire un'analisi e aggiornamento del sistema documentale richiesto dai requisiti di accreditamento;
- promuovere la qualità, sicurezza delle cure e gestione del rischio clinico, attraverso il consolidamento del sistema aziendale di gestione degli eventi avversi, promozione di progettualità ed iniziative volte a fornire le migliori e più appropriate cure possibili, assicurando sia adeguati standard qualitativi delle prestazioni e dei servizi sia il soddisfacimento degli obblighi di accreditamento istituzionale. Importante il lavoro sull'armonizzazione delle funzioni di gestione sinistri e rischio clinico, infettivo, occupazionale;
- promuovere l'ottimale utilizzo delle risorse economiche a disposizione, attraverso l'efficientamento dell'attività, garantendo la sostenibilità economica ed ambientale;

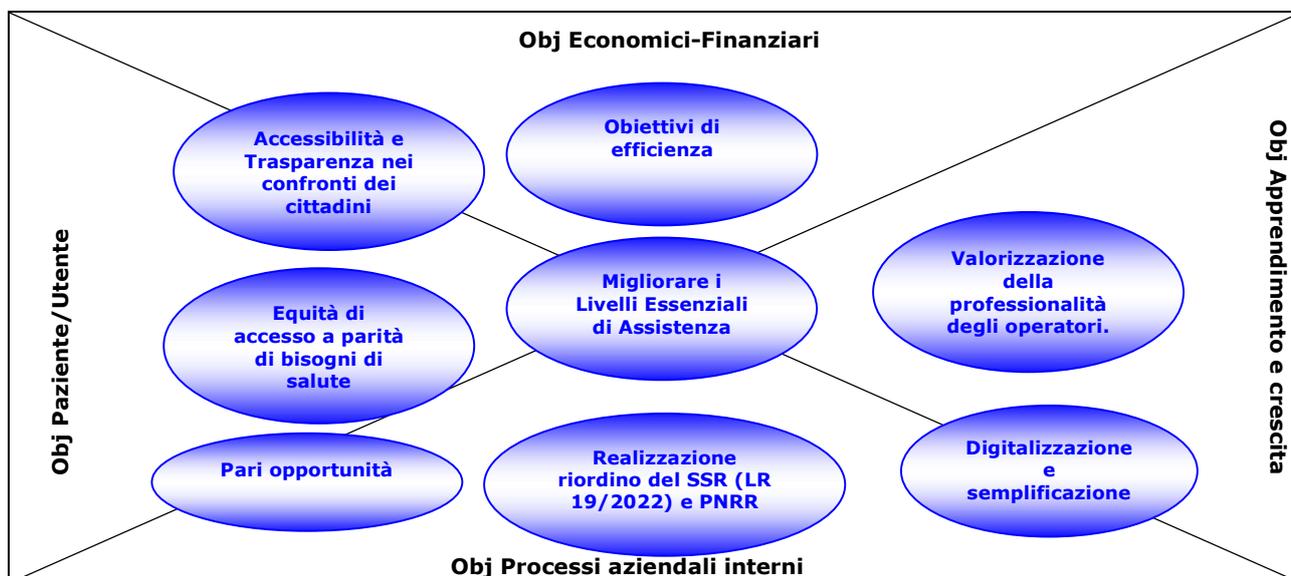
Nelle pagine a seguire, si riportano, in modo sistematico, gli elementi utili ad approfondire i macro temi che, tra quelli sopra individuati, sono da ritenersi prioritari.

Per quanto riguarda nello specifico l'ultimo punto, L'Azienda nella programmazione 2025 intende proseguire le azioni finalizzate al miglioramento dell'efficienza su alcune specifiche aree. La direzione strategica ha concertato tali azioni con i gestori di risorse e con i professionisti sanitari, strutturando un apposito tavolo interaziendale per il buon governo delle diverse componenti di spesa a carico del bilancio aziendale, intensificando la frequenza di analisi dell'andamento economico.

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

In particolare, le linee strategiche aziendali sono tradotte in termini di obiettivi strategici esplicitando le azioni da realizzare nel triennio per ciascuna delle 4 prospettive seguenti:

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



gli obiettivi strategici sono individuati in funzione del ruolo che l'Azienda è chiamata a ricoprire in ambito provinciale, quale azienda inserita nella rete dei servizi sanitari e ospedalieri della Regione Marche, e in qualità di centro di riferimento per la diagnosi e la cura dei pazienti che necessitano di trattamenti sanitari. L'integrazione tra le diverse forme di assistenza sanitaria e sociale e la ricerca della cooperazione e del coinvolgimento di tutte le componenti rappresentative espresse dal contesto di riferimento, costituiscono elementi di supporto e di indirizzo di grande rilevanza per gli orientamenti strategici ed organizzativi aziendali.

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

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

- Nuovo Sistema di Garanzia;
- Griglia LEA, per gli indicatori che sono stati fino ad oggi il riferimento nazionale per il monitoraggio dei LEA e che tuttora non siano confluiti nel Nuovo Sistema di Garanzia;
- Indicatori Volume e di esito (PNE);
- Indicatori definiti dalla Regione, con riferimento al monitoraggio di specifiche azioni di governo.

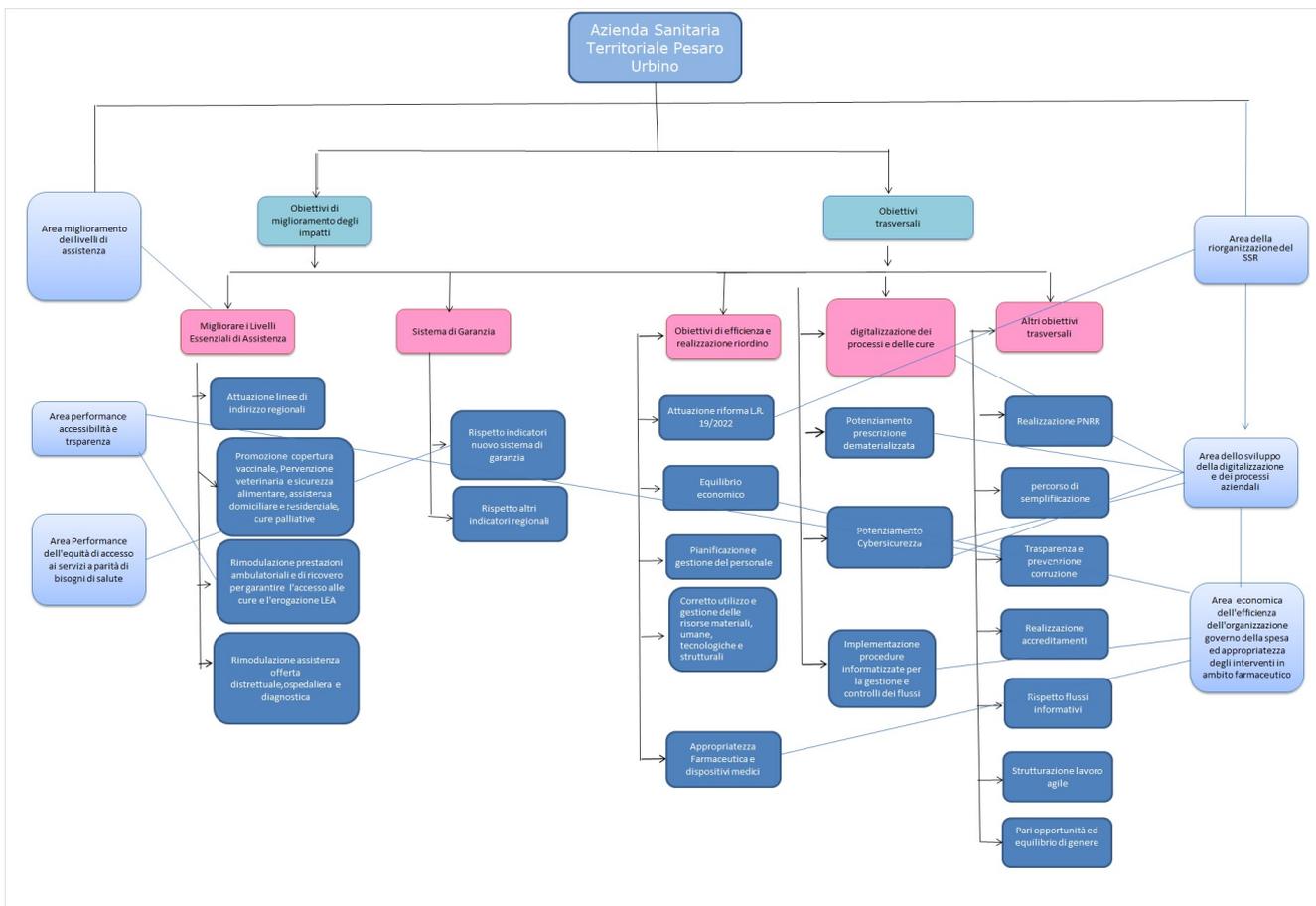
Tutti questi obiettivi sono perseguiti tenendo conto della missione istituzionale prioritaria che è la creazione di Valore Pubblico a favore dei propri utenti, stakeholder e cittadini.

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

### 2.3.6 L'albero delle performance

I legami fra mandato istituzionale, Valore Aggiunto, aree strategiche e obiettivi strategici nell'ottica della trasversalità delle funzioni, sono rappresentati con l'albero delle Performance che fornisce una rappresentazione articolata, completa, sintetica ed integrata della performance aziendale. Le aree strategiche forniscono una rappresentazione degli outcome perseguiti dall'azienda, che spesso si rivelano

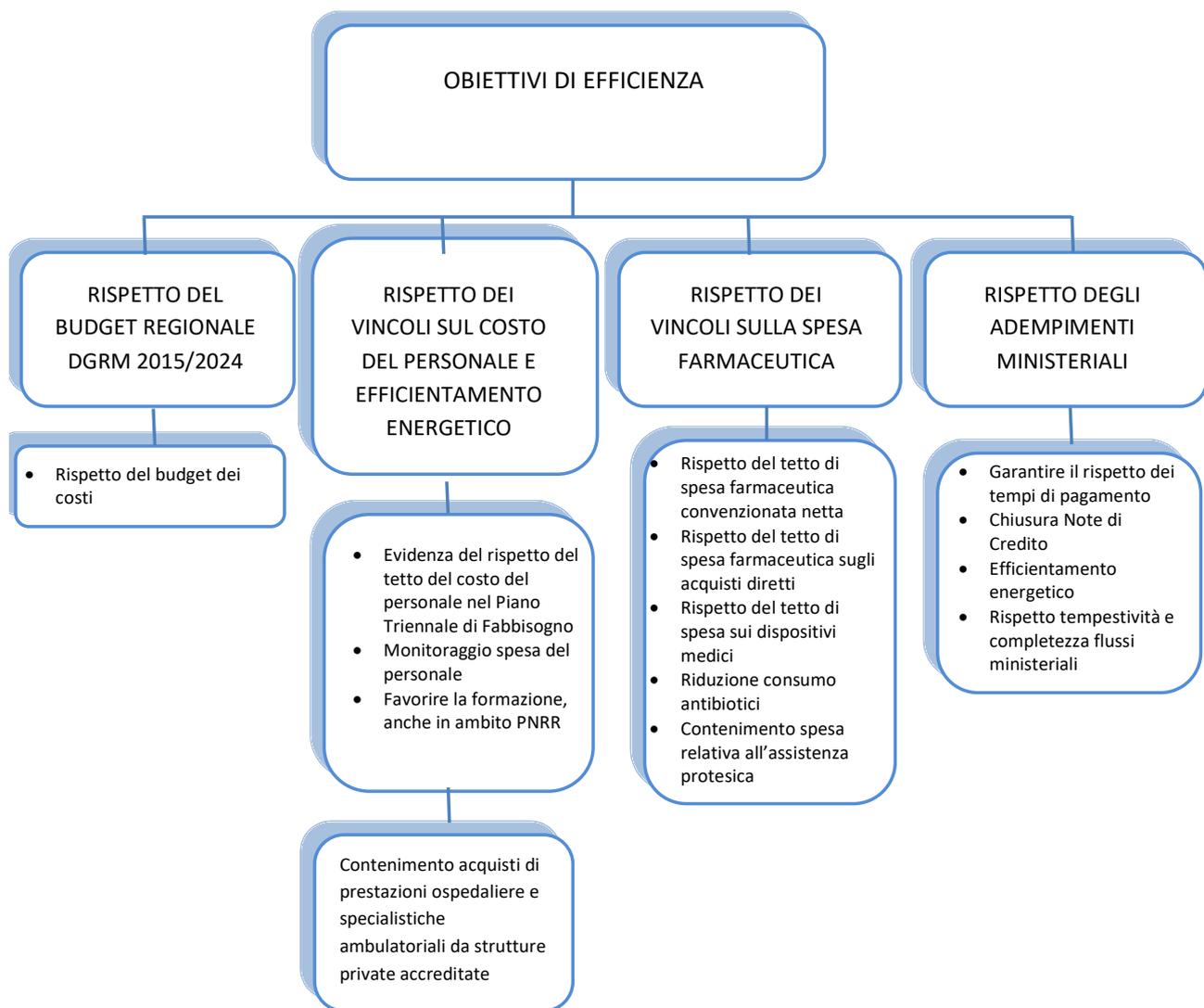
trasversali rispetto agli obiettivi strategici. Tutto ciò è rappresentato all'interno dell'albero delle performance che segue, strutturato a seguito dell'analisi SWAT



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

### Area Economica – Obiettivi di efficienza – gestione dei costi e dei debiti

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, che hanno quindi, in un'ottica di sistema e di coerenza tra il ciclo di bilancio e quello della Performance, importanza primaria.



In particolare l’Azienda intende perseguire azioni di efficientamento nell’utilizzo dei beni sanitari, in particolare farmaci e dispositivi medici.

Le variabili che influenzano la spesa per prodotti farmaceutici e dispositivi medici, oltre al livello di consumo ed il prezzo, sono rappresentati dai seguenti elementi:

- Aumento della popolazione
- Variazione della composizione della popolazione (età)
- Variazione dello stato di salute della popolazione
- Cambiamenti nell’assetto del sistema sanitario
- Disponibilità e accesso a forme assicurative private
- Introduzione di nuove tecnologie e scoperte scientifiche
- Promozione di nuovi farmaci e dispositivi presso i MMG o i consumatori

L’AST di Pesaro Urbino, al fine di contenere e qualificare la spesa farmaceutica e per dispositivi nei limiti programmati provvederà nel corso del 2025 all’attuazione delle seguenti azioni:

1. **Creazione di una "confezione primo accesso"** da parte della Farmacia con dispensazione terapia per 15 gg per farmaci per os ad alto costo (per non sprecare parte della prima confezione dei paz che non lo tollerano e devono ridurre la dose o interrompere il farmaco in questione) e dare modo al paziente e alla farmacia di "residenza di approvvigionarsi del farmaco. Tale idea si potrebbe implementare facilmente prevedendo un a visita oncologica di controllo a metà ciclo (anche a gestione parzialmente o totalmente "infermieristica") per raccolta del dato di tossicità e di "compliance " che con i farmaci per os è notoriamente un problema.
2. **Uso sistematico dei biosimilari laddove esistenti;** percorso già avviato e agito anche nel 2024;
3. **Sensibilizzare i Dirigenti Medici** (riunioni periodiche di Reparto/Dipartimento con la farmacia) **all'appropriatezza prescrittiva** che si declina nell' usare il farmaco a minor costo a parità di efficacia soprattutto laddove esistono dei "me too" cioè più di 1 farmaco con la stessa indicazione terapeutica .
4. **Ricorso ai farmaci a brevetto scaduto e farmaci biosimilari** che determinerebbero un consistente risparmio senza ridurre l'assistenza, in quanto è stato dimostrato che non ci sono evidenze di un'incidenza maggiore di segnalazioni di sospette reazioni avverse rispetto agli originatori o una ridotta efficacia terapeutica.

In merito ai farmaci biosimilari l'Azienda, con Determina del Direttore Generale n.254 del 10/03/2023 ha aggiudicato l'acquisto di tale tipologia di farmaci conseguendo un consistente risparmio in termini economici che si riflette anche per il futuro.

5. **Riduzione dei consumi antibiotici.**

In merito all'utilizzo degli antibiotici, si sottolinea l'impegno attuato dall'Azienda nel proseguire e rafforzare la messa a regime di stewardship su tutti gli stabilimenti per il corretto utilizzo degli antibiotici in ambito ospedaliero;

6. **l'impiego della politica del drug-day in oncematologia iniettiva,** attraverso la presa in carico dal territorio di pazienti sottoposti a terapia oncologica con farmaci iniettivi.

**governo dell'intero processo di programmazione e acquisto dell'aggregato economico Beni, prevedendo le seguenti azioni di efficientamento:**

1. **migliorare la capacità di acquisto** in termini di ottimizzazione dei prezzi d'acquisto mediante una forte attenzione sulle ricerche di mercato per individuare le procedure ad evidenza pubblica di scelta del contraente che possano consentire di ottenere il miglior prezzo a garanzia di un buon livello qualitativo dei prodotti con particolare attenzione all'area farmaco;
2. **concertazione con gli altri Enti del SSR** per individuare ambiti di aggregazione della domanda relativa alla fornitura di beni (anche per le categorie merceologiche non rientranti nel processo di centralizzazione degli acquisti previsti dalla vigente normativa in materia ovvero DPCM 24/12/2015, DPCM 11/7/2018, ecc.) al fine di conseguire economie di scala;
3. **avvio di nuovi procedimenti di scelta del contraente** con strategie di accountability mirate a reperire migliori condizioni contrattuali in termini di prezzi migliorativi.
4. **mantenimento del livello di attrattività** dell'Azienda da parte degli operatori economici attraverso un veloce sistema di pagamento dei fornitori;
5. **consolidamento dei sistemi di controllo** finalizzati al miglioramento continuo degli strumenti di governo da parte della Direzione Strategica, tramite il monitoraggio continuo dei consumi da parte delle UU.OO. ed i controlli sull'appropriatezza;

6. **ottimizzazione della gestione delle scorte** a magazzino, governo delle scorte di reparto mediante lo strumento dell'armadietto informatizzato al fine di agganciare il reintegro degli stessi esclusivamente in funzione dei consumi/somministrazione al paziente;
7. monitoraggio del rischio di scadenze per effetto della tracciabilità informatizzata dei lotti e delle scadenze.

### **Farmaceutica Convenzionata**

In materia di farmaceutica convenzionata, si prevede:

- **la trasmissione della reportistica** relativa ai consumi farmaceutici per singolo medico prescrittore. Il documento "Valutazione comparativa - Scheda di sintesi del medico di medicina generale e relativi assistibili" pubblicato mensilmente sul portale SIRTE, consente a ciascun professionista di poter conoscere il proprio profilo prescrittivo e confrontarlo con la media regionale, rilevando le eventuali deviazioni sia in termini di spesa che di ipo- o iper-prescrizione di singole classi farmacologiche. L'organizzazione di eventi formativi/informativi con i MMG relativi all'appropriatezza prescrittiva dei farmaci ad alto livello di inappropriatezza (PPI, Vitamina D, mesalazina e rifaximina);
- **la diffusione su tutte le strutture del territorio dei protocolli di appropriatezza** nell'uso degli antibiotici;
- **il contenimento e monitoraggio continuo** dell'incremento dei determinati di spesa (gruppi terapeutici a maggior impatto di spesa);
- **l'incremento della Distribuzione Diretta**: E' stato costituito, all'interno della nuova AST, un gruppo di lavoro che coinvolge le UOC di Farmacia, per addivenire ad una nuova struttura di distribuzione dei farmaci, implementando la Distribuzione Diretta dei Farmaci, per ridurre, in misura più che proporzionale, la spesa per la farmaceutica convenzionata.

Inoltre, a seguito di un approfondito studio sui dati relativi alle prescrizioni a pazienti politrattati con comorbidità (soprattutto geriatrici) è stato rilevato uno scenario della popolazione sul Territorio (al proprio domicilio e/o ospite presso le Strutture) che merita certamente un attento monitoraggio e ricognizione/riconciliazione delle terapie somministrate nell'interesse della salute pubblica Distrettuale.

Allo scopo nel corso del 2025 sarà istituita una commissione per la ricognizione e riconciliazione in ambito territoriale composta da:

- 1 Dirigente Farmacista Del Servizio Farmaceutico Per L'estrazione E Lettura Dei Dati Da Mettere In Discussione
- 1 Dirigente Medico Del Distretto
- 2 Dirigenti Medici Specialisti: Internista E Geriatra
- 1 Mmg

che riunita mensilmente avrà la funzione di collante tra Ospedale e Territorio per monitorare e rivalutare quelle terapie in numero maggiore di 10 per ciascuno dei pazienti politrattati (RICOGNIZIONE), al fine di "consigliare" la RICONCILIAZIONE ai MMG e PLS per ciascun singolo paziente già in carico al Territorio presso il proprio domicilio o ospite presso una Struttura, con l'obiettivo di "avvicinarlo" alle 8 terapie (Specialità totali somministrabili) evitando al paziente di incorrere nei principali rischi associati alla politerapia nella persona anziana.

### **Riorganizzazione Logistica Delle Sedi Di Distribuzione Farmaci E Dispositivi**

Il processo di efficientamento dei flussi logistici, già avviato nel corso del 2024, ha prodotto la centralizzazione presso il magazzino economale di Villa Fastiggi dello stoccaggio e relativa distribuzione del materiale economale e dispositivi medici

(un tempo stoccati c/o il magazzino economale exAV1 di Fano) a tutti i servizi della zona litoranea ex AV1 della zona litoranea.

Inoltre, si è provveduto a centralizzare, presso il magazzino farmaceutico di Villa Fastigi, l'acquisto e stoccaggio di farmaci, con connessa distribuzione ai magazzini farmaceutici decentrati.

Tali processi di centralizzazione, hanno prodotto un consistente recupero di efficienza per quanto riguarda il materiale economale mediante la riduzione della frequenza di consegna rispetto a quella precedentemente adottata in ex AV1, ed ulteriori ed ancora maggiori benefici sulla logistica del farmaco in termini di riduzione delle scorte di magazzino, riduzione del rischio di scaduto, recupero di risorse precedentemente impiegate dalle farmacie e dal magazzino economale nella gestione del processo di approvvigionamento, grazie all'utilizzo di algoritmi informatici per la gestione del processo di reintegro delle scorte di magazzino ed alle tecnologie e automazioni per la gestione dello stoccaggio/picking del farmaco.

### **Altre Azioni Di Efficiamento Spesa Sui Dispositivi Medici**

- **Contenimento dell'incremento e monitoraggio continuo dell'andamento dei determinati di spesa** (categorie di dispositivi a maggior impatto di spesa) in riferimento alle previsioni di spesa fornite dai clinici prescrittori per l'anno 2025 a seguito di immissione in commercio di nuovi prodotti, nel rispetto dei tetti di spesa stabiliti dalla Regione.
- **Incontri periodici con le strutture sanitarie aziendali**, al fine di individuare manovre di ottimizzazione nell'utilizzo dei dispositivi, anche tramite la condivisione della stessa tipologia di dispositivo in tutti gli stabilimenti aziendali.

### **Per gli ausili rimborsati a sanitarie e Presidi per incontinenza**

- **azione di efficientamento del percorso autorizzativo degli ausili** (acustici, plantari, carrozzine). Istituzione di un sistema di controllo sulla protesica aziendale, volto all'applicazione delle procedure aziendali finalizzate a mappare i processi e l'elenco dei presidi prescrivibili.
- **monitoraggio continuo** con evidenza di indicatori di appropriatezza (es. riciclo al 85% per i beni del magazzino protesica).
- **programmazione incontri dedicati** con gli specialisti prescrittori, laddove viene rappresentato l'andamento rispetto al budget mensile elaborato per distretto.

In questa area dedicata agli obiettivi di efficienza è stato inserito anche l'obiettivo previsto dalla circolare n.2/2022 del Dipartimento della Funzione Pubblica ad oggetto "*Indicazioni operative in materia di Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) di cui all'articolo 6 del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80*", che prevede l'inclusione, tra gli obiettivi della Sezione "Valore pubblico, performance, anticorruzione" del PIAO, specifici obiettivi legati all'efficientamento energetico, tramite il completamento del piano previsto dalla sottoscrizione dell'appalto sulla gestione calore (MIES).

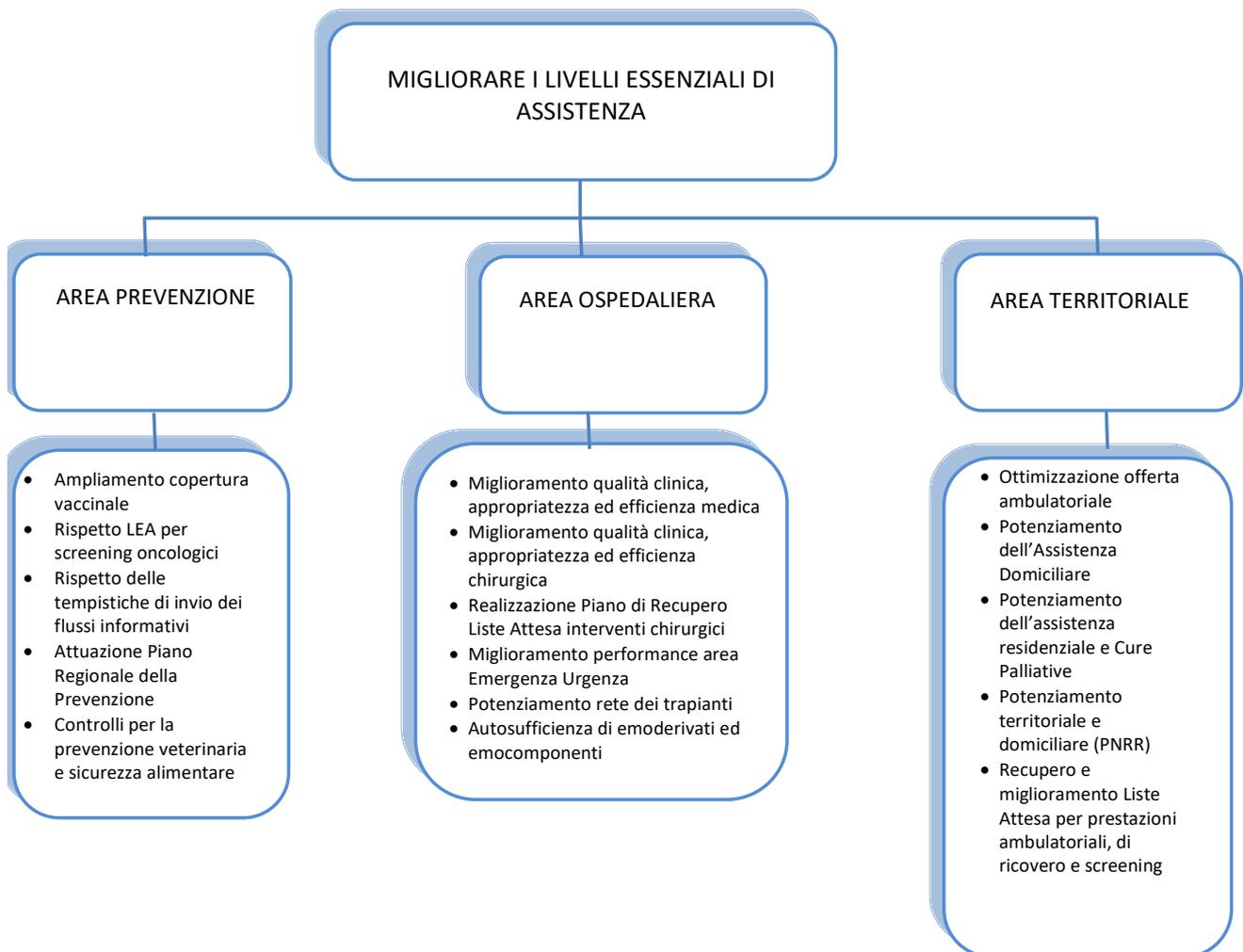
Infine per quanto riguarda il personale si rinvia all'apposita sezione.

### **Area del miglioramento dei livelli essenziali di assistenza**

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

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

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



In merito all'appropriatezza, nel rispetto delle disposizioni di cui alla DGRM 448/2023, l'Azienda assicura il controllo delle prestazioni sanitarie nel territorio di riferimento presso tutti gli erogatori regionali pubblici e privati convenzionati. A tale fine, con atto formale del Direttore Generale, è nominato il Comitato di Verifica delle Prestazioni Sanitarie (CVPS) locale al quale sono affidate le attività di controllo interno ed esterno.

Il CVPS così istituito, avvalendosi degli strumenti e dell'applicativo informatico regionale, esegue i controlli in coerenza con quanto indicato nel Piano dei Controlli vigente, valuta gli effetti e l'efficacia delle azioni correttive intraprese, strutturando appositi audit, organizza incontri di informazione e formazione sulla base degli indirizzi regionali e delle specifiche problematiche locali, potenzia i controlli interni al fine di migliorare l'appropriatezza di erogazione delle prestazioni di ricovero ed ambulatoriali e la correttezza di codifica.

Nel corso del 2025, sono previste varie azioni volte al miglioramento quali-quantitativo dei livelli essenziali di assistenza, quali:

- Incremento audit con UUOO al fine di migliorare la durata della degenza media, e favorire il turnover dei posti letto;
- Ulteriori interventi di formazione sui setting assistenziali disponibili a livello territoriale in alternativa al ricovero in regime ospedaliero e sulla corretta codifica delle SDO;

- Gestione sul territorio della cronicità, delle riacutizzazioni, e questo, attraverso la presa in carico dei pazienti, la maggior collaborazione dei professionisti il ricorso a nuovi strumenti (es. telemedicina) e l'introduzione di nuovi modelli (COT);
- Istituzione delle Centrali Operative Territoriali – COT (DM 77/2022). Ciascuna COT è dotata di adeguate infrastrutture tecnologiche ed informatiche. Verranno definite le core competence del personale COT e formalizzato il Progetto formativo;
- Utilizzo dei letti di lungodegenza per "accompagnare" la dimissione al domicilio o in struttura e per alleggerire la pressione sui reparti per acuti e consentire un maggiore turnover con le maggiori disponibilità di letti che dovranno essere messi a disposizione dell'attività chirurgica (programmata e urgente) e delle emergenze-urgenze di area internistica;
- Consolidamento del progetto di Bed Management aziendale e della figura del Bed manager. La figura del bed Manager consente di individuare e superare le eventuali criticità legate a dimissioni difficili (problemi sociali, condizioni di non autosufficienza).

Inoltre, al fine di garantire equità nell'accesso alle prestazioni di ricovero programmato, migliorare il livello di accessibilità ai ricoveri, garantire che l'accesso dei pazienti alle prestazioni di ricovero sia gestito ad un livello ottimale favorendo, al contempo, l'ottimizzazione nell'impiego delle risorse aziendali, continuerà ad essere attiva anche nel 2025 una specifica procedura aziendale che prevede un monitoraggio proattivo delle liste di attesa, tramite una verifica ad intervalli di tempo regolari, al fine di valutare lo stato di permanenza in lista dei pazienti, e procedere alle eventuali correzioni necessarie. I controlli periodici, compresi i contatti con i pazienti da parte dei coordinatori di unità operativa, sono mirati alla verifica delle rinunce, degli stati di sospensione, e delle uscite dalla lista di attesa, funzionali a garantire un'ottimale programmazione delle sedute operatorie.

Ciò la fine di rispettare i target regionali e il livello di performance quali-quantitativo previsto per l'AST di Pesaro e Urbino.

Per quanto riguarda il recupero delle liste d'attesa, il governo delle stesse rappresenta una delle sfide più complesse e strategiche per garantire un accesso equo e tempestivo ai servizi sanitari. In un contesto caratterizzato da una crescente domanda di prestazioni sanitarie, è fondamentale adottare azioni mirate per migliorare l'efficienza dei processi e ridurre i tempi di attesa, sia per le prestazioni ambulatoriali che per gli interventi chirurgici. L'obiettivo è quello di garantire un percorso assistenziale che rispetti i criteri di appropriatezza clinica e soddisfi i bisogni dei pazienti, attraverso una gestione ottimizzata delle risorse e l'utilizzo di strumenti innovativi di monitoraggio e controllo.

Si riportano di seguito le principali azioni che verranno agite nel 2025 per il miglioramento della gestione dei tempi di attesa:

- Monitoraggio dei tempi di attesa di specialistica ambulatoriale: Rilevazione e monitoraggio dei tempi di attesa, con aggiornamenti per tutte le prestazioni ambulatoriali.
- Gestione delle agende a CUP: Ottimizzazione della programmazione delle risorse ambulatoriali, favorendo una redistribuzione efficiente degli slot a CUP.
- Collaborazione tra medici di medicina generale e specialisti: miglioramento del coordinamento tra medicina territoriale e specialisti ospedalieri, finalizzato a ridurre l'inappropriatezza delle richieste di prestazioni e a ottimizzare il percorso di cura.
- Potenziamento dell'attività di telemedicina, tramite aumento dell'utilizzo della tele-visita.
- Committenza al privato accreditato mirata, incentrata sulle prestazioni che presentano maggiore criticità in termini di accessibilità dei pazienti residenti in provincia.

-Revisione periodica dei processi: Audit periodici sui processi di gestione delle liste di attesa per individuare aree di inefficienza e implementare azioni correttive, con l'obiettivo di ottimizzare i tempi di accesso alle prestazioni.

-Monitoraggio dei tempi di attesa chirurgica: Rilevazione e monitoraggio dei tempi di attesa, con aggiornamenti per tutte le prestazioni di chirurgia in elezione.

-Gestione delle sedute operatorie: Ottimizzazione della programmazione delle sedute operatorie, garantendo un utilizzo efficiente del blocco operatorio

-Indicatori di performance: Definizione di specifici KPI (Key Performance Indicators) per la valutazione continua delle performance nella gestione delle attese, con report periodici e confronti con gli standard regionali e nazionali.

Onde favorire la presa in carico del paziente e l'erogazione delle prestazioni di cui necessita, costituiscono obiettivi prioritari dell'Azienda lo sviluppo della telemedicina per permettere la lettura a distanza, l'introduzione della figura del case manager e/o infermiere di comunità che si fa interprete del bisogno per il coinvolgimento del medico di assistenza primaria fino allo specialista ambulatoriale o ospedaliero.

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

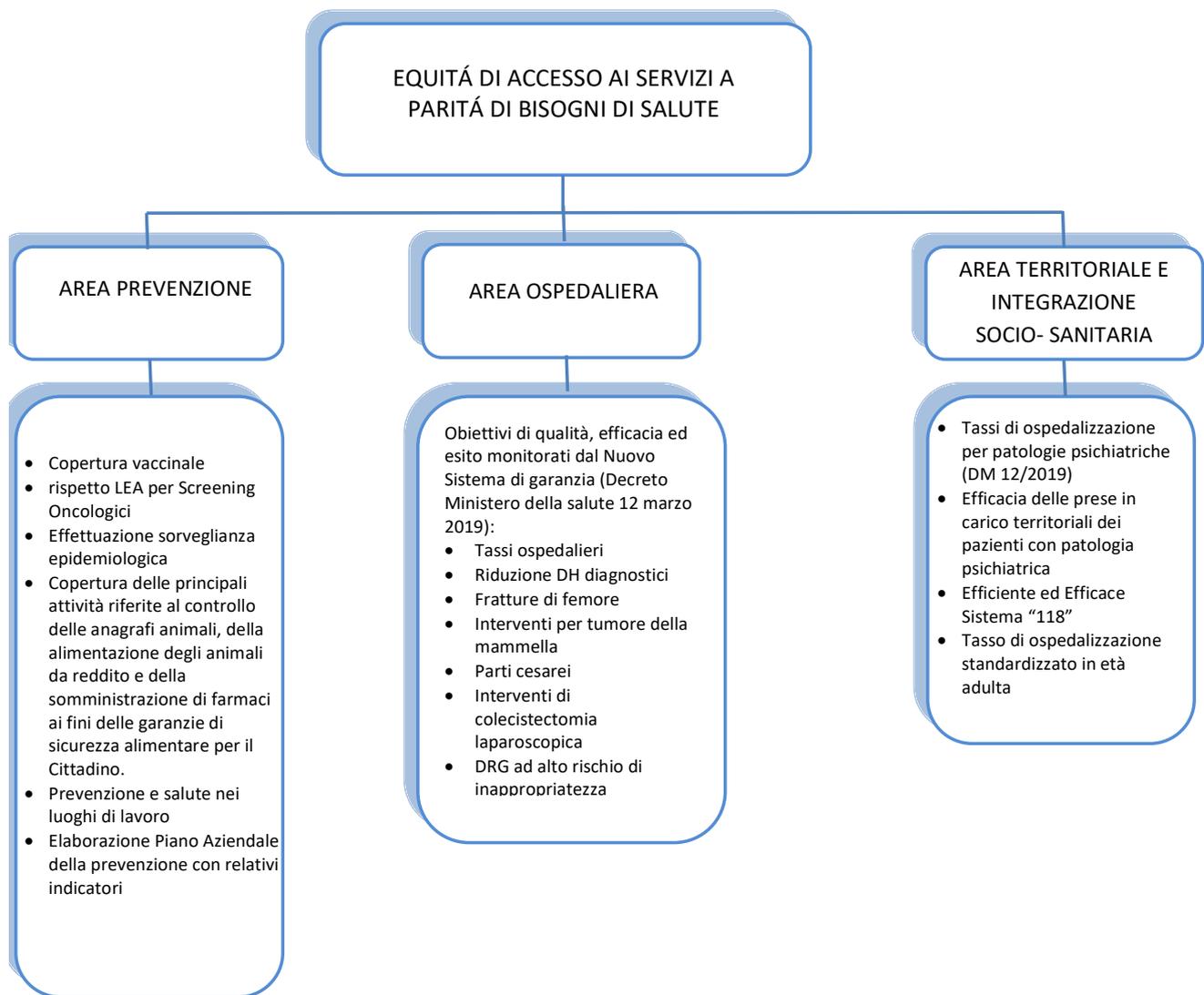
La promozione di politiche per la prossimità, per la riduzione delle disuguaglianze di salute e per la partecipazione/empowerment dei cittadini sono i temi principali sui quali sarà orientata l'attività dei prossimi anni, intendendo mettere in atto a partire dal 2025 e nel triennio le azioni necessarie a garantire le stesse opportunità di accesso, di fruizione, di qualità e di appropriatezza dei servizi a tutti i cittadini. Il tema dell'umanizzazione in termini di promozione di ambienti e comportamenti finalizzati al benessere delle persone, oltre che all'eliminazione delle discriminazioni e delle barriere (fisiche, sociali e culturali) nell'accesso e fruizione dei servizi sanitari viene considerato come una parte del più generale tema dell'equità dell'assistenza sanitaria ed è al centro dell'attenzione delle future traiettorie strategiche aziendali. In base a tale approccio, le attività da compiere non saranno meramente rivolte alla gestione dell'accessibilità ai luoghi di cura, bensì anche allo sviluppo di politiche di inclusione.

L'Azienda si impegna a garantire l'accesso ai servizi sanitari secondo logiche di equità e trasparenza, attraverso la facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero in ottemperanza alle normative regionali di riferimento, sia in termini di volume di prestazioni offerte, sia tramite la migliore organizzazione del percorso del paziente all'interno delle strutture aziendali, ciò anche attraverso un'ulteriore implementazione dei PDTA aziendali.

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

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

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



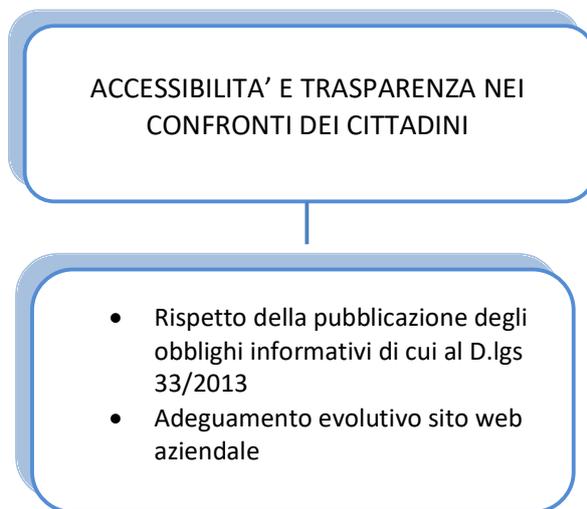
Particolare attenzione sarà posta ad ulteriori obiettivi che saranno individuati a livello regionale per l'anno in corso.

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

L'accessibilità ai servizi sanitari offerti dall'Azienda deve essere supportata ed assicurata da una informativa più ampia possibile e dalla massima trasparenza della gestione aziendale.

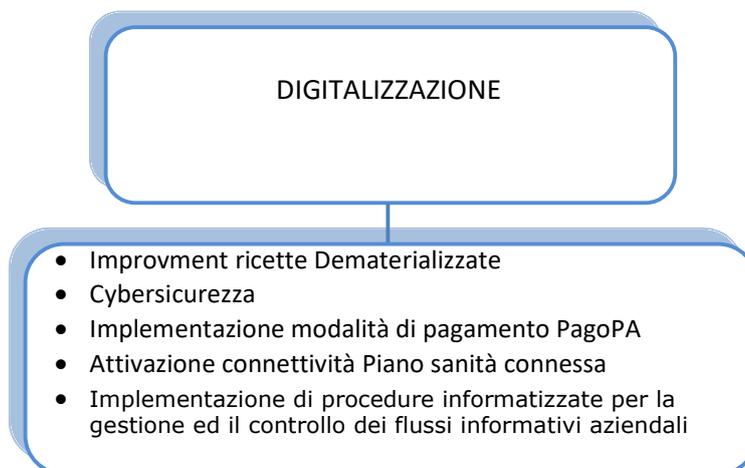
La trasparenza nei confronti dei cittadini è garantita mediante l'accessibilità totale alle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività dell'Azienda, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche a garanzia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

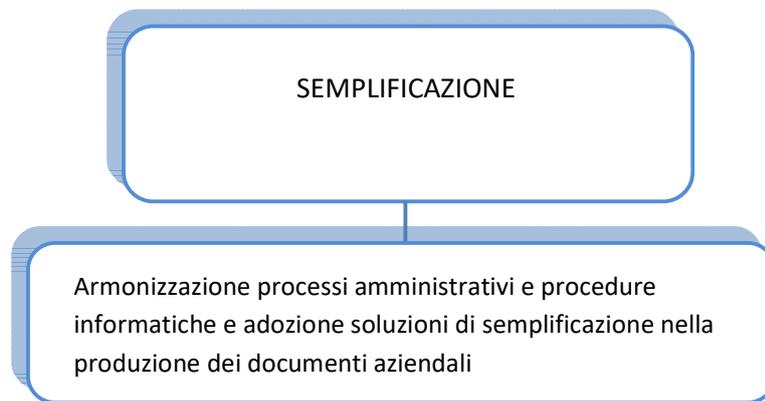
Pertanto, l'equità di accesso deve essere assicurata anche tramite



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

Al fine di migliorare la qualità dell'offerta e l'efficienza nella produzione di servizi, nonché dare attuazione al PNRR, risulta di fondamentale importanza il potenziamento della digitalizzazione dei processi e delle procedure aziendali, con il fine di supportare la semplificazione ed il miglioramento dell'accessibilità, garantendo al contempo la sicurezza dei sistemi, in particolare tramite:



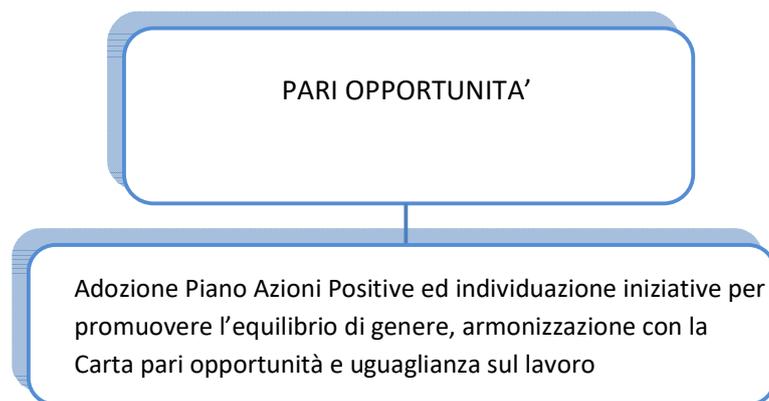


### **Area delle politiche di pari opportunità ed equilibrio di genere.**

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

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

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



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

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

#### **2.3.7 Obiettivi operativi**

In merito agli obiettivi operativi, nelle more della attribuzione, da parte della Regione Marche, degli obiettivi di carattere economico e sanitario 2025, si riportano in allegato (Allegato 1) quali obiettivi provvisori per il 2025, gli obiettivi assegnati dalla Regione per l'anno 2024 di cui alla DGR n. 1703/2024 aggiornando, laddove necessario, i relativi target.

Al prospetto è stata aggiunta un'apposita colonna che riporta, laddove l'obiettivo previsto nel 2025 era già stato annoverato tra gli obiettivi 2023 (ultimo anno consuntivato), il grado di raggiungimento del relativo target 2023.

Nel caso in cui allo stesso obiettivo siano attribuiti, nei diversi anni considerati, target differenti, lo stesso trova specifica evidenza nella corrispondente colonna.

Infine, qualora l'obiettivo operativo previsto nel 2025 non fosse stato contemplato nell'anno 2023, la colonna relativa al 2023 non riporta alcun dato.

Seppure in assenza di specifiche disposizioni regionali per l'anno 2025, l'AST Pusi procederà, alla luce dell'adottando Bilancio di previsione 2025, all'attribuzione, alle diverse articolazioni aziendali, dei relativi obiettivi operativi di performance organizzativa in coerenza con le linee strategiche aziendali e con l'entità delle risorse a disposizione per il 2025, in riferimento ai fattori produttivi direttamente governabili dalle stesse.

### **3 SOTTOSEZIONE LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA (Aggiornamento 2025-2027)**

#### **Premessa**

L'Azienda Sanitaria territoriale di Pesaro e Urbino istituita a far data dal 01/01/2023 con la legge regionale n. 19/2022, ha adottato il PIAO 2023-2025 con determina n. 345 del 31/03/2023 approvato con DGRM 77//2023 dalla regione Marche, pertanto così come previsto nel comunicato del Presidente dell'ANAC del 10/01/2024, dopo la prima adozione, infatti è possibile confermare nel triennio, con apposito atto motivato dell'organo di indirizzo, lo strumento programmatico adottato nell'anno precedente (PTPCT, documento che tiene luogo dello stesso o misure) se, nell'anno precedente:

- a) non siano emersi fatti corruttivi o ipotesi di disfunzioni amministrative significative;
- b) non siano state introdotte modifiche organizzative rilevanti;
- c) non siano stati modificati gli obiettivi strategici;
- d) per chi è tenuto ad adottare il PIAO, non siano state modificate le altre sezioni del PIAO in modo significativo tale da incidere sui contenuti della sezione anticorruzione e trasparenza.

Premesso che l'Azienda, vista la complessità organizzativa in cui si trova nelle more della riorganizzazione che avverrà con l'adozione dell'Atto Aziendale tutt'ora in itinere, ha deciso di aggiornare tale sezione in funzione delle attività già espletate e delle misure da implementare alla luce dei previsti cambiamenti organizzativi e degli impegni assunti nella programmazione del PNRR. Infatti gli impegni assunti con il PNRR coinvolgono direttamente le pubbliche amministrazioni, incidono in modo significativo sull'innovazione e l'organizzazione e riguardano, in modo peculiare, il settore dei contratti pubblici, ambito in cui preminente è l'intervento dell'ANAC.

Circa l'organizzazione delle pubbliche amministrazioni, novità nel sistema dell'anticorruzione e della trasparenza sono state previste dal decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, recante "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia".

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

In sintesi l'Azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro e Urbino non essendoci manifestati i punti sopra richiamati, tanto che analizzando la banca dati di Anac riferita al contesto comunale di Pesaro e Urbino non risultano alla base dati che presentano valori di Rischio di contagio per l'anno 2020-2021-2022.

Pertanto la presente sottosezione aggiorna rispetto al precedente PIAO 2025-2027 i seguenti ambiti:

- Aggiornamento del capitolo sulla Trasparenza alla luce delle nuove disposizioni sulla digitalizzazione del sistema degli appalti e dei regolamenti adottati dall'ANAC, in particolare quelli ai sensi degli artt. 23, co5 e 28, co 4 del Codice dei contratti pubblici (delibere ANAC nn. 261 e 264 del 2023)
- Aggiornamento del capitolo sulle misure alla luce delle attività già espletate e delle integrazioni proposte dall'OIV

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

### **3.1 LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE: CONTESTO, SOGGETTI, RUOLI E RESPONSABILITA'**

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

Finalità di questa sezione è quella di identificare le misure organizzative volte a contenere il rischio di assunzione di decisioni non imparziali, secondo una metodologia – conformata ai principi strategici, metodologici e finalistici di cui al PNA 2022-2024 con la finalità confermare e aggiornare quanto già descritto nel precedente PIAO 2024-2025.

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

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

b) principi metodologici che riguardano:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Individua il responsabile della Prevenzione e corruzione e trasparenza

Adotta il PIAO e i suoi aggiornamenti

Adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione corruzione

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

Ai sensi dell'art. 1, comma 7, della legge 190/2012 e ss.mm.ii., il Commissario Straordinario dell'Azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro Urbino ha nominato, quale Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza la Dott.ssa Monja Marinelli – Dirigente Analista di ruolo in servizio nella Unità Operativa Complessa Controllo di Gestione (proroga delibera 1400 del 29/11/2023), con decorrenza 1 dicembre 2023 per la durata di due anni.

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

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

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

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

### 3.1.2.3 Supporto operativo al RPCT

In considerazione della complessità dell'organizzazione aziendale nonché dell'articolazione per centri di responsabilità della neo Azienda Territoriale Sanitaria, l'attività del RPCT è stata affiancata da un gruppo di supporto istituito con determina del DG n.1153 del 16 ottobre 2023.

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

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

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

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

Vigilare sulla tempestiva ed idonea attuazione/applicazione/rispetto del codice di comportamento, della misura della rotazione ordinaria o dell'obbligo di astensione in caso di conflitto di interessi, nonché della misura del divieto di pantouflage di cui all'art.53, co. 16-ter, d.lgs. n. 165/2001.

Individuare i dipendenti operanti nei settori maggiormente a rischio da avviare a specifici percorsi formativi  
Verificare lo svolgimento periodico (almeno una volta l'anno) di attività finalizzate alla informazione e sensibilizzazione del personale circa i doveri giuridici ed i principi etici cui si deve costantemente ispirare il loro operato

Report periodici al RPCT sullo stato di attuazione e sull'utilità delle misure di prevenzione della corruzione programmate nonché proposta di modifiche o di eventuali nuove misure da adottare

Segnalare al Responsabile di casi di fenomeni corruttivi emersi e relativa valutazione in merito ad ulteriori misure di contenimento del rischio da adottare

In materia di trasparenza, attuare compiti volti ad assicurare il rispetto dei tempi di pubblicazione dei dati e il miglioramento dei flussi informativi all'interno della propria struttura.

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

| UOC  | NOMINATIVO referente     |
|--|--------------------------|
| BILANCIO   | Daniela Di Vito          |
| APPROVVIGIONAMENTO BENI SERVIZI                        | Lucilla Venturi          |
| PERSONALE  | Elena Temellini          |
| URP PESARO   | Signoretti Loretta       |
| DIREZIONE AMM.VA -                                     | Erika Ubaldini           |
| AFFARI LEGALI  | Federica Rossetti        |
| AFFARI GENERALI  | Federica Pierleoni       |
| CONTROLLO DI GESTIONE                                  | Ettore Di Crescenzo      |
| SERVIZIO TECNICO                                       | Chiara Dorsi             |
| SERVIZIO INFORMATICO                                   | Stefano Suraci           |
| ICT  | Silvia Turchi            |
| FARMACIA   | Mauro Mancini            |
| FARMACIA TERRITORIALE                                  | Fabio Ambrosini Spinella |
| FARMACIA OSPEDALIERA                                   | Celestino Bufarini       |
| FUNZIONI GENERALI ALLA DIREZIONE/DIP.TO DI PREVENZIONE | Giovanni Neri            |
| SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI                          | Guiducci Maria Teresa    |
| DIREZIONE AMMINISTRATIVA DI Presidio                   | Giulia Ursino            |
| PATRIMONIO NUOVE OPERE E ATTIVITA' TECNICHE            | Monica Guidi             |

|  |   |
|--|---|
| GESTIONE AMM.VA PERSONALE CONVENZIONATO E<br>STRUTTURE ACCREDITATE | Annamaria Lisi                                      |
| URP-CUP-FRONT OFFICE - SERV. AMM.VI TERRITORIALI                   | Claudio Montalbini                                  |
| ACQUISTI E LOGISTICA   | Deborah Gordini                                     |
| BILANCIO   | Antonio Corrado e Simona Castellucci                |
| UFFICIO LEGALE   | Elena Tontini                                       |
| GESTIONE RISORSE UMANE   | Alessandro Capone Silvia Bonci e<br>Tamara Balduini |
| FORMAZIONE   | Giampiero Ricino                                    |

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 3.1.2.6 Organismo indipendente di valutazione

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

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

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

La connessione fra gli obiettivi di performance e le misure di trasparenza ha trovato conferma nel d.lgs. 33/2013 e ss.mm.ii., ove si è affermato che la promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce un obiettivo strategico di ogni amministrazione (art. 10). Nell'ottica di partecipare alla creazione di valore pubblico e alla costruzione del sistema di prevenzione della corruzione di una amministrazione/ente, va inquadrato il potere riconosciuto all'OIV di attestare lo stato di attuazione degli obblighi di pubblicazione, secondo le indicazioni date ogni anno da ANAC. L'organismo non attesta solo la mera presenza/assenza del dato o documento nella sezione «Amministrazione trasparente» del sito istituzionale, ma si esprime anche su profili qualitativi che investono la completezza del dato pubblicato (ovvero se riporta tutte le informazioni richieste dalle previsioni normative), se è riferito a tutti gli uffici, se è aggiornato, se il formato di pubblicazione è aperto ed elaborabile”.

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

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

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

In linea con quanto già disposto dall'art. 44 del d.lgs. 33/2013, detto Organismo, anche ai fini della validazione della Relazione sulla performance, verifica che il PTPC sia coerente con gli obiettivi stabiliti nei

documenti di programmazione strategico-gestionale e, altresì, che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza.

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

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

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

svolge i procedimenti disciplinari rientranti nell'ambito della propria competenza (art. 55 bis D.lgs. 165/2001);

provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria (art. 20 DPR. 3/1957; art. 1, comma 3, legge 20/1994; art. 52 del "Codice della giustizia contabile" di cui al D.Lgs. 26 agosto 2016, n. 174; art. 331 c.p.p.);

cura l'aggiornamento del Codice di Comportamento aziendale, l'esame delle segnalazioni di violazione dei Codici di Comportamento, la raccolta delle condotte illecite accertate e sanzionate, assicurando le garanzie di cui all'articolo 54-bis del D.lgs. n. 165 del 2001;

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

#### 3.1.2.8 Ruolo dei dipendenti

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

Tutti i dipendenti dell'Azienda rispettano le misure necessarie alla prevenzione degli illeciti nell'amministrazione, così come anche specificato negli articoli 12-13 del codice di comportamento dell'AST PU di cui alla determina n.271/2024.

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

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

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

Anche per il triennio 2024 - 2026 nei contratti di prestazione d'opera con liberi professionisti e con altri collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda sono previste specifiche clausole contenenti obbligo di osservanza delle prescrizioni previste dal presente PTPC e dal Codice di Comportamento.

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

Con Comunicato del 28 ottobre 2013 del Presidente ANAC sono state fornite indicazioni operative per la comunicazione del soggetto Responsabile dell'Anagrafe per la stazione appaltante (RASA) incaricato della

compilazione ed aggiornamento dell'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (AUSA) istituita ai sensi dell'art. 33-ter del Decreto Legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221.

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

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

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

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

### 3.1.2.11 - "Gestore" delle comunicazioni di operazioni sospette di riciclaggio.

Il Decreto Legislativo 21 novembre 2007, n. 231 di "Attuazione della direttiva 2005/60/CE concernente la prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo nonché della direttiva 2006/70/CE che ne reca misure di esecuzione", all'art.10 contiene specifici obblighi in materia in capo alle "Pubbliche Amministrazioni" competenti allo svolgimento di compiti di amministrazione attiva o di controllo nell'ambito dei procedimenti a) finalizzati all'adozione di provvedimenti di autorizzazione o concessione, b) delle procedure di scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi secondo le disposizioni di cui al codice dei contratti pubblici, c) dei procedimenti di concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzioni di vantaggi economici di qualunque genere a persone fisiche ed enti pubblici e privati.

In tale contesto disciplinare, al fine di consentire lo svolgimento di analisi finanziarie mirate a far emergere fenomeni di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo, è previsto che le Pubbliche amministrazioni comunichino alla UIF dati e informazioni concernenti le operazioni sospette di cui vengano a conoscenza nell'esercizio della propria attività istituzionale, secondo apposite istruzioni della stessa Unità finanziaria relative a modalità, termini e indicatori utili ad agevolare la rilevazione delle operazioni sospette.

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

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

In particolare, il suddetto disciplinare è volto a definire, in base all'autonomia organizzativa dell'Azienda, e all'aggiornamento delle strutture tecniche amministrative dell'ex AV1, la procedura interna di valutazione idonea a garantire l'efficacia di rilevazione di operazioni sospette, la tempestività della segnalazione all'Unità di Informazione Finanziaria per l'Italia (UIF), la massima riservatezza dei soggetti coinvolti nell'effettuazione

della segnalazione stessa e l'omogeneità dei comportamenti. Tale procedura interna specifica le modalità con le quali gli addetti agli Uffici dell'Azienda trasmettono le informazioni rilevanti ai fini della valutazione delle operazioni sospette ad un soggetto denominato "gestore", quale soggetto individuato con apposito atto del Direttore Generale, delegato alla valutazione ed alla trasmissione delle segnalazioni alla UIF.

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

Contestualmente, la stessa Direzione ha istituito un apposito Organismo tecnico-collegiale di supporto al Gestore per la valutazione e l'identificazione delle operazioni sospette di riciclaggio, oggetto di possibile comunicazione alla UIF, le cui specifiche funzioni nonché compiti e composizione sono stabiliti all'art.5 del Regolamento.

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

Per le questioni di carattere generale riguardanti la protezione dei dati personali, il RPD "- giusta nomina prot. 7426 dell'08.02.2023 - " costituisce una figura di riferimento anche per il RPCT, a cui, tuttavia, non può sostituirsi nell'esercizio delle funzioni.

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

### 3.1.2.13 Responsabile Unico del Procedimento (RUP)

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

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

In particolare, nelle citate LLGG è stato precisato che:

il RUP è individuato, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 31, co. 1, del Codice, con atto formale del dirigente o del soggetto responsabile dell'unità organizzativa, tra i dipendenti di ruolo addetti all'unità organizzativa inquadrati come dirigenti o dipendenti con funzioni direttive o, in caso di carenza in organico della suddetta unità organizzativa, tra i dipendenti in servizio con analoghe caratteristiche;

per effetto del divieto fissato all'art. 35-bis del d.lgs. n. 165/2001, introdotto dalla l. n. 190/2012, non può svolgere le funzioni di RUP chi sia stato condannato, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del Codice penale<sup>70</sup>;

le funzioni di RUP non possono essere assunte dal personale che versa nelle ipotesi di conflitto di interessi di cui al co. 2 dell'art. 42 del Codice. L'art. 42 si applica infatti a tutto il personale e ai soggetti che partecipano alle attività connesse alle procedure di affidamento ed esecuzione del contratto, a partire innanzitutto proprio dal RUP. Non può pertanto ricoprire tale posizione il dipendente che si trovi in una delle ipotesi descritte al citato art. 42, co. 2. Si richiama l'attenzione sulla necessità che il superiore gerarchico, competente alla nomina, valuti la sussistenza di eventuali situazioni di conflitto di interessi che emergano dalla relativa dichiarazione resa dal soggetto interessato, in conformità alle indicazioni formulate da ANAC nella Parte speciale "Conflitti di interessi in materia di contratti pubblici" del presente PNA, cui si rinvia, sulle misure da adottare per la gestione del conflitto di interessi nei contratti pubblici;

il RUP osserva le disposizioni del Codice di comportamento di cui al d.P.R. n. 62/2013 e di quelle contenute nel Codice di comportamento adottato dall'amministrazione.

Quanto ai compiti, il RUP vigila sullo svolgimento delle fasi di progettazione, affidamento ed esecuzione di ogni singolo intervento, tenendo conto dei costi e dei tempi previsti, della qualità della prestazione, della manutenzione programmata, della sicurezza e salute dei lavoratori e di altre disposizioni in materia. Il RUP è dunque il principale soggetto coinvolto nei processi delle singole fasi dell'appalto nelle quali possono presentarsi situazioni di rischio corruttivo a pregiudizio del corretto e imparziale svolgimento dell'azione amministrativa<sup>71</sup>.

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

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

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

## **3.2 LA GESTIONE DEL RISCHIO**

### **3.2.1. Linee generali**

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

Pertanto, si procederà nel corso dell'anno 2025 nei termini suindicati, utilizzando il nuovo approccio valutativo (di tipo qualitativo), in modo graduale.

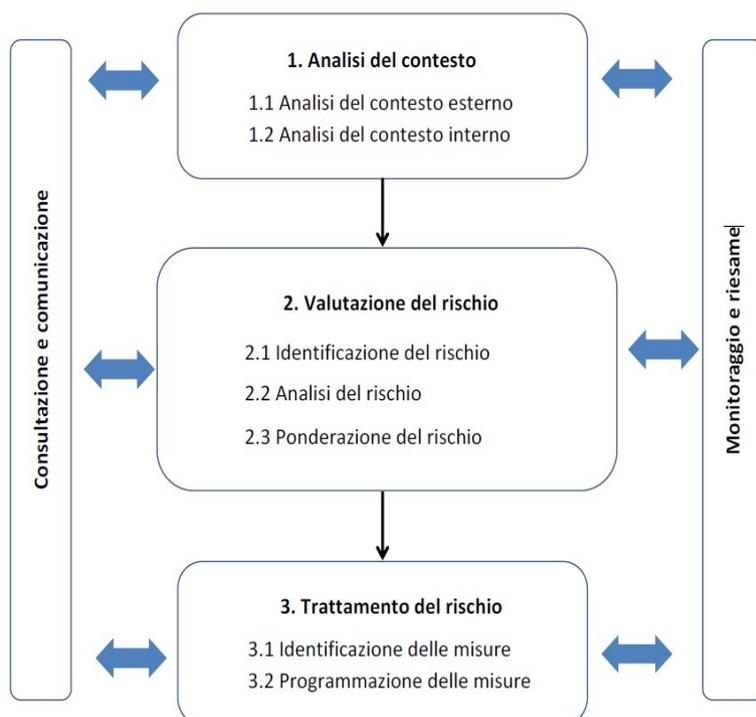
In tal senso, si ritiene utile riportare nella presente Sezione le indicazioni di carattere generale e specifico sul processo di gestione del rischio di corruzione formulate dall'Autorità, opportunamente contestualizzate

nell'ambito istituzionale di riferimento; ciò onde orientare le attività /azioni di tutti i soggetti coinvolti nel processo secondo una metodologia di sistema.

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

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

Figura 1 – *Il processo di gestione del rischio di corruzione*



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

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

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

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

Sulla base delle informazioni relative al proprio contesto l'Azienda intende:

Mappare correttamente e adeguatamente tutti i processi a rischio delle aree proprie e caratterizzanti il contesto organizzativo;

Identificare i processi sensibili in modo sufficientemente analitico e dettagliato

Identificare i rischi di corruzione

Analizzare i rischi e ponderare i rischi di corruzione

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

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

#### **FOTOGRAFIA E PROSPETTIVE ECONOMICHE GLOBALI DEGLI STATI INDUSTRIALIZZATI E TRAINO DELL'ECONOMIA (FONTE: BANCA D'ITALIA – OTTOBRE 2024)**

Le prospettive di crescita dell'economia globale rimangono modeste. Dopo un miglioramento in primavera, emergono segnali di rallentamento dell'economia mondiale a causa della debolezza della manifattura. Negli Stati Uniti i consumi rimangono robusti, ma il raffreddamento del mercato del lavoro e il consolidarsi della disinflazione hanno contribuito alla decisione adottata a settembre dalla *Federal Reserve* di tagliare i tassi di 50 punti base. In Cina l'economia continua a essere frenata dalla crisi del settore immobiliare; la Banca centrale cinese, infatti, ha varato misure straordinarie di stimolo all'attività. Nonostante ciò, il commercio internazionale, dopo l'accelerazione del secondo trimestre, mostra di nuovo segnali di rallentamento.

Secondo le stime di settembre dell'OCSE, l'incremento del PIL globale si collocherà poco sopra il 3% nel 2024 e 2025, in linea con il dato dell'anno scorso, ma al di sotto della media registrata nel decennio precedente la pandemia. Secondo valutazioni di Banca d'Italia, nella media del 2024 gli scambi internazionali si espanderanno più lentamente del prodotto. Permangono rischi al ribasso connessi con le tensioni geopolitiche e commerciali (Ucraina e Medio Oriente) e con effetti ritardati delle politiche monetarie restrittive più intensi; inoltre un processo di disinflazione più lento del previsto nelle economie avanzate potrebbe portare gli operatori di mercato a revisioni repentine delle loro aspettative sul taglio di tassi, causando turbolenze nei mercati finanziari.

#### **IL CONTESTO NELLA ZONA ZERO**

Nell'area dell'euro prosegue la disinflazione. Secondo le valutazioni della Banca d'Italia, nei mesi estivi è proseguita la sostanziale stagnazione del PIL dell'area dell'euro: il ciclo manifatturiero è rimasto debole, mentre si è protratta l'espansione dei servizi, riflettendo in special modo il buon andamento della stagione turistica. Nel secondo trimestre del 2024 il lieve aumento del prodotto dell'area euro sul periodo precedente è interamente riconducibile alla dinamica della domanda estera netta e della spesa delle Amministrazioni pubbliche. Secondo le proiezioni di settembre degli esperti della BCE, l'inflazione al consumo diminuirà progressivamente, dal 2,5% nella media dell'anno in corso al 2,2% nel 2025 e all'1,9% nel 2026.

#### **II CONTESTO ITALIANO**

#### **Crescita del PIL e inflazione nell'area dell'euro** (variazioni percentuali)

| PAESI          | Crescita del PIL |                         |                         | Inflazione               |
|----------------|------------------|-------------------------|-------------------------|--------------------------|
|                | 2023             | 2024<br>1° trim.<br>(1) | 2024<br>2° trim.<br>(1) | 2024<br>settembre<br>(2) |
| Francia        | 0,9              | 0,3                     | 0,2                     | (1,5)                    |
| Germania       | -0,3             | 0,2                     | -0,1                    | (1,8)                    |
| Italia         | 0,7              | 0,3                     | 0,2                     | (0,8)                    |
| Spagna         | 2,7              | 0,9                     | 0,8                     | (1,7)                    |
| Area dell'euro | 0,4              | 0,3                     | 0,2                     | (1,8)                    |

Fonte: elaborazioni su statistiche nazionali e su dati Eurostat.  
(1) Dati trimestrali destagionalizzati e corretti per i giorni lavorativi; variazioni sul periodo precedente. – (2) Dati mensili; variazione sul periodo corrispondente dell'indice armonizzato dei prezzi al consumo (IPCA).

**Dal 10 luglio scorso, sono stati erogati 27 miliardi in finanziamenti connessi con i piani nazionali di ripresa e resilienza dei singoli Stati membri UE (di cui 11 all'Italia),** portando il totale dei fondi distribuiti a 267 miliardi. Il Governo italiano ha approvato a settembre 2024 il Piano strutturale di bilancio di medio termine dell'Italia, il principale documento di programmazione nell'ambito della nuova *governance economica* europea. Per gli anni 2025-29 l'Esecutivo prevede una crescita della spesa netta pari in media all'1,6% l'anno. Nello stesso periodo il disavanzo programmatico sarebbe più elevato di quello a legislazione vigente, ma scenderebbe sotto il 3% del PIL nel 2026. Il rapporto tra il debito pubblico e il prodotto continuerebbe ad aumentare, raggiungendo il 137,8% nel 2026, per poi diminuire in media di un punto percentuale all'anno fino al termine del percorso di consolidamento. Gli investimenti continueranno a risentire di costi di finanziamento ancora elevati e del ridimensionamento degli incentivi legati al settore edilizio, gli effetti del quale saranno tuttavia mitigati dalle misure di stimolo previste dal PNRR. L'inflazione al consumo si manterrà bassa, pari all'1,1% nel 2024 e all'1,6% nel 2025 e 2026.

### **LE AZIONI OPERATIVE NELLE MARCHE DI REPRESSIONE ALLE INFILTRAZIONI MAFIOSE (FONTE: RELAZIONE DEL MINISTERO DELL'INTERNO NEL SEMESTRE GENNAIO/GIUGNO 2023)**

Facendo riferimento alla relazione del Ministero dell'Interno nel semestre Gennaio/Giugno 2023, nelle Marche, geograficamente al centro della Penisola, il porto di Ancona rappresenta un rilevante scalo per il traffico internazionale di veicoli e passeggeri ed uno dei primi per movimentazione delle merci. Il sistema produttivo marchigiano è per lo più basato su imprese di piccole e medie dimensioni attive in vari settori (agroalimentare, manifatturiero e turistico). Per la sua capacità imprenditoriale, il territorio potrebbe essere potenzialmente attrattivo per la criminalità organizzata; per i considerevoli finanziamenti pubblici attribuiti alla Regione Marche con il PNRR e i Fondi Strutturali della Programmazione 2021-2027, resta alta l'attenzione istituzionale per scongiurare eventuali infiltrazioni mafiose nei territori. Dalle attività di contrasto della polizia, eseguite nel corso degli anni, **non si rilevano elementi che facciano presupporre un radicamento di organizzazioni criminali di tipo mafioso**, ma la presenza di propaggini riconducibili ad organizzazioni mafiose per lo più di matrice *ndranghetista* con interessi nel settore del riciclaggio e del reimpiego dei proventi illeciti nell'economia legale.

La presenza della camorra risulterebbe marginale ma coinvolta, mediante la gestione da parte di soggetti campani alcuni legati a sodalizi criminali, nel traffico di stupefacenti. Con riguardo alla criminalità straniera si è consolidata l'operatività di soggetti stranieri per lo più albanesi, nigeriani, romeni, ed afgani che sono riusciti a ritagliarsi propri spazi nel settore dello spaccio degli stupefacenti, nonché nei reati contro il patrimonio. Al riguardo le operazioni sono state compiute principalmente nelle province di Ancona, Pesaro e Fermo. Le attività di polizia hanno confermato come lo spaccio di droga costituisca la principale attività illecita perpetrata sia da sodalizi stranieri, sia dalla criminalità comune presente nel territorio marchigiano. Al riguardo, il 13 gennaio 2023, la Polizia di Stato di Pesaro ha tratto in arresto un cittadino liberiano per detenzione ai fini di spaccio di sostanze stupefacenti. A Pesaro e Urbino, il 1° febbraio 2023, i Carabinieri, nell'ambito dell'operazione "Mare d'inverno", hanno dato esecuzione ad un'ordinanza di custodia nei confronti di un gruppo criminale composto da soggetti campani ed un calabrese, in parte stanziali in quell'area, ritenuti responsabili di detenzione, cessione e vendita di cospicue partite di cocaina destinate oltre alle province di Pesaro e Urbino, anche ad Ancona, Rimini e Perugia. Il 6 marzo 2023 i Carabinieri di Fermo, nell'ambito dell'operazione "Underground" hanno tratto in arresto 8 persone (di nazionalità italiana, marocchina, albanese e romena) ritenute responsabili di traffico di stupefacente. Il sodalizio criminale operava perlopiù lungo tutta la fascia costiera Fermana e Maceratese. Per quanto riguarda il favoreggiamento dell'immigrazione clandestina, si richiama l'operazione "Wet shoes" eseguita il 31 gennaio

2023 dalla Polizia di Stato di Macerata e di Roma, nei confronti di un'associazione per delinquere finalizzata al favoreggiamento dell'immigrazione clandestina con l'aggravante della transnazionalità. I 3 tunisini, tratti in arresto, si avvalevano di una rete di complici sul territorio maceratese e di "...contatti con i gruppi criminali organizzati operanti in Tunisia che curavano il trasporto via mare degli stranieri clandestini". Il sodalizio criminale era in grado di gestire l'approdo clandestino sulle coste siciliane di stranieri, in prevalenza nord africani, mediante il supporto logistico nonché fornendo le coperture necessarie per ottenere la documentazione per tutti i Paesi dell'area Schengen.

## **APPALTI PUBBLICI: MONITORAGGIO DELLE IMPRESE ALLA REALIZZAZIONE DI APPALTI PUBBLICI**

La DIA, in conformità con il Codice Antimafia (D.Lgs. n. 159/2011), svolge un costante monitoraggio delle imprese coinvolte nella realizzazione di opere, nella fornitura di beni e nella prestazione di servizi. Questa attività di monitoraggio è effettuata in stretta collaborazione con i Prefetti e assume un ruolo di primo piano all'interno dei Gruppi provinciali interforze. Nel corso degli anni, l'esperienza investigativa ha dimostrato che le organizzazioni criminali cercano costantemente di influenzare le procedure degli appalti pubblici fin dalla fase iniziale della pianificazione e progettazione delle opere. Tale penetrazione può avvenire, ad esempio, attagliando i bandi di gara al soggetto da favorire oppure redigendo i medesimi bandi con requisiti di ammissione e condizioni esecutive particolarmente generici, tali da non consentire un'efficace azione di controllo. Altre condotte indebite consistono nell'aderire ad **appalti "sotto soglia" per i quali la normativa sugli obblighi di pubblicità e trasparenza è meno rigida**; ciò consente, di fatto, di limitare il numero dei candidati. Nondimeno, le mafie possono avvalersi di cordate d'impresa che concordano i limiti delle offerte e l'aggiudicatario, oppure ricorrere a minacce e intimidazioni nei confronti degli altri candidati, provocare l'esclusione dalla gara dei concorrenti indesiderati o, infine, alterare i procedimenti di verifica delle offerte grazie a funzionari pubblici infedeli. Influenzare le procedure di appalto è quindi un obiettivo perseguito con metodi particolarmente sofisticati allo scopo di ottenere cospicui finanziamenti, spesso corrompendo i rappresentanti dell'ente appaltante e i professionisti coinvolti. In molti casi, l'impresa vincitrice dell'appalto elabora il progetto esecutivo con l'intenzione di apportarvi modifiche durante lo sviluppo dell'opera, al fine di aumentarne i costi e generare maggiori profitti. L'infiltrazione mafiosa può verificarsi anche dopo l'assegnazione dell'appalto, con estorsioni dirette a danno delle imprese affidatarie, aventi l'obiettivo di costringerle a subappaltare servizi ad aziende affiliate. In altri casi, per citare solo alcune delle molteplici vie percorse dalle organizzazioni criminali per infiltrarsi nelle gare pubbliche, i sodalizi stipulano accordi per garantire alle aziende collegate una sorta di turnazione nell'ottenere i contratti pubblici, manipolando le offerte limitando la concorrenza, rivelando una peculiare capacità di adattamento del loro modus operandi alle circostanze e alle specificità delle situazioni. Nel periodo in esame, la DIA ha continuato a raccogliere, tramite il proprio Osservatorio Centrale sugli Appalti Pubblici (O.C.A.P.) e le sue articolazioni periferiche, gli elementi informativi acquisiti nel corso delle operazioni di accesso e dei monitoraggi delle opere pubbliche, elaborando analisi massive anche per quanto attiene l'accesso al credito garantito e ai contributi a fondo perduto, ai dati concernenti la concessione dei menzionati benefici e ai soggetti che si trovano in condizioni ostative, sempre al fine di neutralizzare le infiltrazioni criminali. Nel semestre Gennaio/Giugno 2023 la DIA ha svolto approfondimenti specifici sull'esecuzione diretta dei lavori pubblici e sulle diverse attività collegate. Tra queste, un esempio significativo riguarda gli accessi ai cantieri disposti dall'Autorità prefettizia, che verificano direttamente sul posto la presenza di eventuali irregolarità per ciò che concerne l'impiego della forza lavoro e le procedure di esecuzione. In quest'ultimo ambito, tra Gennaio e giugno 2023 sono stati conclusi 1.025 monitoraggi nei confronti di altrettante imprese, monitoraggi che hanno coinvolto 11.552 approfondimenti su persone fisiche coinvolti a vario titolo

## APPALTI PUBBLICI: LA FASE AVVIATA DEI CANTIERI

La normativa antimafia non si applica solo alle fasi precedenti le gare d'appalto, ma si estende anche alle fasi successive, comprese quelle legate all'effettiva esecuzione dei lavori. Gli accessi ai cantieri, disposti dai Prefetti in conformità all'art. 93 del D.Lgs. 6 settembre 2011 n. 159, costituiscono una delle procedure di verifica condotte dai Gruppi Interforze provinciali e sono uno strumento altamente efficace per documentare eventuali infiltrazioni della criminalità organizzata anche durante la fase operativa di realizzazione di un'opera pubblica. In sintesi, il controllo comporta il riscontro in loco delle persone fisiche e delle aziende presenti, dei mezzi e delle attrezzature utilizzate, nonché della documentazione contrattuale che riguarda le relazioni tra gli enti appaltanti, gli appaltatori ed eventuali terze parti coinvolte in subappalti. Le informazioni raccolte sono poi inviate alle Prefetture competenti e utilizzate per alimentare il Sistema Informativo Rilevazione Accessi ai Cantieri (S.I.R.A.C.), gestito dalla DIA. Sulla base delle informazioni raccolte dalle Forze di polizia durante le ispezioni nei cantieri, i Prefetti possono intervenire anche durante la fase di esecuzione dei lavori, adottando provvedimenti antimafia interdittivi e quindi, ove necessario, apportando modifiche alla documentazione di autorizzazione precedentemente rilasciata. Questo strumento, di conseguenza, rappresenta una vera e propria barriera contro l'infiltrazione delle organizzazioni criminali fino all'ultimazione di un'opera pubblica. Nella tabella sottostante sono stati riepilogati gli accessi eseguiti dalla DIA che, nel primo semestre 2023, hanno interessato 46 cantieri con il contestuale controllo di 1.065 persone fisiche, 340 imprese e 831 mezzi d'opera. Gli accessi eseguiti dalla DIA nel primo semestre 2023 hanno riguardato 46 cantieri, e coinvolto 340 imprese, 831 mezzi d'opera e oltre 1000 persone fisiche.

| Area          | Regione intervento    | Numero Accessi | Persone fisiche | Imprese    | Mezzi      |
|---------------|-----------------------|----------------|-----------------|------------|------------|
| Nord          | Valle d'Aosta         | -              | -               | -          | -          |
|               | Piemonte              | -              | -               | -          | -          |
|               | Trentino-Alto Adige   | -              | -               | -          | -          |
|               | Lombardia             | 3              | 122             | 44         | 91         |
|               | Veneto                | 4              | 108             | 22         | 54         |
|               | Friuli-Venezia Giulia | 2              | 89              | 27         | 65         |
|               | Liguria               | 3              | 50              | 8          | 33         |
|               | Emilia Romagna        | 3              | 39              | 16         | 24         |
|               | <b>TOTALE Nord</b>    | <b>15</b>      | <b>408</b>      | <b>117</b> | <b>267</b> |
| Centro        | Toscana               | 1              | 12              | 12         | 9          |
|               | Umbria                | -              | -               | -          | -          |
|               | Marche                | 11             | 218             | 76         | 102        |
|               | Abruzzo               | 10             | 119             | 35         | 76         |
|               | Lazio                 | 4              | 40              | 12         | 15         |
|               | Sardegna              | -              | -               | -          | -          |
|               | <b>TOTALE Centro</b>  | <b>26</b>      | <b>389</b>      | <b>135</b> | <b>202</b> |
| Sud           | Campania              | 2              | 38              | 9          | 25         |
|               | Molise                | -              | -               | -          | -          |
|               | Puglia                | -              | -               | -          | -          |
|               | Basilicata            | -              | -               | -          | -          |
|               | Calabria              | 1              | 75              | 26         | 140        |
|               | Sicilia               | 2              | 155             | 53         | 197        |
|               | <b>TOTALE Sud</b>     | <b>5</b>       | <b>268</b>      | <b>88</b>  | <b>362</b> |
| <b>TOTALI</b> |                       | <b>46</b>      | <b>1.065</b>    | <b>340</b> | <b>831</b> |

## APPALTI PUBBLICI: IL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) rappresenta un importante pacchetto di investimenti e riforme. A causa dell'alto valore complessivo dei finanziamenti coinvolti, sussiste il rischio che le organizzazioni mafiose possano manifestare interesse per tali fondi, aumentando il fenomeno di infiltrazione

nell'economia legale. Per contrastare efficacemente questi tentativi, il Ministero dell'Interno ha adottato una strategia preventiva focalizzata sulla documentazione antimafia, con particolare attenzione alle informazioni fornite dalle Prefetture. Il sistema informatico della BDNA, che svolge un ruolo centrale nella protezione degli investimenti del PNRR, è stato aggiornato per includere nuove categorie dedicate, "ciascuna delle quali riferita o a singole fattispecie contrattuali per lavori, forniture e servizi (appalti, concessioni, cessioni, cottimi e altro) ovvero ai casi di erogazione di finanziamenti pubblici". La condivisione e il tracciamento di queste informazioni consentono il monitoraggio delle azioni intraprese dall'Autorità prefettizia nei confronti degli operatori economici coinvolti nell'attuazione dei progetti del PNRR, nel caso in cui emergessero elementi di rischio di infiltrazione.

Nello specifico, sono state effettuate, a livello nazionale, 11.890 richieste di avvio istruttoria antimafia, di cui al Nord risultano 3.435 (29% del totale), al Centro 5.089 (43% del totale) e al Sud 3.366 (28%). Nelle Marche sono state avviate 404 istruttorie

| Area          | Regione               | Numero Istruttorie |
|---------------|-----------------------|--------------------|
| Nord          | Valle d'Aosta         | 11                 |
|               | Piemonte              | 726                |
|               | Lombardia             | 1.158              |
|               | Veneto                | 592                |
|               | Trentino-Alto Adige   | 127                |
|               | Liguria               | 189                |
|               | Friuli-Venezia Giulia | 164                |
|               | Emilia Romagna        | 468                |
| <b>Subtot</b> |                       | <b>3.435</b>       |
| Centro        | Marche                | 404                |
|               | Abruzzo               | 234                |
|               | Toscana               | 681                |
|               | Sardegna              | 199                |
|               | Lazio                 | 3.427              |
|               | Umbria                | 144                |
| <b>Subtot</b> |                       | <b>5.089</b>       |
| Sud           | Campania              | 949                |
|               | Molise                | 32                 |
|               | Puglia                | 706                |
|               | Basilicata            | 44                 |
|               | Calabria              | 800                |
|               | Sicilia               | 835                |
| <b>Subtot</b> |                       | <b>3.366</b>       |
| <b>TOTALE</b> |                       | <b>11.890</b>      |

*Tabella delle istruttorie PNRR ripartite per Macro-area e regione richiesta*

### **GLI APPALTI PUBBLICI: LO STATO DELL'ARTE SUI LAVORI FINANZIATI CON IL PNRR**

Secondo il report di Anac pubblicato nel novembre 2024, per gli appalti avviati nel 2023 è arrivato all'affidamento il 74% del valore appaltato. Per quelli avviati nel 2024, il 5%. Ovviamente il dato 2024 risente delle gare più recenti, che al momento del Report Anac erano ancora in corso. Nella prima parte della tabella è possibile rilevare il totale delle procedure (Cig) Pnrr/Pnc avviate nel biennio 2023/2024 (numero e valore) raggruppate per anno e oggetto principale (lavori, servizi e forniture). Nella seconda parte della tabella, quelli che non risultano tuttora affidati. Sono stati esclusi dal perimetro gli affidamenti diretti, i contratti di adesione ad accordo quadro/convenzione e le procedure deserte o che comunque non hanno avuto esito.

| Tot. CIG PNRR                              | 2023           |                            | 2024         |                            |
|--|----------------|----------------------------|--------------|----------------------------|
|  | N. CIG         | Valore                     | N. CIG       | Valore                     |
| Oggetto principale                         |                |                            |              |                            |
| FORNITURE                                  | 54.857         | 10.569.269.892,82 €        | 2.401        | 5.425.179.061,64 €         |
| LAVORI                                     | 24.960         | 37.352.676.670,04 €        | 2.731        | 13.577.508.155,73 €        |
| SERVIZI                                    | 82.663         | 9.725.022.373,04 €         | 1.478        | 2.539.357.009,74 €         |
| <b>Totale complessivo</b>                  | <b>162.480</b> | <b>57.646.968.935,90 €</b> | <b>6.610</b> | <b>21.542.044.227,11 €</b> |
|  |                |                            |              |                            |
| <b>Di cui CIG PNRR non ancora affidati</b> | <b>2023</b>    |                            | <b>2024</b>  |                            |
| Oggetto principale                         | N. CIG         | Valore                     | N. CIG       | Valore                     |
| FORNITURE                                  | 40.440         | 2.795.290.374,56 €         | 2.247        | 5.013.509.273,23 €         |
| LAVORI                                     | 8.138          | 6.761.382.648,05 €         | 2.141        | 12.996.618.216,06 €        |
| SERVIZI                                    | 49.455         | 5.457.522.322,19 €         | 1.359        | 2.479.249.676,50 €         |
| <b>Totale complessivo</b>                  | <b>98.033</b>  | <b>15.014.195.344,80 €</b> | <b>5.747</b> | <b>20.489.377.165,79 €</b> |

## I

### REATI CONTRO LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE

I reati contro la pubblica amministrazione rappresentano una delle tematiche più delicate e rilevanti all'interno del sistema giuridico italiano. Si tratta di delitti commessi da funzionari pubblici o soggetti privati che, abusando delle proprie funzioni o violando norme specifiche, danneggiano il corretto funzionamento delle istituzioni. La gravità di questi crimini risiede non solo nel danno economico che possono causare, ma anche nella loro capacità di corrodere le fondamenta della trasparenza e della legalità su cui si basa la governance dello Stato. L'importanza di misure che possano incidere ed avere un effetto dissuasorio risiede nella necessità di preservare l'integrità del settore pubblico e di mantenere elevati standard di legalità nella gestione della cosa pubblica. Le principali tipologie di reati sono la **corruzione, l'abuso d'ufficio, la concussione e il peculato.**

### I REATI CONTRO LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE: IL REPORT ANNUALE DELLA SEZIONE ANALISI CRIMINALE DEL DIPARTIMENTO SICUREZZA PUBBLICA – MINISTERO DELL'INTERNO (MAGGIO 2024)

In attesa che venga redatta la nuova graduatoria stilata da "Transparency International" (organizzazione internazionale non governativa, che dal 1995 pubblica un rapporto annuale sulla *Corruzione percepita*), riportiamo il rapporto sulla "Corruzione percepita" del 2023, che colloca l'Italia al 42° posto su 180 Paesi, con un punteggio di 56, al di sotto della media della Unione Europea che si attesta a 65. Va ricordato che tale graduatoria, si basa su un "indice di percezione della corruzione" che è, quindi, influenzato da fattori – non quantificabili – di valutazione soggettiva.

Come si ricorda nel report realizzato dal Ministero dell'Interno lo scorso maggio 2024, *"l'analisi del fenomeno della corruzione, appare un esercizio di indubbia complessità. In primo luogo va rilevata un'evidente "forbice" tra la percezione del fenomeno e i dati oggettivi. A condizionare in modo negativo la percezione per il nostro Paese concorrono vari fattori: la complessità di molte procedure burocratiche; la ricorrente narrazione relativa alla percezione di inefficienza dell'amministrazione pubblica; la coscienza dell'esistenza in taluni contesti del fenomeno mafioso (con il suo portato di pratiche corruttive che si associano alla violenza ed al condizionamento) spesso presente anche all'estero, ma ivi sottovalutato perché non riconosciuto o qualificato giuridicamente"*.

## ANDAMENTO GENERALE DEI PRINCIPALI REATI CONTRO LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE

Prima di riportare i dati emersi dal report della Sezione Analisi Criminale, è necessario riportare quanto espresso in premessa nello stesso documento, che precisa: "Se da un lato anche tale analisi non potrà essere esaustiva e, pertanto, definitiva, a causa della rilevanza della parte sommersa del fenomeno, dall'esame dei dati statistici è comunque possibile evidenziare, a parità delle restanti condizioni, l'andamento del fenomeno nel tempo".

Nella tabella successiva viene riportato l'andamento nel tempo dei reati contro la PA, ed emerge come il dato più rilevante sia quello che riguarda l'abuso d'ufficio (art. 323 c.p.) che, dopo aver mantenuto un trend pressoché costante fino al 2020, ha subito una flessione nell'ultimo triennio.



Servizio Analisi Criminale

Delitti contro la Pubblica Amministrazione commessi in Italia dal 2004 al 2023.  
(Dati consolidati di fonte SDI/SSD)

|   | 2004  | 2005  | 2006 | 2007  | 2008  | 2009  | 2010  | 2011  | 2012  | 2013  | 2014  | 2015  | 2016  | 2017  | 2018  | 2019  | 2020  | 2021  | 2022 | 2023 | Var. %<br>2004-<br>2023 |
|---|-------|-------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|------|-------------------------|
| <b>Concussione</b><br>(artt. 317 e 319 quater c.p.)   | 138   | 115   | 86   | 130   | 145   | 140   | 146   | 130   | 168   | 161   | 144   | 109   | 119   | 104   | 84    | 88    | 97    | 67    | 74   | 61   | -55,8%                  |
| <b>Reati corruttivi</b><br>(artt. 318, 319, 319 ter, 320, 321, 322<br>e 346 bis c.p.)         | 414   | 359   | 361  | 386   | 463   | 460   | 382   | 430   | 433   | 402   | 350   | 468   | 412   | 444   | 328   | 388   | 327   | 282   | 296  | 205  | -50,5%                  |
| <b>Peculato e peculato mediante<br/>profitto dell'errore altrui</b><br>(artt. 314 e 316 c.p.) | 291   | 290   | 258  | 292   | 296   | 371   | 436   | 377   | 500   | 466   | 429   | 378   | 388   | 377   | 356   | 468   | 278   | 297   | 254  | 274  | -5,8%                   |
| <b>Abuso d'ufficio</b><br>(art. 323 c.p.)   | 1.016 | 1.051 | 935  | 1.097 | 1.168 | 1.099 | 1.193 | 1.196 | 1.259 | 1.144 | 1.254 | 1.179 | 1.177 | 1.106 | 1.063 | 1.009 | 1.365 | 1.157 | 966  | 658  | -35,2%                  |

In Italia, nel triennio che va dal 1° gennaio 2021 al 31 dicembre 2023, si ottiene un valore medio nazionale di **8,31** per 100 mila abitanti, con le regioni **Basilicata**, **Calabria** e **Molise** che hanno la più alta concentrazione di eventi delittuosi ogni 100 mila abitanti.

| Regione                | Reati per 100MILA ABITANTI |
|------------------------|----------------------------|
| BASILICATA             | 21,45                      |
| CALABRIA               | 20,73                      |
| MOLISE                 | 18,45                      |
| PUGLIA                 | 12,61                      |
| SICILIA                | 11,94                      |
| CAMPANIA               | 11,78                      |
| LAZIO                  | 10,79                      |
| ABRUZZO                | 10,73                      |
| UMBRIA                 | 10,04                      |
| <b>MEDIA NAZIONALE</b> | <b>8,31</b>                |
| SARDEGNA               | 7,16                       |
| <b>MARCHE</b>          | <b>6,96</b>                |
| VALLE D'AOSTA          | 6,24                       |
| EMILIA ROMAGNA         | 5,73                       |
| TOSCANA                | 5,23                       |
| LIGURIA                | 5,20                       |
| VENETO                 | 5,18                       |
| PIEMONTE               | 4,73                       |
| FRIULI VENEZIA GIULIA  | 4,61                       |
| LOMBARDIA              | 4,43                       |

### ANDAMENTO DEI REATI CONTRO LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE: IL DETTAGLIO

In Italia, nel periodo 1° gennaio 2021 – 31 dicembre 2023, rapportando i delitti riferiti alla “*concussione*” (artt. 317 e 319 quater c.p.) commessi alla popolazione residente, si ottiene un valore medio nazionale pari a **0,40** eventi per 100 mila abitanti, con le Marche piazzate leggermente sotto la media nazionale con un indice **0.38**. Per i “reati corruttivi” (artt. 318, 319, 319 ter, 320, 321, 322 e 346 bis c.p.) commessi alla popolazione residente, si ottiene un valore medio nazionale di **1,53** eventi per 100 mila abitanti, 1.47 per le Marche. Il dato peggiore si registra, sempre dal 1° gennaio 2021 – 31 dicembre 2023, rapportando i delitti di *peculato e peculato mediante profitto dell'errore altrui* (artt. 314 e 316 c.p.) commessi alla popolazione residente: il valore medio nazionale si attese a **1,53** eventi per 100 mila abitanti, mentre nelle Marche a **1.98**. Infine per i delitti commessi per *abuso di ufficio* (art. 323 c.p.) alla popolazione residente, si ottiene un valore medio nazionale di **4,85** eventi per 100 mila abitanti, con le Marche sotto il dato nazionale con 3.13

### LA CORRUZIONE IN ITALIA - ANNO 2022-2023 (FONTE REPORT ISTAT - GIUGNO 2024)

L'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) ha introdotto indagini per studiare il fenomeno della corruzione nel 2015-16, **poi ripetuta nell'edizione 2022-23** con il coinvolgimento di 1 milione e 200 mila famiglie. L'obiettivo era stimare il numero di famiglie coinvolte in dinamiche corruttive: alle persone tra i 18 e gli 80 anni di età è stato chiesto se a loro stessi o ad un familiare convivente sia stato suggerito o richiesto di pagare, fare regali o favori in cambio di facilitazioni per avere un servizio o un'agevolazione. L'attenzione è rivolta alle esperienze dirette e si approfondisce con domande su eventuali scambi, di quali entità, con quali modalità e quali esiti, oltre all'eventuale denuncia dell'episodio. È stata rilevata anche la conoscenza indiretta di casi di corruzione, quindi chiesto agli intervistati se fossero a conoscenza di episodi analoghi accaduti ad amici, colleghi e familiari. Tutte queste situazioni sono esplorate in otto settori chiave: sanità, assistenza, istruzione, lavoro, uffici pubblici, giustizia, forze dell'ordine, *public utilities*, tenendo conto dell'effettivo contatto con i servizi e/o le figure rilevanti per ciascun settore specifico.

Pressoché tutte le famiglie hanno avuto necessità di ricorrere ad alcuni uffici per soddisfare un specifico bisogno: è questo il caso del settore dell'istruzione, dell'ambito sanitario (visite mediche, accertamenti diagnostici, ricoveri o interventi chirurgici), delle *public utilities* (allacci, volture o riparazioni per l'energia elettrica, il gas, l'acqua o la rete telefonica), dei vari uffici pubblici (uffici del comune, della regione, vigili del fuoco, agenzia delle entrate, motorizzazione, ecc.) o anche per la ricerca del lavoro, promozioni o trasferimenti in ambito lavorativo.

#### FAMIGLIE CHE SI SONO RIVOLTE AD UFFICI E CHE HANNO RICEVUTO RICHIESTE DI DENARO, REGALI O ALTRO NEL CORSO DELLA VITA E NEGLI ULTIMI 3 ANNI PER SETTORE. Anno 2022-23, valori in migliaia e per 100 famiglie che si sono rivolte ad un ufficio/hanno avuto bisogno di un servizio

| TIPO DI SETTORE                     | Famiglie che si sono rivolte ad un ufficio/hanno avuto bisogno di un servizio |              | Famiglie che nel corso della vita hanno avuto richieste di denaro, regali o altro |            | Famiglie che negli ultimi 3 anni hanno avuto richieste di denaro, regali o altro |            |
|-------------------------------------|---|--------------|---|------------|--|------------|
|                                     | Frequenza   | %            | Frequenza   | %          | Frequenza  | %          |
| <b>ALMENO UN CASO DI CORRUZIONE</b> | <b>22.143</b>   | <b>100,0</b> | <b>1.200</b>  | <b>5,4</b> | <b>297</b>   | <b>1,3</b> |
| Istruzione                          | 22.143  | 100,0        | 164   | 0,7        | 16   | 0,1*       |
| Sanità                              | 21.950  | 99,1         | 295   | 1,3        | 132  | 0,6        |
| Public Utilities                    | 21.708  | 98,0         | 87  | 0,4        | 18   | 0,1*       |
| Lavoro                              | 21.534  | 97,2         | 179   | 0,8        | 39   | 0,2        |
| Uffici pubblici                     | 20.679  | 93,4         | 427   | 2,0        | 62   | 0,3        |
| Forze dell'ordine                   | 4.426   | 20,0         | 16  | 0,4        | 6  | 0,1*       |
| Giustizia                           | 3.643   | 16,5         | 175   | 4,8        | 22   | 0,6        |
| Assistenza                          | 2.335   | 10,5         | 62  | 2,7        | 33   | 1,4        |

Fonte: Istat, Indagine sulla sicurezza dei cittadini  
(\*) dato con errore campionario superiore al 35%.

## **I RISULTATI DELL'INDAGINE ISTAT**

Tra le famiglie che si sono rivolte alla sanità nel corso della loro vita (21milioni 950mila), l'1,3% (circa 295mila) ha avuto richieste di denaro, regali o altro per ottenere o velocizzare il servizio o per ricevere assistenza. In ambito lavorativo ciò è capitato allo 0,8% delle famiglie (circa 179mila); per essere agevolati nel settore dell'istruzione allo 0,7% delle famiglie (circa 164mila), mentre una percentuale più bassa riguarda l'ambito delle *public utilities*: è pari allo 0,4% (circa 87mila) la quota di famiglie che al momento della domanda di allacci, volture o riparazioni per l'energia elettrica, il gas, l'acqua o il telefono ha avuto richieste di pagamenti in qualsiasi forma per ottenere o velocizzare i servizi. Invece il 2% (circa 427mila famiglie) ha avuto richieste di denaro o regali rivolgendosi ad uffici pubblici.

Nel settore della giustizia il 4,8% delle famiglie (circa 175mila su 3milioni 643mila) ha avuto una richiesta di denaro, regali o favori da parte di un giudice, un pubblico ministero, un cancelliere, un avvocato, un testimone o altri. In particolare, il 2,9% ha avuto simili richieste in occasioni di cause di tipo amministrativo e l'1,8% per cause civili.

Per i benefici assistenziali, in caso di domanda di contributi, sussidi, alloggi sociali o popolari, pensioni di invalidità, la richiesta di denaro, favori o regali ha coinvolto il 2,7% delle famiglie (62mila su circa 2 milioni 335mila). Mentre è lo 0,4% delle famiglie che, rivolgendosi alle forze dell'ordine nel corso della vita, ha avuto richieste più o meno esplicite di denaro, regali o altro per avere facilitazioni, ottenere ciò di cui avevano bisogno o per avere un occhio di riguardo (circa 16mila su 4 milioni 426mila).

La graduatoria dei settori per i quali le famiglie hanno dichiarato richieste "improprie" nel corso della vita si modifica nei tre anni precedenti l'Indagine solo per il settore dell'assistenza che si colloca al primo posto (1,4%).

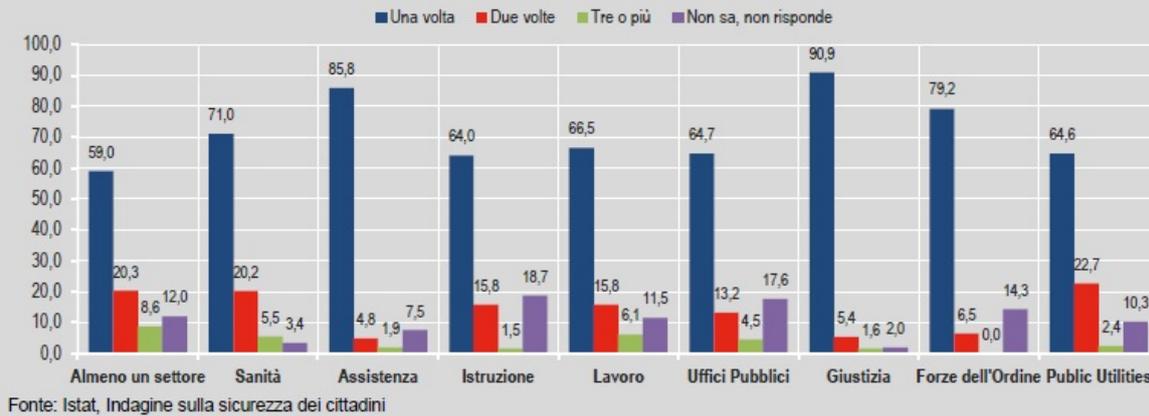
## **CORRUZIONE, TRAND IN CALO...TRANNE CHE PER L'ASSISTENZA**

Il confronto tra il dato dei tre anni precedenti l'intervista, anni 2020-2023 (considerando che la rilevazione è stata effettuata tra il 2022 e il 2023) con gli anni 2013-2016, relativi all'indagine precedente (rilevazione effettuata tra il 2015 e il 2016) evidenzia una diminuzione netta del fenomeno: si va dal 2,7% delle famiglie che hanno subito almeno una richiesta di denaro, regali o altro, all'1,3% per gli ultimi tre anni. **Il dato è sicuramente condizionato dalla pandemia da Covid-19 che tra il 2020 e il 2021 può avere alterato anche il ricorso stesso ad alcuni servizi.**

**L'unico settore in cui la corruzione non appare in calo è quello assistenziale**, rimasto stabile al valore di 1,4% (circa 33mila famiglie). Al contrario, la diminuzione, statisticamente significativa, è più ampia in ambito lavorativo e per le richieste negli uffici pubblici. Si sono dimezzate le richieste in ambito sanitario e sono un quarto di meno nel settore giustizia.

La maggior parte delle famiglie che ha ricevuto richieste di denaro o altro per ottenere facilitazioni, ha ricevuto una sola richiesta nel corso della vita (circa il 59%, 709mila), il 20,3% due e l'8,6% tre o più, mentre il 12% ha preferito non rispondere o ha dichiarato di non ricordare. Nel settore dell'istruzione, lavoro, uffici pubblici e *public utilities* è maggiore la frequenza di subire più volte le richieste di denaro o altro.

**FIGURA 1. FAMIGLIE CHE HANNO RICEVUTO, NEL CORSO DELLA VITA, RICHIESTE DI DENARO, REGALI O ALTRO PER OTTENERE AGEVOLAZIONI O SERVIZI, PER NUMERO DI EPISODI DI CORRUZIONE E SETTORE.** Anno 2022-23 per 100 famiglie che hanno avuto richieste (totale famiglie = 1 milione200mila)



### CORRUZIONE, 15% DELLE FAMIGLIE HA RICEVUTO RICHIESTE IN PIU' AMBITI

Sebbene le esperienze di corruzione non siano particolarmente diffuse, nel momento in cui si è vittime non solo si ha una probabilità maggiore di subire episodi multipli nell'ambito dello stesso settore (la cosiddetta multi-vittimizzazione), ma ciò può accadere anche nell'ambito di diversi settori. Questo fenomeno, che si definisce pluri-vittimizzazione, colpisce circa il 15% delle famiglie (183.332) che hanno esperito episodi corruttivi: al 13,0% delle famiglie è capitato in due settori, allo 1,8% in tre settori e allo 0,4% in quattro o più. Questa realtà è più diffusa al Sud e nelle Isole, circa il 20% per entrambe le ripartizioni.

Le richieste di denaro o altro in cambio di favori ricevute nel corso della vita, sono state maggiormente segnalate dalle famiglie residenti al Centro (6,8%) e meno nelle Isole (3,6%). Ma, a seconda dei settori considerati, varia la propensione a subirla: per il settore giustizia ad esempio risalta il Sud (6,7%).

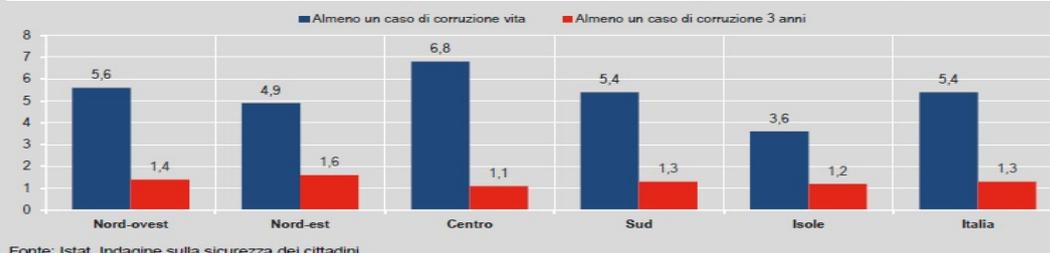
A livello regionale emerge il Lazio (10,4%), segue la Basilicata (7,1%); sono di poco sopra la media la Campania (6,6%) e l'Emilia Romagna (6,7%).

Un'altra dimensione da tenere presente è legata alle caratteristiche del comune di residenza. Le famiglie che vivono nei centri delle aree metropolitane hanno subito maggiori richieste di denaro o altro in cambio di favori, beni o servizi (8,3%), seguite da chi vive nelle periferie delle aree metropolitane (7,2%); percentuali minori riguardano le famiglie che abitano nei piccoli comuni e nei centri con più di 50mila abitanti.

Se si considera il livello di istruzione come una buona proxy dello status socio-economico, il 6,5% delle famiglie che, nel corso della vita, ha ricevuto almeno una richiesta di denaro, favori o regali ha almeno un componente con titolo di studio elevato, contro il 4,8% delle famiglie senza componenti con titolo di studio elevato, con l'eccezione per il settore dell'assistenza, con cui entrano in contatto famiglie meno abbienti. Il dato ha una tendenza analoga se si considera la posizione nella professione: sono il 6,9% le famiglie che hanno almeno un componente con condizione professionale elevata (dirigenti, quadri, imprenditori e liberi professionisti) e che hanno ricevuto proposte di dare denaro, regali o altro, contro il 5,1% delle altre professioni.

Unico settore in controtendenza è quello afferente alla giustizia, dove la situazione si inverte: hanno ricevuto più richieste le famiglie con posizioni professionali meno elevate (5,2%) rispetto a quelle a quelle con imprenditori, liberi professionisti, dirigenti e quadri.

**FIGURA 2. FAMIGLIE IN CUI ALMENO UN COMPONENTE HA RICEVUTO, NEL CORSO DELLA VITA E NEGLI ULTIMI TRE ANNI, RICHIESTE DI DENARO, REGALI O ALTRO PER OTTENERE AGEVOLAZIONI O SERVIZI, PER RIPARTIZIONE.** Anno 2022-23, per 100 famiglie della stessa zona (totale famiglie = 22milioni 143mila)



### 3.2.3 La "mappatura" dei processi

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

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

Nelle more della riorganizzazione aziendale, così come già previsto nel PIAO 2023-2025, in questo paragrafo si integrano e diventano parte integrante di questo piano le mappature dei processi di cui al PTPCT ex AOMN e ex ASUR, come di seguito riepilogati e contenuti rispettivamente negli allegati 3.1-3.2

L'elenco dei processi è stato aggregato per "aree di rischio", intese come raggruppamenti omogenei di processi, tenendo conto dei riferimenti metodologici - attualmente vigenti - contenuti nei citati documenti delle due ex Aziende. I processi censiti con riferimento alle rispettive Aree sono riportati nella tabella sotto riportata.

Tabella- Aree di rischio e processi

| Aree di rischio   | Processi  |
|---|---|
| Contratti pubblici (ex Acquisizione beni, servizi e affidamento lavori) | Processo di Acquisto di Beni allegato 3.2   |
|   | Procedura per affidamento fornitura dispositivi medici infungibili ex art 63 del d. lgs 50/2016 smi comma 2, n. 2). |
|   | Affidamento di contratti pubblici di lavori   |
|   | Esecuzione del contratto allegato 3.1   |
| Acquisizione e gestione del personale (ex Gestione risorse umane)       | Programmazione fabbisogno personale   |
|   | Procedura di reclutamento Assunzioni a tempo indeterminato  |
|   | Procedura di reclutamento Assunzioni a tempo determinato  |
|   | Mobilità tra Azienda ed Enti  |
|   | Rilevazione Presenze (da mappare)   |
|   | Progressioni di carriera  |
|   | Valutazione del personale   |
| Gestione Stipendiale (da mappare)                                       |   |
| Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio                    | Ciclo attivo  |
|   | Ciclo passivo   |
|   | Donazioni   |
|   | Comodati d'uso  |
|   | Gestione del patrimonio   |
| Controlli, verifiche, ispezioni, sanzioni                               | (da mappare)  |
| Incarichi e nomine  | Incarichi extraistituzionali  |
|   | Incarichi professionali, di consulenza, di collaborazione   |
|   | Incarichi di docenza  |
|   | Incarichi dirigenziali strutture complesse e semplici   |

|   |   |
|---|---|
| Affari legali e contenzioso   | Affidamento incarichi a legali esterni (da mappare)   |
| Attività Libero professionale   | Gestione attività libero professionale  |
| Liste di attesa   | gestione delle liste di attesa  |
| Farmaceutica e dispositivi e altre tecnologie: sperimentazioni e sponsorizzazioni | Gestione del magazzino/movimentazione delle scorte  |
|   | Sperimentazioni cliniche  |
| Attività conseguenti ai decessi in ambito ospedaliero                             | (da mappare)  |
|   | concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati |

Nel corso dell'anno 2024, così come proposto dall'OIV sono stati monitorati alcuni indicatori di anomalia sul processo di acquisizione dei beni e servizi che misurano i rischi di corruzione e di maladministration, in modo da avere un set di dati che permetteranno di uniformare le misure che possano ridurre gli eventi rischiosi. Inoltre così come suggerito dal PNA 2022-2024 tali indicatori e le misure di prevenzione e corruzione verranno assegnati in forma di obiettivi di performance.

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

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

Da rilevare che nel corso dell'anno 2024, grazie all'affidamento dell'incarico di dirigente di Struttura ad un unico soggetto della UOC Approvvigionamenti e servizi, la sottoscritta ha completato la mappatura del processo di affidamento ed esecuzione dei contratti, allegati al presente piano.

#### **3.2.4 La valutazione del rischio**

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

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

#### **3.2.5 Identificazione degli eventi rischiosi**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

In particolare, saranno utilizzate le seguenti fonti informative:

le risultanze dell'analisi del contesto interno e esterno;

le risultanze dell'analisi della mappatura dei processi;

l'analisi di casi giudiziari riguardanti fenomeni corruttivi e/o di mala gestio registratisi in passato interessanti l'Azienda o altri Enti del Servizio Sanitario;

incontri con i responsabili degli uffici o il personale dell'Azienda che abbia conoscenza diretta dei processi e delle criticità;

le risultanze dell'attività di monitoraggio svolta dal RPCT e delle attività svolte da altre strutture di controllo interno;

le segnalazioni ricevute tramite il canale del whistleblowing o tramite altra modalità; al riguardo si dovrà tenere conto delle segnalazioni raccolte dai RUP (nell'ambito delle attività contrattuali) o dai singoli Responsabili di procedimenti o servizi aziendali; parimenti Assumono rilievo anche le segnalazioni e, più in generale, i contributi acquisiti prima e successivamente alla fase di consultazione del PTPCT;

le indicazioni fornite da ANAC per il comparto sanitario;

il registro di rischi realizzato da altre amministrazioni e, in primis, dagli Enti del Servizio sanitario.

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

Surveys: questionari per sollecitare opinioni

Check list: Liste di controllo finalizzate ad individuare gli elementi significativi di un processo/attività per far emergere le condizioni di criticità rispetto alla dimensione del rischio oggetto di analisi. Si elencano i pericoli e i rischi o criticità nei controlli rilevati dall'esperienza.

#### C) Individuazione e formalizzazione dei rischi

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

### **3.2.6 L'analisi del rischio**

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

#### A) Analisi dei fattori abilitanti

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

la verifica dell'appropriatezza e della piena attuazione degli strumenti di controllo relativi agli eventi rischiosi;

il livello minimo trasparenza;

la complessità e scarsa chiarezza della regolamentazione, al pari dell'eventuale eccessività della stessa;

l'esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;

la scarsa responsabilizzazione interna;

l'inadeguatezza del personale addetto ai processi;

l'inadeguata diffusione della cultura della legalità.

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

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

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

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

a) scegliendo un approccio valutativo;

b) individuando i criteri di valutazione;

c) rilevando i dati e le informazioni;

d) formulando un giudizio sintetico e motivato.

#### a) Scelta dell'approccio valutativo

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

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

Le tecniche che si intendono adottare sono le seguenti:

Brainstorming: Tecnica utilizzata per incoraggiare il pensiero immaginativo

Root cause analysis: l'obiettivo di tale tecnica consiste nell'identificare e analizzare la radice o la causa di un evento rischioso, anziché trattare solo i sintomi. Prevede la raccolta e l'analisi di dati ed evidenze relative alla criticità rilevata. Tale analisi partirà dai cosiddetti segnalatori di criticità, ovvero meccanismi di controllo che consistono in un raffronto tra le operazioni correnti e parametri di riferimento (standard). Una volta che si superano i livelli prefissati, è necessario che l'evento venga valutato e, se del caso, formulata una risposta correttiva.

#### b) Individuazione dei criteri di valutazione

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

livello di interesse "esterno": la presenza di interessi, anche economici, rilevanti e di benefici per i destinatari del processo determina un incremento del rischio;

grado di discrezionalità dei decisori aziendali;

manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo o nelle attività esaminate assumendo a riferimento non solo la realtà aziendale ma anche enti similari;

livello di collaborazione del responsabile del processo o dell'attività nelle fasi di costruzione, aggiornamento e monitoraggio del PTPCT;

grado di attuazione delle misure di trattamento.

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

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

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

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

- i reati contro la PA;

- il falso e la truffa, con particolare riferimento alle truffe aggravate all'amministrazione (artt. 640 e 640 bis c.p.);

- i procedimenti aperti per responsabilità amministrativo/contabile (Corte dei Conti);

- i ricorsi amministrativi in tema di affidamento di contratti pubblici.

Tali dati possono essere reperiti dalla UO Affari Legali o dall'Ufficio Procedimenti Disciplinari e dalla UO Gestione Approvvigionamenti Beni, Servizi e Logistica/Servizio Tecnico e Manutenzioni. Si può ricorrere

anche alle banche dati on-line già attive e liberamente accessibili (es. es. Banca dati delle sentenze della Corte dei Conti, Banca dati delle sentenze della Corte Suprema di Cassazione);

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

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

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

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

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

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

### **3.2.7 La ponderazione del rischio**

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

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

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

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

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

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

|  | Criteria | Value |
|--|----------|-------|
|--|----------|-------|

|                   |                           |   |
|-------------------|---------------------------|---|
| Probabilità       | Discrezionalità           | 1 = se esiste una discrezionalità molto bassa (tutti i parametri o la fase / azione sono ben definiti e scrivono in documenti e procedure sia in PA)<br>4 = se esiste un'elevata discrezionalità (esiste un alto livello di discrezione, non ci sono procedure da seguire o regole generali)        |
|                   | Rilevanza Esterna         | 1 = se esiste una rilevanza esterna molto elevata (cioè esiste un altro soggetto diverso da una PA)<br>4 = se esiste una rilevanza esterna estremamente bassa (nessun altro è coinvolto, ad eccezione di un PA)   |
|                   | Complessità del processo  | 1 = se esiste una complessità molto bassa del processo (cioè il processo ha semplici passaggi e procedure facilmente verificabili)<br>4 = se esiste un'elevata complessità del processo (cioè il processo è così complesso che è molto difficile verificare la correttezza di tutti i passaggi)     |
|                   | Valore Economico          | 1 = se esiste un valore economico molto basso (cioè il processo ha un valore economico molto basso)<br>4 = se esiste un valore economico molto elevato (cioè il processo è così complesso che è molto difficile verificare la correttezza di tutti i passaggi)                                      |
|                   | razionalità del processo) | 1 = se esiste un'elevata segmentazione del processo (cioè ci sono diversi passaggi che devono essere passati e diversi dipendenti che devono essere coinvolti)<br>4 = se c'è una segmentazione molto bassa del processo (solo pochi passi possono essere fatti per arrivare alla fine del processo) |
|                   | Livello di Controllo      | 1 = se ci sono livelli molto elevati di controlli (cioè controlli frequenti e dettagliati)<br>4 = se vi sono livelli molto bassi di controlli (solo pochi passaggi)   |
|                   | Valore Medio              |   |
| Impatto           | Impatto Organizzativo     | se si verifica un evento di corruzione, l'organizzazione ha un effetto molto basso -1 o molto alto -4   |
|                   | Impatto Economico         | se si verifica un evento di corruzione, si ha un impatto molto basso -1 o molto alto -4 dal punto di vista economico  |
|                   | Impatto Reputazionale     | se si verifica un evento di corruzione c'è un impatto molto basso -1 o molto alto -4 dal punto di vista reputazionale   |
|                   | Valore Medio              |   |
| Indice di rischio | Rischio trascurabile      | inserire valore min e max   |
|                   | Rischio medio basso       | inserire valore min e max   |
|                   | Rischio rilevante         | inserire valore min e max   |
|                   | Rischio critico           | inserire valore min e max   |

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

### 3.2.8 Determinazione della classe di rischio

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

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

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

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

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

La scala di priorità degli interventi è riportata nella seguente tabella

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

### 3.2.9 Il trattamento del rischio

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

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

### **3.3 L'individuazione delle misure**

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

- controllo;
- trasparenza;
- definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento;
- regolamentazione;
- semplificazione;
- formazione;
- sensibilizzazione e partecipazione;
- rotazione;
- segnalazione e protezione;
- disciplina del conflitto di interessi;
- regolazione dei rapporti con i "rappresentanti di interessi particolari" (lobbies) ed etica comportamentale.

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

Presenza ed adeguatezza di misure e/o di controlli specifici pre-esistenti sul rischio individuato onde evitare stratificazioni (e conseguente non applicazione); verrà all'uopo effettuata un'analisi delle eventuali misure/controllo dei precedenti PTPCT per verificarne il livello di adeguatezza e quindi la possibilità di integrazione/implementazione, per procedere invece alla definizione di nuove misure solo in caso di assenza nei precedenti Piani.

Capacità di neutralizzazione dei fattori abilitanti il rischio. In considerazione del fatto che l'identificazione delle misure consegue alla comprensione dei fattori abilitanti l'evento rischioso, ove si dovesse ad esempio riscontrare che il fattore abilitante di un evento rischioso discende da carenza dei controlli, si procederà all'attivazione di una nuova procedura di controllo o al rafforzamento di quelle già presenti.

Sostenibilità economica e organizzativa delle misure. Nella identificazione delle misure di prevenzione ci si atterrà a canoni di efficacia e di adeguatezza organizzativa tenendo alla previsione - per ogni evento rischioso rilevante e per ogni processo organizzativo significativamente esposto al rischio - di una misura potenzialmente efficace, con preferenza alla misura con il miglior rapporto costo/efficacia.

Adattamento alle caratteristiche specifiche dell'organizzazione. Si terrà in debita considerazione l'incidenza che l'assetto organizzativo aziendale può avere sull'effettiva adeguatezza ed efficacia delle misure calibrando misure generali e misure specifiche.

Gradualità delle misure rispetto al livello di esposizione del rischio residuo. L'implementazione delle misure esistenti verrà opportunamente graduata tenendo presente che maggiore è il livello di esposizione

dell'attività al rischio corruttivo non presidiato dalle misure già esistenti, più analitiche e robuste dovranno essere le nuove misure.

### 3.3.1 La programmazione delle misure

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

fasi (e/o modalità) di attuazione della misura;

tempistica di attuazione della misura e/o delle sue fasi;

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

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

Tabella - Indicatori di monitoraggio per tipologia di misura

| Tipologia di misura   | Esempi di indicatori  |
|---|---|
| misure di controllo   | numero di controlli effettuati su numero di pratiche/provvedimenti/etc  |
| misure di trasparenza   | presenza o meno di un determinato atto/dato/informazione oggetto di pubblicazione   |
| misure di definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento; | numero di incontri o comunicazioni effettuate   |
| misure di regolamentazione  | verifica adozione di un determinato regolamento/procedura   |
| misure di semplificazione   | presenza o meno di documentazione o disposizioni che sistematizzino e semplifichino i processi  |
| misure di formazione  | numero di partecipanti a un determinato corso su numero soggetti interessati;<br>risultanze sulle verifiche di apprendimento (risultato dei test su risultato atteso) |
| misure di sensibilizzazione e partecipazione                                  | numero di iniziative svolte ed evidenza dei contributi raccolti   |

|   |   |
|---|---|
|   |   |
| misure di rotazione                             | numero di incarichi/pratiche ruotate sul totale   |
| misure di segnalazione e protezione             | presenza o meno di azioni particolari per agevolare, sensibilizzare, garantire i segnalanti                           |
| misure di disciplina del conflitto di interessi | specifiche previsioni su casi particolari di conflitto di interessi tipiche dell'attività dell'amministrazione o ente |

### 3.4 Monitoraggio e riesame

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

L'inidoneità di una misura può dipendere da diversi fattori tra cui: l'erronea associazione della misura di trattamento all'evento rischioso dovuta ad una non corretta comprensione dei fattori abilitanti; una sopravvenuta modificazione dei presupposti della valutazione (es. modifica delle caratteristiche del processo

o degli attori dello stesso); una definizione approssimativa della misura o un'attuazione meramente formale della stessa.

### 3.5 LE MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

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

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

Tra le misure di prevenzione della corruzione il Codice di comportamento riveste un ruolo importante, costituendo lo strumento che più di altri si presta a regolare le condotte dei funzionari e orientarle alla migliore cura dell'interesse pubblico, in una stretta connessione con i piani anticorruzione e con le carte dei servizi (in tal senso, delibera ANAC n.1074/2018).

Alla luce delle recenti modifiche aziendali e normative (D.P.R. n. 81 del 13 giugno 2023) l'RPCT, durante l'anno 2024 ha organizzato n. 2 incontri volti alla revisione dei Codici di Comportamento Aziendali (ex AORMN ed ex AV1) finalizzati all'adozione di un unico documento AST.

Il relativo Gruppo di lavoro costituito dal RPCT stesso, dai Direttori/Responsabili o delegati dell'Ufficio Procedimenti disciplinari (UPD), dell'UOC Gestione ed Amministrazione delle Risorse Umane, dell'UOC Professioni Sanitarie IOTR, dell'UO Affari Legali, dell'UOC Affari Istituzionali e Generali, UOC Direzione Medica di Presidio, Distretto e dal Responsabile per la Protezione dei Dati si è focalizzato sulla lettura collettiva dei Codici di Comportamento aziendali in vigore ( il codice di comportamento dell'Azienda Marche Nord adottato con determina n. 69 del 31/01/2022, e quello dell'Azienda ASUR adottato con determina del Direttore Generale ASUR n. 234 del 24/03/2022) ed ha raccolto le osservazioni dei componenti. Il Gruppo ha prodotto una proposta strutturata del nuovo Codice di Comportamento che evidenzia gli aspetti della nuova realtà aziendale fondendo in unico documento le peculiarità delle precedenti aziende e, quindi, tiene in considerazione le nuove esigenze e caratteristiche dell'AST Pesaro Urbino.

Il Codice è stato inoltre aggiornato alla luce della recente normativa in materia di utilizzo delle tecnologie informatiche, dei mezzi di informazione e *social media*.

Con delibera del Direttore Generale n.271/2024 il codice di comportamento del AST PU è stato adottato ed è consultabile nell'apposita sezione di Amministrazione Trasparente.

Tabella di Monitoraggio: Attuazione Codice di comportamento

| MISURE  | FASI/ATTIVITA' /MODALITA' DI ATTUAZIONE         | TEMPI/TERMINI   | RESPONSABILITA'                           |
|---|---|---|---|
| Attività di verifica sull'attuazione del del Codice | compilazione di apposita check list di verifica | 15 gennaio 2025   | Direttori/Dirigenti di ciascuna struttura |
| Formazione sul codice di comportamento              | Partecipazione formazione FAD                   | n.ro di personale partecipante alla formazione fad/totale del personale | Almeno il 90% entro il biennio 2025-2026  |

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

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

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.

Nel corso dell'anno 2024 l'RPCT - con il supporto delle Unità operative interessate dall'applicazione delle disposizioni normative e di attuazione in materia ed in primis della UO Gestione e Amministrazione delle Risorse Umane, ha revisionato le dichiarazioni di assenza di conflitto d'interesse da sottoporre ai commissari nelle procedure concorsuali.

Così come suggerito da ANAC nel PNA 2022-2024, pertanto, occorre considerare la dichiarazione da rendere al dirigente all'atto dell'assegnazione all'ufficio, secondo quanto previsto dal Codice di comportamento e del RUP per ogni gara.

Nell'anno 2024 al fine di modulare gli oneri delle strutture che effettuano appalti, si sono sviluppate due diverse ipotesi di attuazione del sistema delle dichiarazioni.

1. Per quanto concerne i contratti che utilizzano i fondi PNRR e fondi strutturali si ritiene che, in un'ottica di rafforzamento dei presidi di prevenzione, i dipendenti, per ciascuna procedura di gara in cui siano coinvolti, forniscano un aggiornamento della dichiarazione con le informazioni significative in relazione all'oggetto dell'affidamento (art. 42, co. 3, del Codice dei contratti pubblici). Vale evidenziare che tale soluzione è in linea con l'orientamento delle LLGG MEF adottate con la circolare n. 30/2022. Anche i soggetti esterni, cui sono affidati incarichi in relazione a uno specifico contratto, sono tenuti a rendere la dichiarazione per la verifica dell'insussistenza di conflitti di interessi. I dipendenti rendono la dichiarazione riferita alla singola procedura di gara al responsabile dell'ufficio di appartenenza e al RUP.
2. Per i contratti invece che non utilizzano fondi PNRR e fondi strutturali, resta fermo l'orientamento espresso da ANAC nelle LL.GG. n. 15/2019 che prevedono una dichiarazione solo al momento dell'assegnazione all'ufficio o dell'attribuzione dell'incarico. Resta fermo l'obbligo di rendere la dichiarazione ove i soggetti tenuti ritengano - alla luce dell'art. 6 del DPR n. 62/2013 e dei parametri specificati e individuati nel modello di dichiarazione di cui al § 3.2. infra - di trovarsi in una situazione di conflitto di interessi, anche potenziale, rispetto alla specifica procedura di gara e alle circostanze conosciute che potrebbero far insorgere detta situazione. Tale ultima dichiarazione dovrà essere aggiornata in caso di conflitti di interesse che insorgano successivamente nel corso delle diverse fasi della procedura di gara, ivi inclusa la fase esecutiva.

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

Inoltre nell'anno 2024 sono stati revisionati i moduli di dichiarazione di assenza di conflitto d'interesse dei Commissari di Commissione di concorso specificando nella dichiarazione casi specifici concreti di possibili conflitti d'interessi (con conseguente obbligo di astensione), tra i componenti della commissione e il candidato quale ad esempio un legame di frequentazione abituale ovvero rapporti di colleganza e/o di subordinazione o collaborazione (caratterizzato da intensità, assiduità e sistematicità) idonei ad alterare sensibilmente la par condicio tra i concorrenti, ovvero semplicemente la sussistenza di "gravi ragioni di convenienza", per cui è opportuno che gli interessati si astengano, al fine di evitare potenziali conseguenze quali il danno all'immagine di imparzialità dell'amministrazione nell'esercizio delle proprie funzioni.

Inoltre per diffondere la cultura della materia nel Piano della formazione aziendale anno 2024-2025 sono stati individuati specifici percorsi formativi e prevedere un'analisi dei potenziali conflitti d'interesse in ambito sanitario strutturato come segue:

1. sensibilizzazione del personale sul fenomeno "Conflitto d'interessi"

2. sviluppo di competenze di valutazione a favore della Dirigenza, al fine di identificare le casistiche di emersione del conflitto di interessi e sviluppare competenze di gestione del fenomeno
3. Elaborazione di un apposito documento disciplinante le fattispecie di conflitti e la predisposizione di adeguata modulistica
4. Diffusione della Policy aziendale a tutto il personale.

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

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

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

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

Per quanto riguarda il tema della tutela dell'imparzialità dell'azione amministrativa nei casi di conferimento di incarichi a consulenti, si sottolinea che l'art. 53 del d.lgs. 165 del 2001, come modificato dalla l. 190 del 2012, impone espressamente all'amministrazione di effettuare una previa verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi.

L'Azienda anche nell'anno 2024 in continuità con i precedenti anni ha svolto la verifica della insussistenza di situazioni di conflitto di interessi ai fini del conferimento dell'incarico di consulente risulta coerente con l'art. 2 del D.P.R. n. 62 del 2013, laddove è stabilito che le pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2, del d.lgs. 165/2001 estendono gli obblighi di condotta previsti dal codice di comportamento (e dunque anche la disciplina in materia di conflitto di interessi), per quanto compatibili, anche a tutti i collaboratori o consulenti, a qualunque titolo e qualunque sia la tipologia di contratto o incarico, ai titolari di organi e di incarichi negli uffici di diretta collaborazione delle autorità politiche (in tal senso, il Codice di comportamento aziendale di cui alla richiamata determina DG 271/2024).

Pertanto in riferimento alla suddetta tipologia "consulenti e collaboratori", nell'ambito della presente sezione si assumono le seguenti misure relative all'accertamento della insussistenza di conflitti di interessi:

- predisposizione di modulo di dichiarazione di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi, con indicazione dei soggetti (pubblici o privati) presso i quali l'interessato ha svolto o sta svolgendo incarichi/attività professionali o abbia ricoperto o ricopra cariche;
- rilascio della dichiarazione di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi da parte del diretto interessato, prima del conferimento dell'incarico di collaborazione o di consulenza;
- aggiornamento, con cadenza periodica (da definire in fase di predisposizione/perfezionamento del contratto in relazione alla durata dell'incarico), della dichiarazione di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi;
- previsione, in fase di predisposizione/perfezionamento del contratto, del dovere dell'interessato di comunicare tempestivamente la situazione di conflitto di interessi insorta successivamente al conferimento dell'incarico;
- la verifica delle suddette dichiarazioni è effettuata a cura della Unità operativa cui è affidata l'istruttoria dell'atto di incarico e, di norma, la UO Gestione ed Amministrazione delle Risorse Umane;

- la verifica è effettuata mediante consultazione di banche dati liberamente accessibili a tal fine e, comunque, tramite acquisizione di informazioni da parte dei soggetti indicati nelle dichiarazioni presso i quali gli interessati hanno svolto o stanno svolgendo incarichi/attività professionali o abbiano ricoperto o ricoprono cariche, previa informativa all'interessato;
- audizione degli interessati per chiarimenti sulle informazioni contenute nelle dichiarazioni o acquisite nell'ambito delle verifiche;
- controllo a campione da parte del RPCT della avvenuta verifica delle dichiarazioni di insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi e della relativa pubblicazione delle stesse ai sensi dell'art. 53, co. 14, d.lgs. 165/2001.

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

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

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

In caso di omissione delle dichiarazioni, da rendere secondo quanto previsto dal Codice di comportamento dei dipendenti pubblici (art. 6, d.P.R. n. 62/2013), o di mancata segnalazione di situazioni di conflitto di interessi, nonché laddove il dipendente non si astenga dal partecipare ad una procedura di gara, si configurerebbe per i dipendenti pubblici "un comportamento contrario ai doveri d'ufficio", sanzionabile disciplinarmente.

Tabella Monitoraggio: Conflitti di interessi

| MISURE  | FASI/ATTIVITA' /MODALITA' DI ATTUAZIONE | TEMPI/TERMINI         | RESPONSABILITA'  |
|---|---|-----------------------|--|
| Definizione delle fattispecie di conflitto di interessi (specificative di quelle generali) ed eventuale adeguamento di relativa modulistica<br>Sviluppo di una procedura informatizzata di acquisizione delle dichiarazioni di conflitto di interesse | Elaborazione documento                  | Nel biennio 2025-2026 | RPCT Aree omogenee<br>Personale, Appalti e manutenzioni tecniche e informatiche, Affari legali e Formazione e Direzione Amministrativa<br>Ospedaliera e Territoriale |

### 3.5.3 Inconferibilità e incompatibilità di incarichi

In relazione alle indicazioni normative di cui all'appendice Normativa (allegato 2), del presente piano, l'Azienda prevede in continuità con i precedenti piani, l'attuazione delle seguenti misure di competenza della UO Gestione ed Amministrazione delle Risorse Umane:

A) Dichiarazione sulla insussistenza di cause di inconferibilità

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

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

B) Dichiarazione sulla insussistenza di cause di incompatibilità

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Infine in merito alle cause d'inconferibilità e di incompatibilità il D. Lgs. 39/2013 fa esclusivo riferimento agli incarichi dirigenziali ed agli incarichi di funzione dirigenziale, quindi l'annoverabilità tra questi degli incarichi di posizione organizzativa va valutata caso per caso in ragione delle funzioni effettivamente svolte dalla P.O (così come specificato nella pagina internet FAQ ANAC – Delibere ANAC n. 159 del 27.02.2019 e n. 580 del 28.07.2021).

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

| MISURE  | FASI/ATTIVITA' /MODALITA' DI ATTUAZIONE  | TEMPI/TERMINI  | RESPONSABILITA'  |
|---|--|--|--|
| Acquisizione dichiarazione sull'insussistenza di cause di inconferibilità | Acquisizione della dichiarazione dal personale dirigenziale interessato e controlli sulla veridicità | Acquisizione al momento di conferimento dell'incarico<br>Controllo annuale | UO Gestione ed amministrazione Risorse Umane e UO Gestione del Personale |
| Acquisizione dichiarazione sull'insussistenza di cause di incompatibilità | Acquisizione della dichiarazione dal personale dirigenziale e controlli sulla veridicità             | Acquisizione annuale (entro il 31 gennaio/anno)<br>Controllo annuale       | UO Gestione ed amministrazione Risorse Umane e UO Gestione del Personale |
| Trasmissione esiti attività controllo al RPCT                             | Relazione annuale  | Entro il 15 dicembre   | UO Gestione ed amministrazione Risorse Umane e UO Gestione del Personale |

### 3.5.4 Svolgimento di incarichi d'ufficio – attività ed incarichi extra-istituzionali

In relazione alle indicazioni normative di cui all'appendice Normativa (allegato 2), del presente piano, si rappresenta che l'Azienda si è dotata di specifica disciplina in materia già a far tempo dalla determina DG n.638 del 23 settembre 2014 con cui è stato approvato il Regolamento in materia di incarichi extraistituzionali. A tale Regolamento è seguito relativo aggiornamento adottato con determina del Direttore Generale n.366 del 26 giugno 2019.

Risulta necessario predisporre un Regolamento Unico dell'autorizzazione degli incarichi extra al fine di uniformare la modulistica e quindi i comportamenti.

Con riferimento ai controlli sugli incarichi retribuiti, non compresi nei compiti e doveri d'ufficio, conferiti e autorizzati dall'Amministrazione, le Strutture di Gestione ed Amministrazione delle Risorse Umane dell'ex MN e del personale di ex AV1 sono tenute a svolgere controlli a campione, da effettuarsi annualmente nella misura del 10% del totale secondo tecniche di campionamento casuale, anche al fine di vagliare l'effettiva insussistenza di situazioni di conflitto di interessi tra l'incarico autorizzato e le funzioni svolte all'interno dell'Amministrazione.

Il controllo a campione si svolge secondo i seguenti criteri:

- numero degli incarichi autorizzati allo stesso dipendente;
- rilevanza economica dell'incarico autorizzato;
- inerenza dell'incarico ad aree a rischio corruzione;
- tipologia dell'incarico autorizzato;
- osservanza delle procedure interne relative all'autorizzazione o al conferimento dell'incarico;
- utilizzo degli appositi istituti contrattuali per lo svolgimento dell'incarico.

Gli esiti del controllo costituiscono oggetto di una relazione illustrativa annuale che viene trasmessa al RPCT a cura della Struttura che ha effettuato le verifiche.

**Tabella Monitoraggio: Incarichi extra-istituzionali**

| MISURE   | FASI/ATTIVITA' /MODALITA' DI ATTUAZIONE | TEMPI/TERMINI             | RESPONSABILITA'  |
|--|---|---------------------------|--|
| Adozione Regolamento Unico AST Pesaro Urbino e predisposizione della modulistica unica | adozione                                | 2025 adozione regolamento | UO Gestione ed amministrazione Risorse Umane e UO Gestione del Personale |

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

In relazione alle indicazioni normative di cui all'appendice Normativa (allegato 2), del presente piano, l'Azienda – anche in continuità con i precedenti PTPCT - adotta le seguenti misure:

- inserimento negli atti/contratti di assunzione del personale di specifiche clausole che prevedono il divieto di pantouflage (ossia divieto di prestare attività lavorativa - a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo - per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente);
- dichiarazione del dipendente da sottoscrivere al momento della cessazione dal servizio o dall'incarico, con cui lo stesso si impegna al rispetto del divieto di pantouflage (e ciò al fine di evitare eventuali contestazioni in ordine alla conoscibilità della norma);
- previsione nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti di contratti pubblici dell'obbligo per l'operatore economico concorrente di dichiarare di non avere stipulato contratti di lavoro o, comunque, attribuito incarichi a ex dipendenti pubblici in violazione del predetto divieto, in conformità a quanto previsto nei bandi-tipo adottati dall'Autorità ai sensi dell'art. 71 del d.lgs. n. 50/2016.

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

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

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

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

| MISURE  | FASI/ATTIVITA' /MODALITA' DI ATTUAZIONE   | TEMPI/TERMINI                                   | RESPONSABILITA'   |
|---|---|---|---|
| Inserimento negli atti/contratti di assunzione del personale di specifiche clausole che prevedono il divieto di pantouflage   | Adeguamento contratti   | Continuo  | UO Gestione ed amministrazione Risorse Umane e UO Gestione del Personale  |
| Inserimento di specifica clausola nei bandi e negli atti prodromici all'affidamento di contratti pubblici recante l'obbligo per l'operatore economico concorrente di dichiarare di non avere stipulato contratti di lavoro o comunque attribuito incarichi a ex dipendenti pubblici in violazione del predetto divieto, in conformità a quanto previsto nei bandi-tipo adottati dall'Autorità ai sensi dell'art. 71 del d.lgs. n. 50/2016 | Adeguamento contratti   | Continuo  | U.O.C.Acquisti E Logistica<br>U.O.C. Gestione Approvvigionamento Di Bene, Servizi E Logistica<br>U.O.C. Servizio Tecnico E Manutenzione<br>U.O.C.Patrimonio Nuove Opere E Attivia' Tecniche<br>U.O.C.Gestione Amm/Va Personale<br>Convenzionato E Strutture Accreditate<br>U.O.C. Direzione Amministrativa Ospedaliera<br>U.O.C. Direzione Amministrativa Di Presidio |
| Acquisizione informativa sul pantouflage dai dipendenti dirigenti che cessano dal rapporto di servizio  | Acquisizione informativa  | Un mese prima della cessazione del rapporto     | UO Gestione ed amministrazione Risorse Umane e UO Gestione del Personale  |
| Verifiche della violazione art. 53, comma 16-ter, del d.lgs. 30 marzo 2001, n. 165, a seguito di segnalazioni   | Verifiche e trasmissione esiti ad A.N.AC., uffici responsabili, O.I.V., U.P.D., Corte dei conti | In caso di ricezione di segnalazione ed esposti | RPCT  |

|            |  |  |  |
|------------|--|--|--|
| ed esposti |  |  |  |
|------------|--|--|--|

### 3.5.6 Rotazione del personale

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

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

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

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

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

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

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

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

Relativamente alle altre professioni sanitarie, come ad esempio i farmacisti e le professioni infermieristiche con funzioni di responsabilità e di coordinamento, il cui ruolo è strategico all'interno dell'organizzazione in quanto a gestione di risorse, costituendo gli stessi un anello determinante nella catena del processo decisionale (relativo ad esempio all'introduzione di farmaci e di dispositivi medici nella pratica clinica ed assistenziale), ANAC stessa segnala l'opportunità dell'applicazione del principio della rotazione ritenendo che vi siano margini di possibile applicazione. Al riguardo, evidenzia che in questo importante ambito

professionale la maturazione di expertise per settori specifici se, da un lato, può richiedere un periodo di tempo necessario per l'acquisizione della piena autonomia nell'esercizio della funzione, per altro verso, il meccanismo della rotazione, attuato attraverso gli adeguati strumenti di pianificazione e di graduazione delle competenze in proporzione ai livelli di responsabilità attribuiti, come ad esempio la previsione di periodi di affiancamento e di formazione specialistica per settore, consente di valorizzare il capitale professionale disponibile anche ai fini della valutazione delle performance individuali e dell'intera organizzazione.

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

La rotazione va quindi vista come una condizione prospettica da costruire attraverso la messa a punto di meccanismi aziendali orientati verso questa direzione (es. pianificazione pluriennale delle esigenze formative attraverso piani mirati a contrastare le tendenze di esclusività delle competenze e a favorire l'intercambiabilità) e collegati ai sistemi di gestione interni all'azienda sanitaria (quali ad esempio il sistema di valutazione delle performance ed il sistema di analisi dei potenziali delle risorse umane ovvero del "capitale professionale effettivo" e non quello legato alla rigida attribuzione delle funzioni).

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

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

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

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

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

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

A) L'applicazione della misura della rotazione in ambito aziendale deve tenere conto dei vincoli connessi all'assetto organizzativo dell'Azienda e della disponibilità di professionalità, dei vincoli e limiti posti dal CCNL e dalla normativa, dall'esito del confronto con le organizzazioni sindacali, dalle previsioni in atti a contenuto

generale e nei contratti, dall'attenta disamina e valutazione degli aspetti gestionali delle diverse Strutture/articolazioni organizzative aziendali.

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

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

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

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

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

rafforzare le misure di trasparenza – anche prevedendo la pubblicazione di dati ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione obbligatoria – in relazione al processo rispetto al quale non è stata disposta la rotazione;

prevedere modalità operative che favoriscano una maggiore compartecipazione del personale alle attività del proprio ufficio;

nelle aree relative ai Contratti Pubblici e di Acquisizione e Gestione del personale, potrebbero essere attuati meccanismi di condivisione delle fasi procedurali. Ad esempio, il funzionario istruttore può essere affiancato da un altro funzionario, in modo che, ferma restando l'unitarietà della responsabilità del procedimento a fini di interlocuzione esterna, più soggetti condividano le valutazioni degli elementi rilevanti per la decisione finale dell'istruttoria;

equilibrata articolazione dei compiti e delle competenze per evitare che l'attribuzione di più mansioni e più responsabilità in capo ad un unico soggetto esponga l'amministrazione a rischi di errori o comportamenti scorretti;

potrebbe essere programmata all'interno dello stesso ufficio una rotazione "funzionale" mediante la modifica periodica di compiti e responsabilità, anche con una diversa ripartizione delle pratiche secondo un criterio di causalità;

"doppia sottoscrizione" degli atti, dove firmano, a garanzia della correttezza e legittimità, sia il soggetto istruttore che il titolare del potere di adozione dell'atto finale.

Relativamente all'area di acquisizione e gestione del personale ed all'area di approvvigionamento di beni e servizi i rispettivi dirigenti hanno attestato anche per l'anno 2024 l'applicazione di talune misure alternative alla rotazione con analoga efficacia.

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

per pianificare l'assegnazione dei procedimenti amministrativi ai Responsabili del procedimento in funzione delle competenze dei propri collaboratori e dei requisiti professionali;

per verificare lo stato di avanzamento delle attività di competenza alla luce delle scadenze stabilite;

per valutare le cause /criticità che hanno determinato scostamenti dai termini fissati.

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

### 3.5.7 – La Rotazione “straordinaria”

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

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

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

Tabella monitoraggio: rotazione del personale

| MISURE  | FASI/ATTIVITA' /MODALITA' DI ATTUAZIONE | TEMPI/TERMINI | RESPONSABILITA'   |
|---|---|---------------|---|
| Monitoraggio rotazione incarichi nelle aree a rischio corruzione (P.N.A.) | Relazione                               | Annuale       | U.O.C.Acquisti E<br>Logistica<br>U.O.C. Gestione<br>Approvvigionamento Di<br>Bene, Servizi E<br>Logistica<br>U.O.C. Servizio Tecnico<br>E Manutenzione<br>U.O.C.Patrimonio Nuove<br>Opere E Attivia'<br>Tecniche<br>U.O.C.Gestione<br>Amm/Va Personale<br>Convenzionato E<br>Strutture Accreditate<br>U.O.C. Direzione<br>Amministrativa<br>Ospedaliera |

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
|  |  |  | U.O.C. Direzione<br>Amministrativa Di<br>Presidio<br>UO Gestione ed<br>amministrazione Risorse<br>Umane e UO Gestione<br>del Personale<br>U.O.C. Ingegneria<br>Clinica Ed Information<br>And Communication<br>Technology<br>Uoc Sistemi Informativi<br>U.O.C. Servizio<br>Informatico |
|--|--|--|---|

### 3.5.8 Patti di integrità negli affidamenti

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

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

Delle eventuali violazioni del patto d'integrità e dei conseguenti provvedimenti adottati deve essere data tempestiva comunicazione al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza, a tal proposito si è pronunciata ANAC con le Linee Guida n. 15 di cui alla delibera n. 494 del 5 giugno 2019.

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

Al riguardo si dà evidenza che nell'anno 2024 è stata redatta proposta di aggiornamento del dello schema del "Patto d'Integrità" ad oggi vigente.

Con il presente Piano, pertanto, l'AST PU approva il citato aggiornamento nella versione allegata (allegato 4).

Si precisa che lo schema approvato è da intendersi indicativo nei contenuti (strutturati già per essere alternativi ed eventuali) e vincolante per le finalità che si pone.

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

L'articolo 54 bis del Decreto legislativo 30 marzo 2001, n.165, introdotto dalla Legge Anticorruzione n.190/2012 e poi modificato dalla Legge n.179/2017, ha contemplato un primo sistema di garanzie a tutela

degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato, il cosiddetto *whistleblowing*.

Con l'approvazione del D.Lgs. 24/2023 il quadro di protezione offerto dall'ordinamento giuridico alla persona che segnala violazioni risulta ancor più ampliato e consolidato. Tale nuova disciplina contribuisce ad incrementare il livello delle azioni di contrasto ai fenomeni corruttivi garantendo, al contempo, la manifestazione della libertà di espressione e di informazione.

Come ulteriore misura per prevenire il rischio di corruzione, l'Azienda, ha adottato apposito "regolamento per la tutela del soggetto che segnala violazioni di cui sia venuto a conoscenza in ragione del proprio rapporto lavorativo con l'azienda (*whistleblower*") con determina del Direttore Generale dell'AST Pesaro Urbino n. 1168 del 20/10/2023 in coerenza con il D.Lgs. 24/2023 e delle Linee guida ANAC di cui alla Delibera n. 311 del 12 luglio 2023.

L'Azienda, aderendo al progetto WhistleblowingPA di Transparency International Italia e del Centro Hermes per la Trasparenza e i Diritti Umani e Digitali, mette a disposizione del segnalante apposita piattaforma informatica dotata di tecnica di crittografia; ciò per assicurare la riservatezza dell'identità del segnalante stesso e dei contenuti della relativa segnalazione.

Le caratteristiche di questa modalità di segnalazione sono le seguenti:

- la segnalazione viene fatta attraverso la compilazione di un questionario e può essere inviata in forma anonima. Se anonima, sarà presa in carico solo se adeguatamente circostanziata;
- la segnalazione viene ricevuta dal Responsabile per la Prevenzione della Corruzione (RPC) e da lui gestita mantenendo il dovere di confidenzialità nei confronti del segnalante;
- nel momento dell'invio della segnalazione, il segnalante riceve un codice numerico di 16 cifre che deve conservare per poter accedere nuovamente alla segnalazione, verificare la risposta dell'RPC e dialogare rispondendo a richieste di chiarimenti o approfondimenti;
- la segnalazione può essere fatta da qualsiasi dispositivo digitale (pc, tablet, smartphone) sia dall'interno dell'ente che dal suo esterno. La tutela dell'anonimato è garantita in ogni circostanza.

L'Azienda pertanto con il Regolamento di cui Determina del Direttore Generale dell'AST Pesaro Urbino n. 1168 del 20/10/2023 sopra ha attivato apposita procedura per la raccolta di segnalazione di illeciti e ha predisposto le azioni da adottare per rafforzare la garanzia dell'anonimato e la tutela da azioni discriminatorie nei confronti del c.d. whistleblower.

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

| MISURE                               | FASI/ATTIVITA' /MODALITA' DI ATTUAZIONE   | TEMPI/TERMINI | RESPONSABILITA' |
|--------------------------------------|---|---------------|-----------------|
| Analisi delle segnalazioni pervenute | Report consuntivo anche ai fini della predisposizione della relazione annuale A.N.AC. | Annuale       | RPCT            |

### **3.5.10 Incarichi dirigenziali**

Va evidenziato che già il PNA 2016 poneva attenzione sulle procedure di conferimento degli incarichi dirigenziali (valutazione, revoca o conferma degli stessi), evidenziando che tale ambito si configura, nel servizio sanitario, tra le aree a "rischio generale" come peraltro già rilevato nella precedente determinazione ANAC del 28 ottobre 2015, n. 12.

Nel richiamare le diverse tipologie di incarichi previsti dai CCNL della dirigenza sanitaria, ANAC si è soffermata sui Direttori di Dipartimento e sui Responsabili di strutture semplici.

Riguardo ai Direttori di Dipartimento ed alle relative procedure di conferimento dell'incarico, le aziende sanitarie sono invitate ad orientare le opportune misure di prevenzione seguendo alcune indicazioni:

- a) esplicitazione della conformità del procedimento alle previsioni dell'Atto aziendale ed agli indirizzi di programmazione regionale;
- b) predeterminazione dei criteri di scelta;
- c) esplicitazione, negli atti di nomina, della motivazione della scelta in relazione ai requisiti professionali, ai compiti affidati e alla pregressa performance della struttura dipartimentale;
- d) pubblicazione degli atti del procedimento.

Relativamente agli incarichi di struttura semplice, le indicazioni riguardano:

- a) verifica della conformità del procedimento alle previsioni dell'Atto aziendale ed agli indirizzi di programmazione regionale;
- b) pubblicazione delle unità operative semplici per le quali va conferito l'incarico;
- c) avvio della procedura selettiva tramite pubblicazione di avviso/bando pubblico indicante i requisiti soggettivi richiesti;
- d) costituzione di apposita Commissione di valutazione;
- e) predeterminazione dei criteri di selezione;
- f) esplicitazione, negli atti di nomina, della motivazione sottesa alla scelta in relazione ai requisiti di partecipazione e ai criteri di selezione;
- g) pubblicazione degli atti del procedimento.

Per tutti i casi in cui si avvii una procedura selettiva pubblica, con costituzione di apposita Commissione, ANAC ha evidenziato altresì la necessità di applicare il criterio di rotazione ai fini della nomina dei componenti della Commissione richiedendo agli stessi dichiarazione di insussistenza di incompatibilità o di conflitto di interesse.

Si ritiene che vengono pubblicati tutti gli incarichi, in linea con quanto riportato testualmente nella linea guida ANAC 241/2017 (par. 2.3).

Tale misura prevista già nei Piani precedenti è stata ritenuta obbligatoria, nelle more di un regolamento AST di Pesaro Urbino sull'assegnazione di incarichi di facente funzione per cui tale misura di trasparenza, risulta adeguata a ridurre il rischio, del processo affidamento incarico, identificato da ANAC nel PNA 2015 (delibera ANAC n. 12/2015 allegato 6 pag 44)- mancata messa a bando della posizione dirigenziale per ricoprirlo tramite incarichi ad interim o utilizzando lo strumento del facente funzione – quale misura più efficace dal punto di vista organizzativo nel contesto interno dell'ex Azienda Marche Nord.

Al riguardo è opportuno infatti che i Piani introducano misure di trasparenza ulteriori, per ridurre i rischi, a quelle già previste dall'art. 41, co. 2 del d.lgs. 33/2013, ai sensi del quale sussiste 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, , nonché gli atti di conferimento.

In Tale Piano si intende avviare l'implementazione di ulteriori misure a presidio della correttezza amministrativa, tese ad evitare carenze di motivazione nell'individuazione dei titolari degli incarichi, al fine di determinare una procedura atta a garantire le condizioni di un trasparente ed imparziale esercizio dell'attività amministrativa con un uso adeguatamente motivato dell'esercizio del potere discrezionale di scelta..

Nello specifico verrà mappato il processo "conferimenti incarichi dirigenziali di struttura complessa, semplice e semplice a valenza dipartimentale e facenti funzione, nonché gli incarichi a soggetti esterni", a rischio alto, con l'indicazione dei fattori rischio, i soggetti responsabili e le relative misure specifiche e le tempistiche.

In particolare,

Rischi: Uso non trasparente e adeguatamente motivato dell'esercizio del potere discrezionale di scelta.

Misure: Adozione di apposito Regolamento dell'AST che preveda l'Esplicitazione, e le motivazioni della conformità dell'incarico alle previsioni dell'atto aziendale ed agli indirizzi di programmazione regionale; Predeterminazione dei criteri di scelta in coerenza con la normativa di settore; Esplicitazione, della motivazione sottesa alla scelta in relazione ai requisiti professionali, ai compiti affidati e alla pregressa performance individuale e di performance organizzativa al fine di delineare il perimetro di valutazione rispetto anche al raggiungimento degli obiettivi di miglioramento che la struttura si pone; pubblicazione degli atti del procedimento; Monitoraggio di 2 livello da parte dell'RPCT degli incarichi attribuiti tramite la predisposizione di un report annuale degli incarichi dirigenziali affidati senza procedura (con indicazione del soggetto individuato, dell'oggetto, dell'importo del compenso e della motivazione che hanno condotto al mancato espletamento della procedura selettiva ), nonché dell'evidenza di eventuali sostituzioni della dirigenza (Delibera ANAC 982/2019 )

Rischio: Assenza di presupposti programmatori e/o di una verifica delle effettive carenze organizzative con il rischio di frammentazioni di unità operative ed aumento artificioso delle posizioni da ricoprire; Mancata messa a bando della posizione dirigenziale da ricoprire ricorrendo all'incarico ad interim; Accordi per l'attribuzione; Eccessiva discrezionalità nella valutazione.

Misure specifiche: Pubblicità dei bandi e dei criteri specifici di valutazione; Trasparenza attraverso pubblicazione sul sito aziendale criteri di individuazione dei membri delle commissioni esaminatrici ove previste e verifica delle dichiarazioni di assenza di incompatibilità e conflitto di interesse; Controllo sulle dichiarazioni di assenza di incompatibilità e conflitti di interesse.

Quanto sopra proposto è raccomandato da ANAC, nell'aggiornamento del PNA 2015 e nel PNA 2016, indicando che il principio a cui ogni Azienda deve tendere è quello di dare evidenza dei processi di nomina e di conferimento degli incarichi in modo da assicurare il massimo livello di trasparenza e l'utilizzo di strumenti di valutazione che privilegino il merito e l'integrità del professionista aspirante all'incarico, al fine di garantire la tutela ed il perseguimento del pubblico interesse; ove 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 competenze professionali funzionali allo svolgimento dell'incarico, al fine anche di consentire opportune verifiche sul possesso dei requisiti e sul rispetto dei principi di trasparenza, rotazione ed imparzialità.

Tabella Monitoraggio: incarichi dirigenziali

| MISURE                        | FASI/ATTIVITA' /MODALITA' DI ATTUAZIONE | TEMPI/TERMINI         | RESPONSABILITA'                |
|-------------------------------|---|-----------------------|--------------------------------|
| Regolamento affidamento degli | Adozione regolamento                    | entro I semestre 2025 | UO Gestione ed amministrazione |

|           |  |  |  |
|-----------|--|--|--|
| incarichi |  |  | Risorse Umane e UO<br>Gestione del Personale<br>RPCT e gruppo di<br>Supporto |
|-----------|--|--|--|

### 3.5.11 Monitoraggio del rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti

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

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

Tabella Monitoraggio - rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti

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

### 3.5.12 Attività e comportamenti in caso di decesso di pazienti nelle Unità operative dei Presidi ospedalieri aziendali

Quest'area, già ritenuta di prioritaria importanza nell'aggiornamento del PNA 2015, era stata rilevata come tale nell'ambito dei precedenti PTPC aziendali, con l'impegno di effettuare un'attenta disamina in merito tenuto conto delle rilevanti implicazioni sia di natura etica che economica – anche coinvolgenti gli operatori sanitari – connesse alla commistione di molteplici interessi (anche esterni) incidenti su questo particolare ambito.

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

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

Le misure, sia nel caso di gestione esternalizzata che internalizzata, devono essere rivolte a rafforzare gli strumenti di controllo nei confronti degli operatori coinvolti (interni ed esterni) in ordine alla correttezza, legalità ed eticità nella gestione del servizio. Al riguardo, una possibile misura rivolta agli operatori interni è costituita dalla rotazione del personale direttamente interessato e dall'adozione di specifiche regole di condotta all'interno dei codici di comportamento, come ad esempio, obblighi di riservatezza relativi all'evento del decesso cui devono attenersi gli operatori addetti al servizio. Per gli operatori esterni, una possibile misura è costituita dal monitoraggio dei costi e tempi di assegnazione (anche al fine di riscontrare eventuali proroghe ripetute e/o una eccessiva concentrazione verso una stessa impresa o gruppo di imprese) del servizio di camere mortuarie.

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

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

### 3.5.13 Adozione di strumenti operativi di antiriciclaggio

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- a) procedimenti finalizzati all'adozione di provvedimenti di autorizzazione o concessione;
- b) procedure di scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi secondo le disposizioni di cui al codice dei contratti pubblici;
- c) procedimenti di concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzioni di vantaggi economici di qualunque genere a persone fisiche ed enti pubblici e privati.»

L'Azienda Sanitaria Territoriale pertanto è tenuta, in attuazione della predetta normativa a collaborare con le autorità competenti in materia di lotta al riciclaggio, individuando e segnalando le attività e fatti rilevanti che potrebbero costituire sospetto di operazioni di riciclaggio.

Oltre a delineare le procedure operative atte a garantire un tempestivo assolvimento degli obblighi di comunicazione verso l'Unità di Informazione Finanziaria - U.I.F., l'Amministrazione provvede annualmente alla formazione del personale dell'Ente e dei referenti coinvolti, raccoglie le segnalazioni. Nel corso del triennio verrà effettuata apposita formazione a tutti gli attori interessati e con i Dirigenti dell'area appalti beni servizi e lavori verranno elaborate apposite check list di indicatori di anomalia più rilevanti e pertinenti al nostro contesto interno (risk based approach).

| MISURE   | FASI/ATTIVITA' /MODALITA' DI ATTUAZIONE | TEMPI/TERMINI    | RESPONSABILITA'                             |
|--|---|------------------|---|
| Elaborazione regolamento aziendale antiriciclaggio | Adozione regolamento                    | Entro 30/12/2025 | RPCT U.O.C. Affari Istituzionali E Generali |

### 3.5.14 Controlli nelle strutture convenzionate

Il servizio sanitario pubblico ha l'obiettivo e la necessità di garantire il benessere delle persone e di fornire cure sanitarie universali. La collaborazione pubblico/privato si basa principalmente sulle convenzioni stipulate con strutture accreditate per prestazioni con livello assistenziale e tariffario predeterminato con specifica Delibera regionale.

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

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

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

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

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

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

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

L'attività ispettiva per il rilascio delle autorizzazioni è eseguita dai soggetti indicati nell'art. 9, comma 2 della L.R. 21/2016 per le strutture di cui all'art. 7 della stessa legge.

Per quanto riguarda i convenzionamenti tra strutture accreditate ed ex ASUR, essi avvengono:

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

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

La contrattazione in ASUR deve essere strutturata in modo trasparente da parte di tutti i soggetti coinvolti, costituendo la fase determinante del rapporto con i soggetti accreditati.

In questa fase è fondamentale garantire l'effettiva erogazione degli standard assistenziali previsti dalla normativa regionale per evitare i rischi di concorrenza sleale come l'erogazione di prestazioni, a parità di costo, con differenti livelli di qualità.

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

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

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

Le misure specifiche per la fase contrattuale prevedono pertanto l'individuazione degli elementi di discrezionalità dell'ASUR, al fine di porre le misure più adeguate per la corretta esplicazione dell'attività negoziale.

Le misure di prevenzione della corruzione dovrebbero infatti risultare proporzionate sia al grado di discrezionalità, sia alla dimensione assunta dal privato accreditato nella Regione.

A tal riguardo, nella definizione a livello aziendale dei criteri di distribuzione delle risorse ai soggetti accreditati e contrattualizzati, devono essere presi in considerazione, oltre al dato storico, anche le performance clinico-assistenziali, in termini di volumi ed esiti, delle prestazioni rese. Tali criteri devono essere comunque resi pubblici.

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

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

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

Il controllo è rivolto a garantire in particolare:

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

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

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

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

Si precisa che con legge del 2022 sono state apportate modifiche al decreto Legislativo n. 502 del 1992. L'approvazione del Decreto Ministero della Salute del 19 dicembre 2022 infine ha perimetrato il campo di applicazione, e ha dettagliato le attività finalizzate all'individuazione del soggetto privato contraente nell'accordo quadro, con particolare riferimento alle verifiche per la selezione dei soggetti privati di cui all'allegato B del predetto decreto.

La Regione Marche con DGRM n. 900 del 26 giugno 2023 ha approvato le fasi preliminari per l'adeguamento alle disposizioni di cui all'art. 8 quater e 8 quinquies del d. lgs 502/1992 e per l'attuazione del Decreto del Ministero della Salute 19 dicembre 2022 contenute nell'allegato A alla DGRM citata.

Misure definite:

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

### **3.5.15 Controlli PNRR**

L'art. 22 del Regolamento (UE) 2021/241, istitutivo del Dispositivo per la Ripresa e la Resilienza, al fine di garantire la prevenzione, l'individuazione e la rettifica delle frodi, dei casi di corruzione, dei conflitti di interessi ed evitare il doppio finanziamento, impone agli Stati Membri di adottare tutte le opportune misure volte a tutelare gli interessi finanziari dell'Unione e l'utilizzo dei fondi in conformità alla normativa europea e nazionale applicabile.

Allo scopo di assicurare il rispetto dei requisiti, delle condizionalità e dei principi trasversali del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), ivi incluso il principio di non arrecare danno significativo all'ambiente (DNSH), lungo la filiera di attuazione delle Misure è emersa la necessità di consolidare degli elementi di monitoraggio e controllo sotto la responsabilità dei diversi attori coinvolti (Amministrazione centrale titolare dell'intervento, Soggetto Attuatore e Soggetto delegato).

In tal senso questa Amministrazione, in qualità di delegato dal soggetto attuatore del PNRR, ha proceduto al processo di autocontrollo e verifica degli elementi sopra citati destinati alle attività propedeutiche, alla predisposizione e approvazione di un Avviso/Bando ovvero di altra documentazione di gara tramite strumenti (Checklist e/o modelli di Attestazioni e Dichiarazioni) di riferimento a Misure finanziate in tutto o in parte con il PNRR.

Pertanto, in linea con le disposizioni di cui al D.L. n. 77/2021, convertito con legge n. 108 del 20/07/2021, nonché con le disposizioni di cui alla circolare n.30 dell'11/08/2022 emanata dal Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato, in fase di predisposizione ed approvazione di un Avviso/ Bando di gara, si è proceduto ad inserire specifiche prescrizioni /requisiti/condizionalità utili ad orientare le soluzioni tecniche e amministrative delle attività da realizzare, al fine di garantire il rispetto dei requisiti e delle specifiche condizionalità PNRR nell'ambito dell'intervento assegnato.

Al riguardo si riportano le misure adottate dalla scrivente AST Pesaro Urbino finalizzate al rispetto dei principi sotto riportati.

#### *Rispetto delle condizionalità PNRR*

- Monitoraggio circa la coerenza con gli elementi della programmazione previsti in sede di gara con il cronoprogramma dell'Intervento e del Progetto di riferimento (es. tempistiche di realizzazione, scadenza delle attività, tempi di rilascio prodotti);
- monitoraggio *in itinere* del corretto avanzamento dell'attuazione dell'intervento per la precoce individuazione di scostamenti e la messa in campo di azioni correttive.

#### *Rispetto del DNSH*

- acquisizione obbligatoria in sede di gara, di specifica check- list in ordine al rispetto del principio DNSH (Do No Significant Harm) di "non arrecare danno significativo all'ambiente" così come espressamente previsto dall'art. 18 comma 4 lett. d) del Regolamento UE 241/2021;

#### *Rispetto dei principi trasversali*

- acquisizione obbligatoria, in sede di gara, di attestazioni e/o relazioni in riferimento ai principi trasversali PNRR relativi al Progetto (parità di genere, politiche per i giovani, quota SUD ove applicabile), nonché previsione di specifiche sezioni del disciplinare dedicate all'inclusione di giovani e donne nella progettazione e realizzazione dei progetti.

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

- acquisizione obbligatoria, in sede di gara, delle seguenti dichiarazioni:

**Dichiarazione assenza conflitto di interessi** per gli O.E (cfr. attestazione inserita nell'ambito della **dichiarazione integrativa** dell'O.E.);

**Dichiarazione assenza conflitto di interesse soggetti/attori del processo di acquisto** (cfr. specifico modulo);

**Dichiarazione** contenente i dati necessari per **l'identificazione del titolare effettivo** (specifico modulo titolare effettivo dell'O.E.).

#### Modalità di controllo delle Misure Adottate

A questo punto, sulla scorta misure sopra esposte, la stazione appaltante, quale soggetto delegato, procede all'attività di controllo a carattere oggettivo e formale sulla regolarità delle procedure di gara per l'aggiudicazione ed esecuzione degli appalti attraverso le seguenti azioni:

#### **1.Compilazione Checklist di autocontrollo e caricamento delle stesse sul sistema Regis**

La "Checklist di autocontrollo per il Soggetto Attuatore" è stata strutturata al fine di consentire la verifica degli elementi necessari volti ad assicurare la conformità alla normativa comunitaria e nazionale di riferimento alla predisposizione degli Avvisi/Bandi ed altra documentazione di gara. Nello specifico, la stessa o si articola nei seguenti ambiti di controllo:

- verifica elementi minimi che assicurano il rispetto dei principi e degli obblighi del PNRR;
- verifica elementi minimi della procedura di gara;
- verifica di specifici aspetti e principi di carattere etico-giuridici;
- verifica elementi minimi della sezione "Obblighi del Soggetto Realizzatore";

**2.** Controllo presso le autorità competenti (tramite un sistema informativo aziendale) delle autodichiarazioni di assenza di conflitto di interessi (cfr format Attestazione) rese a cura dei soggetti/professionisti, aziendali e non, con funzioni tecniche svolte nell'ambito della procedura di gara e successiva esecuzione della fornitura.

Successivo caricamento delle attestazioni nell'apposita sezione del sistema Regis.

#### **3.Controllo, a cura dei professionisti aziendali, di quanto attestato dall'O.E. sul rispetto del principio DNSH ( cfr Check- list DNSH).**

Nella fase attuativa degli interventi è necessario dimostrare che le attività siano state effettivamente realizzate senza arrecare un danno significativo agli obiettivi ambientali, in linea con l'articolo 17 del Regolamento (UE) 2020/852. Tali evidenze devono essere prodotte sia in sede procedure di affidamento che in sede di verifica e controllo della spesa. Operativamente, la stazione appaltante garantisce gli elementi di coerenza con gli orientamenti tecnici sull'applicazione del principio DNSH (2021/C58/01) facendo a tal

proposito riferimento alla "Guida operativa per il rispetto del principio di non arrecare danno significativo all'ambiente (cd. DNSH)" e relative Checklist schede tecniche, come previsto dalla recente Circolare.

Per assicurare il rispetto dei vincoli DNSH in fase di attuazione è opportuno che i Soggetti Attuatori/delegati:

- indirizzino, già nelle fasi di ideazione progettuale, gli interventi in maniera che essi siano conformi, inserendo gli opportuni richiami e indicazioni specifiche nell'ambito degli atti programmatici di propria competenza;

- adottino criteri conformi nelle gare di appalto per assicurare una progettazione e realizzazione adeguata;
- attestino, nelle fasi di rendicontazione delle spese e delle Milestone e Target, il rispetto delle condizioni collegate al principio del DNSH e producano la documentazione necessaria per eventuali controlli.

### **Controllo dei principi trasversali PNRR**

In merito ai principi trasversali (uguaglianza di genere, pari opportunità, tutela dei diversamente abili, protezione e valorizzazione dei giovani e superamento dei divari territoriali), il Soggetto delegato acquisisce le attestazioni inerenti al rispetto dei suddetti principi relativamente al progetto/proposta e prevede apposite sezioni su tali elementi di attenzione all'interno dell'Avviso/Bando ovvero altra documentazione di gara. Viene previsto un monitoraggio in itinere del corretto avanzamento dell'attuazione per la precoce individuazione di scostamenti e la messa in campo di azioni correttive.

Rispetto a tali principi occorre distinguere tra elementi di obbligatorietà, premialità e deroga. Le Linee guida prevedono l'applicazione di misure premiali e modelli di clausole all'interno dei bandi di concorso, differenziati in base a settore, tipologia e natura del progetto. Tra le decisioni più importanti si evidenzia l'obbligo di riservare il 30% delle assunzioni funzionali all'attuazione del contratto ai giovani con meno di 36 anni e alle donne.

Tutta la documentazione prodotta dall'Operatore Economico è conservata presso gli Uffici anche al fine di comprovare le attività svolte (in conformità al relativo procedimento amministrativo posto in essere) e, su richiesta dell'Amministrazione centrale titolare di intervento e/o dei competenti Organi di audit/controllo, metterla a disposizione e/o trasmetterla.

Inoltre, vige l'obbligo di provvedere al caricamento della stessa sul sistema informativo ReGIS.

### **Controllo sull'identificazione per l'identificazione del "Titolare effettivo" (cfr attestazione titolare effettivo)**

Come sopra accennato, secondo quanto previsto dall'Allegato alla Circolare MEF-RGS n. 30 dell'11 agosto 2022 - "Linee Guida per lo svolgimento delle attività di controllo e rendicontazione delle Misure PNRR di competenza delle Amministrazioni centrali e dei Soggetti attuatori", il Soggetto Attuatore, prima della pubblicazione dell'Avviso/Bando o altra documentazione di gara, deve accertarsi che il bando di gara per l'aggiudicazione degli appalti, preveda esplicitamente l'obbligo, da parte dei soggetti partecipanti, di fornire i dati necessari per l'identificazione del **titolare effettivo mediante la compilazione di apposito modulo**

•  
Nella disciplina in materia di contrasto al riciclaggio e al finanziamento del terrorismo, la raccolta di informazioni accurate e aggiornate sul titolare effettivo riveste una fondamentale importanza per risalire ad attività illecite che potrebbero nascondersi dietro strutture societarie.

Detta attività rappresenta una delle principali misure per la mitigazione di alcuni rischi in materia di compliance/antifrode tra cui il rischio di infiltrazioni mafiose o il rischio di riciclaggio di denaro, nonché un elemento fondamentale a supporto della verifica di eventuali conflitti d'interessi.

## CRITERI PER L'INDIVIDUAZIONE DEL TITOLARE EFFETTIVO

In tema di individuazione del titolare effettivo è necessario fare riferimento al d.lgs. n. 231/2007 (art. 2 Allegato tecnico) e al d.lgs. n.125 del 2019. Comunemente è possibile identificare l'applicazione di 3 criteri alternativi per l'individuazione del titolare effettivo:

1. **criterio dell'assetto proprietario:** sulla base del presente criterio si individua il titolare/i effettivo/i quando una o più persone detengono una partecipazione del capitale societario superiore al 25%. Se questa percentuale di partecipazione societaria è controllata da un'altra entità giuridica non fisica, è necessario risalire la catena proprietaria fino a trovare il titolare effettivo;

2. **criterio del controllo:** sulla base di questo criterio si provvede a verificare chi è la persona, o il gruppo di persone, che tramite il possesso della maggioranza dei voti o vincoli contrattuali, esercita maggiore influenza all'interno del panorama degli shareholders.

Questo criterio è fondamentale nel caso in cui non si riuscisse a risalire al titolare effettivo con l'analisi dell'assetto proprietario (cfr. punto 1);

3. **criterio residuale:** questo criterio stabilisce che, se non sono stati individuati i titolari effettivi con i precedenti due criteri, quest'ultimo vada individuato in colui che esercita poteri di amministrazione o direzione della società.

Solo ed esclusivamente nel caso in cui, anche attraverso l'applicazione dei tre criteri sopradescritti, non sia possibile risalire al titolare effettivo, si potrà valutare di utilizzare la casistica definita quale "assenza di titolare effettivo".

| MISURE  | FASI/ATTIVITA' /MODALITA' DI ATTUAZIONE | TEMPI/TERMINI     | RESPONSABILITA'  |
|---|---|-------------------|--|
| Monitoraggio sistematico del rispetto dei tempi di progettazione della gara e della fase realizzativa dell'intervento | Verifica a campione dei casi anomali    | Almeno semestrale | U.O.C.Acquisti E Logistica<br>U.O.C. Gestione Approvvigionamento Di Bene, Servizi E Logistica<br>U.O.C. Servizio Tecnico E Manutenzione<br>U.O.C.Patrimonio Nuove Opere E Attivia' Tecniche<br>U.O.C. Ingegneria Clinica Ed Information And Communication Technology<br>Uoc Sistemi Informativi<br>U.O.C. Servizio Informatico |

### 3.5.16 Sviluppo di Sistemi di Misurazione delle misure di prevenzione relative al processo di acquisizione di beni e servizi.

L'Azienda ritiene importante presidiare con misure di prevenzione adeguate gli affidamenti per l'acquisizione di beni e servizi attraverso la misurazione di indicatori che possano misurare come vengono spesi i soldi pubblici in quali opere e in quali servizi attraverso quali e quanti fornitori.

Nella tabella che segue sono identificate, possibili criticità e misure per mitigarle e misurare la loro adeguatezza.

| <b>Norma</b>  | <b>Possibili eventi rischiosi</b>  | <b>Possibili Misure</b>   | <b>Responsabilità e modalità del Controllo</b>   |
|---|--|---|--|
| <p>Art. 50, d.lgs. 36/2023 Appalti sotto soglia comunitari a</p> <p>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.</p> | <p>Possibile incremento del rischio di frazionamento artificioso oppure che il calcolo del valore stimato dell'appalto sia alterato in modo tale da non superare il valore previsto per l'affidamento diretto.</p> <p>Possibili affidamenti ricorrenti al medesimo operatore economico della stessa tipologia di <i>Common procurement vocabulary</i> (CPV), quando, in particolare, la somma di tali affidamenti superi la soglia di 140 mila euro.</p> | <p>Misurazione di indicatori di anomalia elaborati attraverso la predisposizione delle basi dati:</p> <p>1) analisi di tutti gli affidamenti il cui importo è appena inferiore alla soglia minima a partire dalla quale non si potrebbe più ricorrere all'affidamento diretto. Ciò al fine di individuare i contratti sui quali esercitare maggiori controlli anche rispetto alla fase di esecuzione e ai possibili conflitti di interessi (nro affidamenti diretti di beni e servizi/totale degli acquisti di beni e servizi);</p> <p>2) analisi degli operatori economici per verificare quelli che in un determinato arco temporale risultano come gli affidatari più ricorrenti (Valore economico affidamento diretto del 1 decile di fornitore/totale valore economico degli acquisti diretti);</p> <p>3) analisi, in base al <i>Common procurement vocabulary</i> (CPV), degli affidamenti posti in essere avvalendosi del sottosistema areas che del Portale dei dati aperti di ANAC, con specificazione di quelli fuori MePA e della piattaforma Maggioli per appalti di servizi e forniture. Ciò al fine di verificare se gli operatori economici aggiudicatari siano sempre i medesimi e se gli affidamenti della stessa natura siano stati artificialmente frazionati.</p> <p>individuare i contratti sui quali esercitare maggiori controlli anche rispetto alla fase di esecuzione e ai possibili conflitti di interessi (ad esempio, tramite un campione rappresentativo del 10% di quegli affidamenti di valore appena inferiore alla soglia minima per intercettare eventuali frazionamenti e/o affidamenti ripetuti allo stesso o.e. e verificare anche il buon andamento della fase</p> | <p>RPCT e Gruppo si supporto</p> <p>Verifiche a campione al fine di individuare i contratti sui quali esercitare maggiori controlli anche rispetto alla fase di esecuzione e ai possibili conflitti di interessi (ad esempio, tramite un campione rappresentativo del 10% di quegli affidamenti di valore appena inferiore alla soglia minima per intercettare eventuali frazionamenti e/o affidamenti ripetuti allo stesso fornitore e verificare anche il buon andamento della fase di esecuzione.</p> |

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
|   |   | esecutiva).   |   |
|   | 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.  | <i>Link</i> 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. 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.  | Direttore UOC Acquisizione Beni e Servizi e Servizio tecnico<br><br>Rendicontazione all'RPCT  |
|   | Affidamento degli incarichi di RUP al medesimo soggetto per favorire specifici operatori economici  | Previsione di procedure interne che individuino criteri oggettivi di rotazione nella nomina del RUP   |   |
| 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<br><br>tracciamento degli operatori economici per verificare quelli che in un determinato arco temporale risultano come gli affidatari più ricorrenti (Rotazione dei fornitori da procedure in affidamento diretto/ proporzione di contratti aggiudicati alla stessa azienda) | Direttore UOC Acquisizione Beni e Servizi e Servizio tecnico<br><br>RPCT e Gruppo di supporto |

## **3.6 LA TRASPARENZA**

### **3.6.1 La misura della trasparenza**

Ai sensi dell'art. 10 del D.Lgs. n. 33 del 14 marzo 2013, tenuto conto delle indicazioni contenute nel PNA (Determinazione ANAC n. 12/2015), la presente sottosezione relativa alla Trasparenza è rivolta anche a cittadini, enti e soggetti interessati, in quanto sono esplicitate le modalità d'accesso, previa pubblicazione sul sito istituzionale [www.asur.marche.it](http://www.asur.marche.it), alla sezione "Amministrazione Trasparente" declinata per ogni AST e nel sito [www.ospedalimarchenord.it](http://www.ospedalimarchenord.it), dei documenti, delle informazioni e dei dati concernenti

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

In particolare sono specificati i responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti e delle informazioni relative alla normativa sulla trasparenza, organizzati secondo uffici periferici ed evidenzia le proposte operative per il prossimo triennio, tenendo conto delle ultime Linee Guida emanate dall'ANAC.

I responsabili dell'elaborazione e della pubblicazione dei dati dovranno osservare i criteri di qualità delle informazioni pubblicate sul nuovo Sito istituzionale ai sensi dell'art. 6, co. 3 del D.Lgs. 97/2016:

- integrità, costante aggiornamento, completezza, tempestività, semplicità di consultazione, comprensibilità, omogeneità, facile accessibilità, conformità ai documenti originali, indicazione della provenienza e riutilizzabilità.

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

Restano valide le indicazioni già fornite nell'allegato 2 della delibera ANAC n. 50/2013 con riferimento ai requisiti di completezza, formato e dati di tipo aperto.

Per quanto riguarda la durata ordinaria di pubblicazione, è fissata in 5 anni, decorrenti dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione (co.3), fatti salvi i diversi termini previsti dalla normativa per specifici obblighi (art. 14, co. 2 e art. 15, co.4) e quanto già previsto in materia di tutela dei dati personali e sulla durata della pubblicazione collegata agli effetti degli atti pubblicati.

Trascorso il quinquennio o i diversi termini sopra richiamati, gli atti, i dati e le informazioni non devono essere conservati nella sezione archivio del sito, ma possono essere oggetto di istanza accesso civico ai sensi dell'art. 5 del D.Lgs. n.33/2013.

L'implementazione e l'aggiornamento delle informazioni nelle singole sotto-sezioni della sezione "Amministrazione Trasparente" sono a cura sia degli Uffici Periferici dell'AST PU per le parti di rispettiva competenza, come già previsto dai precedenti Programmi triennali dell'es ASUR e dell'ex AOMN, secondo la Griglia allegata degli obblighi di pubblicazione ulteriormente aggiornata con l'indicazione delle strutture responsabili rispetto allo schema generale di riferimento di cui all'allegato 1 della Delibera ANAC n. 1310 del 28/12/2016, che aggiorna l'elenco di cui al D.Lgs. n. 33/2013 (all. 5.1 uffici periferici ex AOMN e 5.2 uffici periferici ex AV1).

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

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

Da sottolineare la presenza anche della pagina dedicata al PNRR al link <https://www.ospedalimarchenord.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/attuazione-misure-pnrr/>, secondo le modalità indicata dalla RGS per le amministrazioni centrali titolari di interventi.

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

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

Creazione all'interno di ogni sottosezione di amministrazione trasparente del sito istituzionale [www.asur.marche.it](http://www.asur.marche.it) di nuove corrispondenti cartelle per l'anno 2023;

Gli editor di ex AOMN continueranno - ognuno per gli ambiti di competenza di cui all'allegato 3° - ad effettuare le proprie pubblicazioni nelle specifiche sottosezioni del sito web [www.ospedalimarchenord.it](http://www.ospedalimarchenord.it) accessibili attraverso apposito link creato nella corrispondente cartella di cui al punto 1;

Gli editor di ex AV1 dovranno - ognuno per gli ambiti di competenza di cui all'allegato 3B - effettuare le proprie pubblicazioni nelle specifiche cartelle di cui al punto 1 accessibili attraverso apposito link creato nelle corrispondenti sottosezioni del sito [www.ospedalimarchenord.it](http://www.ospedalimarchenord.it).

Nel corso dell'anno 2024 alcune sezioni quali sovvenzioni e contributi, e strutture Accreditate, e registro degli accessi sono state trasferite nelle sottosezione web [www.ospedalimarchenord.it](http://www.ospedalimarchenord.it), al fine di facilitare poi la migrazione nel nuovo sito Web dell'AST PU

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **3.6.2.1 La Trasparenza dei contratti pubblici a seguito dell'entrata in vigore del D.lgsn. 36/2023**

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

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

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

pubblici presso l'ANAC e alla banca dati delle amministrazioni pubbliche ai sensi dell'articolo 2 del decreto legislativo 29 dicembre 2011, n. 229, limitatamente alla parte lavori."

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

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

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

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

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

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

- a) Contratti con bandi e avvisi pubblicati prima o dopo il 1° luglio 2023 ed esecuzione conclusa entro il 31 dicembre 2023.

- b) Contratti con bandi e avvisi pubblicati prima o dopo il 1°luglio 2023 ma non ancora conclusi alla data del 31 dicembre 2023.
- c) 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 |

In riferimento a quanto previsto per l'assolvimento degli obblighi di trasparenza relativamente alla fase di aggiudicazione e di esecuzione per le procedure avviate fino al 31/12/2023 (assoggettate al decreto legislativo n. 50/2016 o al decreto legislativo n. 36/2023), la AST di Pesaro e Urbino, nelle more della definizione della nuova organizzazione e nelle more del processo di inserimento dei dati nel sistema Simog, come previsto dalla Delibera ANAC n. 582 del 13 dicembre 2023, rende il dato disponibile attraverso la pubblicazione, costantemente aggiornata, delle tabelle riassuntive, rese liberamente scaricabili in formato digitale standard aperto, che includono nello specifico: Codice Identificativo Gara (CIG), struttura proponente, oggetto del bando, procedura di scelta del contraente, elenco degli operatori invitati a presentare offerte/numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, aggiudicatario, importo di aggiudicazione, tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, importo delle somme liquidate. L'allegato 5.3 dettaglia nello specifico gli obblighi della sezione di banda di gara e contratti.

### 3.6.3 Qualità dei dati pubblicati

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

**Integrità** - insieme delle caratteristiche di un documento informatico che ne dichiarano la qualità di essere completo ed inalterato (ex DPCM 13 novembre 2014, allegato 1).

**Costante aggiornamento** - Dapprima si rileva la necessità che per ogni dato, o categoria di dati, sia indicata, in corrispondenza di ciascun contenuto, la data di pubblicazione e, conseguentemente, la data di aggiornamento, distinguendo quella di "iniziale" pubblicazione da quella del successivo aggiornamento.

Si focalizza, in particolare, l'attenzione - così come segnalato da ANAC - sul significato del termine aggiornamento in base al quale non si intende necessariamente la modifica del dato, essendo talvolta sufficiente un controllo dell'attualità delle informazioni pubblicate, anche a tutela di eventuali interessi individuali coinvolti. Le strutture/soggetti preposti all'assolvimento degli obblighi di pubblicazione sono dunque tenuti a controllare l'attualità delle informazioni pubblicate e a modificarle, ove necessario, anche

nei casi in cui l'interessato ne richieda l'aggiornamento, la rettifica e/o l'integrazione ai sensi dell'art. 7, co. 3, lett. a) del D.Lgs. 196/2003.

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

- a) Cadenza annuale, per i dati che, per loro natura, non subiscono modifiche frequenti o la cui durata è tipicamente annuale;
- b) Cadenza semestrale, per i dati che sono suscettibili di modifiche frequenti ma per i quali la norma non richiede espressamente modalità di aggiornamento eccessivamente onerose in quanto la pubblicazione implica per l'amministrazione un notevole impegno, a livello organizzativo e di risorse dedicate;
- c) Cadenza trimestrale, per i dati soggetti a frequenti cambiamenti;
- d) Aggiornamento tempestivo, per i dati che è indispensabile siano pubblicati nell'immediatezza della loro adozione (e comunque entro il termine di 30 giorni).

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

**Completezza** - in coerenza con quanto stabilito dalla determinazione ANAC 50/2013, all'allegato 2, paragrafo 1, un dato è da ritenersi pubblicato in maniera completa se la pubblicazione è esatta, accurata e riferita a tutti gli uffici. Per quanto concerne l'esattezza, quest'ultima è da intendersi riferibile alla capacità del dato di rappresentare correttamente il fenomeno che intende descrivere. L'accuratezza, invece, indica la capacità del dato di riportare tutte le informazioni richieste dalle previsioni normative.

**Tempestività** - l'art. 8, comma 1, del D.Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii. stabilisce che i documenti contenenti dati oggetto di pubblicazione obbligatoria nei termini di legge vengano pubblicati tempestivamente sul sito istituzionale dell'Amministrazione, intendendosi, in tal senso, il rispetto del termine di trenta giorni;

**Semplicità di consultazione/F) Comprensibilità** - al fine di rendere il dato maggiormente comprensibile e di semplice consultazione si consiglia la rappresentazione dello stesso, ove possibile, in tabelle. In ogni caso, si segnala che l'utilizzo di tabelle è obbligatorio laddove previsto nel PTPCT;

**Omogeneità** - sulla base delle definizioni fornite con l'allegato 1 al DPCM 13 novembre 2014, al fine di favorire una maggior comprensibilità dei dati pubblicati, si richiama l'attenzione sulla necessità di aggregare ed organizzare i medesimi per aree e categorie omogenee, attraverso una gestione unitaria e coordinata delle attività di pubblicazione all'interno delle strutture;

**Facile accessibilità** - in aderenza ai principi contenuti nella Legge 9 gennaio 2004, n. 9 e ss.mm.ii., nel D.Lgs. del 7 marzo 2005, n. 82 e ss.mm.ii., nel Decreto 20 marzo 2013 del Ministero dell'Università e della Ricerca e nella Circolare n. 61/2013 dell'Agenzia per l'Italia Digitale, è opportuno che i dati pubblicati possano essere facilmente fruiti e trasformati secondo le necessità dell'utenza, senza che si verifichino ingiustificati disagi o vincoli al momento dell'accesso ai dati stessi;

**Conformità ai documenti originali** - si richiamano, al riguardo, i principi indicati dalle Linee Guida (maggio 2016) dell'Agenzia per l'Italia Digitale, in materia di pubblicità legale dei documenti e sulla conservazione dei siti web delle P.A., evidenziando la necessità di assicurare che i dati mantengano i requisiti di autenticità, inalterabilità ed immodificabilità rispetto ai documenti originali in possesso delle strutture/soggetti preposti all'assolvimento degli obblighi di pubblicazione;

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

**Riutilizzabilità** - in osservanza delle disposizioni contenute nel D.Lgs. 82/2005 e ss.mm.ii. (e con specifico riferimento ai DPCM attuativi del 3.12.2013 disciplinanti regole tecniche per il Protocollo Informatico e per il

sistema di conservazione documentale), nonché nel D.Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii. e nelle determinazioni ANAC 50/2013 (allegato 2) e 1310/2016, sono da intendersi dati in formato aperto quelli che presentano le seguenti caratteristiche:

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

**Riservatezza** – la diffusione tramite il sito istituzionale e il trattamento del dato deve rispettare i principi sul trattamento dei dati personali.

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

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

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

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

Al riguardo, la durata ordinaria della pubblicazione rimane fissata in cinque anni, decorrenti dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione (come previsto all'art. 8, comma 3, del D.Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii.), fatti salvi i diversi termini previsti dalla normativa per specifici obblighi (come previsto all'art. 14, co. 2 e art. 15 co. 4, del D.Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii. ) nonché quanto già stabilito in materia di tutela dei dati personali e sulla durata della pubblicazione collegata agli effetti degli atti pubblicati.

Trascorso il quinquennio o i diversi termini sopra richiamati, gli atti, i dati e le informazioni non devono essere conservati nella sezione archivio del sito web aziendale. Decorsi i predetti termini, la trasparenza viene assicurata mediante la possibilità di presentare l'istanza di accesso civico di cui all'art. 5 della citata norma.

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

### 3.6.5 Monitoraggio

Come già visto per le misure generali e specifiche, il monitoraggio è suddiviso in programmazione e rendicontazione degli esiti. A tal riguardo, il monitoraggio - da riferirsi all'intera sottosezione di livello 1 (Macrofamiglia) - può essere limitato ad un campione di obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente da indicare già nella fase di programmazione. Tale campione va modificato, anno per anno, in modo che nel triennio l'attività di monitoraggio copra tutti gli obblighi previsti dal d.lgs. n. 33/2013. Come per le misure specifiche e generali cui si è fatto già riferimento, in corrispondenza di ciascuna misura, l'RPCT riporta gli esiti delle verifiche svolte. Si specifica che gli esiti del monitoraggio, sono misurati con le percentuali degli obblighi presenti/aggiornati nella relativa sottosezione, secondo 4 possibili fasce:

- 0%- non pubblicato
- 0,1% - 33% - non aggiornato
- 34% - 66% - parzialmente aggiornato
- 67%-100% - aggiornato

Ove dal monitoraggio emerga un risultato "negativo" (ad esempio, il dato non è pubblicato o non è aggiornato), Il Dirigente Responsabile ne deve illustrare le ragioni. Resta fermo che laddove nelle diverse sottosezioni di "Amministrazione trasparente" vi siano dati non pubblicati, perché "non prodotti" o non esistenti, occorre riportare il motivo per cui non si procede alla pubblicazione, con l'indicazione di eventuali norme a cui fare riferimento o circostanze specifiche alla base dell'assenza dei dati.

Nello specifico l'Azienda nel suo complesso dovrà ottenere un punteggio di performance degli obblighi di pubblicazione pari al 95%.

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

### 3.6.6 Le "Giornate della trasparenza"

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

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

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

Nel contesto della diffusione della cultura della trasparenza pare poi opportuno tenere conto di quanto precisato nelle Linee guida n. 4/2019 del Dipartimento della Funzione Pubblica in merito alla "valutazione

partecipativa nelle amministrazioni pubbliche” di cui all’art. 19-bis del D.Lgs. n. 150/2009 volte quindi a rafforzare il ruolo dei cittadini e degli utenti nel ciclo di gestione della performance.

Nel biennio 2025-2026 l’RPCT si impegnerà ad organizzare iniziative sulle misure adottate in questa sezione rivolta agli studenti di questo territorio per promuovere momenti e occasioni di confronto pubblico sul servizio offerto e in particolare in merito all’ottemperanza degli obblighi relativi alla trasparenza, così come anche proposto dall’Ufficio Scolastico regionale delle Marche.

## **4- SEZIONE ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO -**

### **4.1 Organizzazione del Lavoro Agile**

#### **Il Lavoro a distanza**

Con Determina del Direttore Generale n. 9 del 10.01.2025 è stato adottato il regolamento sul lavoro a distanza, la cui materia trova la prima regolamentazione nell’ordinamento italiano con la Legge 22 maggio 2017, n. 81, *“Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l’articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato”*.

L’art. 18 della suddetta legge definisce il lavoro agile come una *“modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti, anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro, con il possibile utilizzo di strumenti tecnologici per lo svolgimento dell’attività lavorativa”*.

La menzionata normativa sancisce altresì che le disposizioni legislative *“si applicano, in quanto compatibili, anche nei rapporti di lavoro alle dipendenze delle Pubbliche Amministrazioni di cui all’articolo 1, comma 2, del D.Lgs. n. 165/2001”*.

Nel corso dell’emergenza epidemiologica da COVID-19 tale modalità lavorativa si è inserita nel processo di innovazione dell’organizzazione del lavoro.

La necessità di prevenire il contagio ha comportato un deciso incremento del ricorso al lavoro agile che nei mesi di massima allerta sanitaria è stato definito come modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa.

La normativa successiva al periodo emergenziale ha continuato a disciplinare la materia del lavoro a distanza visto il proliferante utilizzo dello smart working e del lavoro da remoto, stabilendo che ogni amministrazione può programmare il lavoro agile a seconda delle contingenti necessità, tenendo tuttavia conto del principio secondo cui la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa è quella svolta in presenza.

Le linee guida in materia di lavoro agile nelle amministrazioni pubbliche, emanate ai sensi dell’art. 1, comma 6, del decreto del Ministero per la pubblica amministrazione recante *“Modalità organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori delle pubbliche amministrazioni”*, sulle quali è stata acquisita l’Intesa della Conferenza Unificata il 16 dicembre 2021, stabiliscono che l’utilizzo del lavoro agile avviene attraverso la stipula di un accordo individuale (tra l’amministrazione e il singolo dipendente) con il quale vengono definiti gli obiettivi, le modalità di esecuzione e i criteri di misurazione della prestazione lavorativa.

Il percorso normativo di questi ultimi anni ha trovato infine conferma nell’ultima contrattazione collettiva nazionale del comparto sanità relativa al triennio 2019 – 2021.

Il testo sottoscritto il 2 novembre 2022 disciplina al Titolo VI il lavoro a distanza individuando i principi generali, le modalità di accesso e gli elementi essenziali dell'accordo individuale relativi alla materia trattata. Ritenendo di dover dare applicazione a quanto previsto dal disposto normativo finora delineato e al fine di garantire la fruibilità della modalità delocalizzata di svolgimento della prestazione lavorativa, l'Azienda ha avviato un percorso volto all'adozione di un Regolamento aziendale per la disciplina del lavoro a distanza. Pertanto, ai sensi dell'art. 77 comma 2 del CCNL citato, è stato istituito un tavolo tecnico con le Organizzazioni Sindacali con le quali l'Azienda ha stipulato un Protocollo d'Intesa per condividere i principi fondamentali del lavoro a distanza (allegato n.5).

Il protocollo prevede che lo scopo del lavoro a distanza sia quello di conseguire il miglioramento dei servizi pubblici e l'innovazione organizzativa garantendo, al contempo, l'equilibrio tra tempi di vita e lavoro.

In particolare l'Azienda mira a promuovere lo sviluppo della trasformazione digitale e delle conoscenze digitali, incoraggiare una nuova visione dell'organizzazione del lavoro volta a stimolare l'autonomia, la responsabilità e la motivazione dei dipendenti, agevolare le misure di conciliazione dei tempi di vita e lavoro, temperare le esigenze di mobilità territoriale del personale con la necessità di assicurare la continuità dell'attività.

Individuando dei criteri di priorità nell'accesso al lavoro a distanza e ricordando il principio di prevalenza dell'esecuzione della prestazione in presenza, il Protocollo stabilisce che l'Azienda individui le attività delle singole strutture compatibili con il lavoro agile e/o da remoto.

Nel rispetto della normativa l'accesso al lavoro a distanza dovrà avvenire su base volontaria e consensuale, previa manifestazione di interesse da parte del lavoratore, e si potrà attivare mediante accordo individuale redatto in forma scritta e sottoscritto dal lavoratore e dal Dirigente/Responsabile della UOC di assegnazione.

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

### **Programmazione triennale dei Piani di fabbisogno del personale (2025-2027)**

#### ***Normativa/atti di riferimento:***

- D.Lgs. n.165 del 30/03/2001 e ss.mm.: "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche";
- D.Lgs n.502 del 30/12/1992 e ss. mm.: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421."
- Legge Regionale Marche n. 19 dell'08/08/2022 : "Organizzazione del servizio sanitario regionale";
- D.M. 02/04/2015 n.ro 70: "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";
- D.M. 23/05/2022 n.ro 77: "Regolamento recante definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale";
- D.L.78/2010; "Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica." Art. 9; convertito in Legge 122/2010;

- D.L. 30/03/2023 n.ro 34: "Misure urgenti a sostegno delle famiglie e delle imprese per l'acquisto di energia elettrica e gas naturale, nonché in materia di salute e adempimenti fiscali", convertito in L. 26/05/2023, n.ro 56;
- Legge 30/10/2014 n.161, "Disposizioni per l'adempimento degli obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia all'Unione europea - Legge europea 2013-bis".
- Legge regionale Marche 8/2017, art.7;
- D.L.30/04/2019 n.ro 35 convertito in Legge 25/06/2019 n.ro 60 "*Misure emergenziali per il servizio sanitario della Regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria*";
- D.M. Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione 8 maggio 2018 "Linee di indirizzo per la predisposizione dei piani dei fabbisogni di personale da parte delle amministrazioni pubbliche";
- D.M. Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione 27 luglio 2022 "Linee di indirizzo per l'individuazione dei nuovi fabbisogni professionali da parte delle amministrazioni pubbliche";
- determina AST/PU n. 90 del 31/01/2024: "Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2024-2026 AST Pesaro Urbino – Adozione"
- determina n.445 del 16 aprile 2024 "Determina n.90/ASTPU 31/01/2024:Integrazione della Programmazione triennale dei Piani di fabbisogno del personale (2024-2026) e piano Occupazionale 2024."
- DGR Marche n. 900 del 11/06/2024: "Controllo atti – art. 39 L.R. n. 19/2022. Determina del Direttore Generale dell'AST di Pesaro Urbino n. 445 del 16/04/2024 "Determina n. 90/ASTPU del 31/01/2024: Integrazione della Programmazione triennale dei Piani di fabbisogno del personale (2024-2026) e Piano Occupazionale 2024". Approvazione parziale con prescrizioni";
- DGRM 92 del 30/01/2024:"Art.11 DL 35/2019 convertito in legge n.60/2019 – Rideterminazione del tetto di spesa del personale degli enti del SSR per l'annualità 2023"
- DGRM n.54 del 27/01/2025 : "Art.20 comma 2 lett. e) LR n.19/2022 – Direttiva vincolante per gli Enti del SSR - Rideterminazione del tetto di spesa del personale per l'annualità 2024 ai sensi dell'art. 11 comma 1 DL 35/2019 convertito in legge n.60/2019"
- DGRM 2015 del 20/12/2024 : L.R. n. 19 del 08/08/2022 - Autorizzazione agli Enti del SSR alla redazione del Bilancio Preventivo Economico 2025 e del Bilancio Pluriennale di Previsione 2025-2027;
- Determina del Direttore Generale n. 89 del 31/01/2024 "Bilancio economico preventivo per l'anno 2024. Budget anno 2024. Bilancio di previsione pluriennale 2024-2026. Adozione";
- Determina del Direttore Generale n. 803 del 27/06/2024 "Bilancio economico preventivo per l'anno 2024. Budget anno 2024. Bilancio di previsione pluriennale 2024-2026. Modifica integrazione determina n.89/2024";

- DGRM 1794 del 07/10/2024 ; "Controllo atti. L.R. n. 19/2022, art. 39. Determina del Direttore Generale dell'AST di Pesaro Urbino n. 803 del 27.06.2024 "Bilancio economico preventivo per l'anno 2024. Budget anno 2024. Bilancio di previsione pluriennale 2024-2026. Modifica integrazione determina n.89/2024". Approvazione."
- D.L. 27/12/2024, n. 202: "Disposizioni urgenti in materia di termini normativi (Milleproroghe 2025)";
- LEGGE 30 dicembre 2024 n. 207 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2025 e bilancio pluriennale per il triennio 2025-2027";
- DGR Marche n. 450 del 4/04/2023: " Art. 20 comma 4 lett. c) L.R. 19/2022 Modalità di espletamento delle procedure concorsuali aggregate per l'assunzione a tempo indeterminato di personale del comparto e della dirigenza professionale tecnica amministrativa del SSR e indicazioni per il reclutamento della dirigenza sanitaria e delle professioni sanitarie del SSR";
- DRGM 626 del marzo 25/05/2020: Art. 3, comma 2 lett. a), L.R. n. 13/2003 "Linee d'indirizzo agli enti del SSR per l'applicazione dell'art. 20 del d.lgs. 25 maggio 2017 n. 75 per il superamento del precariato nelle pubbliche amministrazioni";
- DGR Marche n. 946 del 26/06/2023 avente ad oggetto "Art. 1 comma 268 lett. b) della L. 30 dicembre 2021 n. 234- Approvazione dello schema di protocollo d'intesa tra Regione Marche, Aziende ed Enti del SSR e organizzazioni sindacali della Dirigenza Sanitaria, professionale, tecnica, amministrativa e del Comparto sanità in materia di stabilizzazioni";
- Determina del Direttore Generale AST/PU n.9 del 10/1/2025 avente ad oggetto "Regolamento in materia di lavoro a distanza. adozione"
- Determina AST/PU 1455 del 15/12/2023 avente ad oggetto " Comitato Unico di Garanzia per le Pari Opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (CUG) - Costituzione"

## **Premessa**

L'art. 6 del D.Lgs 165/2001 prevede che *"Allo scopo di ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili e perseguire obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini, le amministrazioni pubbliche adottano il piano triennale dei fabbisogni di personale, in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e della performance, nonché con le linee di indirizzo emanate ai sensi dell'articolo 6-ter."*, assegnando a tale adempimento un ruolo significativo nell'ambito della programmazione pluriennale dell'attività delle Pubbliche Amministrazioni.

Circa la necessità della coerenza dei Piani di fabbisogno del personale con la programmazione generale si riporta quanto tratteggiato dalle stesse Linee di Indirizzo ministeriali (*"Linee di indirizzo per la predisposizione dei piani dei fabbisogni di personale da parte delle amministrazioni pubbliche"*, - 8 maggio 2018 pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 173 del 27 luglio 2018), che sono ancora vigenti per gli Enti del SSN: *".....Il Piano triennale del fabbisogno deve essere definito in coerenza e a valle dell'attività di programmazione complessivamente intesa che, oltre ad essere necessaria in ragione delle prescrizioni di*

*legge, è: - alla base delle regole costituzionali di buona amministrazione, efficienza, efficacia ed economicità dell'azione amministrativa; - strumento imprescindibile di un apparato/organizzazione chiamato a garantire, come corollario del generale vincolo di perseguimento dell'interesse pubblico, il miglioramento della qualità dei servizi offerti ai cittadini ed alle imprese."*

Rivolgendosi specificatamente agli enti dell'SSN gli indirizzi ministeriali sottolineano che "La programmazione dell'attività dell'azienda, la definizione degli obiettivi e la verifica della disponibilità finanziaria, anche derivanti da vincoli nazionali e regionali costituiscono atti prodromici e alla base del piano triennale dei fabbisogni delle Aziende ed enti del SSN", indicando in particolare che "...i Piani Triennali dei fabbisogni di personale debbano essere compatibili con la cornice finanziaria per il SSN e devono essere redatti nel rispetto della legislazione vigente in materia di contenimento del costo del personale."

A tal proposito, per quanto attiene al contenimento della spesa del personale del SSR, la Regione Marche - tenuto conto di quanto previsto dall'art.20 della L.R. 19/2022, ovvero che la Giunta regionale impartisca direttive vincolanti con particolare riguardo al controllo della spesa - con propria deliberazione n. 92 del 30 gennaio 2024 provvedeva alla rideterminazione del tetto di spesa del personale degli enti del SSR, a decorrere dall'annualità 2023, operando un incremento stabile del tetto di spesa del personale regionale - pari ad € 942.106.000 - in applicazione dell'art.11 del D.L.35 del 30 aprile 2019, convertito in legge n.60 del 25 giugno 2019 e ss.mm., che pur confermando l'intento del contenimento della spesa del personale (rif. D.L.98/2011, convertito in L.111/2011, come modificato dalla L.190/2014 e dall'art.1, comma 454 della Legge 27 dicembre 2017 n.205) ne ha aggiornato i termini e i criteri di determinazione.

Con tale atto viene definito per l'Azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro e Urbino il tetto di spesa per il personale, fissandolo a decorrere dal 2024 ad € 192.552.000. Di recentissima adozione da parte della Giunta Regione Marche è il nuovo atto di rideterminazione del tetto di spesa regionale, ripartendolo tra le Aziende ed Enti del SSR, ovvero la DGRM n. 54 del 27 gennaio 2025, che fissa il nuovo tetto di spesa ad € 194.930.000 con un incremento per l'Azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro e Urbino di € 2.378.000.00, tracciando anche delle linee di indirizzo per l'impiego delle maggiori risorse.

Al riguardo occorre sottolineare che a seguito della riforma del SSR, introdotta dalla Legge Regionale n. 19 dell'08/08/2022 - "Organizzazione del servizio sanitario regionale", l'Azienda, in coordinamento con le alte Aziende ed Enti del SSR, dopo aver avviato il percorso di redazione e adozione dell'Atto aziendale di cui all'art. 3, comma 1bis, del DLGS 502/1992 ss.mm., nel quale sono disciplinati il funzionamento e l'organizzazione aziendale, sta proseguendo l'attività di definizione dei contenuti della nuova organizzazione aziendale anche attraverso il confronto con le Istituzioni Locali e le Organizzazioni Sindacali. Quindi, una volta definita la nuova organizzazione, l'Azienda potrà procedere ad una approfondita analisi sui fabbisogni delle articolazioni aziendali anche con un respiro più ampio e di lungo termine. Proprio in un'ottica di avvio di un nuovo percorso la Direzione Generale ha indicato le linee di definizione del fabbisogno del personale dell'anno corrente, da dettagliare nel Piano Occupazionale 2025, ed in via programmatica dei Piani Occupazionali 2026-2027, da aggiornarsi annualmente in coerenza con il contesto evolutivo del percorso di attuazione della programmazione sanitaria regionale.

L'iter di definizione del Piano triennale del fabbisogno di personale di AST 2025-2027 ripercorre la metodologia già utilizzata negli anni precedenti. Il percorso istruttorio prende avvio dall'analisi del livello di realizzazione della precedente programmazione relativa al triennio 2024-2026, ripianificandone l'attuazione nell'ambito della nuova programmazione triennale, tenuto conto dell'evolversi del contesto organizzativo e prosegue nelle fasi operative di:

1. rilevazione dell'andamento del turn over: monitoraggio delle cessazioni del personale di cui tener conto in maniera preventiva, qualora la data di cessazione sia già prevista o prevedibile perché collegata ad eventi o procedure in corso o puntuale, qualora la data di cessazione sia già certa;
  2. attenzione alle esigenze delle diverse articolazioni organizzative: il fabbisogno complessivo annuo di personale deve essere coerente con le esigenze manifestate dalle diverse articolazioni organizzative aziendali in relazione alla programmazione delle attività e degli obiettivi di *Performance* oltre alle linee di indirizzo indicate dalla Regione nell'ambito del Piano Socio Sanitario;
  3. valutazione delle modalità con le quali l'Azienda intende soddisfare il fabbisogno di personale: tali modalità sono riferite alla natura dei rapporti di lavoro dipendente ovvero prioritariamente a tempo indeterminato o, in casi limitati e specifici, a tempo determinato, nonché alle assunzioni obbligatorie di lavoratori disabili od appartenenti alle categorie protette (ai sensi della Legge n. 68/1999);
  4. attuazione dei processi di superamento del precariato secondo le linee di indirizzo regionali;
  5. attenzione ai sistemi di valorizzazione delle competenze professionali del personale e dello sviluppo di carriera;
- Tutto ciò nel rispetto della capacità assunzionale aziendale in coerenza con i vincoli normativi.

### **Piano Triennale dei fabbisogni di personale 2025-2026-2027**

L'Azienda Territoriale di Pesaro e Urbino, in quanto Azienda neo-costituita, ha affrontato per la prima volta la programmazione del fabbisogno di personale nell'ambito del PIAO 2024-2026, di cui alla Determina del direttore generale n.90/2024 e integrata specificatamente per la parte relativa al Personale con determina n. 445/2024. In tale sede l'Azienda aveva previsto di poter garantire il turn-over del personale cessante ed assicurare il superamento del precariato attivo, attenzionando altresì il tema dei lavoratori delle categorie protette. Ciò anche allo scopo di mantenere le attività e l'erogazione delle prestazioni nonché le necessità eventuali dalle attività di attuazione delle Misure del PNRR assegnate all'Azienda.

La complessità del contesto aziendale nel quale convivono articolazioni organizzative a carattere "territoriale" ed "ospedaliero" ubicate peraltro in un ampio territorio con sedi lontane e caratterizzate da proprie specificità ha rappresentato nel corso dell'anno 2024 una sfida nel creare una nuova rete e "fare sintesi" nel soddisfacimento dei fabbisogni di personale.

Per quanto riguarda il **personale del comparto**, grazie anche alla nuova modalità di espletamento delle procedure concorsuale in forma "aggregata" a livello regionale, introdotta dalla L.R. 19/2022 e resa operativa dalle indicazioni regionali di cui alla DGRM 450/2023, l'Azienda - per garantire il turn over 2024 - ha potuto beneficiare della graduatoria esitata dall'espletamento del concorso per personale infermieristico approvata con determina del Direttore Generale 252 del 01/03/2024 e consistente di n.ro 257 idonei e della graduatoria del concorso pubblico, approvata da AST Ancona con determina n. 649 del 31/10/2024, per il reclutamento degli Operatori Socio Sanitari, che per l'AST di Pesaro e Urbino consta di n.ro 169 idonei.

Per entrambe le figure professionali nell'anno 2025 si prevede di concretizzare l'assunzione di n.ro 6 unità non acquisite nell'anno **2024**. Per quanto concerne le altre professionalità sanitarie occorre sottolineare la difficoltà incontrate nel reperire tecnici sanitari ed in particolare tecnici di laboratorio, dovendo ricorrere ad assunzioni a tempo determinato per coprire parzialmente il turn over. Mentre sono state recuperate figure dell'attività della riabilitazione come fisioterapisti ed educatori professionali.

Per quanto concerne invece la realizzazione del reclutamento del personale **dell'Area della Dirigenza Sanitaria** si evidenzia la difficoltà nel reperire personale medico, non solo per la rete emergenziale, ma anche in molte altre discipline specialistiche. Tale vicenda ha avuto un impatto significativo nelle politiche di

reclutamento del personale, mettendo l'Azienda nella condizione di dover ricorrere nell'anno 2024 all'utilizzo di personale con contratti di lavoro flessibile ai sensi del DL 18/2020, le cui disposizioni derogatorie si sono protratte anche nell'anno 2025.

Infatti il decreto legge n. 202 del 27/12/2024 (*c.d. Milleproroghe 2025*), ha confermato anche per l'anno 2025 la possibilità per le Aziende ed Enti del SSN di ricorrere al conferimento incarichi individuali a tempo determinato ai medici in formazione specialistica, nonché l'opportunità di mantenere attivi fino al 31/12/2025 anche i contratti di collaborazione professionale con personale medico e sanitario in quiescenza e/o laureato e abilitato nell'ottica di ampliare quanto maggiormente possibile i canali di reclutamento e ciò in deroga ai vincoli ed ai canali imposti dalla legislazione ordinaria (id est: D.Lgs. 165/2001, artt. 7, 35 e 36).

Per quanto riguarda le mancate assunzioni del personale della dirigenza sanitaria già previste nell'anno **2024** o comunque riferite al turn over non prevedibile, il Piano Occupazionale anno 2025 ne riporta n.ro 29 unità nelle varie discipline, tra cui n.ro 10 afferente l'Area di Emergenza e Urgenza, n.ro 5 nella disciplina di Radiodiagnostica n.ro 2 nella disciplina di Anatomia Patologica e n.ro 2 di Medicina Trasfusionale, mentre si concretizzerà il conferimento dell'incarico di Direzione di Struttura Complessa nella disciplina di Radioterapia con decorrenza 01/02/2025. Al riguardo occorre segnalare che per la copertura di tali unità le apposite procedure concorsuali è in corso l'espletamento. Giova comunque sottolineare la difficoltà nel reperire le figure mediche dell'Area dell'Emergenza, ormai nota, a cui si aggiunge la criticità di reclutamento per il fabbisogno delle strutture ubicate in zone disagiate.

Resta comunque fermo per la Programmazione l'obiettivo della copertura del *turn-over* di tutte le figure professionali sia afferenti l'Area del personale del Comparto che della Dirigenza con particolare riguardo all'area sanitaria e socio-sanitaria.

#### **- Reclutamento per potenziamento e riduzione delle cooperative**

Per il triennio 2025-2027 si conferma l'obiettivo di superamento della modalità delle esternalizzazioni dei servizi medici, alla quale l'Azienda è stata costretta a rivolgersi per garantire la continuità dei servizi di alcune strutture. E' nota la criticità dei Pronti Soccorsi e delle Pediatrie, aggravata da una situazione deficitaria anche nell'ambito dei medici di base e pediatri di libera scelta. Così come si è resa palese la difficoltà di reclutare medici da assegnare a sedi disagiate.

In tal senso la volontà di acquisire personale attraverso ogni canale istituzionale di reclutamento prevedendo nell'ambito già del Piano Occupazionale 2025 l'assunzione di n.ro 116 unità di dirigenti medici nella quasi totalità a tempo indeterminato e declinati nelle varie discipline/specialità insistenti presso l'Azienda.

Il nuovo contingente previsto sarà necessario per assicurare il turn-over del personale cessante, ma anche per garantire le azioni di potenziamento che la Direzione Generale intende avviare in coerenza con la nuova organizzazione. Pertanto n.ro 5 unità sono finalizzate per l'incremento delle attività nelle discipline di Ortopedia, Otorinolaringoiatria, Chirurgia Toracica e Vascolare. Sono altresì previste ulteriori 16 unità di personale medico nelle discipline di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza, di Pediatria, di Ginecologia e Medicina Interna, specificatamente rivolte alla soluzione dei rapporti con le ditte esterne/cooperative per guardie mediche presso i le strutture ospedaliere di Pesaro – Fano, Urbino e Pergola a copertura del fabbisogno che si è manifestato nel corso del 2024 e ad oggi ancora attive, nonché la reinternalizzazione di 2 unità di personale della riabilitazione.

A testimoniare l'avvio della riorganizzazione la programmazione vede la presenza di ben 14 procedure di conferimento di incarichi di Direttore di Struttura complessa/Direttore di Distretto proprio nell'ottica di assegnare le posizioni apicali che potranno condurre a compimento il nuovo percorso aziendale.

In questa fase di avvio non poteva mancare un programma di reclutamento anche del personale del comparto, ovvero personale infermieristico, di supporto, tecnico e della riabilitazione. Invero si prevede per l'attivazione delle "**Medicine d'Urgenza**" di Fano e di Urbino il reclutamento di n.ro 12 unità di Operatori Socio Sanitari e 6 CPS Infermieri. Inoltre viene previsto il potenziamento del personale di Supporto come Operatori Socio Sanitari dell'Hospice di Fossombrone con l'acquisizione di 7 unità e 6 per il potenziamento dell'attività di Ortopedia per lo stabilimento di Fano oltre ad una figura di Fisioterapista.

Attenzione viene rivolta anche nell'Area della Salute Mentale ed al fenomeno dell'Autismo, per i quali si prevede l'acquisizione di figure professionali dedicate come Educatori professionali destinati all'Unità Multidisciplinare dell'Età Evolutiva U.M.E.E. di Urbino e Fano e la stabilizzazione delle figure di Psicologo.

#### **- Area dell'emergenza e Urgenza**

Un focus particolare è riservato alle discipline dell'area dell'emergenza-urgenza, rispetto alle quali l'Azienda non ha mai smesso di emettere bandi, non solo di concorso ma per qualsivoglia selezione, volta all'acquisizione di personale medico dedicato al fine di contenere il ricorso alle cooperative/operatori economici esterni. Anche per l'anno 2025 l'Azienda intende impegnarsi nel reclutamento di personale medico dipendente, e qualora non si realizzasse la copertura del fabbisogno, anche attraverso l'applicazione di misure derogatorie previste per la rete di emergenza dal decreto legge 34/2023 che all'art. 12, commi 1 e 2, recita:

*1. "Fino al 31 dicembre 2025, allo scopo di garantire la continuità nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e valorizzare l'esperienza professionale acquisita, il personale medico, che alla data di pubblicazione del presente decreto, nel periodo intercorrente tra il 1° gennaio 2013 ed il 30 giugno 2023, abbia maturato, presso i servizi di emergenza-urgenza del Servizio sanitario nazionale, almeno tre anni di servizio, anche non continuativo, con contratti a tempo determinato, con contratti di collaborazione coordinata e continuativa, con contratti di convenzione o altre forme di lavoro flessibile, ovvero abbia svolto un documentato numero di ore di attività, equivalente ad almeno tre anni di servizio del personale medico del Servizio sanitario nazionale a tempo pieno, anche non continuative, presso i predetti servizi, è ammesso a partecipare ai concorsi per l'accesso alla dirigenza medica del Servizio sanitario nazionale nella disciplina di Medicina d'emergenza-urgenza, ancorché non in possesso di alcun diploma di specializzazione. Il servizio prestato ai sensi del presente comma è certificato, su istanza dell'interessato, dalla struttura presso la quale è stato svolto, entro 30 giorni dal ricevimento della domanda. 2. Fino al 31 dicembre 2025, in via sperimentale, in deroga alle incompatibilità previste dall'articolo 40 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368 ed in deroga alle disposizioni di cui all'articolo 7 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, fermo restando quanto previsto dall'articolo 11, comma 1, del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 giugno 2019, n. 60, i medici in formazione specialistica regolarmente iscritti al relativo corso di studi possono assumere, su base volontaria e al di fuori dall'orario dedicato alla formazione, incarichi libero-professionali, anche di collaborazione coordinata e continuativa, presso i servizi di emergenza-urgenza ospedalieri del Servizio sanitario nazionale, per un massimo di 8 ore settimanali.*

La programmazione prevista pone massima attenzione anche alla copertura delle esigenze assunzionali emerse per i servizi di emergenza e urgenza ospedalieri e territoriali delle aree geografiche disagiate, a favore delle quali sono stati previsti posti a concorso specifici nelle discipline di interesse.

Ciò al fine di contrastare la grave difficoltà di reclutamento del personale medico, non superata neppure dall'apertura all'ammissione ai concorsi di medici in formazione specialistica.

#### **- Area Amministrativa e Tecnica**

Riguardo l'area amministrativa e tecnica del personale, si rappresenta che attualmente non sono vigenti in ambito regionale graduatorie concorsuali e l'uscita dal sistema di tale personale per pensionamento e/o mobilità al momento non viene sostituita, considerata la situazione dell'apparato tecnico-amministrativo nell'ambito della riorganizzazione del sistema. L'organizzazione aziendale si sta adoperando per sopperire le carenze con soluzioni organizzative ove possibile. Si rappresenta comunque che è stata avviata già nel corso dell'anno 2024 la reinternalizzazione del personale amministrativo e tecnico fornito in regime di somministrazione lavoro ed adibito a posizioni di front-office e/o di logistica come autisti/magazzinieri, prevedendone il completamento nell'anno 2025 con l'acquisizione di n. 16 unità di personale.

**- Piano triennale: legge 68/1999**

In riferimento al personale appartenente alle categorie protette, l'Azienda, come AST PU, dopo l'avvio del percorso in coordinamento con l'Ufficio regionale preposto, sta ultimando la convenzione con la Regione Marche come previsto dall'art. 11 della legge 68/1999 nel rispetto della DGRM n. 737/2018. La Convenzione ha la finalità di addivenire alla progressiva copertura della percentuale di riserva a favore dei beneficiari del collocamento mirato che si avvalgono dello strumento convenzionale senza modificare la quota d'obbligo del datore di lavoro. Nella convenzione sono stabiliti, tra l'altro, i tempi e le modalità delle assunzioni avendo cura di ripartire in maniera equa il numero delle assunzioni programmate nel corso del periodo di validità della stessa. Per l'anno 2025 la proposta di convenzione prevede il reclutamento mirato per un totale di 22 unità di cui 2 afferente all'Area del Supporto ai sensi della Legge 56/1987 e 18 unità con riserva dai concorsi pubblici in atto di cui n. 4 afferente all'Area degli Operatori, n. 4 all'area degli Assistenti e n.10 all'Area dei professionisti della salute e dei funzionari, oltre all'attivazione di n. 2 tirocini formativi relativo al personale di supporto come riportato nella seguente tabella:

| <b>ANNO 2025</b>                                      |              |                                 |
|---|--------------|---------------------------------|
| <b>tipologia</b>                                      | <b>unità</b> | <b>modalità di reclutamento</b> |
| Area del personale di Supporto                        | 2            | L.56/87                         |
| Area del personale di Supporto                        | 2            | tirocini formativi              |
| Area degli operatori                                  | 4            |                                 |
| Area degli Assistenti                                 | 4            |                                 |
| Area dei professionisti della salute e dei funzionari | 10           | riserva nei concorsi pubblici   |

Si sottolinea altresì che l'Azienda sta comunque prevedendo in tutti i concorsi da espletarsi specifiche riserve per le categorie protette.

L'Azienda ha assolto regolarmente l'obbligo informativo, di cui all'art.9 della legge 68/1999, della situazione alla data del 31/12/2024, nonché la comunicazione prevista all'art. 39 quater del Dlgs 165/2001. Si fa altresì presente che in Azienda è in corso una procedura di verifica e rilevazione del personale da inserire nella quota d'obbligo ai sensi dell'art. 3 bis e 4 della legge 68/1999, che potrebbe modificare il numero delle scoperture censite.

**- Politiche di Superamento del precariato e rispetto del tetto di spesa del personale con rapporto di lavoro flessibile**

Nell'ambito della programmazione del fabbisogno di personale, di cui ai precedenti paragrafi, è stata valorizzata anche al dimensione del superamento del precariato.

Ripercorrendo a ritroso il percorso relativo ai processi di superamento del precariato si testimonia che:

- relativamente al processo di stabilizzazione di cui all'art. 20 del D.Lgs 75/2017 i "Piani di stabilizzazione" previsti nelle precedenti programmazioni aziendali sono stati completati, sia quello riferito all'art. 20 del D.Lgs 75/2017, comma 1, sia quello al comma 2, portando a termine le apposite procedure selettive secondo le Linee di indirizzo regionali (vedasi le DGRM n. 626 del 25 maggio 2020, DGRM 581 del 10.05.2021).

- riguardo alla "stabilizzazione" introdotta all'art. 1- comma 268 L. 234 del 30/12/2021 (Legge Finanziaria 2022), ovvero la disciplina speciale di "stabilizzazione" del personale precario "al fine di rafforzare

*strutturalmente i servizi sanitari regionali anche per il recupero delle liste di attesa, e di consentire la valorizzazione della professionalità acquisita dal personale che ha prestato servizio durante l'emergenza da Covid-19", l'Azienda ha intrapreso già dal 2023 il nuovo percorso di stabilizzazione.*

*L'art. 1- comma 268 L. 234 del 30/12/2021 prevedeva, alla lett. b): "ferma restando l'applicazione dell'articolo 20 del decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75, dal 1° luglio 2022 e fino al 31 dicembre 2023 possono assumere a tempo indeterminato, in coerenza con il piano triennale dei fabbisogni di personale, il personale del ruolo sanitario e gli operatori socio-sanitari, anche qualora non più in servizio, che siano stati reclutati a tempo determinato con procedure concorsuali, ivi incluse le selezioni di cui all'articolo 2-ter del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27, e che abbiano maturato al 30 giugno 2022 alle dipendenze di un ente del Servizio sanitario nazionale almeno diciotto mesi di servizio, anche non continuativi, di cui almeno sei mesi nel periodo intercorrente tra il 31 gennaio 2020 e il 30 giugno 2022, secondo criteri di priorità definiti da ciascuna regione. Alle iniziative di stabilizzazione del personale assunto mediante procedure diverse da quelle sopra indicate si provvede previo espletamento di prove selettive".*

Nel frattempo molti sono stati gli interventi normativi che hanno inciso sulla portata applicativa della norma succitata, intervenendo sia sul termine per la maturazione dei requisiti che su quello per l'espletamento delle procedure di stabilizzazione nonché ampliando l'ambito soggettivo degli aventi diritto. In particolare si richiamano:

- l'art. 1 comma 528 L. 197/2022 - L. Bilancio 2023 - che ha differito al 31/12/2024 il termine per effettuare le stabilizzazioni Covid;
- il D.L. 198/2022 convertito in L. 14/2022 che ha differito al 31/12/2024 il termine per il conseguimento del requisito dei 18 mesi di servizio necessari per poter aspirare alla stabilizzazione ed al 31/12/2022 la maturazione del periodo di sei mesi di servizio decorrente dal 31/01/2020;
- l'art. 13 D.L. 34/2023, convertito con modificazioni dalla L. 56/2023, che ha esteso la platea degli aspiranti alla stabilizzazione Covid, comprendendo anche il personale del comparto del ruolo amministrativo, tecnico e professionale;

Alla luce delle modifiche ed integrazioni progressivamente intervenute nel dettato normativo, con documenti n. 22/14/CR7a/C7 e successivamente n. 23/77/CR/06/C/ la Conferenza delle Regioni e Province Autonome ha emanato gli indirizzi applicativi in ossequio ai quali la Regione Marche ha approvato lo schema di protocollo di intesa con le Aziende del SSR e le OO.SS. della Dirigenza sanitaria, professionale, tecnica ed amministrativa e del Comparto Sanità (rif. DGRM 946 del 26/06/2023), sottoscritto dalle parti, con il quale sono state aggiornate le linee di indirizzo precedentemente fissate con DGRM n. 1787 del 27/12/2022.

Quindi l'Azienda ha avviato entro i termini indicati dalla stessa Regione il percorso di stabilizzazione nel rispetto della normativa nazionale ed in coerenza con le linee di indirizzo regionale. Nel corso dell'anno 2024 è stato concretizzato il Piano di stabilizzazione del personale con contratto a tempo determinato contemplato nell'ambito della Programmazione 2024-2026 di cui alla determina n.445/2024.

Ora, tenuto conto del nuovo intervento legislativo dell'art. 8. comma 2 -bis della Legge 56/2024 di conversione del DL 19/2024, che ha prorogato il termine di stabilizzazione del personale precario al **31/12/2025** ed ha ampliato il periodo nel quale il dipendente possa maturare i 6 mesi di servizio anche non continuativi presso le Aziende del SSN, ovvero dal 31/01/2020 al 31/12/2024, con la presente Programmazione l'Azienda intende avvalersi di tale possibilità per procedere alla stabilizzazione di personale

che sia in possesso dei nuovi requisiti oltre al completamento del processo di stabilizzazione del personale con contratto flessibile diverso dal contratto a tempo determinato.

A tal fine, nell'ambito della presente programmazione viene redatto anche il Piano di stabilizzazione che integra e sostituisce il precedente e che interessa complessivamente n.ro 33 unità di personale. Sono previste anche procedure selettive per la stabilizzazione di personale già con contratto flessibile nelle figure professionali di medico e psicologo. Il Piano di stabilizzazione viene rappresentato nel dettaglio nell'allegato B). Tale intervento consente di continuare l'azione di riduzione del contingente del personale precario a favore di una situazione di stabilità.

### **Piano triennale: Piano Socio Sanitario - Piano Nazionale di ripresa e resilienza e PNLA**

La Missione 6 -PNRR- come ampiamente illustrato nel precedente capitolo 2.5 "**PNRR Missione 6 Salute**" è articolata in due Componenti:

- Componente 1: Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza territoriale;
- Componente 2: Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale.

La Componente 1 è mirata 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 ha l'obiettivo di ammodernare le strutture tecnologiche e digitali esistenti, al potenziamento e alla diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e dei flussi informativi sanitari.

In tal senso la Missione 6 Salute ha sostenuto le decisioni strategiche della riforma del SSR. Infatti Il Piano Socio Sanitario prevede lo sviluppo di strutture di prossimità, quali le Case di Comunità, le Centrali operative territoriali e il potenziamento di strutture di assistenza intermedia, poste tra ospedale e territorio, quali gli Ospedali di comunità, nonché il potenziamento dell'assistenza domiciliare.

La Regione Marche è intervenuta già dal 2022 con distinte Deliberazioni di Giunta e con approvazione dei piani operativi al fine accedere alle risorse stanziare a livello statale e quindi procedere alla programmazione, progettazione ed attuazione dei singoli interventi.

La Programmazione del personale – quindi - segue il grado di attuazione degli interventi, prevedendo altresì personale da assegnare, tra l'altro a:

- *Punti salute*: sono stati attivati sei Punti Salute con assegnazione di personale dedicato. Nello specifico n.ro 8 unità di personale infermieristico e una unità amministrativa di supporto;
- *Case della Comunità*: si prevede un potenziamento del personale infermieristico per la CdC di Mondolfo. Per le altre CdC, che attualmente si trovano in fase di ristrutturazione, si profila un potenziamento di personale tra la fine del 2025 e inizi del 2026
- *COT - interconnessione aziendale - device* - già attive dal 2024 per l'attività di "*dimissioni protette*" con equipe che complessivamente contano n.ro 9 unità di personale infermieristico con il coordinamento di 3 titolari di funzione e n.ro 3 unità di personale di supporto. Contingente che viene confermato per la prosecuzione dell'attività;
- *Ospedali di Comunità*: il fabbisogno di personale al momento non viene definito essendo ancora in corso la ristrutturazione;
- *Assistenza domiciliare e telemedicina*: il potenziamento di tale attività ispirata dall'assunto "*Casa come primo luogo di cura*" comporta l'incremento del personale infermieristico in termini di n.ro 2 unità per ogni Distretto. Ciò anche per raggiungere il target del 10% della presa in carico degli over 65. Inoltre si

intende implementare le cure palliative domiciliari, per le quali l'Hospice assume il ruolo di hub, assegnando una figura di case manager per affiancare i medici delle cure palliative.

Inoltre per l'anno 2025 è contemplata l'acquisizione di Assistenti Tecnici per potenziare le Strutture Tecniche che presidiano le attività strutturali.

In ordine al Governo delle liste d'attesa si rimanda al capitolo 2.4.1 (Azioni per il governo delle liste d'attesa), nel quale vengono illustrate le specifiche azioni di miglioramento della gestione dei tempi di attesa con l'obiettivo di garantire un percorso assistenziale che rispetti i criteri di appropriatezza clinica e soddisfi i bisogni dei pazienti, attraverso una gestione ottimizzata delle risorse e l'utilizzo di strumenti innovativi di monitoraggio e controllo.

La programmazione del fabbisogno del personale è tutta improntata al mantenimento degli organici e ad un potenziamento del personale anche allo scopo di perseguire l'obiettivo del governo delle liste d'attesa, pur non prevedendo assunzioni ad hoc. Qualora il reclutamento si rivelasse critico per la difficoltà di reperire personale sanitario e specificatamente medico il tema sarà approcciato con specifiche prestazioni aggiuntive da parte dei professionisti.

### **Dotazione organica e processi di verticalizzazione**

Per quanto attiene strettamente alla dotazione organica, occorre premettere che nella Programmazione triennale 2024-2026, di cui alla determina 445/2024 l'Azienda ha definito la propria dotazione organica attenendosi alle indicazioni regionali contenute nelle DGRM 1385/2022 e 1718/2022, che individuano la dotazione organica dell'AST di Pesaro e Urbino nella sommatoria delle due dotazioni organiche riferite ad AORMN e ad Area Vasta 1 - 5.2 *"nelle more dell'adozione dell'atto aziendale e dei regolamenti di organizzazione della AST di Pesaro-Urbino, la dotazione organica di quest'ultima è determinata dalla sommatoria delle dotazioni organiche relative alla ex ASUR/AV1 ed alla incorporanda Azienda ospedaliera "Ospedali riuniti Marche Nord;"* "5.3 *nelle more dell'approvazione dell'atto aziendale di cui all'art. 24, la dotazione organica provvisoria dell'AST è costituita: 1. dalla dotazione corrispondente al numero ed ai profili professionali del personale in servizio a tempo indeterminato e determinato su posti di dotazione organica; 2. dai posti vacanti previsti dal piano di fabbisogno triennale 2022-2024 approvato con deliberazione della Giunta Regionale."*

Quindi, ripartendo dalla dotazione organica rappresentata nel dettaglio nell'allegato D) della determina n.ro 445/2024 e tenuto conto dell'andamento della presente Programmazione triennale si rende necessario un aggiornamento coerente al Piano Occupazionale anno 2025.

La dotazione organica viene riportata nell'allegato D), esponendone la declinazione quali-quantitativa ed il corrispondente valore economico.

A tal proposito occorre precisare che l'Azienda ha raggiunto un accordo in sede di contrattazione integrativa aziendale con le Organizzazioni Sindacali in tema di *"processo di verticalizzazione"* previsto dagli artt.20 *"Progressione tra le aree"* e 21 *"Norme di prima applicazione"* del CCNL del Personale del Comparto del 02/11/2022, destinando risorse pari ad € 87.669,00 , secondo quanto indicato dall'art. 21, comma 3 a valere sul Fondo Contrattuale di cui all'art. 102 *"Fondo incarichi, progressioni economiche e indennità professionali"*.

Al fine di realizzare il processo di verticalizzazione è altresì in via di definizione il Regolamento in materia di Progressioni del personale tra le aree, con il quale saranno disciplinate le modalità procedurali.

Tale processo sarà contemplato nell'ambito della dotazione vigente e qualora dovesse emergere la necessità di una variazione qualitativa, questa sarà operata ad isorisorse.

Resta comunque inteso che tale dotazione organica sarà ridefinita in coerenza con la organizzazione indicata dall'adottando Atto Aziendale, ex art. 3, comma 1-bis, del D.lgs.502/1992, in seguito alla sua adozione.

La Regione Marche con proprio atto n. 55 del 27/01/2025 ha approvato le Linee Generali d'indirizzo alle Aziende del SSR sulle modalità di incremento dei fondi contrattuali. Si rappresenta che l'incremento fondi non è stato operato nella presente Programmazione.

In chiusura si rappresenta che, per facilità di lettura, il Piano dei fabbisogni viene illustrato negli allegati:

All. 1) tetto di spesa e budget;

All. 2) tabelle 2A) 2B) 2C) riepilogative assunzioni e cessazioni annuali 2025-2026-2027 per profilo e relativi costi secondo i costi standard indicati dal Dipartimento Salute;

All. 3) Piano di stabilizzazione;

All. 4) tabella di riepilogo assunzioni/cessazioni anno 2025;

All. 5) tabella di riepilogo assunzioni/cessazioni anno 2025 per discipline;

All. 6) Dotazione Organica;

All. 7) Piano di verticalizzazione.

La Programmazione così come definita rispetta il vincolo di spesa di cui all'art. 9 del DL 78/2010 e art.27 della legge regionale 33/2014 riguardo al personale con rapporti di lavoro flessibile, che recita *".....gli Enti del SSR applicano le disposizioni di principio di cui agli artt. 6 e 9 del D.L. 78/2010; resta ferma per i medesimi Enti la possibilità di ricorrere ad assunzioni di personale a tempo determinato e ad altre tipologie di lavoro flessibile, nella misura strettamente necessaria ad assicurare le attività di emergenza e urgenza o il mantenimento dei livelli essenziali di assistenza";*

Riguardo alla spesa per consulenze, missioni e formazione l'Azienda rispetta i vincoli di cui all'articolo 6 del DL 78/2010 anche in considerazione del fatto che i costi stimati per la formazione includono la formazione minima ECM.

Al riguardo si rappresenta che la verifica è stata condotta in collaborazione con la UOC Controllo di Gestione, tenuto conto dei dati indicati nel Bilancio di Previsione 2025. Per quanto riguarda il dato relativo all'anno 2009 della ex Area Vasta 1 ci si è riferiti alla Determina ASUR 834/2014.

infine si precisa che della presente Programmazione è stata data "Informativa" alle Organizzazioni Sindacali, ai sensi dei CCNL delle Area Sanitaria, PTA e Personale del Comparto con e.mail del 27.01/2025 id.1190303 del 28.01.2025.

## **5.ATTIVITA' FORMATIVA**

### **5.1 Introduzione**

Il Sistema delle attività formative è un insieme unitario di azioni ed elementi interconnessi in aderenza a principi e regole generali, volti a garantire il perseguimento degli obiettivi individuati dalla Direzione Strategica e dalle normative di settore vigenti.

Esso è connotato da una dimensione organizzativa e da una dimensione funzionale intimamente collegate, nell'ambito delle quali i diversi soggetti, a vario titolo coinvolti, sono chiamati ad assicurare il corretto svolgersi delle fasi di pianificazione, progettazione, programmazione e realizzazione delle attività formative nonché a valutarne l'efficacia in termini di qualità e di ricadute sull'organizzazione complessivamente intesa. L'AST PU ha una collaborazione permanente con l'Università di Ancona con la sede del Corso di Laurea in Infermieristica della sede di Pesaro, rendendo alcuni percorsi clinici e organizzativi integrati e coerenti con i laboratori esperienziali ospedalieri e territoriali rivolti agli studenti. Esiste inoltre anche in ambito medico un reciproco scambio tra la formazione universitaria e quella rivolta ai professionisti aziendali e l'Azienda collabora nell'identificazione dei problemi, nella progettazione degli ambiti di apprendimento e nella valutazione pedagogica della loro efficacia e appropriatezza.

E' inoltre annualmente rinnovata la collaborazione con l'Università degli Studi di Urbino, con la realizzazione di corsi di riqualificazione manageriale o corsi professionalizzanti.

## **5.2 Principi e obiettivi**

La formazione continua è una leva strategica fondamentale per lo sviluppo del sistema sanitario e deve essere considerata come un investimento per il patrimonio di conoscenze e competenze che stanno alla base della valorizzazione della componente umana, principale valore e risorsa del sistema stesso.

La formazione continua assume un ruolo centrale favorendo e consentendo - senza soluzione di continuità - l'aggiornamento e la revisione del sistema nonché contribuendo alla gestione dei cambiamenti organizzativi e professionali al suo interno.

Sul piano dello sviluppo professionale, l'Azienda promuove un sistema formativo direttamente finalizzato alla qualificazione professionale del personale medico, del personale sanitario, tecnico ed amministrativo, anche convenzionato, rivolgendo attenzione alla ricerca scientifica e all'evoluzione delle attività e delle metodologie cliniche di cura e di assistenza sia ospedaliere che territoriali, della prevenzione, della medicina di base, della medicina veterinaria, della salute mentale, delle dipendenze patologiche, della riabilitazione, delle attività socio-sanitarie, preferibilmente descritte come Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali.

Sul piano dello sviluppo organizzativo, l'Azienda promuove percorsi formativi finalizzati ad affrontare le relative dinamiche, la gestione della complessità nonché i processi di crescita dell'intera struttura aziendale e del sistema sanitario nel suo complesso.

In riferimento alle suddette finalità, ai diversi livelli organizzativi preposti alla pianificazione e programmazione delle attività formative compete principalmente lo sviluppo di percorsi formativi, fondati sulla condivisione delle esperienze, nell'ottica sia dell'aggiornamento e della revisione delle tecniche e delle pratiche cliniche, sia dello studio di nuovi modelli organizzativi maggiormente flessibili e adeguati alle nuove esigenze del cittadino e dei processi assistenziali e di cura.

L'Azienda promuove l'interscambio culturale e tecnico-scientifico con le altre Aziende Sanitarie nonché con le Università e con il sistema delle Istituzioni e delle organizzazioni a carattere scientifico, pubbliche e private, anche sulla base di formali specifici accordi-quadro/protocolli d'intesa.

Sul piano dei contenuti, le logiche di programmazione e progettazione formativa favoriscono percorsi di apprendimento condivisi sia in termini interdisciplinari che interprofessionali e, quindi, fortemente sensibili e connessi alle complessità organizzative e allo sviluppo ed al consolidamento dei livelli di integrazione Ospedale-Territorio.

Sempre sul piano dei contenuti, le linee portanti della programmazione e progettazione formativa sono complessivamente orientate alla promozione della salute, alla conoscenza diffusa dell'organizzazione socio sanitaria nella sua complessità, al governo clinico e a quello economico-gestionale, all'innovazione scientifica

ed organizzativa, investendo anche sulle nuove tecnologie al fine di assicurare l'implementazione degli scambi culturali, scientifici ed assistenziali.

Sul piano delle metodologie formative, assumono rilievo prioritario lo sviluppo di conoscenze condivise che nascono dall'esperienza (Formazione sul campo) o che derivino dall'utilizzo di strumenti, quali la formazione a distanza (FAD), che permettono di creare un patrimonio culturale aziendale accessibile e fruibile in qualsiasi momento.

I processi formativi oltre ad essere considerati come processi di acquisizione, sviluppo di abilità e di competenze professionali, costituiscono anche strumento primario di trasmissione di valori di riferimento e di norme comportamentali; per tale ragione presuppongono una costante e forte sinergia con le strategie globali aziendali e con le politiche di gestione delle risorse umane.

Il Comitato Tecnico Scientifico ha il compito, insieme al Direttore UOC Qualità, Accreditamento e Formazione, di supportare il Direttore Generale nel definire gli obiettivi formativi ritenuti strategici, formulare pareri in merito all'utilizzo dei fondi destinati alla formazione, alla coerenza con gli obiettivi strategici delle proposte formative avanzate dai Dipartimenti tramite i Referenti per la Formazione e di collaborare con il Direttore della UOC: Qualità, Accreditamento e Formazione per valutare il ritorno in termini di efficacia ed efficienza della formazione erogata. Il CTS ha il compito di valutare e approvare o rifiutare eventuali richieste di formazione interna od esterna extra PAF di valore od impatto non strategico; quelle di elevato valore o impatto strategico sono sempre ed esclusivamente proposte e valutate dalla Direzione Generale.

L'Azienda, in qualità di *Provider*, sulla base di formale riconoscimento della Regione Marche, relativamente agli aspetti organizzativi e funzionali conforma le proprie azioni alla disciplina nazionale e regionale in materia di Educazione Continua in Medicina.

Infine come previsto dalla DGRM n. 398 del 27/03/2023, l'Azienda ha ricompreso nelle sue linee strategiche aziendali, gli eventi formativi sulle infezioni correlate all'assistenza (ICA) in ambito ospedaliero, legati alla missione 6 del PNRR.

### **5.3 Pianificazione**

La Direzione Generale avvalendosi del supporto del Comitato Tecnico Scientifico, definisce, le linee strategiche di indirizzo in materia di formazione continua e di aggiornamento professionale.

La traduzione degli obiettivi e degli indirizzi strategici in azioni, percorsi e progetti di formazione coerenti allo sviluppo professionale ed organizzativo aziendale avviene nel Piano della Formazione, a seguito della rilevazione, analisi e valutazione del fabbisogno formativo.

### **5.4 Progettazione e programmazione**

La "progettazione" e la "programmazione" si collocano in fase immediatamente successiva a quella di pianificazione e ricomprendono ogni attività utile ad individuare e definire gli elementi specifici caratterizzanti gli eventi pianificati. Nello specifico, tali attività sono volte a rendere operativi gli indirizzi espressi traducendoli in progetti e programmi formativi efficaci, anche con riferimento a metodologie innovative di formazione e di apprendimento.

Con Determina di Direttore generale n. 1542 del 30/12/2024 l'Azienda ha adottato il Piano della Formazione aziendale per l'anno 2025.

Nel rispetto della normativa nazionale e regionale, nonché delle disposizioni contenute nella contrattazione collettiva nazionale di lavoro oltre che della disciplina regolamentare interna, il PAF ha Il suddetto Piano ha definito i percorsi formativi interni- aventi carattere obbligatorio - nonché l'acquisizione degli ulteriori strumenti di aggiornamento professionale, determinandone i relativi aspetti di natura organizzativa ed economica.

Il PNRR (Piano Nazionale per la Ripresa e la Resilienza) in ambito formazione prevede, tra i suoi obiettivi prioritari, la promozione dello sviluppo di un sistema efficiente di formazione e istruzione digitale tramite investimenti mirati riguardanti dispositivi digitali, connettività e infrastrutture. In linea con questo obiettivo risulta il potenziamento costante dell'offerta formativa in modalità e-learning.

## **6 Piano delle azioni positive**

La promozione della parità e delle pari opportunità nella pubblica amministrazione necessita di un'adeguata attività di pianificazione e programmazione, strumenti ormai indispensabili per rendere l'azione amministrativa più efficiente ed efficace.

Al riguardo, il d. lgs. n. 198/2006 "Codice delle pari opportunità tra uomo e donna" all'art. 48 intitolato "Azioni positive nelle pubbliche amministrazioni" stabilisce che le amministrazioni pubbliche predispongano Piano triennali di azioni positive tendenti ad assicurare la rimozione degli ostacoli che di fatto, impediscono la piena realizzazione delle pari opportunità nel lavoro.

La medesima disposizione introduce, quale sanzione per il caso di mancata adozione del suddetto Piano Triennale, il divieto di assumere da parte dell'Amministrazione nuovo personale, compreso quello appartenente alle categorie protette. L'allegato Piano di azioni positive (allegato 7) trasmesso dal Presidente del Comitato Unico di Garanzia aziendale con nota prot. 3870 del 15/01/2025, è un documento programmatico integrato quale allegato del PIAO che indica obiettivi e risultati attesi per riequilibrare le situazioni di non equità di condizioni, tra uomini e donne che lavorano nell'Ente. Si ritiene utile riepilogare i principali interventi del Legislatore in tale materia. Il D. Lgs. n. 198 dell'11.4.2006, all'art. 48, prevede azioni positive nella pubblica amministrazione per la realizzazione delle pari opportunità fra uomo e donna, abrogando al contempo pari norme del D. Lgs. n. 196/2000 e Legge n. 125/1991 con il disposto dell'art. 57; in particolare, le azioni positive devono mirare al raggiungimento dei seguenti obiettivi: - condizioni di parità e pari opportunità per tutto il personale dell'Ente; - uguaglianza sostanziale fra uomini e donne per quanto riguarda le opportunità di lavoro e di sviluppo professionale; - valorizzazione delle caratteristiche di genere. L'art. 19 del C.C.N.L. 14.09.2000, inoltre, stabilisce: "Al fine di attivare misure e meccanismi tesi a consentire una reale parità nell'ambito delle più ampie previsioni dell'art. 2, comma 6 della Legge 125/1991 e degli artt. 7, comma 1 e 61 del D. Lgs. 29/93, saranno definiti, con la contrattazione decentrata integrativa, interventi che si concretizzino in "azioni positive a favore delle lavoratrici/lavoratori". Richiamata la Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri n. 2 in data 26 giugno 2019 a firma del Ministro per la Pubblica Amministrazione e del Sottosegretario delegato alle pari opportunità, con la quale sono state definite le linee di indirizzo in materia di promozione della parità e delle pari opportunità, la quale: - sostituisce la precedente direttiva 23 maggio 2007 "Misure per attuare parità e pari opportunità tra uomini e donne nelle amministrazioni pubbliche"; - aggiorna alcuni degli indirizzi forniti con la direttiva 4 marzo 2011 sulle modalità di funzionamento dei "Comitati Unici di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni", partendo dal presupposto che le discriminazioni possono manifestarsi in tutti i momenti della vita lavorativa e possono annidarsi nelle stesse regole che disciplinano l'organizzazione del lavoro e la gestione dei rapporti, si ritiene importante che la valutazione dell'effetto discriminatorio di una regola o di un criterio venga valutato a monte, ovvero prima che la regola o il criterio abbiano potuto produrre una discriminazione. Il piano triennale di azioni positive si prefigge quindi di individuare quelle azioni che, incidendo significativamente nell'organizzazione dell'ente, possano guidare

l'ente nel raggiungimento di un clima di benessere organizzativo e di assenza di discriminazioni. Con le medesime finalità, il Legislatore ha previsto la costituzione del Comitato Unico di Garanzia. L'art. 57 del Decreto Legislativo n. 165/2001, come novellato dall'art. 21 della Legge 4 novembre 2010 n. 183, stabilisce infatti che presso le Pubbliche Amministrazioni venga costituito un Comitato Unico di Garanzia (C.U.G.) per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni; in tale ambito, va menzionata anche la direttiva del 4 marzo 2011 con la quale il Ministro per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione e il Ministro per le Pari Opportunità hanno adottato le linee guida sulle modalità di funzionamento dei CUG, ora aggiornate dalla Direttiva 2/2019, come precedentemente esposto. Il Piano di azioni positive si propone di favorire il riequilibrio della presenza femminile/maschile nelle attività e nelle posizioni gerarchiche ove esiste un divario fra generi e di promuovere l'inserimento delle donne nei settori e nei livelli professionali nei quali esse sono sottorappresentate. Le azioni positive sono imperniate sulla regola espressa dell'uguaglianza sostanziale, regola che si basa sulla rilevanza delle differenze esistenti fra le persone di sesso diverso. Realizzare pari opportunità fra uomini e donne nel lavoro, quindi, significa eliminare le conseguenze sfavorevoli che derivano dall'esistenza di differenze. La funzione dell'azione positiva, intesa come strategia destinata a stabilire l'uguaglianza delle opportunità, grazie a misure che permettano di contrastare e correggere discriminazioni che sono il risultato di pratiche o di sistemi sociali, non si limita al campo del lavoro, anche se questo è l'ambito più di intervento. Azioni Positive possono essere svolte nel campo dell'informazione, della formazione professionale e in altri campi della vita sociale e civile.

## **7 Monitoraggio**

Il monitoraggio si sviluppa nell'Azienda attraverso una serie di strumenti già attivi e normati dal livello regionale:

- scheda di budget;
- relazione della performance;
- report economico mensile e trimestrale;
- report periodici interni ai Centri di Responsabilità aziendali;
- scheda di valutazione individuale;
- relazione annuale dell'RPCT;
- autovalutazione periodica Centri di Responsabilità aziendali in tema di prevenzione e corruzione e trasparenza;
- valutazione a campione a cura dell'RPCT in tema di prevenzione e corruzione e trasparenza;
- monitoraggio piano triennale del fabbisogno del personale in termini di teste ed in termini economici.

Tali strumenti di monitoraggio sono incardinati nei processi aziendali sopra definiti, ed in particolare nel ciclo della Performance e nel processo di Prevenzione alla Corruzione e Trasparenza.

In tal modo è possibile garantire una coerenza complessiva tra la programmazione ed il monitoraggio, assicurando però al sistema la necessaria flessibilità per tenere conto delle nuove esigenze o di aspetti specifici.

La Scheda di budget viene utilizzata anche come strumento di monitoraggio interno: articolata in diverse sezioni, è riconducibile agli ambiti di valutazione di performance e di prevenzione alla corruzione e trasparenza.

Gli obiettivi includono la declinazione operativa delle linee di indirizzo aziendali e le progettualità strategiche aziendali.

La performance viene monitorata durante l'anno mediante l'elaborazione di una reportistica periodica messa a disposizione della Direzione Generale e delle singole strutture per un confronto tra i servizi, i dipartimenti e la Direzione aziendale. Questo consente di gestire in corso d'anno gli scostamenti da quanto programmato e, se necessario, di ridefinire il percorso per il perseguimento degli obiettivi.

Altro importante strumento di monitoraggio aziendale è costituito dalla Relazione sulla Performance, prevista dal D.lgs. 150/2009.

La Relazione sulla Performance è un documento annuale orientato sia verso l'esterno, per la rappresentazione ai diversi portatori di interesse dei risultati conseguiti in riferimento alle priorità strategiche (accountability) declinate nel Piano della performance, che verso l'interno, per rendere conto ai vari livelli organizzativi dell'esito dell'attività gestionale orientata al raggiungimento degli obiettivi assegnati annualmente dalla Regione.

La Relazione sulla performance dà evidenza a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, del livello di raggiungimento degli obiettivi e degli indicatori definiti nel Piano della performance.

Per quanto riguarda la Sezione Prevenzione della corruzione, nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT), è stato definito un sistema di monitoraggio annuale volto alla verifica dell'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza.

Nel corso del 2024, si ritiene di procedere alla verifica sull'attuazione delle misure di prevenzione previste nel PTPCT attraverso un monitoraggio di primo e di secondo livello. L'esito dell'attività di monitoraggio delle singole articolazioni organizzative costituisce un indicatore sintetico di budget rispetto alla realizzazione di quanto programmato nel PTPCT vigente in merito all'attuazione delle misure in atto e/o ulteriori inerenti la prevenzione del rischio per i processi mappati; alla verifica di tutte le misure di prevenzione della corruzione previste dal Piano; alla costante implementazione del sito Amministrazione Trasparente. Inoltre, la Relazione annuale del Responsabile della Prevenzione della corruzione e della trasparenza, redatta sulla base delle indicazioni dell'ANAC, rappresenta un ulteriore importante strumento per il monitoraggio dell'efficacia delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza attuate dall'Azienda.

In merito al piano triennale dei fabbisogni di personale si specifica che mensilmente si procede ad una ricognizione delle teste del personale dipendente, per valutare il grado di realizzazione del piano assunzionale, con contestuale verifica del relativo costo sostenuto, mediante proiezione e previsione dei dati registrati in contabilità analitica e verifica di congruità rispetto al piano e rispetto al budget.

Da ultimo, in merito ai controlli sul lavoro a distanza, oltre al monitoraggio degli obiettivi previsti ed individuati nell'apposito accordo individuale, che saranno in capo ai diretti superiori gerarchici, saranno strutturati controlli ad hoc al momento della piena operatività del regolamento, condotti a campione dal Servizio Ispettivo Aziendale.

*Il Direttore Generale*

**Dott. Alberto Carelli**

Allegati:

Allegato 1 – Obiettivi operativi 2024

Allegato 2 – Appendice normativa Prevenzione corruzione;

Allegato 3.1 – mappatura processi ex MN e ex AV1;

Allegato 3.2 – mappatura processi approvvigionamenti ed esecuzione del contratto AST Pu;

Allegato 4 – Patto d'integrità;

Allegato 5.1 – Obblighi di pubblicazione uffici periferici ex MN;

Allegato 5.2 – Obblighi di pubblicazione uffici periferici ex AV1;

Allegato 5.3 – Obblighi di pubblicazione bandi di gara e contratti;

Allegato 6.0 – Protocollo d'intesa lavoro a distanza;

Allegato 6.1 - tetto di spesa e budget;

Allegato 6.2 - riepilogative assunzioni e cessazioni annuali 2025;

Allegato 6.3- riepilogative assunzioni e cessazioni annuali 2026;

Allegato 6.4- riepilogative assunzioni e cessazioni annuali 2027;

Allegato 6.5 - Piano di stabilizzazione;

Allegato 6.6 - tabella di riepilogo assunzioni/cessazioni anno 2025;

Allegato 6.7 - tabella di riepilogo assunzioni/cessazioni anno 2025 per discipline;

Allegato 6.8 - Dotazione Organica;

Allegato 6.9 - Piano di verticalizzazione;

Allegato 7 - Piano Azioni Positive.