



**AZIENDA SANITARIA UNICA REGIONALE MARCHE**

**PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E  
ORGANIZZAZIONE  
2022-2024**



## **Direttore Generale**

*Dr.ssa Nadia Storti*

## **Direttore Amministrativo**

*Dr. Pierluigi Gigliucci*

## **Direttore Sanitario**

*Dr. Remo Appignanesi*

## **ASUR MARCHE**

*Azienda Sanitaria Unica delle Marche*

### **Direzione Generale**

Via Oberdan, 2 - 60122, Ancona (AN)

e P.IVA 02175860424 tel.071/2911501

sito internet: [www.asur.marche.it](http://www.asur.marche.it)

## SOMMARIO

<b>SEZIONE 1- SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE .....</b>	<b>4</b>
<b>Sottosezione 1.1 - SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI</b>	
<b>STAKEHOLDER ESTERNI .....</b>	<b>4</b>
<b>SEZIONE 2- VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE.....</b>	<b>6</b>
<b>Sottosezione 2.1 - VALORE PUBBLICO .....</b>	<b>6</b>
<b>Sottosezione 2.2 – PERFORMANCE .....</b>	<b>9</b>
<b>Sottosezione 2.3 - RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA .....</b>	<b>35</b>
<b>SEZIONE 3 - ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO .....</b>	<b>116</b>
<b>Sottosezione 3.1 - STRUTTURA ORGANIZZATIVA.....</b>	<b>116</b>
<b>Sottosezione 3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE.....</b>	<b>119</b>
<b>Sottosezione 3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE.....</b>	<b>126</b>
<b>Sottosezione 3.4 – FORMAZIONE DEL PERSONALE.....</b>	<b>133</b>
<b>SEZIONE 4 - MONITORAGGIO.....</b>	<b>142</b>
<b>Sottosezione 4.1 - RIEPILOGO RESPONSABILI.....</b>	<b>142</b>

## ALLEGATI

## SEZIONE 1- SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

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

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

L'Azienda Sanitaria Unica Regionale (A.S.U.R.), è stata istituita con **L.R. n. 13/2003**



Sono organi dell'ASUR il Direttore Generale ed il Collegio Sindacale.

Il Direttore Generale è coadiuvato dal Direttore Amministrativo dal Direttore Sanitario e dal Direttore dei Servizi di Integrazione socio-sanitaria.

Ai sensi dell'art. 3, comma 1 bis del D.Lgs 502/92 e s.m.i., l'ASUR è dotata di **personalità** giuridica pubblica ed **autonomia** imprenditoriale. Essa nasce dalla fusione per incorporazione nell'Azienda USL 7 di Ancona delle altre dodici Aziende USL esistenti alla data di entrata in vigore. È articolata al suo interno in 5 Aree Vaste, a loro volta articolate in Distretti.

La sede legale dell'azienda è ad Ancona, in Via Oberdan 2; Il sito web ufficiale è: [www.asur.marche.it](http://www.asur.marche.it).

L'ASUR ha come principale **mandato istituzionale** quello di garantire in modo costante ed uniforme la tutela della salute dei cittadini residenti nell'intero territorio della Regione Marche.

La dimensione regionale dell'ASUR la caratterizza nell'obiettivo di rendere omogenea ed equamente accessibile l'offerta dei servizi, attraverso una lettura unica e coerente dei bisogni di salute, garantendo risposte appropriate su più livelli di complessità, sempre attenta alle peculiarità ed alle problematiche locali.

ASUR intende realizzare un sistema efficiente, snello e capace di risposte rapide, in grado di produrre economie ed ottimizzazioni di sistema al fine di liberare risorse da destinare alla qualificazione sempre maggiore dell'offerta, in un'ottica di compatibilità e sostenibilità economica dell'intero sistema socio – economico regionale.

ASUR attraverso la costante consultazione con le istituzioni locali, con le organizzazioni sindacali, con le associazioni degli utenti e con il terzo settore promuove, anche per il tramite delle Aree Vaste, modalità di lavoro di rete ed il concetto di sussidiarietà con un livello di confronto e consultazione che permetta di verificare il livello dei servizi rispetto alla evoluzione della domanda e alle aspettative della comunità locale.

La **visione** strategica dell'ASUR è rivolta a consolidare un sistema organizzativo improntato sull'adeguatezza, sulla continuità e sulla qualità dei servizi offerti ai cittadini rispetto ai loro bisogni ed attese. Tale sistema è rivolto alla ricerca della soddisfazione dei cittadini e degli operatori, in un contesto di efficiente gestione delle risorse disponibili su soluzioni condivise dei problemi, di miglioramento continuo della qualità dei servizi offerti e di valorizzazione delle risorse professionali.

Per l'assolvimento della **missione** e la realizzazione della propria visione strategica, l'ASUR si configura come un'organizzazione di tipo reticolare, differenziata ed integrata internamente, adatta a supportare le caratteristiche di appropriatezza, di tempestività, di efficacia, di adeguatezza, di qualità e di privacy dei servizi offerti ai cittadini. La partecipazione dei professionisti alle decisioni aventi rilevanza strategica, organizzativa e gestionale costituisce connotazione fondamentale dell'azione aziendale ed è assicurata attraverso il Collegio di Direzione, i Comitati di Dipartimento, gli Uffici di Coordinamento delle Attività Distrettuali.

## SEZIONE 2- VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

### Sottosezione 2.1 - VALORE PUBBLICO

Il Valore pubblico è l'aumento del benessere reale della collettività aziendale e territoriale e rappresenta un'innovazione sostanziale, mai previsto nei vari piani precedenti.

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

Il Valore Pubblico significa valorizzare e condividere le best practices nell'ambito delle amministrazioni, così come alla modernizzazione dei servizi ai cittadini e alle imprese tenendo in considerazione il loro livello di soddisfazione.

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

Non a caso, l'innovazione del Piano Nazionale della Prevenzione (PNP 2020-2025) consiste proprio nella scelta di sostenere il riorientamento di tutto il sistema della prevenzione verso un approccio di promozione della salute, favorendo lo sviluppo di strategie di empowerment e capacity building. La promozione della salute non è solo intervenire su condizioni patologiche ma creare nella comunità competenze e capacità di controllo che mantengano o migliorino il capitale di salute.

Il PNP 2020-2025 rafforza il concetto di salute come "risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente (One Health) che, riconoscendo che la salute delle persone, degli animali e degli ecosistemi sono interconnesse, promuove l'applicazione di un approccio multidisciplinare, intersettoriale e coordinato per affrontare i rischi potenziali o già esistenti che hanno origine dall'interfaccia tra ambiente animali-ecosistemi.

Dieci sono le categorie che determinano Il Valore Pubblico:

#### ✓ **SOSTENIBILITA'**

Salute, benessere e sostenibilità sono strettamente interconnessi: per "assicurare la salute e il benessere per tutti e per tutte le età" (OMS) è fondamentale proteggere il nostro pianeta per garantire la prosperità globale, promuovendo una vita sana e uno sviluppo socio-economico basato sull'utilizzo sostenibile delle risorse ambientali.

Considerata la vastità territoriale dell'ASUR e al di là della mission istituzionale, una maggiore attenzione a

- risparmio energetico
- rifiuti
- mobilità dei dipendenti

rappresenterebbe una sfida per la sostenibilità.

#### ✓ **DIGITALIZZAZIONE**

La digitalizzazione è un incentivo alla modernizzazione della pubblica amministrazione e allo sviluppo di strategie di e-government tese a migliorare i rapporti con gli utenti, capace di sovvertire l'organizzazione ottocentesca per affermare una PA moderna basata su principi legati alla partecipazione attiva, cultura di servizio, flessibilità.

Il futuro della Sanità non può prescindere da una forte iniezione di innovazione, pur riscontrando una notevole difficoltà a dare seguito a normative relative alla digitalizzazione, ma ridurre la trasformazione digitale all'adozione di tecnologie digitali o alla digitalizzazione dei processi è un grave errore metodologico.

Un fattore causa del ritardo è l'assenza di una cultura digitale.

Secondo il "Rapporto sull'informatizzazione delle Amministrazioni Locali" redatto dalla Banca D'Italia 2017, la mancanza di competenze rientra tra gli ostacoli che maggiormente influiscono sulla difficoltà ad aumentare il ricorso alle nuove tecnologie.

La digitalizzazione incide sulla qualità di vita del cittadino favorendo efficienza, trasparenza e semplificazione e determina un processo di valorizzazione delle risorse umane, attraverso l'ammmodernamento degli strumenti e dei contenuti formativi e lo sviluppo delle competenze tecnico-professionali, digitali e manageriali dei professionisti del SSN.

Con l'iniziativa del Ministero della Funzione Pubblica "Syllabus - Competenze digitali per la PA" - viene individuato il set minimo di competenze e abilità che consente al dipendente di partecipare alla trasformazione digitale. Il progetto prevede:

- definizione delle conoscenze e abilità che caratterizzano un set minimo
- realizzazione di una piattaforma per la valutazione dell'apprendimento e selezione di moduli formativi per i fabbisogni rilevati
- creazione di un catalogo che raccoglie i moduli formativi volti a colmare le carenze rilevate dall'autovalutazione.

L'ASUR ha aderito a questo programma di formazione sulle competenze digitali ed ha individuato come primo step il personale dell'ATL come destinatario.

Appena ottenuta la data di avvio delle attività da parte del Dipartimento della Funzione Pubblica, l'adesione all'iniziativa sarà possibile in ogni momento.

Contestualmente, si sta procedendo alla realizzazione di piattaforme che prestano particolare attenzione alla interoperabilità dei dati già in possesso dell'Azienda. (es. DSEO, SIRTE).

#### ✓ **SEMPLIFICAZIONE AMMINISTRATIVA**

Anche se la pandemia ci ha costretti a trovare soluzioni semplificate, finito lo stato di emergenza si è ritornati, prevalentemente, al ripristino delle storiche procedure. Spostamenti da un ufficio all'altro, consegna manuale di documenti, attese davanti agli sportelli ecc. sono ancora percorsi prevalenti. Le procedure non tengono conto dell'impegno che viene richiesto all'utente ma vengono delineate sulla base delle esigenze degli operatori.

Il Ministro per la Pubblica Amministrazione ha promosso la consultazione pubblica "**SEMPLIFICHIAMO!**" per raccogliere segnalazioni, problemi, proposte di semplificazione e capire quali sono i veri problemi che cittadini e imprese incontrano quando si relazionano con la PA.

Dall'esito della consultazione le maggiori difficoltà riscontrate riguardano problematiche trasversali quali:

- diffusione insufficiente di soluzioni digitali nel rapporto tra amministrazione e cittadino
- richiesta di informazioni già in possesso dell'amministrazione
- Procedure arcaiche non in modalità digitale

Le proposte migliorative più impattanti da cui partire riguardano:

- realizzazione Guida ai Servizi online connessa ad una APP dedicata e ai social;
- scelta e revoca del MMG/PLS;
- richiesta protesi e ausili;

- richiesta rimborsi;
- potenziamento dell'utilizzo di video call (tramite appuntamento) per i servizi che prevedono l'accertamento del soggetto;
- elimina code attraverso prenotazione online di appuntamenti che consente di prenotare l'accesso ai servizi di sportello
- potenziamento del pagamento online per tutte le prestazioni.

#### ✓ **DIVERSITA' E INCLUSIONE**

Lo svantaggio sociale rappresenta il principale fattore di rischio per salute e qualità della vita. La povertà intesa come carenza, economica, sociale e personale, espone ad una maggiore vulnerabilità che mina la resilienza delle persone, soprattutto nelle fasce più deboli.

Il tema della diversità e inclusione esige processi di avvicinamento che vanno dalla mediazione linguistica al riconoscimento del "diverso" come unico portatore di bisogni, all'atteggiamento proattivo per coinvolgere chi sta ai margini del sistema.

L'inclusione è l'intenzione di recuperare coloro che non si avvicinano al SSN in maniera volontaria facendo arrivare interventi di prevenzione anche a queste categorie di persone; almeno per gli screening oncologici e gli stili di vita.

#### ✓ **"NUOVE FRAGILITÀ", CON UN FOCUS SUI MINORI E SUGLI ANZIANI**

**Questa categoria rientra pienamente nella nostra mission**

A tal proposito, per quanto riguarda l'anziano il PNRR prevede il potenziamento delle attività distrettuali in un'ottica di integrazione tra il ospedale e territorio e tra sanitario e sociale. La nuova sfida per fronteggiare la cronicità sarà data dall'approccio multidisciplinare e intersettoriale dove l'obiettivo non sarà esclusivamente quello di ricondurre una persona malata alla condizione di sana, ma piuttosto quella di favorire il massimo benessere possibile coordinando agli interventi sanitari la rete familiare o di vicinato, il terzo settore, contributi economici ecc

Per i minori invece con l'approccio life course, si prediligono interventi di prevenzioni nei primi anni di vita per ottenere risultati di salute permanenti.

#### ✓ **"SPORT"**

All'interno del contesto Promozione della salute, la Regione Marche il CONI delle Marche l'Ufficio Scolastico Regionale sono impegnati nella realizzazione di un progetto "Marche in Movimento" nell'anno scolastico 2021-22, con il coinvolgimento attivo dell'Asur Marche e la collaborazione del CIP Comitato Paralimpico Italiano e del CSI Centro Sportivo Italiano.

Il progetto è rivolto alle prime, seconde e terze classi delle scuole primarie della Regione Marche, statali e paritarie, prevede la presenza del Tutor per un'ora alla settimana per tutto l'anno scolastico

#### ✓ **"LAVORO E SVILUPPO ECONOMICO IMPRENDITORIALE"**

Queste due categorie vengono trattate insieme perché correlate tra loro

Nel raggiungimento degli obiettivi di sviluppo sostenibile dell'Agenda 2030, la cultura assume un ruolo determinante.

Sono sempre più numerosi i progetti che dimostrano come la cultura influenzi positivamente la qualità della vita degli individui e delle comunità

Per quanto riguarda la nostra Azienda, questo è un settore inesplorato e molto sfidante per progetti di marketing sanitario dove vengono proposti stili di vita attraverso partnership con il settore produttivo locale, gli enti locali e il terzo settore.

## **Sottosezione 2.2 – PERFORMANCE**



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

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

Pertanto in conformità a quanto previsto dalla normativa di riferimento, la presente sottosezione, in continuità con le edizioni precedenti del Piano della *Performance*, individua per il triennio 2022-2024 gli indirizzi, gli obiettivi strategici ed operativi (generali e specifici), nonché gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'Azienda ASUR.

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

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

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

- a) 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);
- b) migliorare la consapevolezza del personale rispetto agli obiettivi dell'amministrazione, guidando i percorsi realizzativi e i comportamenti dei singoli;
- c) comunicare anche all'esterno (accountability) ai propri portatori di interesse (stakeholder) priorità e risultati attesi.

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

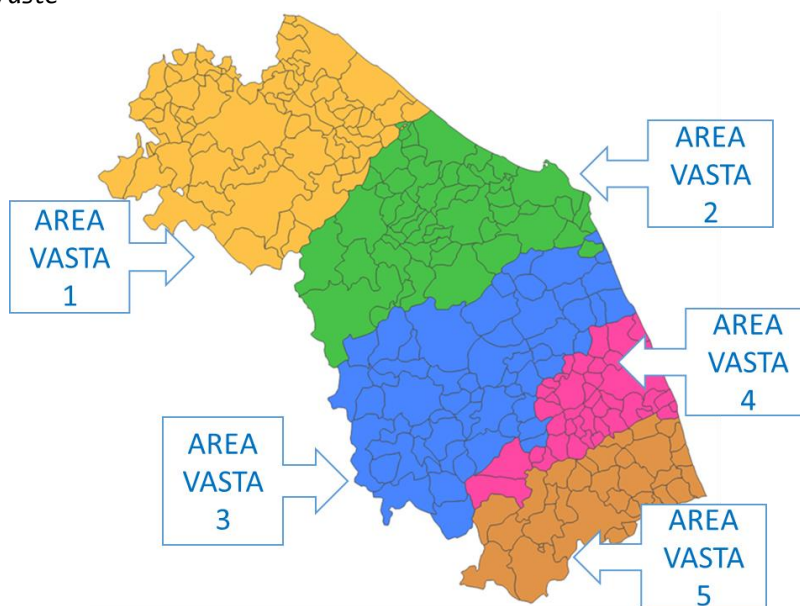
La peculiarità dell'ASUR, quale Azienda unica regionale della Regione Marche, rafforza la natura del Piano delle Performance, quale linea guida di riferimento per i processi di performance interni alle Aree Vaste. A definire il quadro normativo per la contrattazione decentrata è intervenuta, da ultima, la Legge regionale n. 8 del 21 marzo 2017 che ha confermato l'Area Vasta come unità amministrativa autonoma ai fini della contrattazione collettiva, che avviene tra la delegazione trattante di parte pubblica nominata dal Direttore Generale e quella di parte sindacale specifica di ciascuna Area Vasta.

## 2.2.2 L'Azienda Sanitaria Unica Regionale

La **Legge Regione Marche n. 13 del 20 giugno 2003** ha istituito l'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR), riformando l'intero assetto istituzionale del sistema sanitario della Regione Marche.

Sulla base delle modifiche introdotte con la Legge Regione Marche n. 17 del 1 agosto 2011, l'ASUR è articolata in cinque Aree Vaste (AAVV), di seguito rappresentate (Fig.1), le quali hanno il compito di assicurare alla popolazione residente le prestazioni incluse nei livelli essenziali di assistenza (LEA) e garantire l'equo accesso ai servizi e alle funzioni di tipo sanitario, sociale e di elevata integrazione sanitaria.

Fig. 1. Le Aree Vaste



In tale contesto, l'ASUR conserva la propria **mission** di garantire in modo costante ed uniforme la tutela dei cittadini residenti nell'intero territorio della Regione Marche. La dimensione regionale favorisce il perseguimento dell'obiettivo di rendere l'offerta dei servizi sanitari e socio-sanitari omogenea sul territorio ed equamente accessibile, nonché la possibilità di leggere in modo unitario e coerente i bisogni di salute dei cittadini, nella prospettiva di fornire risposte appropriate su più livelli di complessità. Alle Aree Vaste è attribuito il compito di assicurare alla popolazione residente le prestazioni incluse nei livelli essenziali di assistenza (LEA) e l'equo accesso ai servizi e alle funzioni di tipo sanitario, sociale e di elevata integrazione sanitaria, organizzate nel territorio.

**Obiettivo** strategico dell'ASUR, pertanto, è quello di realizzare un sistema efficiente, snello e capace di risposte rapide, in grado di produrre economie ed ottimizzazioni di sistema al fine di garantire la compatibilità e sostenibilità economica dell'intero sistema socio-economico regionale, peraltro messo a forte rischio dalla netta riduzione dei trasferimenti statali. Nel caso siano liberate risorse, queste saranno destinate alla qualificazione dell'offerta. In questa prospettiva, l'ASUR indirizza le Aree Vaste nel loro ruolo di attori protagonisti di nuove forme di governance nei rispettivi territori affinché siano garanti dei servizi forniti e gestori delle strutture ed organizzazioni all'uopo deputate.

Per perseguire tali finalità strategiche, l'assetto organizzativo-funzionale aziendale si rifà a quello dei sistemi a rete in cui le articolazioni organizzative rappresentano un insieme di nodi che sono legati tra loro da relazioni e connessioni più o meno deboli e che condividono sistemi operativi a supporto del funzionamento della rete (linguaggi, codici, valori che guidano i comportamenti, gli

strumenti di programmazione e controllo, strumenti di integrazione gestionale, la gestione del personale, ecc..).

In particolare, sono state definite le strutture organizzative di staff e di line con lo scopo di supportare il Direttore Sanitario e il Direttore dell'Integrazione Socio-Sanitaria nello svolgimento delle funzioni di collegamento tra livello strategico e livello operativo.

Tali assetti organizzativi sono stati approvati con ASUR n. 356/DG del 20/6/2017 per quanto riguarda l'Area Socio-Sanitaria e con determina n. 355/DG del 20/06/2017, così come modificata con Determina ASUR n. 486/DG del 28/07/2017 con riferimento all'Area Sanitaria.

Per quanto riguarda l'Area Amministrativo-Tecnico-Logistica (ATL), l'organizzazione è stata regolamentata con Determina ASUR n. 238/DG del 14/04/2017, così come modificata con Determina ASUR 264/DG del 05/05/2017.

Si evidenzia che, con determina ASUR n.742/DG del 31/12/2019, la Direzione Generale ha provveduto ad approvare un nuovo assetto organizzativo dell'Area Sanitaria; in seguito alla richiesta di modifica e di integrazione da parte di alcune Organizzazioni Sindacali, la Direzione si è riservata di riesaminare le questioni rappresentate e, pertanto, con determina ASUR n. 163/DG del 6/4/2020 è stata sospesa ai sensi dell'art. 21 quater 2° comma della L. 241/1990 e s.m.i. tale suddetta riorganizzazione.

### 2.2.3 Analisi del contesto esterno e delle risorse

#### Il territorio e la popolazione assistita

L'ASUR Marche, l'Azienda sanitaria si estende su un territorio di 9.401,4 Km<sup>2</sup> (3,2% del territorio nazionale) con struttura geomorfologica differenziata. La popolazione assistita al 01/01/2021 è pari a 1.501.406<sup>1</sup> distribuita in 227 Comuni e in 13 Distretti, con una densità di 162 abitanti per Km<sup>2</sup>. La popolazione per Area Vasta e classe di età è riportata nella tabella seguente.

Tab.1

AREE VASTE	TOTALE POPOLAZIONE ALL' 1-1-2021	CLASSI DI ETÀ'							
		Neonati	1-4 anni	5-14 anni	15-44 MASCHI	15-44 FEMMINE	45-64 anni	65-74 anni	>= 75anni
AV1 PESARO	354.139	2.187	32.067	10.042	57.824	55.793	109.353	41.486	45.387
AV2 ANCONA	477.137	2.934	42.622	13.308	77.217	73.942	145.432	57.064	64.618
AV3 MACERATA	295.307	1.983	25.865	8.634	48.189	46.600	88.067	35.547	40.422
AV4 FERMO	170.248	1.080	14.447	4.674	28.078	26.668	51.607	20.729	22.965
AV5 ASCOLI PICENO	204.575	1.242	16.915	5.439	33.305	31.728	62.913	25.109	27.924
TOTALE	1.501.406	9.426	131.916	42.097	244.613	234.731	457.372	179.935	201.316

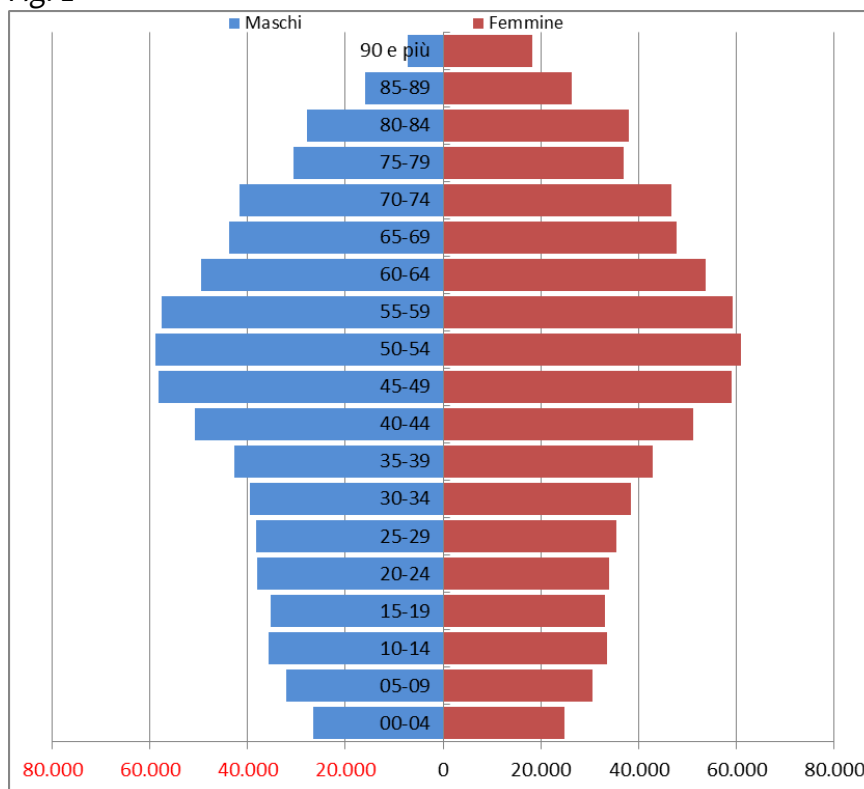
Nelle Marche la speranza di vita alla nascita per gli uomini è di 80,8 anni e per le donne di 85,1 (dati Istat, 2020), rappresentando uno dei valori più alti tra tutte le regioni italiane (dato medio nazionale: 79,6 maschi e 84,4 femmine). L'indice di vecchiaia (determinato come rapporto tra il numero di ultra sessantacinquenni e la popolazione tra 0 e 14 anni), pari al 208%, supera di ben 25 punti percentuali il dato nazionale, che si attesta a 185%. Attualmente gli ultra sessantacinquenni (381.251), rappresentano il 25,39% della popolazione residente (in Italia il 23,4%). Nel 2021, come avviene ormai da oltre un ventennio, il saldo naturale dei primi otto mesi dell'anno è risultato negativo, pari a -7.670 unità, con un incremento di 706 rispetto ai primi otto mesi del 2020 per effetto dell'Emergenza Sanitaria Covid-19.

Il grafico in basso, detto "Piramide delle Età", rappresenta la distribuzione della popolazione delle Marche per età e sesso al 1° gennaio 2021. La popolazione è riportata per classi quinquennali di età sull'asse Y, mentre sull'asse X sono riportati due grafici a barre a specchio con i maschi (a sinistra) e le femmine (a destra). In generale, la forma di questo tipo di grafico dipende

<sup>1</sup> Fonte: ISTAT

dall'andamento demografico di una popolazione, pertanto la base piuttosto “stretta”, un segmento mediano più allargato ed un vertice “appiattito” testimonia un calo delle nascite ed un aumento della popolazione più anziana, in particolare si evidenzia la maggiore longevità femminile degli ultra-sessantenni, che evidenzia l’attesa di vita maggiore.

Fig. 2



### Analisi del contesto esterno

La programmazione aziendale 2022-2024 è stata fortemente condizionata dalle dinamiche del Fondo Sanitario Nazionale e dai molteplici interventi adottati per far fronte allo stato di emergenza sul territorio nazionale per il rischio sanitario connesso all’insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili, emergenza dichiarata dal Consiglio dei Ministri in data 31/01/2020 e prorogata da ultimo al 31 marzo 2022 con il DL n.221 del 24/12/2021.

In particolare, così come indicato nella DGRM 1628 del 22/12/2021 di assegnazione provvisoria del Budget dell’anno 2022, il livello del finanziamento del servizio sanitario nazionale (SSN) a cui concorre lo Stato per l’anno 2022 è pari a Euro 122.193 milioni di Euro, che comprende euro 34,993 milioni per il 2022 in relazione al finanziamento per l’emergenza Covid-19, di cui al DL 73/2021 agli art. 27 (Esenzione prestazioni di monitoraggio per pazienti ex-covid) e art. 50 (Interventi urgenti per la vigilanza e la sicurezza sui luoghi di Lavoro). Per la Regione Marche la stima del Fondo sanitario indistinto, considerando una quota d’accesso al FSN pari a quella del riparto del FSN 2021 (2,572% al lordo dei ricavi ed entrate proprie convenzionali delle aziende sanitarie), risulta pari a Euro 2.985.191.012.

Con la citata DGRM di autorizzazione provvisoria alla gestione del Budget 2022 degli Enti del SSR, la Regione Marche ha autorizzato l’ASUR alla gestione provvisoria del proprio Bilancio economico preventivo, assegnando tetto di spesa per l’anno 2022 pari a euro a euro 2.384.665.872 euro (comprensivo di 104.037.020 euro di mobilità passiva extra-regionale e internazionale e di euro 4.500.000 di costi per i rimborsi ai danneggiati ex L.210/92). Il totale degli investimenti finanziati con risorse correnti autorizzato con la Gestione Provvisoria 2022 è pari ad euro 18.750.000.

Il livello dei costi autorizzati deve essere finanziato con un valore delle entrate proprie pari ad euro 76.701.520.

Di seguito, si rappresentano i **principali vincoli economici** (non esaustivi) imposti dalla normativa regionale e nazionale sui singoli fattori:

✓ **Equilibrio e standard qualitativi dei Presidi a Gestione Diretta**

Il comma 535 della Legge 208/2015 (Legge di stabilità 2016) prevede che a decorrere dal 2017 i parametri relativi ai volumi, qualità ed esiti delle cure e quelli di economicità applicati alle Aziende Ospedaliere (Piani di rientro di cui ai commi da 521 a 547), si applicano alle aziende sanitarie locali e ai relativi presidi a gestione diretta, nel rispetto delle modalità e dei criteri stabiliti dal DM 21/06/2016 e ad ogni modo previa revisione del Conto Economico di Presidio. Tale modifica è inclusa nel decreto del Ministero della Salute del 24/5/2019 (GU del 25/6/2019), che prevede un nuovo modello CP a regime nell'anno 2021.

✓ **Livelli Essenziali di Assistenza**

Con decreto del Ministero della Salute del 12 marzo 2019 è stato approvato il “Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell’assistenza sanitaria” attraverso il quale il Governo assicura a tutti i cittadini che l’erogazione delle prestazioni e dei servizi compresi nei Livelli essenziali di assistenza (LEA) avvenga in condizioni di qualità, appropriatezza ed uniformità. Il nuovo sistema di garanzia è in vigore dal 2020 con il sottoinsieme di indicatori "core", al fine di sostituire la Griglia LEA, come previsto dall’art. 3, comma 6, del D.M. 12 marzo 2019.

La legge di bilancio 2022 (n. 234 del 30 dicembre 2021 all’art. 1 comma 288 (Finanziamento e aggiornamento Lea) prevede che a decorrere dall’anno 2022, per l’aggiornamento dei Lea viene finalizzato un importo di 200 milioni di euro, a valere sulla quota indistinta del fabbisogno sanitario standard nazionale.

✓ **Equilibrio e standard qualitativi dei Presidi a Gestione Diretta**

Il comma 535 della Legge 208/2015 (Legge di stabilità 2016) prevede che a decorrere dal 2017 i parametri relativi ai volumi, qualità ed esiti delle cure e quelli di economicità applicati alle Aziende Ospedaliere (Piani di rientro di cui ai commi da 521 a 547), si applicano alle aziende sanitarie locali e ai relativi presidi a gestione diretta, nel rispetto delle modalità e dei criteri stabiliti dal DM 21/06/2016 e ad ogni modo previa revisione del Conto Economico di Presidio. Tale modifica è inclusa nel decreto del Ministero della Salute del 24/5/2019 (GU del 25/6/2019), che prevede un nuovo modello CP a regime nell'anno 2021.

✓ **Livelli Essenziali di Assistenza**

Con decreto del Ministero della salute del 12 marzo 2019 è stato approvato il “Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell’assistenza sanitaria” attraverso il quale il Governo assicura a tutti i cittadini che l’erogazione delle prestazioni e dei servizi compresi nei Livelli essenziali di assistenza (LEA) avvenga in condizioni di qualità, appropriatezza ed uniformità. Il nuovo sistema di garanzia è in vigore dal 2020 con il sottoinsieme di indicatori "core", al fine di sostituire la Griglia LEA, come previsto dall’art. 3, comma 6, del D.M. 12 marzo 2019. La legge di bilancio 2020 (n. 234 del 30 dicembre 2021 all’art. 1 comma 288 (Finanziamento e aggiornamento Lea) prevede che a decorrere dall’anno 2022, per l’aggiornamento dei Lea viene finalizzato un importo di 200 milioni di euro, a valere sulla quota indistinta del fabbisogno sanitario standard nazionale.

✓ **Farmaci**

Sulla base delle nuove disposizioni contenute nella Legge 234 del 30 dicembre 2021 (legge di Bilancio 2022), art. 1 commi da 281 a 286) il tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti è rideterminato nella misura dell’8% per l’anno 2022 (nel 2021 era fissato al 7,65%), dell’8,15 per cento

per l'anno 2023 e dell'8,30 per cento a decorrere dall'anno 2024. Resta fermo il valore percentuale del tetto per acquisti diretti di gas medicinali (0,20%). Resta invariato il limite della spesa farmaceutica convenzionata nel valore del 7%. Queste percentuali possono essere annualmente rideterminate, fermi restando i valori complessivi, in sede di predisposizione del disegno di legge di bilancio, su proposta del Ministero della salute, sentita l'Aifa, d'intesa con il Ministero dell'economia e delle finanze, sulla base dell'andamento del mercato dei medicinali e del fabbisogno assistenziale.

L'attuazione di nuovi tetti è subordinata all'aggiornamento annuale da parte dell'AIFA dell'elenco dei farmaci rimborsabili dal SSN.

#### ✓ **Dispositivi medici**

Il D.L. n. 78/2015 (art. 9 ter comma 1 lettera b) convertito in Legge 125/15 prevede un tetto di spesa pari al 4,4% rispetto al fabbisogno sanitario regionale, superato dalla Regione Marche fin dall'anno 2014.

Il comma 287 (art. 1 della Legge n. 234/202) inoltre prevede la erogazione alla disciplina dei tetti di spesa per l'acquisto di dispositivi medici in ragione dell'emergenza Covid: i dispositivi medici correlati alle azioni di contenimento e contrasto alla pandemia da Sars-CoV-2, di cui all'elenco "Acquisti di dispositivi e attrezzature per il contrasto all'emergenza Covid-19" presente sul sito istituzionale della Presidenza del Consiglio dei ministri, acquistati dalle regioni e province autonome, non sono considerati, per gli anni 2020 e 2021, ai fini del computo del tetto di spesa di cui all'articolo 9-ter del D.L. n. 78/2015.

#### ✓ **Costo del personale**

Con DGRM n. 1670 del 28/12/2021 la Giunta Regionale ha rideterminato, in applicazione dell'art. 11, c.l, del D.L. n. 35/2019 nonché dal DL n. 183 del 31 dicembre 2020, il tetto di spesa del personale degli Enti del Servizio Sanitario Regionale, a decorrere dall'esercizio 2021, definendo per l'ASUR il limite di spesa pari ad Euro 618.274.000. Tale limite deve essere aggiornato per l'anno 2022 e ripartito per Aree Vaste con la Determina di approvazione del piano triennale del fabbisogno. A tal proposito la legge di Bilancio 2022 (modificando l'art.11 del DL 35/2019) stabilisce che la spesa per il personale sanitario, a livello regionale, possa essere incrementata da un importo pari al 10% dell'incremento del fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente, stabilizzando così tale incremento che attualmente era previsto solo fino al 2021 per poi scendere al 5%.

Inoltre dal 2022 l'incremento del 5% è subordinato all'adozione di una metodologia per la determinazione del fabbisogno del personale degli Enti del Servizio Sanitario Regionale. Entro 180 giorni dall'entrata in vigore della presente legge il Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni, su proposta dell'Agenas, nel rispetto del valore complessivo della spesa di personale del Servizio Sanitario Nazionale, adotta con decreto la suddetta metodologia per la determinazione del fabbisogno del personale degli Enti del Servizio Sanitario Nazionale. Le Regioni, sulla base della predetta metodologia, predispongono il piano dei fabbisogni triennali per il Servizio Sanitario Regionale che sono valutati e approvati dal tavolo di verifica degli adempimenti.

Le ulteriori disposizioni sul contenimento del costo del personale riguardano:

- 1) riduzione della spesa per le consulenze nella misura pari all'80% della spesa complessiva per le consulenze rispetto a quella sostenuta nell'anno 2009 – DGRM 977/2014;
- 2) riduzione della spesa per le missioni nella misura pari al 50% della spesa complessiva per le missioni rispetto a quella sostenuta nell'anno 2009 (DGRM 977/2014 e art. 6, comma 12, D.L. 78/2010 convertito in L. 122 del 30 luglio 2010);



3) riduzione della spesa per la formazione nella misura pari al 50% della spesa complessiva per la formazione rispetto a quella sostenuta nell'anno 2009, restando fermo l'obbligo di garantire il conseguimento dei crediti relativi all'ECM da parte del personale sanitario; non devono essere computate al fine del rispetto dell'azione le spese per la formazione obbligatoria compresa quella relativa ai crediti ECM nonché la spese per la formazione parzialmente finanziate (per la quota parte) ovvero interamente finanziati da fondi privati, comunitari, statali, ovvero da altri enti o istituzioni pubbliche diverse dalla Regione Marche. (DGRM 977/2014 e art. 6, comma 13, D.L. 78/2010 convertito in L. 122 del 30 luglio 2010).

4) ai sensi dell'art. 27 della L.R. 33/2014 il rispetto dei limiti di spesa per il personale con rapporto di lavoro flessibile è pari a Euro 23.939.546.

#### ✓ **Prestazioni sanitarie di assistenza specialistica ambulatoriale da soggetti privati accreditati**

Il decreto legge n. 124/2019, articolo 45, comma 1-ter), ha stabilito che, dal 2020, per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, i volumi di acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati siano rideterminati tutti nel valore della spesa consuntivata nell'anno 2011, purché sia rispettato l'equilibrio economico-finanziario sanitario della regione interessata.

#### ✓ **Mobilità sanitaria**

Le disposizioni contenute nella L. 178/2020 (art. 1 comma 492) prevedono che la sottoscrizione degli accordi bilaterali tra le regioni per il governo della mobilità sanitaria interregionale di cui all'articolo 1, comma 576, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, costituisce adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del Servizio sanitario nazionale. A tal fine il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA elabora linee guida e set di indicatori oggettivi e misurabili, anche attraverso i dati del Sistema Tessera Sanitaria, un programma nazionale di valutazione e miglioramento dei processi di mobilità nell'ottica di salvaguardare una mobilità "fisiologica" e recuperare fenomeni di mobilità non dovuti a fenomeni "fisiologici".

#### ✓ **Dipendenze Patologiche**

Con DGRM 1031 del 11/08/2021 è stato approvato l'accordo quadro per il triennio 2021-2023 per le prestazioni residenziali e semiresidenziali erogate a persone con dipendenze patologiche, prevedendo un tetto di spesa per l'anno 2022 pari a €10.962.411,14.

Con Determina del Direttore Generale ASUR Marche n. 644 del 20/12/2021 è stata recepita la DGRM 1031 del 11/08/2021 ed è stato approvato lo schema per erogazione di prestazioni residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali e per progettualità di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte a persone con dipendenze patologiche, in sinergia con il Coordinamento Regionale degli Enti Accreditati (CREA), l'Associazione Italiana per la Cura Dipendenze Patologiche (ACUPIDA) e l'Organizzazione Regione Marche Enti Accreditati (ORME).

#### ✓ **Trasporti**

Con DGRM 1272 del 5 agosto 2020 è stato stabilito che la funzione di gestione dei trasporti sanitari afferenti al servizio sanitario regionale deve essere garantita dall'ASUR mediante le CCT e non più autonomamente dagli altri Enti del SSR e che le spese sostenute dagli Enti del SSR, per l'erogazione degli stessi, sono ricomprese nei rispettivi Budget aziendali. Con Determina del Direttore Generale Asur Marche n. 547 del 26/10/2021 sono stati determinati i criteri e le modalità di rimborso delle prestazioni di trasporto sanitario relative al triennio 2019-2021.

#### ✓ **Recupero liste di attesa**

I Commi 276-279 della legge di bilancio 2022 (L. 234 del 30/12/2022) hanno prorogato al 31/12/2022 le disposizioni. 26 (commi 1 e 2) del D.L. 73 del 2021 per il raggiungimento delle finalità del DL 104 art 29 (riduzione delle liste di attesa relative alle prestazioni ambulatoriali, screening e di ricovero ospedaliero) non erogate nel periodo di emergenza epidemiologica da COVID-19).

Ai sensi dell'art. 29 del DL 104/2020 sono di seguito sintetizzati gli **interventi** a cui le Regioni e le Province autonome possono ricorrere per **ridurre le liste di attesa** sono i seguenti:

- prestazioni aggiuntive, nell'ambito dell'attività professionale intramuraria dei dirigenti medici, sanitari, veterinari e delle professioni sanitarie dipendenti dal Ssn, come previsto dall'ultimo contratto collettivo nazionale di lavoro dell'area sanità per il triennio 2016-2018 (art. 15, co. 2), incrementando da 60 a 80 euro onnicomprensivi la tariffa oraria lorda. Tale intervento è previsto per il recupero dei ricoveri ospedalieri - ad esclusione dei servizi di guardia medica per i quali non è riconosciuta la possibilità di elevamento-, sia per quello delle prestazioni ambulatoriali e per i test di screening; ferme restando le disposizioni vigenti in materia di volumi di prestazioni erogabili, orario massimo di lavoro e riposi;
- prestazioni aggiuntive da parte del personale non dirigenziale (del comparto sanità), con un aumento della relativa tariffa oraria a 50 euro lordi onnicomprensivi, (al netto degli oneri riflessi a carico dell'Amministrazione). Tale intervento è riferito alle prestazioni concernenti i ricoveri ospedalieri e le prestazioni relative agli accertamenti diagnostici, mentre invece non fa riferimento alle visite ambulatoriali, in base alla valutazione del fatto che per tali visite è richiesto un maggior impegno al personale medico. Anche in questo caso sono fatti salvi gli effetti delle disposizioni relative all'orario massimo di lavoro e ai riposi;
- assunzioni a tempo determinato di personale (ivi compresa la dirigenza medica, sanitaria, veterinaria e delle professioni sanitarie), anche in deroga ai vigenti CCNL di settore, o instaurazione di rapporti di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa. Tale intervento è posto con riferimento alle sole prestazioni inerenti i ricoveri ospedalieri;
- incremento, entro determinati limiti, del monte ore dell'assistenza specialistica ambulatoriale convenzionata interna (come parziale alternativa all'elevamento delle tariffe relative alle prestazioni aggiuntive). L'incremento del monte ore è consentito in via aggiuntiva rispetto a quello già ammesso dall'articolo 2-sexies del decreto legge n. 18 del 2020, secondo il quale gli enti ed aziende del SSN possono procedere ad un aumento delle ore in oggetto, da assegnare nel rispetto dell'accordo collettivo nazionale vigente (per il 2020 era prevista una quota specifica, mentre nel 2022 la tab B della legge di bilancio, prevede una somma unica per regione, per cui non sono stabiliti i limiti come nel 2020).

### **Le risorse economiche e finanziarie**

L'Azienda, che gestisce un Bilancio complessivo di circa 2.900 milioni di Euro, evidenzia fin dal 2007 una situazione di equilibrio economico complessivo. La tabella sottostante scompone il risultato di bilancio dell'ultimo triennio in termini di costi e ricavi di esercizio, evidenziando il contributo delle varie gestioni (ordinaria, finanziaria, straordinaria e imposte e tasse) all'equilibrio.

Tab.2



		Bilancio Preventivo 2021	Bilancio d'esercizio 2020	Bilancio d'esercizio 2019	Bilancio d'esercizio 2018	Delta 2021-2020	Delta %	Delta 2020-2019	Delta %	Delta 2019-2018	Delta %
AZ9999	Totale valore della produzione (A)	2.949.034.856	2.926.279.130	2.916.363.933	2.862.505.033	22.755.726	0,8%	9.915.197	0,3%	53.858.900	1,9%
BZ9999	Totale costi della produzione (B)	2.931.576.174	2.891.445.995	2.890.938.184	2.864.452.369	40.130.178	1,4%	507.811	0,0%	26.485.815	0,9%
CZ9999	Totale proventi e oneri finanziari (C)	404	47.182	154.309	86.927	46.778	-99,1%	107.127	-69,4%	67.381	77,5%
DZ9999	Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
EZ9999	Totale proventi e oneri straordinari (E)	35.779.362	16.910.553	25.353.500	52.150.281	18.868.809	111,6%	-8.442.947	-33,3%	-26.796.781	-51,4%
XA0000	Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	53.237.640	51.696.506	50.624.941	50.116.019	1.541.134	3,0%	1.071.565	2,1%	508.923	1,0%
YZ9999	Totale imposte e tasse (Y)	53.237.640	51.696.506	50.624.941	50.116.019	1.541.134	3,0%	1.071.565	2,1%	508.923	1,0%
ZZ9999	RISULTATO DI ESERCIZIO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Il valore della produzione (A) dopo un trend in incremento nel biennio 2020-2018 (+1,9%) e di arresto nel 2020 (+0,3%), segna di nuovo un trend in aumento nel Bilancio preventivo 2021 (+0,8% pari a 22,7 milioni di euro). Allo stesso modo, il costo della produzione (B) evidenzia una previsione di espansione rispetto all'anno precedente (+1,4%), per effetto del protrarsi dell'emergenza COVID e della ripresa dell'attività istituzionale dopo la battuta d'arresto registrata nel 2020 a seguito del lock-down. Parte di tale aumento è finanziato con la gestione straordinaria (E) che evidenzia un aumento rispetto all'anno precedente, di 18,9 milioni di euro.

Per un maggior dettaglio sulla composizione del Bilancio d'esercizio in termini di costi e ricavi si rinvia al prospetto seguente.

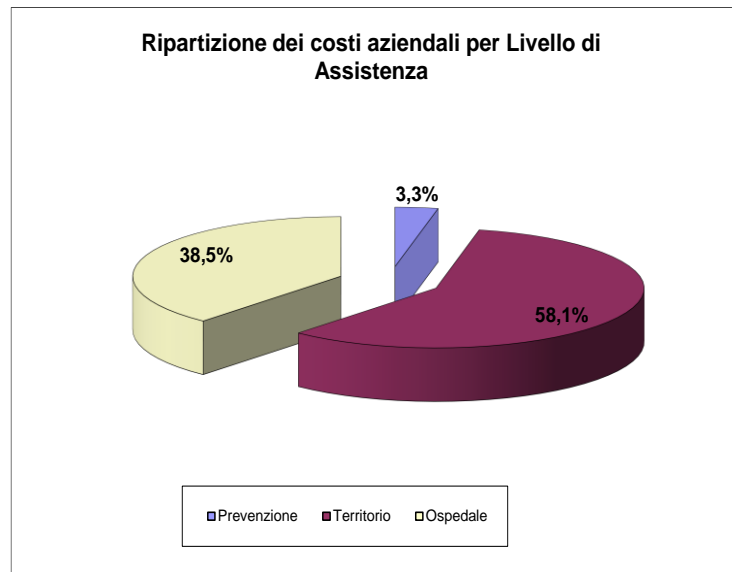
Tab. 3.

CODICE	DESCRIZIONE	VOCE	Bilancio d'esercizio 2019	Bilancio d'esercizio 2020	Delta anno precedente	%
AZ9999	<b>Totale valore della produzione (A)</b>		2.916.363.933	2.926.279.130	9.915.197	0%
AA0010	<b>A.1) Contributi in c/esercizio</b>		2.671.659.172	2.734.485.377	62.826.205	2%
AA0240	<b>A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimen</b>		-10.162.890	-29.919.867	-19.756.978	194%
AA0270	<b>A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi finalizzati e vinc</b>		2.831.261	2.738.824	-92.437	-3%
AA0320	<b>A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sa</b>		126.027.765	128.063.595	2.035.831	2%
AA0750	<b>A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi</b>		48.138.363	30.117.885	-18.020.478	-37%
AA0940	<b>A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket</b>		32.805.887	20.021.011	-12.784.876	-39%
AA0980	<b>A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio</b>		41.220.684	38.441.906	-2.778.779	-7%
AA1050	<b>A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni</b>					
AA1060	<b>A.9) Altri ricavi e proventi</b>		3.843.691	2.330.399	-1.513.292	-39%
BZ9999	<b>Totale costi della produzione (B)</b>		2.890.938.184	2.891.445.995	507.811	0%
BA0010	<b>B.1) Acquisti di beni</b>		410.978.625	426.858.032	15.879.407	4%
BA0390	<b>B.2) Acquisti di servizi</b>		1.652.060.398	1.597.098.342	-54.962.056	-3%
BA1910	<b>B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)</b>		24.033.394	25.691.798	1.658.404	7%
BA1990	<b>B.4) Godimento di beni di terzi</b>		21.686.179	22.916.584	1.230.406	6%
BA2080	<b>Totale Costo del personale</b>		701.469.739	711.944.021	10.474.282	1,5%
BA2500	<b>B.9) Oneri diversi di gestione</b>		8.300.255	7.643.324	-656.931	-8%
BA2560	<b>Totale Ammortamenti</b>		42.278.358	43.069.291	790.933	2%
BA2630	<b>B.12) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti</b>		810.038	1.140.666	330.627	41%
BA2660	<b>B.13) Variazione delle rimanenze</b>					
BA2690	<b>B.14) Accantonamenti dell'esercizio</b>		29.321.199	55.083.938	25.762.739	88%
CZ9999	<b>Totale proventi e oneri finanziari (C)</b>		-154.309	-47.182	107.127	-69%
CA0010	<b>C.1) Interessi attivi</b>		35.461	9	-35.452	-100%
CA0050	<b>C.2) Altri proventi</b>					
CA0110	<b>C.3) Interessi passivi</b>		189.769	47.191	-142.578	-75%
CA0150	<b>C.4) Altri oneri</b>					
DZ9999	<b>Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)</b>					
DA0010	<b>D.1) Rivalutazioni</b>					
DA0020	<b>D.2) Svalutazioni</b>					
EZ9999	<b>Totale proventi e oneri straordinari (E)</b>		25.353.500	16.910.553	-8.442.947	-33%
EA0010	<b>E.1) Proventi straordinari</b>		34.893.105	25.841.901	-9.051.203	-26%
EA0260	<b>E.2) Oneri straordinari</b>		9.539.604	8.931.348	-608.256	-6%
XA0000	<b>Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)</b>		50.624.941	51.696.506	1.071.565	2%
YA0010	<b>Y.1) IRAP</b>		49.580.410	50.619.866	1.039.456	2%
YA0060	<b>Y.2) IRES</b>		1.044.531	1.076.640	32.109	3%
YA0090	<b>Y.3) Accantonamento a F.do Imposte (Accertamenti, condoni, ecc.)</b>					
YZ9999	<b>Totale imposte e tasse (Y)</b>		50.624.941	51.696.506	1.071.565	2%
ZZ9999	<b>RISULTATO DI ESERCIZIO</b>		0	0	0	-26%

Il grafico seguente mostra la ripartizione dei costi aziendali nei tre livelli di assistenza: in particolare, fatto 100 il totale dei costi dell'anno 2020, come alla prevenzione venga destinato il 3,3% (corrispondente a 97,3 milioni di euro), al territorio il 58,1% (corrispondente a 1.698 milioni di euro) e, infine, al livello ospedaliero il 38,5% dei costi sostenuti (pari a 1.125 milioni di euro). Da tale prospetto si evidenzia come alla prevenzione venga destinato il 3,3% (corrispondente a 97,3 milioni di euro), al territorio il 58,1%

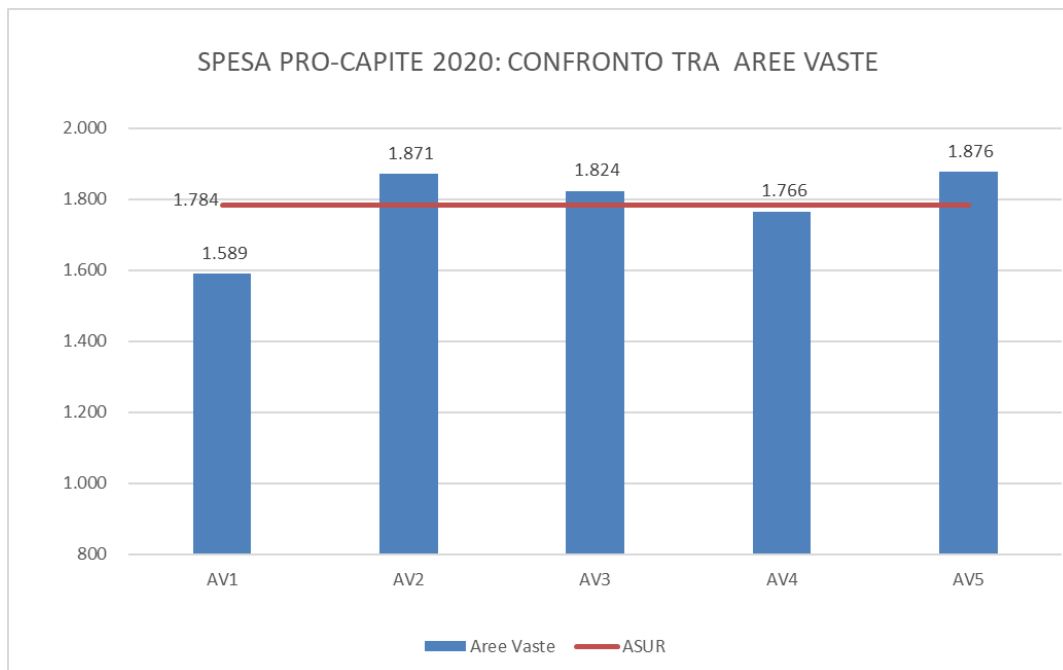
(corrispondente a 1.698 milioni di euro) e, infine, al livello ospedaliero il 38,5% dei costi sostenuti (pari a 1.125 milioni di euro).

Fig. 3



In termini di costo pro-capite, ossia del consumo medio di risorse che ciascun residente marchigiano assorbe dal Servizio sanitario pubblico (dato dal rapporto tra il costo complessivo sostenuto per i cittadini residenti ed il numero di residenti marchigiani), l'ASUR evidenzia un costo pro-capite pari a 1.784 euro, ripartito per singola Area Vasta così come riportato nel grafico seguente.

Fig. 4.



### Le risorse professionali

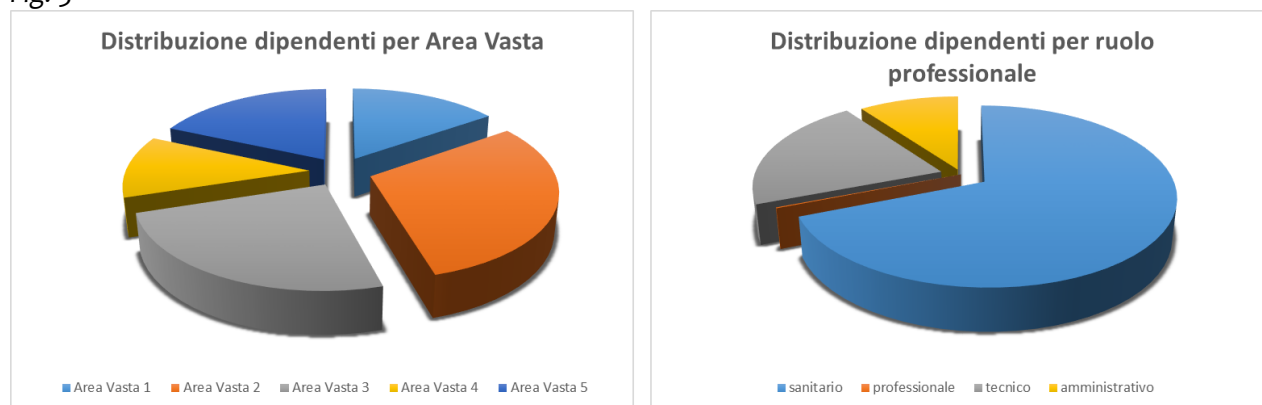
L'ASUR conta 14.245 dipendenti alla data del 31/12/2020, così suddivisi per Area Vasta e profilo contrattuale e rappresentati nella tab.4 e nella Fig.5.

Tab. 4

DOTAZIONE ORGANICA		Teste al 31/12/2019	n. assunti*		di cui CORONAVIRUS		n. cessati		di cui CORONAVIRUS		Teste al 31/12/2020
RUOLO	AREA		T.L.	T.D.	T.L.	T.D.	T.L.	T.D.	T.L.	T.D.	
sanitario	dirigenza medica	2.159	193	189		12	193	196		6	2.152
	dirigenza non m.	331	20	74		8	49	32		5	344
	comparto san	7.045	132	1.401	2	362	906	344		134	7.328
professionale	dirigenza prof	19	1	4			3	3			18
	comparto prof	8					-	3			5
tecnico	dirigenza tec	26	3	2			2	4		78	25
	comparto tec	2.805	94	812	1	201	579	186			2.946
amministrativo	dirigenza amm	63	12	2		1	4	2			71
	comparto amm	1.339	28	148			71	88			1.356
		<b>13.795</b>	<b>483</b>	<b>2.632</b>	<b>3</b>	<b>584</b>	<b>1.807</b>	<b>858</b>	-	<b>223</b>	<b>14.245</b>

di cui	
Area Vasta 1	2.178
Area Vasta 2	4.322
Area Vasta 3	3.482
Area Vasta 4	1.649
Area Vasta 5	2.614

Fig. 5



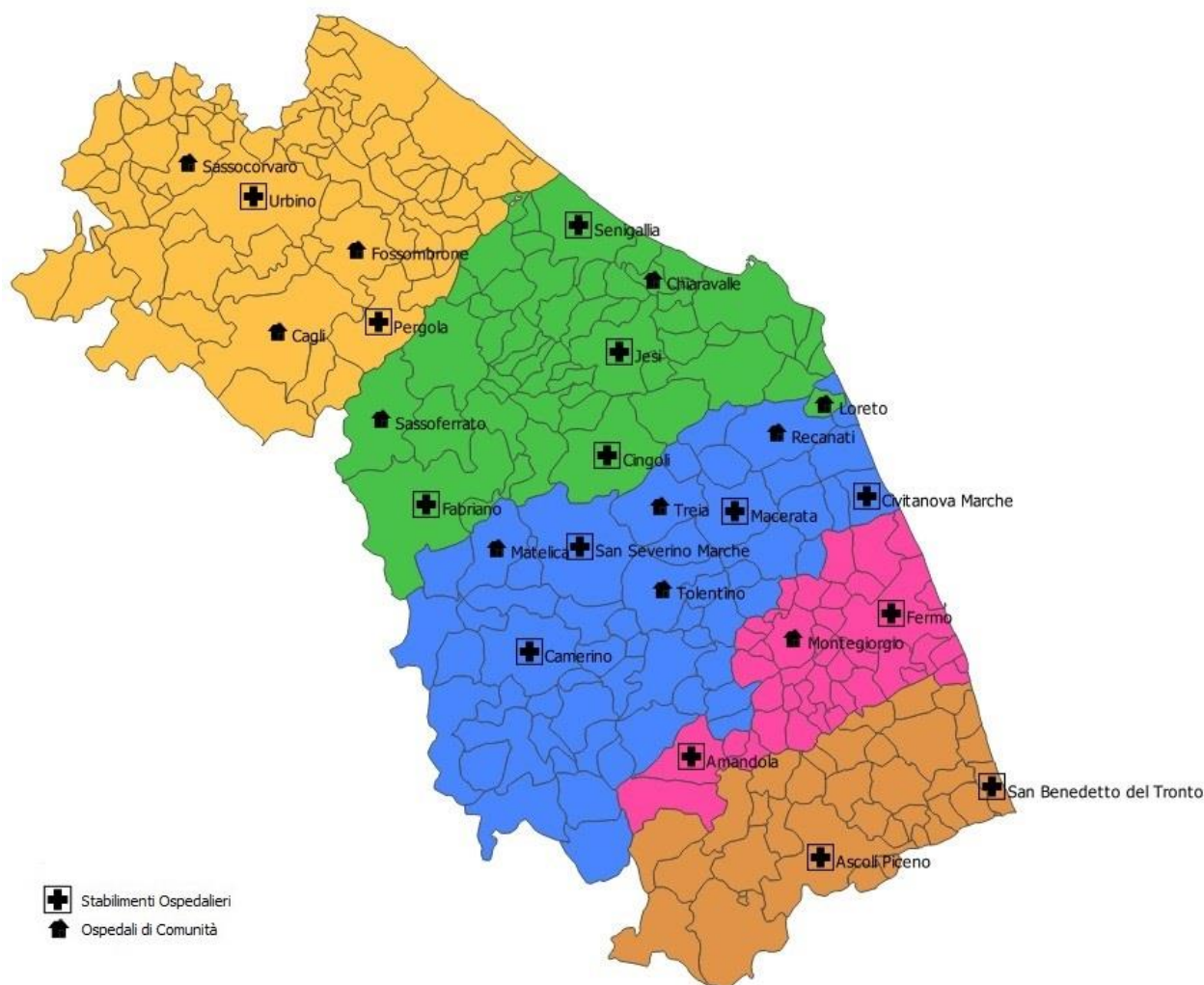
Relativamente alla medicina di base, l'Azienda opera mediante 1.083 medici di base, che assistono complessivamente una popolazione pari a 1.320.058 unità, e 172 pediatri di libera scelta, che assistono 154.830 assistiti (Fonte: Modello FLS 12, Anno 2020).

### La struttura dell'offerta

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

L'Azienda opera mediante 5 presidi ospedalieri unici di Area Vasta, comprendenti 14 stabilimenti ospedalieri. Sul territorio regionale sono altresì presenti 11 Case della Salute, derivanti dalla riconversione di ex ospedali minori, detti Ospedali di Comunità.

Fig. 6.



Tab. 5. Strutture pubbliche (Fonte Modello HSP 11 e HSP 11 bis Anno 2021)

AREA VASTA	CODICE STRUTTURA	DESCRIZIONE STRUTTURA	CODICE STABILIMENTO	DESCRIZIONE STABILIMENTO
AV1	110001	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV1	01	STABILIMENTO DI URBINO
			02	STABILIMENTO DI PERGOLA
AV2	110002	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV2	01	STABILIMENTO DI SENIGALLIA
			02	STABILIMENTO DI JESI
			04	STABILIMENTO DI FABRIANO
			06	STABILIMENTO DI CINGOLI
AV3	110003	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV3	01	STABILIMENTO DI CIVITANOVA M.
			02	STABILIMENTO DI MACERATA
			03	STABILIMENTO DI CAMERINO
			04	STABILIMENTO DI S. SEVERINO M.
AV4	110004	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV4	01	STABILIMENTO DI FERMO
			02	STABILIMENTO DI AMANDOLA
AV5	110005	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV5	01	STABILIMENTO DI S.BENEDETTO
			02	STABILIMENTO DI ASCOLI PICENO

Alle strutture ospedaliere pubbliche, si aggiungono 7 Case di Cura Private accreditate, di cui 3 Multispecialistiche, 3 Monospecialistiche ed 1 Istituto di Riabilitazione, con complessivi 16 stabilimenti dislocati sul territorio regionale.

Tab. 6. Strutture private accreditate (Fonte Modello HSP 11 anno 2021)

CODICE STRUTTURA	Denominazione struttura	Tipologia struttura	Area Vasta	codice stabilimento	Descrizione stabilimento
110037	CASA DI CURA VILLA SILVIA	Struttura mono-specialistica	AV2	01	CASA DI CURA VILLA SILVIA
110039	CASA DI CURA VILLA JOLANDA	Struttura mono-specialistica del settore neuro-psichiatrico	AV2	01	KOS CARE SRL - CLINICA VILLA JOLANDA
110071	CASA DI CURA 'SAN GIUSEPPE'	Struttura mono-specialistica del settore neuro-psichiatrico	AV2	01	CASA DI CURA 'SAN GIUSEPPE'
110076	CdC MARCHE - RETE IMPRESA AREA VASTA 2	Struttura multi-specialistica	AV2	01	CASA DI CURA VILLA IGEA
			AV2	02	LABOR SPA CASA DI CURA VILLA SERENA
110077	CdC MARCHE - RETE IMPRESA AREA VASTA 3	Struttura multi-specialistica	AV3	01	CASA DI CURA VILLA PINI SANATRIX GESTION
			AV3	02	CASA DI CURA DOTT. MARCHETTI SRL
110078	CdC MARCHE - RETE IMPRESA AREA VASTA 4/5	Struttura multi-specialistica	AV4	01	RITA SRL CASA DI CURA PRIVATA VILLAVERDE
			AV5	02	CASA DI CURA VILLA SANMARCO
			AV5	03	CASA DI CURA VILLA ANNA SRL
			AV5	04	CASA DI CURA SAN BENEDETTO SPA
			AV1	05	CASA DI CURA VILLA MONTEFELTRO
110079	CENTRO OSPEDALIERO SANTO STEFANO	Struttura riabilitativa ex art. 26	AV3	01	CENTRO SANTO STEFANO - PORTO POTENZA
			AV2	02	IST. DI RIAB. S. STEFANO - VILLA ADRIA
			AV5	03	CENTRO SANTO STEFANO - ASCOLI PICENO
			AV1	04	CENTRO SANTO STEFANO - CAGLI

Nell'anno 2021 i posti letto direttamente gestiti sono pari a 3.097 unità, comprendenti 322 posti letto di DH/DS, 169 posti letto di riabilitazione e lungodegenza e, infine, 2.606 posti letto ordinari (incluso detenuti, nido e discipline ospedaliere per acuti). Rispetto l'anno precedente si evidenziano variazioni della dotazione complessiva dei posti letto ASUR a gestione diretta per via dell'emergenza COVID 19.

Tab. 7

Area Vasta	Codice Stabilimento	Descrizione Stabilimento	Day hospital	Day surgery	Degenza ordinaria Riab. E Lungod. (cod. 56-60)	Degenza ordinaria escluso precedenti	Totale
AV1	110001	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV1	17	16	45	221	299
AV2	110002	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV2	49	38	90	731	908
AV3	110003	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV3	51	53	24	762	890
AV4	110004	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV4	23	20		357	400
AV5	110005	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV5	42	13	10	535	600
<b>Totale complessivo</b>			<b>182</b>	<b>140</b>	<b>169</b>	<b>2.606</b>	<b>3.097</b>
<i>Anno precedente</i>			182	131	192	2.451	2.956
<i>Delta</i>			0	9	-23	155	141

Passando alla dotazione di posti letto nelle strutture private accreditate, il numero di posti letto delle Case di Cura private regionali è pari a 873 unità, comprendenti 58 posti letto di DH/DS, 388 posti letto di riabilitazione e lungodegenza e, infine, 427 posti letto ordinari (incluso detenuti, nido e discipline ospedaliere per acuti).

Tab. 8.

Codice Stabilimento	Descrizione Stabilimento	Day hospital	Day surgery	Degenza ordinaria Riab. E Lungod. (cod. 56-60)	Degenza ordinaria escluso precedenti	Totale
110037	CASA DI CURA VILLA SILVIA	0	0	32	0	32
110039	KOS CARE SRL - CLINICA VILLA JOLANDA	0	0	15	0	15
110071	CASA DI CURA 'SAN GIUSEPPE'	0	0	35	0	35
110076	CdC MARCHE - RETE IMPRESA AREA VASTA 2	0	20	84	52	156
110077	CdC MARCHE - RETE IMPRESA AREA VASTA 3	2	15	24	79	120
110078	CdC MARCHE - RETE IMPRESA AREA VASTA 4/5	0	21	45	241	307
110079	CENTRO OSPEDALIERO SANTO STEFANO	0	0	153	55	208
<b>Totale complessivo</b>		<b>2</b>	<b>56</b>	<b>388</b>	<b>427</b>	<b>873</b>
<i>Anno precedente</i>		2	56	412	497	967
<i>Delta</i>		0	0	-24	-70	-94

L'Azienda opera mediante 319 strutture territoriali a gestione diretta e 382 strutture territoriali convenzionate (Fonte STS 11).

Fig.7 Dislocazione geografica delle strutture specialistiche e ambulatoriali (pubbliche e private)



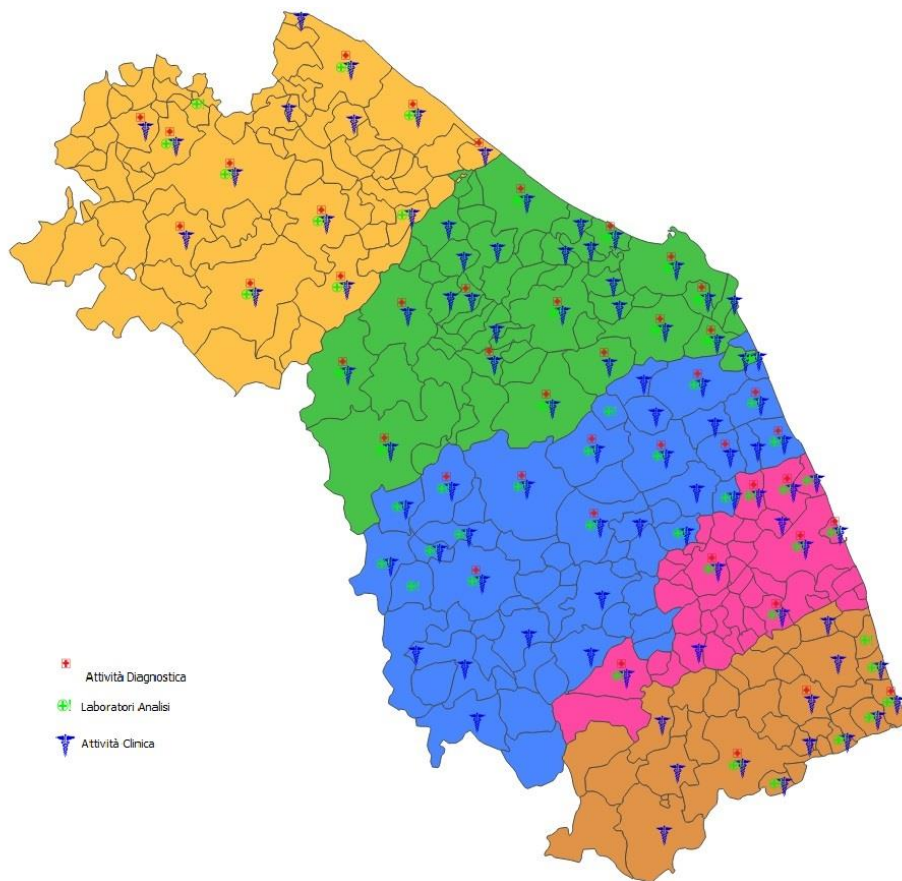


Fig. 8. Dislocazione geografica delle strutture residenziali (pubbliche e private)

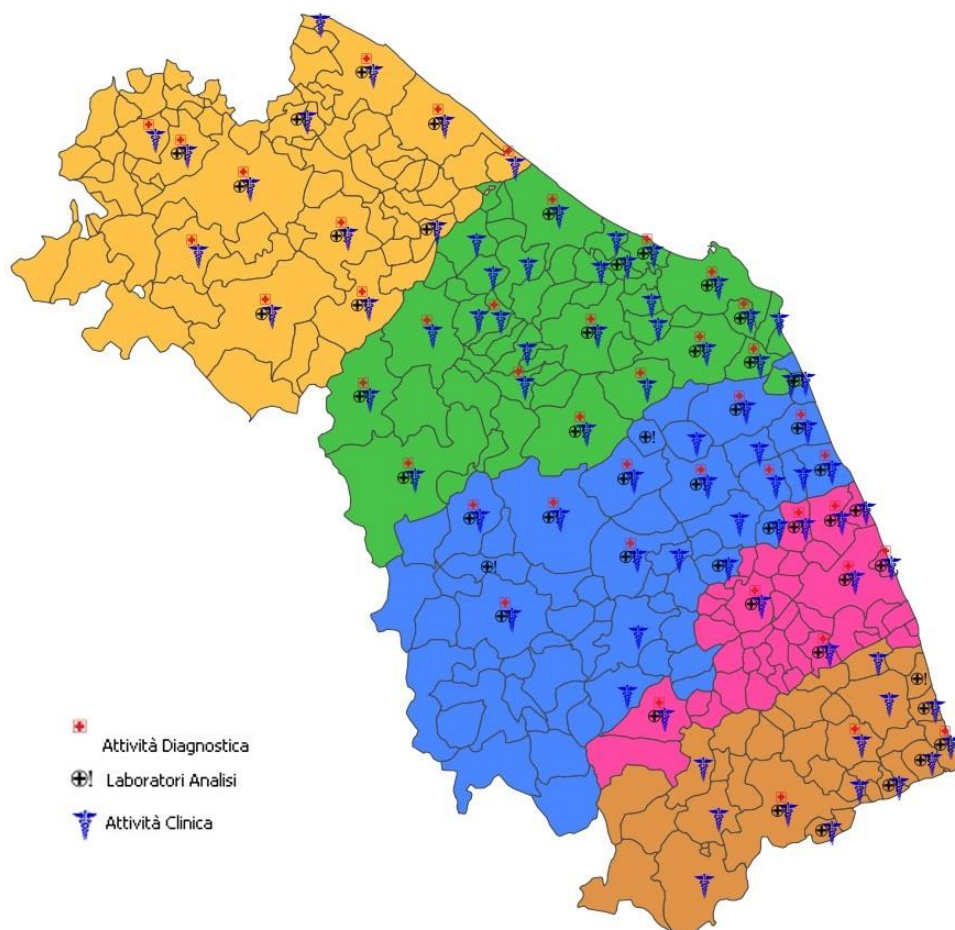
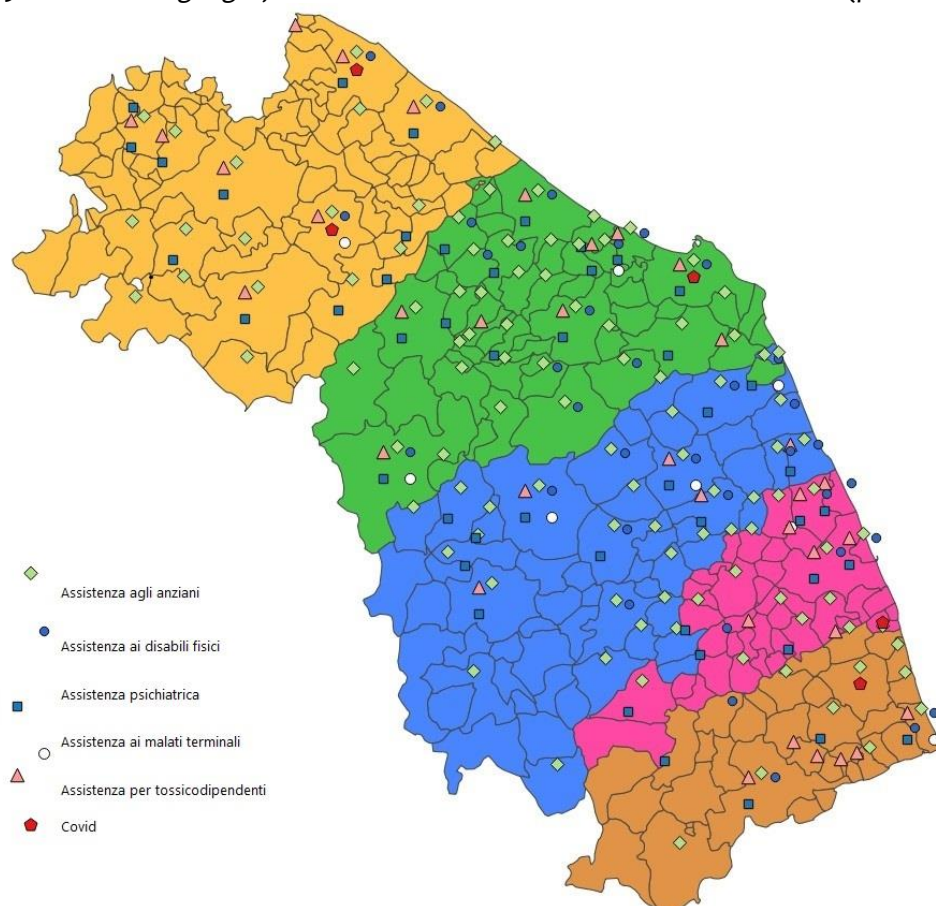


Fig.9 Dislocazione geografica delle strutture residenziali e semiresidenziali (pubbliche e private)



Le tabelle che seguono, coerentemente con i flussi ministeriali STS 11 e 24, riportano il numero di strutture a gestione diretta ASUR e il numero delle strutture private convenzionate per il 2021 suddiviso per tipologia di struttura e tipo di assistenza erogata, nonché il numero di posti letto di assistenza residenziale e semiresidenziale attivi nel 2021.

Tab. 9

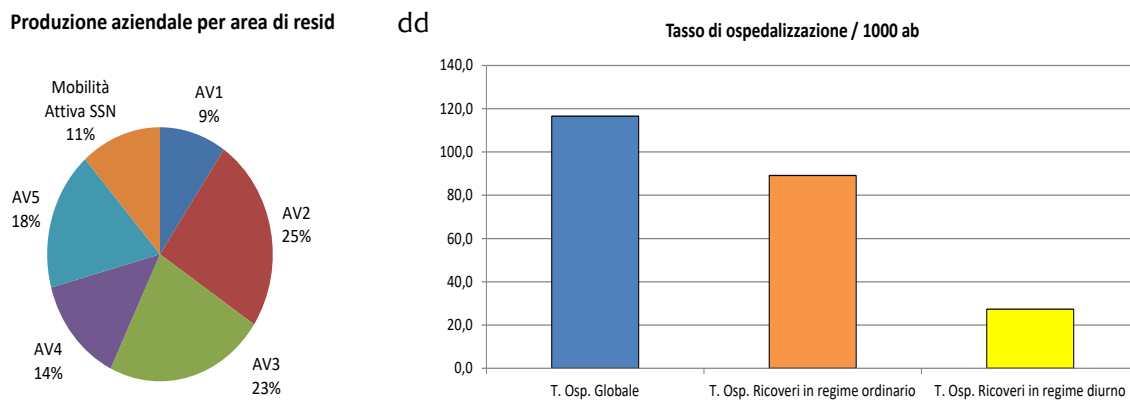
Numero di strutture a gestione diretta ASUR	Tipo struttura				Totale complessivo
	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE	AMBULATORIO E LABORATORIO	STRUTTURA RESIDENZIALE	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE	
Assistenza agli anziani			46	3	49
Assistenza ai disabili fisici			3	1	4
Assistenza ai disabili psichici			2	3	5
Assistenza ai malati terminali			8		8
Assistenza per tossicodipendenti	19		1	3	23
Assistenza psichiatrica	33		27	21	81
Attività clinica	111	41			152
Attività di consultorio familiare	69				69
Attività di laboratorio	25	18			43
Covid-19			2		2
Diagnostica strumentale e per immagini	33	22			55
Vaccinazioni anti COVID-19	30				30
<b>Totale complessivo</b>	<b>320</b>	<b>81</b>	<b>89</b>	<b>31</b>	<b>521</b>

Numero di strutture convenzionate	Tipo struttura				Totale complessivo
	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE	AMBULATORIO E LABORATORIO	STRUTTURA RESIDENZIALE	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE	
Assistenza agli anziani			136	7	143
Assistenza ai disabili fisici			12	32	44
Assistenza ai disabili psichici			8	4	12
Assistenza AIDS			2		2
Assistenza idrotermale	6				6
Assistenza per tossicodipendenti			31	4	35
Assistenza psichiatrica			27	1	28
Attività clinica	2	65			67
Attività di laboratorio		58			58
Covid-19			3		3
Diagnostica strumentale e per immagini		20			20
Vaccinazioni anti COVID-19	2				2
<b>Totale complessivo</b>	<b>10</b>	<b>143</b>	<b>219</b>	<b>48</b>	<b>420</b>

## I servizi sanitari erogati

L'ASUR eroga livelli essenziali di assistenza alla popolazione assistita attraverso le articolazioni organizzative delle Aree Vaste. Con riferimento all'assistenza ospedaliera, l'Azienda nel 2020 ha erogato complessivamente 114.473 ricoveri (comprensivi anche della quota di produzione dei privati accreditati), di cui 88,5% ai propri residenti e 11,5% ai residenti di altre regioni. Il tasso di ospedalizzazione globale per acuti (numero di ricoveri per mille abitanti con la mobilità passiva extraregionale) è pari a 116,6 con un valore pari a 89,2 per i ricoveri in regime ordinario e 27,4 per quelli in regime diurno.

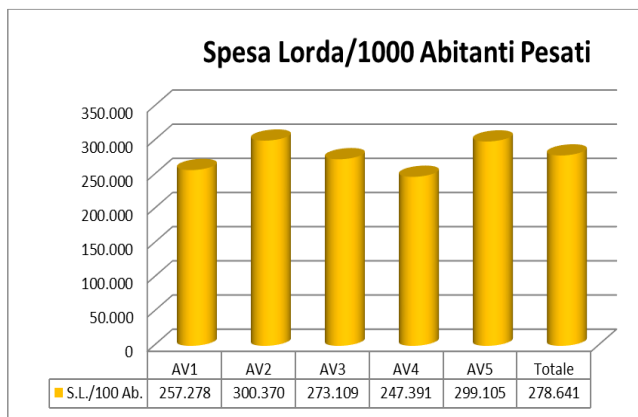
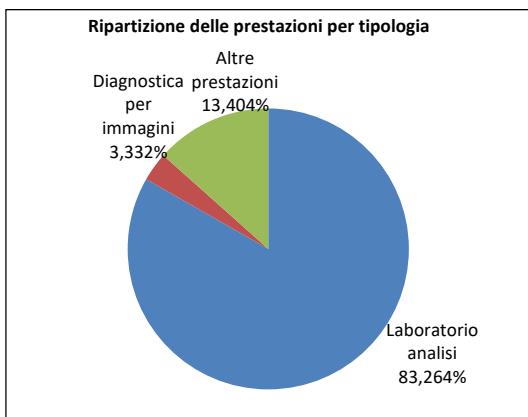
Fig. 10



In merito all'assistenza specialistica, nel 2020 sono state globalmente erogate dall'azienda e dagli erogatori privati accreditati ad essa convenzionati 47.231.327 prestazioni, di cui 96,8% ai pazienti regionali ed il restante 3,2% a quelli non marchigiani. Sul versante dei consumi, nell'anno di riferimento sono state mediamente erogate 31,5 prestazioni per residente, di cui 26,1 prestazioni di laboratorio analisi e 1 di diagnostica per immagini; il raddoppio rispetto all'anno precedente del numero procapite di prestazioni di laboratorio è direttamente correlato all'emergenza COVID-19.

Fig. 11





Per quanto riguarda l'assistenza farmaceutica, nell'esercizio corrente l'azienda ha erogato complessivamente 29.678.421 farmaci. Il canale distributivo predominante risulta essere quello della farmaceutica convenzionata, che include il 91,8% dei farmaci erogati; la restante quota fa riferimento alla somministrazione diretta da parte delle strutture aziendali (1,9%) ed alla distribuzione per conto da parte delle farmacie (6,3%), che acquista un peso maggiore.

## 2.2.4 Il ciclo di gestione della performance

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

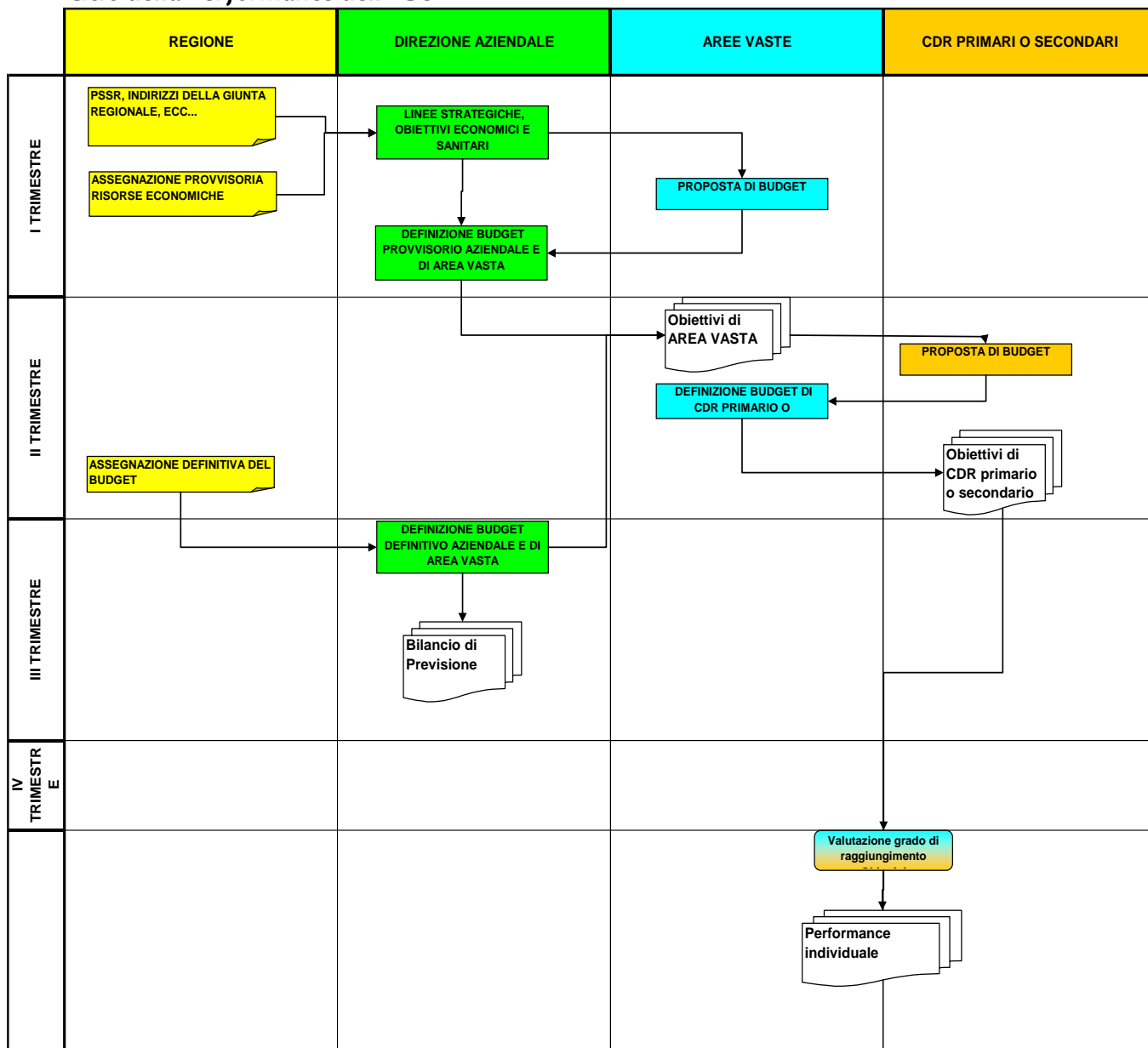
- a) definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori, tenendo conto anche dei risultati conseguiti nell'anno precedente, come documentati e validati nella relazione annuale sulla performance di cui all'articolo 10;
-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

Di seguito è riportato lo schema del ciclo delle performance aziendale che risulta coerente con le fasi di cui al D.Lgs. 150/2009 (art. 4) e con lo schema di cui alle Linee guida del Dipartimento della Funzione pubblica per il Sistema di Misurazione e Valutazione della performance n. 2/2017. Il Regolamento dei processi di misurazione e di valutazione della Performance è stato approvato con determina n. 736 del 15/12/2020.



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

### Ciclo della Performance dell'ASUR



In particolare, l'attività di programmazione strategica aziendale è avviata con la definizione delle risorse a disposizione per l'Azienda, così come stabilite dalla Giunta Regionale nella delibera di approvazione dell'esercizio provvisorio per l'anno di riferimento, nonché con l'analisi del contesto di riferimento in termini di vincoli esterni derivanti da disposizioni vigenti a livello nazionale e regionale.

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

Sulla base di tale quadro programmatico, in attesa della definizione del Budget definitivo da parte della Regione, la Direzione Aziendale assegna un tetto di spesa provvisorio alle Aree Vaste, riservando una quota per la Direzione centrale ed i costi comuni aziendali.

In seguito alla negoziazione delle proposte di Budget formulate dai Direttori di Area Vasta, la Direzione Aziendale definisce gli obiettivi sanitari da perseguire nell'anno di riferimento per ciascuna articolazione territoriale, in coerenza con le risorse disponibili, rivedendo se necessario l'iniziale ripartizione di risorse tra le Aree Vaste.

Nella stessa logica di ripartizione a cascata, i Direttori di Area Vasta definiscono un piano di attività annuale di Area e negoziano le schede di budget con i CDR primari (Direttori di Dipartimento, i Responsabili dell'Area ATL, i Direttori di Presidio Ospedaliero ed i Direttori di Distretto). I Centri di responsabilità primari negoziano le schede di budget con le UU.OO. di competenza (CDR secondari). Le schede di budget sono formulate sulla base dello schema riportato al relativo allegato (**all.2.2.1**).

Nel momento in cui la Regione procede all'assegnazione definitiva del Budget alle Aziende del SSR, la Direzione Aziendale assegna il Budget definitivo alle Aree Vaste sulla base delle risorse disponibili e degli eventuali scostamenti registrati rispetto al budget provvisorio dalle singole Aree Vaste.

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

A fine anno, appena disponibili i dati di chiusura del Bilancio di esercizio e di attività, si valuta il grado di raggiungimento degli obiettivi economici e sanitari delle Direzioni di Area Vasta e dei CDR primari e secondari. Al fine di effettuare la valutazione individuale dei Dirigenti, gli obiettivi concordati con la Direzione sono assegnati ai singoli dirigenti. Il criterio di assegnazione degli obiettivi tiene conto della posizione organizzativa ricoperta dal Dirigente, in quanto vi deve essere coerenza fra obiettivo e funzione.

Definita l'assegnazione ad ogni dirigente degli obiettivi di BDG lo stesso sarà valutato sul grado di realizzazione degli obiettivi assegnati e sulle proprie performance individuali. Il sistema di valutazione, descritto nel paragrafo che segue, genera delle concrete ricadute sia sul salario di risultato sia sulla valutazione professionale per lo sviluppo della carriera.

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

## 2.2.5 Il Piano della Performance 2022-2024

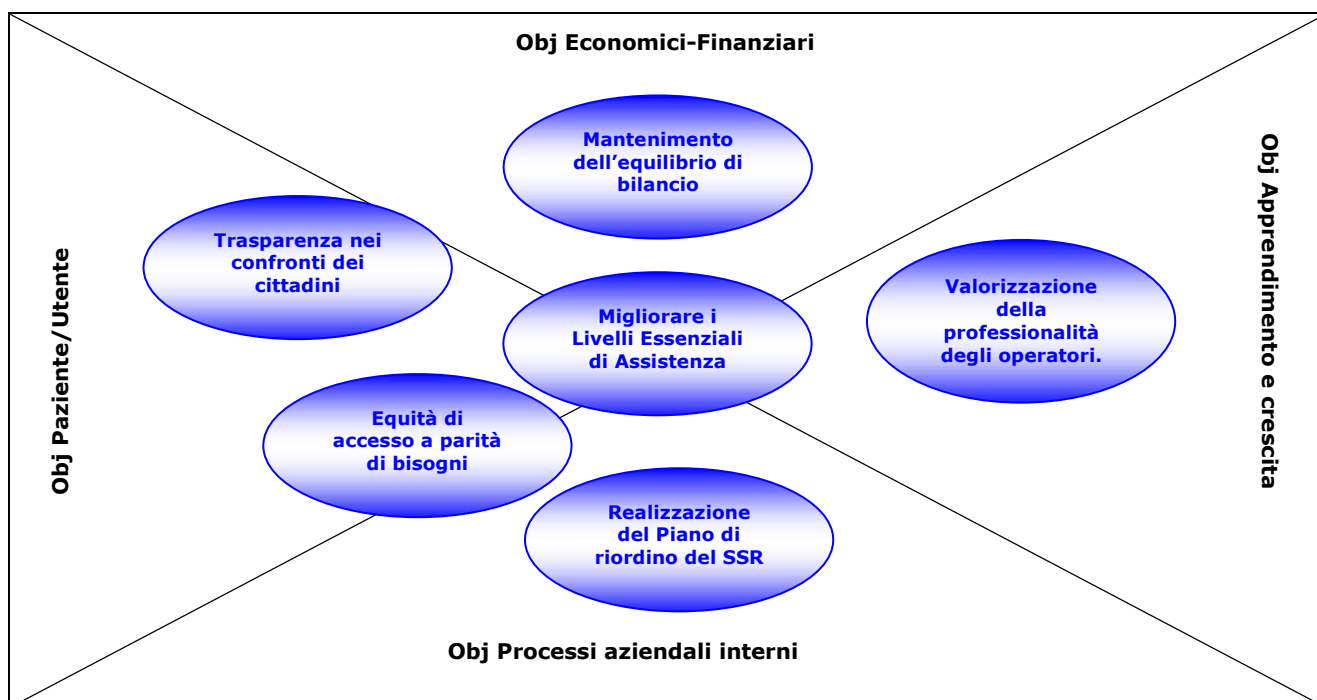
### A - Obiettivi strategici (generali)

Gli obiettivi strategici dell'ASUR per il triennio 2022-2024 scaturiscono direttamente dalla mission aziendale.

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

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

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



#### ➤ **Mantenimento dell'equilibrio di bilancio**

Il mantenimento dell'equilibrio di bilancio per l'ASUR e per tutti gli Enti del SSR costituisce fattore determinante per la sostenibilità del Servizio Sanitario Regionale e condizione necessaria per garantire nel tempo l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza. In tal senso, l'azione aziendale è volta, da un lato, al monitoraggio continuo dei fattori di crescita della spesa sanitaria e, dall'altro, al recupero dei fattori di inefficienza del sistema al fine del loro reinvestimento.

#### ➤ **Migliorare i Livelli Essenziali di Assistenza**

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

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

L'ASUR nell'anno 2022, come accaduto nel biennio precedente, sarà per parte dell'anno occupata a fronteggiare l'emergenza pandemica COVID-19; pertanto, il riordino della rete ospedaliera, relativa alla riorganizzazione della rete territoriale dell'emergenza-urgenza e al riordino delle reti cliniche in coerenza con il D.M. 70/2015, per la parte non ancora completamente attuata anche alla luce delle disposizioni sul sisma, è di fatto rinviato alla conclusione dell'emergenza pandemica.

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

L'obiettivo strategico di "riequilibrio territoriale" è quello di garantire pari e tempestiva opportunità di accesso alle prestazioni, ai servizi e agli strumenti messi a disposizione dall'Azienda su tutto il territorio regionale, a parità di bisogno di salute.

#### ➤ **Valorizzazione delle professionalità degli operatori**

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

#### ➤ **Trasparenza nei confronti dei cittadini**

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

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

### **B – Gli obiettivi specifici e la performance organizzativa**

Ai sensi delle linee guida al Piano del Dipartimento della Funzione Pubblica (n. 1/2017) gli obiettivi dell'amministrazione definiti nel Piano della performance, su base triennale, possono essere riferiti sia al funzionamento dell'amministrazione che alle politiche di settore. Per ciascun obiettivo specifico, in ogni ciclo triennale devono essere indicati i risultati da conseguire e quelli già conseguiti rilevanti per la definizione dei risultati e degli impatti attesi. A tale definizione si correla quella di performance organizzativa che dovrà avere un multidimensionale. Gli aspetti più rilevanti da tenere in considerazione attengono a: l'attuazione di politiche e il conseguimento di obiettivi collegati ai bisogni e alle aspettative della collettività; l'attuazione di piani e programmi; la rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi; la modernizzazione e il miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali; lo sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti e i destinatari dei servizi; l'efficienza nell'impiego delle risorse; la qualità e la quantità delle prestazioni e dei servizi erogati; il raggiungimento degli obiettivi di promozione delle pari opportunità (art. 8, d.lgs. 150/2009).

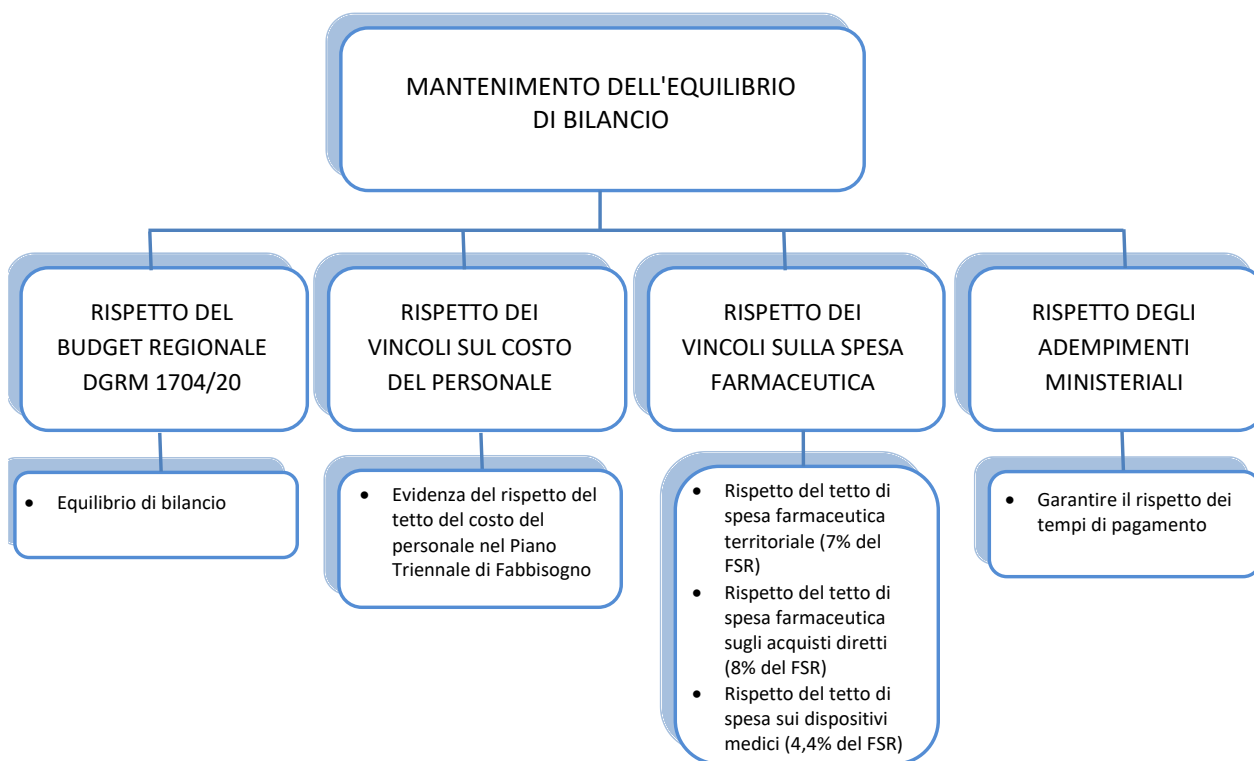
Le linee guida individuano inoltre la performance organizzativa quale elemento centrale del Piano.

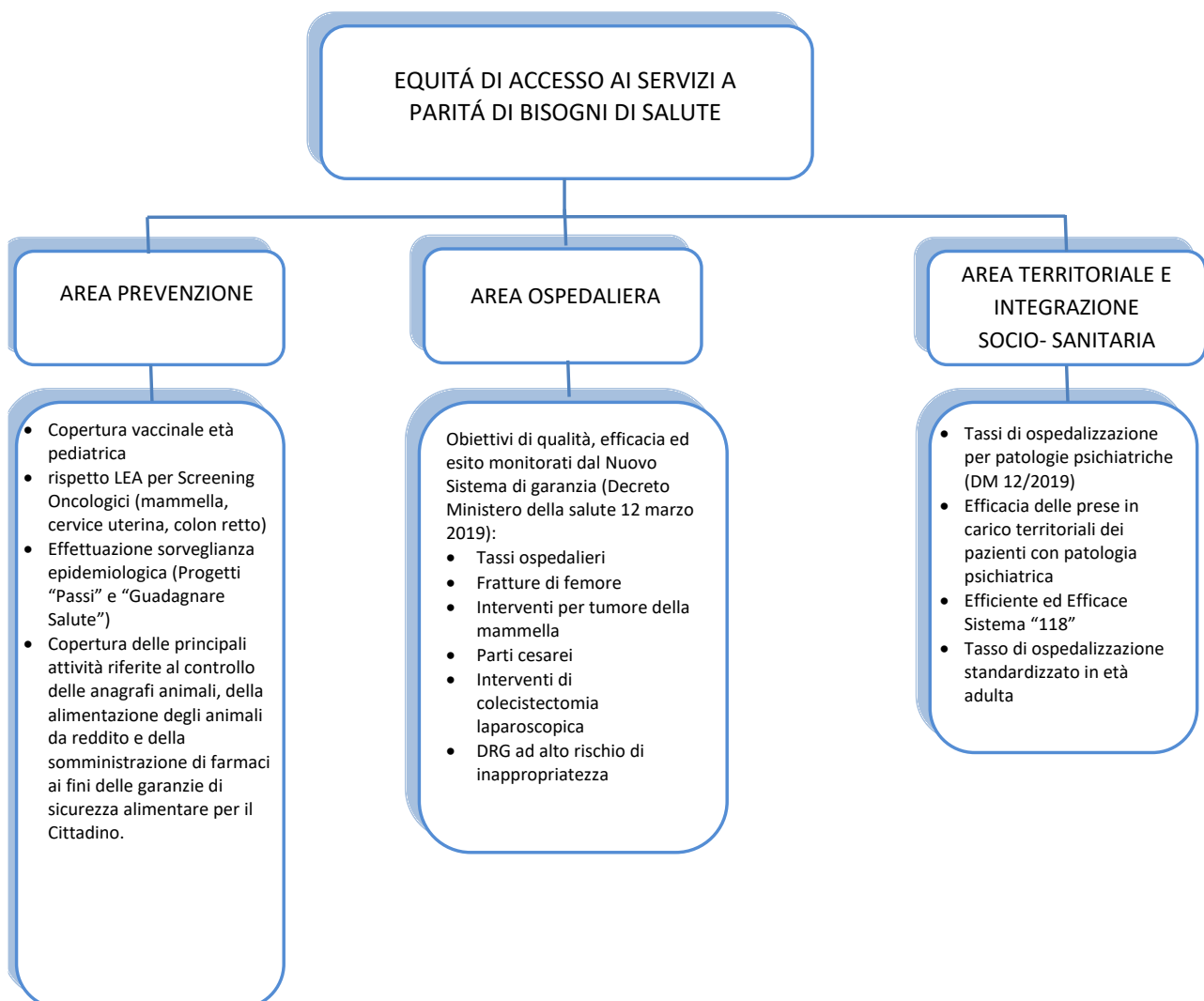
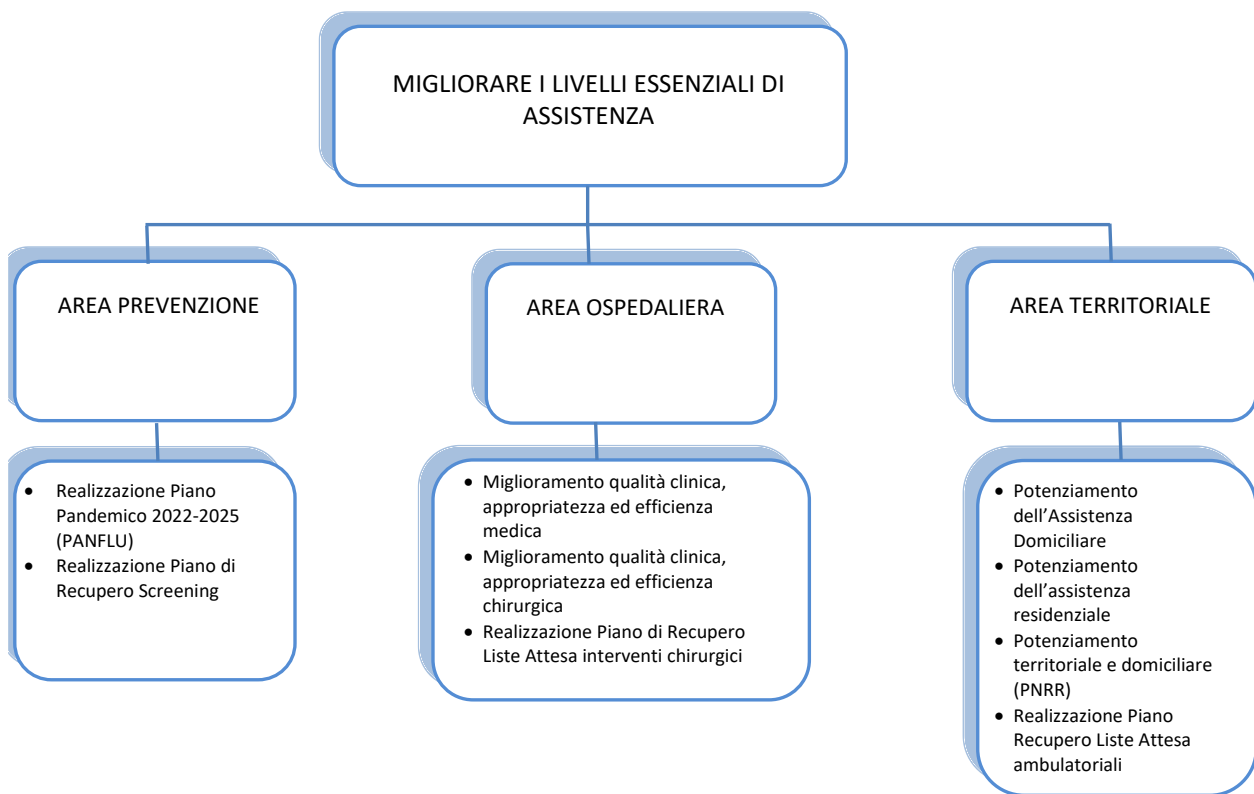
Essa è l'insieme dei risultati attesi, rappresentati in termini quantitativi con indicatori e target, che deve:

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

Ad esito della sperimentazione svolta dal Dipartimento della Funzione Pubblica, per il ciclo 2021-2023, il 30 dicembre 2019 è stata adottata dal Ministro per la pubblica amministrazione la circolare n. 2/2019 sugli indicatori comuni relativi alle funzioni di supporto svolte dalle pubbliche amministrazioni, che, per quanto applicabili sono stati individuati nel presente Piano.

Nel presente Piano saranno quindi definiti gli obiettivi correlati alla **mission istituzionale**, e alle aree strategiche e gli obiettivi **strategici**, che si rappresentano di seguito:







## TRASPARENZA NEI CONFRONTI DEI CITTADINI

- Rispetto degli adempimenti previsti in tema di Anticorruzione e Trasparenza
- Aggiornamento della Carta dei Servizi
- Monitoraggio della soddisfazione dei pazienti/utenti)

## SISTEMI INFORMATIVI E SERVIZI DI SUPPORTO

- Dematerializzazione ricetta
- Sviluppo della telemedicina
- Informatizzazione Organigramma

## VALORIZZAZIONE DELLE PROFESSIONALITÀ DEGLI OPERATORI

- Grado di copertura delle attività formative dedicate al personale

## **C - Piano degli indicatori e risultati attesi 2022**

Sulla base delle azioni prioritarie da realizzare, in data 23/02/2022 la Direzione Generale ha fornito alle Aree Vaste le prime indicazioni di programmazione aziendale per l'anno 2022, tenuto conto degli obiettivi economici e sanitari da perseguire nell'anno per effetto dell'attuale quadro normativo nazionale e regionale.

In relazione agli obiettivi economici assegnati ad ogni Area Vasta, sono state assegnate le risorse della gestione provvisoria di cui alla DGR 1628/2021, con l'esclusione delle risorse finalizzate dalla Legge di bilancio n. 234/2021 alle Regioni (PANFLU -Piano Pandemico 2022-2025, Piano di riduzione delle liste di attesa, USCA, edilizia Sanitaria).

In riferimento agli obiettivi sanitari le linee di programmazione 2022 dell'ASUR, al fine di rendere l'offerta dei servizi sanitari e socio-sanitari omogenea sul territorio ed equamente accessibile in tutte le Aree vaste, la programmazione aziendale 2022 ha previsto sia azioni di razionalizzazione che di potenziamento dei LEA.

Le azioni di razionalizzazione sono mirate a ricondurre la spesa farmaceutica territoriale pro-capite regionale a quelle della Regione Veneto (best-performer), nonché a riallineare la spesa pro-capite di alcune Aree Vaste con il livello di finanziamento pro-capite.

Le azioni di potenziamento prevedono i seguenti progetti di miglioramento:

- a. potenziamento dei servizi territoriali e della prevenzione (prioralmente personale) non rientranti negli interventi finanziati da contributi vincolati del FSN;
- b. Interiorizzazione di servizi sanitari essenziali precedentemente esternalizzati;
- c. Committenza con privato accreditato

Gli obiettivi 2022, di cui al relativo allegato (**all. 2.2.2**), risultano provvisoriamente assegnati e sono stati definiti sulla base del mantenimento dei risultati assegnati nell'anno 2021 con DGR 510/2021, nonché il raggiungimento degli indicatori così detti "CORE" nel Nuovo Sistema di Garanzia (NGS).

Tali indicatori e risultati attesi saranno aggiornati sulla base degli obiettivi che la Regione assegnerà agli Enti del SSR per l'anno 2022 con apposita Delibera di Giunta e rendicontati nella Relazione sulla Performance 2022, così come previsto dall'art. 6 del D.Lgs. 150/2009 e successive modifiche ed integrazioni.

Tale allegato alla presente sottosezione del PIAO rappresenta per ciascun obiettivo l'elenco degli indicatori e dei risultati attesi per l'anno 2022.

## Sottosezione 2.3 - RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

### Premessa

Il presente documento sostituisce il **Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione (PTPC)** per gli **anni 2022-2024**, aggiornando quello approvato con Determina ASUR n. **195 del 31/03/2020**, ai sensi dell'art. 1, co. 8 della L. n. 190/2012; è destinato a coloro che prestano a qualunque titolo servizio presso l'amministrazione. La violazione delle misure di prevenzione previste è fonte di responsabilità disciplinare (art. 1, co. 14 L. 190/2012).

Tale sottosezione di programmazione denominata "**Rischi corruttivi e Trasparenza**" costituisce un **atto organizzativo fondamentale** in cui è definita la strategia di prevenzione della corruzione dell'azienda, all'interno del **Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)** introdotto dal D.L. n. 80/2021, quale documento di programmazione annuale unitario dell'Ente che integra e coordina tutti gli strumenti di pianificazione delle attività dalla Prevenzione della corruzione al Valore pubblico, all'Organizzazione del lavoro agile, ai Fabbisogni del personale, fino alla Performance.

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

- valutazione di impatto del contesto esterno: per evidenziare se le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente, culturale, sociale ed economico nel quale l'azienda si trova ad operare possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi;
- valutazione di impatto del contesto interno: per evidenziare se la mission dell'azienda e/o la sua struttura organizzativa, sulla base delle informazioni di cui alla sezione "Organizzazione e Capitale Umano", possano influenzare l'esposizione al rischio corruttivo della stessa;
- mappatura dei processi sensibili al fine di identificare le criticità che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività stessa, espongono l'amministrazione a rischi corruttivi con focus sui processi per il raggiungimento degli obiettivi di performance volti a incrementare il valore pubblico;
- identificazione e valutazione dei rischi corruttivi potenziali e concreti (quindi analizzati e ponderati con esiti positivi);
- progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio, sia generali sia specifiche per contenere i rischi corruttivi individuati;
- monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure;
- programmazione dell'attuazione della trasparenza.

Si precisa che quest'ultima misura fondamentale di prevenzione della corruzione si inserisce in un contesto amministrativo caratterizzato da una riorganizzazione aziendale di tutte le attività, non solo dell'area Amministrativa-tecnico-logistica (ATL), ma anche dei processi sanitari e professionali.

Oltre a ciò si evidenzia anche l'istituzione della funzione di **Internal Audit e PAC Compliant** con la contestuale adozione del Manuale dei controlli interni, approvato con Determina n. 671 del 21/11/2019 e l'approvazione dei piani annuali delle attività relative ai controlli interni.

La stesura della presente sottosezione è avvenuta in attuazione dell'ultimo Piano Nazionale Anticorruzione (PNA), adottato dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) quale aggiornamento dei Piani precedenti con la Delibera n. 1064 del 13/11/2019, che integra in un unico atto tutte le indicazioni, integrandole con gli orientamenti maturati nel tempo, oggetto di appositi atti regolatori.

Il PNA costituisce infatti **atto di indirizzo** per l'applicazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, ai sensi dell'art. 1, co. 2 bis della L. n. 190/2012, soprattutto a seguito delle modifiche introdotte con il D.Lgs. n. 97/2016, che hanno fortemente inciso sul sistema di prevenzione della corruzione a livello istituzionale.

L'attenzione del legislatore è sempre più incentrata sull'effettiva attuazione di misure in grado di incidere sui fenomeni corruttivi, come dimostra la disciplina introdotta dal D.L. n. 90 del 24/06/2014 che ha trasferito completamente le competenze sulla prevenzione della corruzione e trasparenza dal Dipartimento della Funzione Pubblica (DFP) all'**ANAC**, oltre ad aver riorganizzato l'ANAC, assumendo le funzioni e le competenze della soppressa Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici (AVCP).

Nell'elaborazione della strategia di prevenzione della corruzione sono stati presi in considerazione i seguenti fattori principali:

1. La mission istituzionale dell'Azienda;
2. La struttura organizzativa e la sua articolazione funzionale;
3. La metodologia utilizzata nello svolgimento del processo di gestione del rischio;
4. Le modalità di effettuazione del monitoraggio.

## Definizione di Corruzione

Per **corruzione** si intende il caso di **abuso** da parte del dipendente del **potere** a lui affidato al fine di ottenere indebiti vantaggi privati. Ai fini dell'ambito di applicazione della legge 6 novembre 2012, n. 190, le situazioni rilevanti sono più estese della fattispecie penalistica che, come noto, è disciplinata negli artt. 318, 319 e 319 ter del C.P., e sono tali da comprendere non solo l'intera gamma dei delitti contro la pubblica amministrazione disciplinati nel titolo II, capo I, del Codice penale, ma anche le situazioni in cui – a prescindere dalla rilevanza penale – venga in evidenza un **malfunzionamento** dell'amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni attribuite o dei compiti attribuiti, che possono rivestire carattere amministrativo, tecnico o sanitario.

Sia per le Convenzioni ONU che per le altre predisposte da organizzazioni internazionali (OCSE, Consiglio d'Europa) la corruzione consiste in **comportamenti soggettivi impropri di un pubblico funzionario che, al fine di curare un interesse proprio o un interesse particolare di terzi, assuma o concorra all'adozione di una decisione pubblica**, deviando in cambio di un **vantaggio** (economico o meno), dai propri doveri d'ufficio, cioè dalla cura imparziale dell'interesse pubblico affidatogli.

Occorre, pertanto, prendere in considerazione atti e comportamenti che, anche se non consistenti in specifici reati, contrastano con la necessaria cura dell'interesse pubblico e pregiudicano l'affidamento dei cittadini nell'**imparzialità** delle amministrazioni e dei soggetti che svolgono attività di pubblico interesse, comportando inefficienze, sprechi e scarsa qualità dei servizi resi.

- Per **corruzione** si intende l'abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato al fine di ottenerne vantaggi privati.
- Il **potere** è l'esercizio della funzione affidata al dipendente pubblico;
- Il **soggetto** è il dipendente pubblico cui è affidata la funzione (funzionario, medico, professore...)
- L'**abuso** si ha quando il potere non è esercitato nei termini previsti dalla delega;
- Il **vantaggio privato** è un beneficio finanziario o di altra natura, non necessariamente personale, ma che può riguardare anche soggetto terzi cui il soggetto è legato in qualche modo (famiglia, amicizia, etc.)

La legge, pertanto, mira a scongiurare, attraverso approcci prognostici, anche il semplice atteggiamento corruttivo, ossia quei comportamenti che si traducono in una disorganizzazione amministrativa o in malfunzionamento dei procedimenti e che trovano la loro origine nell'intento di favorire qualcuno.

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

La Corte dei Conti ribadisce un ulteriore concetto importante:

*"Si ha colpa in presenza di una Gestione della cosa pubblica organizzata confusamente, gestita in modo inefficiente, non responsabile e non responsabilizzata."*

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

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

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

## Organigramma e funzioni dell'ASUR Marche

Le Aree centrali dell'ASUR con i relativi Dirigenti responsabili sono le seguenti:

**Area Acquisti e Logistica:** Dott. Matteo Biraschi;

**Area Affari Generali e Contenzioso:** Dott.ssa Lucia Cancellieri;

**Area Bilancio:** Dott.ssa Maria Francesca Grechi;

**Area Comunicazione, Formazione e URP :** Dott.ssa Maria Flavia Spagna;

**Area Controllo di Gestione:** Dott.ssa Sonia Piercamilli;

**Area Direzione Sanitaria e Socio Sanitaria:** Dott. Nazzareno Firmani;

**Area Ingegneria Clinica:** Dott.ssa Antonella Pianosi;

**Area Patrimonio Nuove Opere ed Attività Tecniche:** Ing. Stefano Simoncini;

**Area Politiche del Personale:** Dott. Pierluigi Gigliucci;

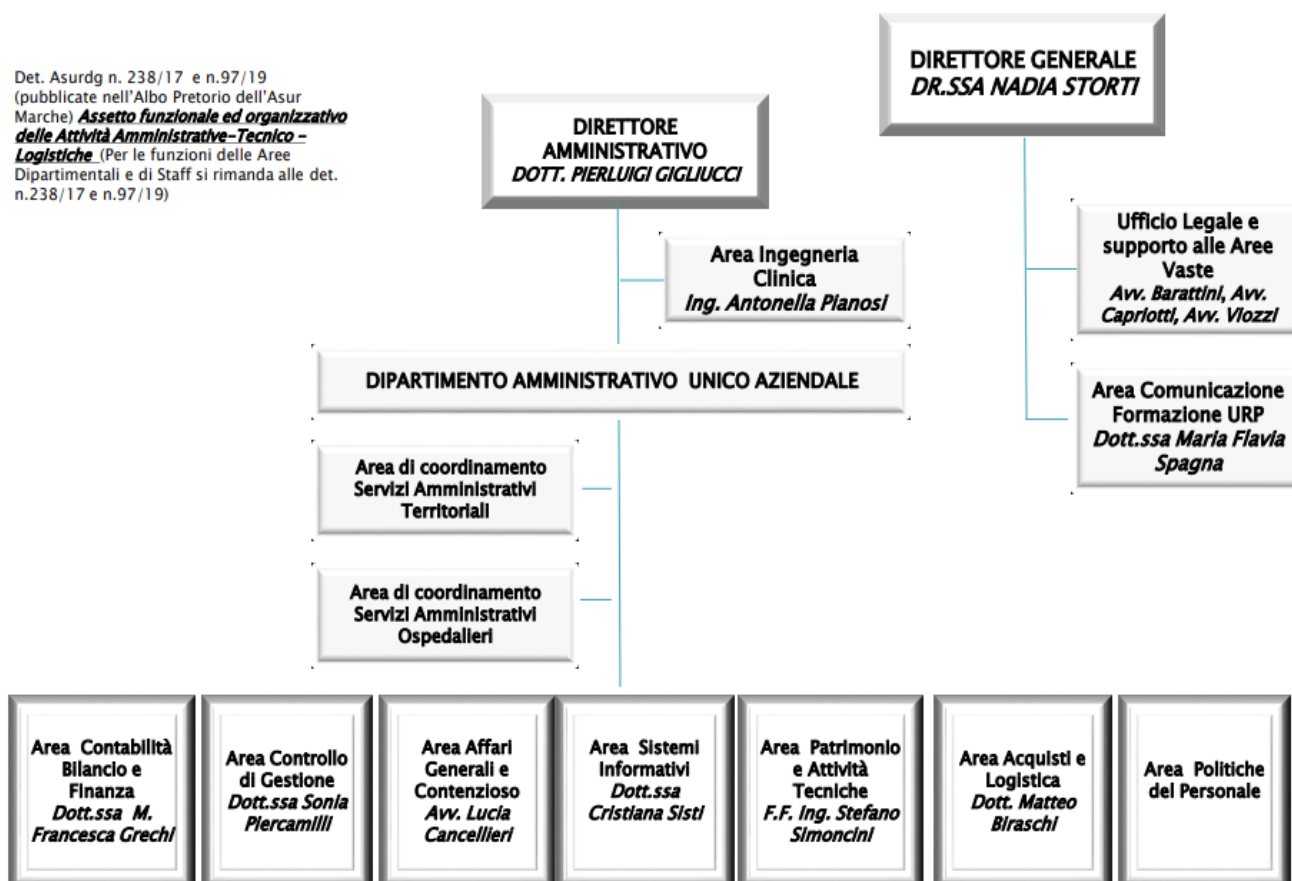
**Area Sistemi Informativi:** Dott.ssa Cristiana Sisti;

**Direzione Tecnica per la Prevenzione Collettiva:** Dott. Alberto Tibaldi;

**Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza:** Avv. Lucia Cancellieri.

La vigente articolazione è espressione dell'Atto Aziendale, aggiornato con le successive determinazioni ASUR di ridefinizione dell'assetto organizzativo e funzionale sia nell'area Amministrativa-Tecnico-Logistica (ATL) sia nell'area sanitaria e dell'integrazione socio-sanitaria (n. 350/2015; n. 157 - 481/2016; n. 238/2017; n. 264-265-266/2017; n. 286/2017; n. 295/2017; n. 322/2017; n. 355-356/2017; n. 486/2017; n. 361/2017; n. 97/2019).

La struttura organizzativa complessiva dell'ASUR Marche e nel dettaglio dell'Area ATL può essere rappresentata dall'organigramma qui di seguito esposto:



Le Strutture organizzative omologhe di Area Vasta *in line* alle Aree Dipartimentali aziendali svolgono anche attività di supporto al Direttore di Area Vasta per le pertinenti ed attinenti funzioni poste a suo carico dalla legge e dagli atti di decentramento amministrativo adottati dal Direttore Generale

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

La piena riconoscibilità delle informazioni riguardanti tutti gli aspetti dell'organizzazione, degli indicatori relativi all'andamento gestionale, dei risultati raggiunti, della misurazione e valutazione svolta dagli organi competenti, permette ai cittadini di valutare in modo semplice l'operato dell'Ente. In tale ottica, la pubblicazione dei documenti relativi alla **Performance** rappresenta un ulteriore obiettivo della trasparenza.

L'art. 1, co. 8 della L. 190/2012. nonché l'art. 6 del D.L. n. 80/2021 prevedono che l'organo di indirizzo definisca gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale.

La sottosezione relativa alla Performance prevede, in maniera rafforzata rispetto agli anni precedenti, il raccordo con la presente sottosezione, attraverso la previsione degli obiettivi strategici-gestionali in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione dell'ASUR.

Le azioni sono specificate ai paragrafi relativi agli "**obiettivi strategici e specifici**", ai sensi dell'art. 1, co. 8 della L. 190/2012, al fine di garantire la coerenza e l'effettiva sostenibilità degli obiettivi posti.

Tali obiettivi, assegnati a tutti i dirigenti della Direzione generale e delle Aree vaste, consistono nella realizzazione delle seguenti attività:

- ✚ Adempimento degli obblighi di pubblicazione di competenza previsti dalla Griglia approvata (almeno il 95% degli adempimenti di competenza dell'AV);
- ✚ Verifica indicatori di monitoraggio e stato dell'arte della pubblicazione dei dati sulla sezione "Amministrazione Trasparente" (invio report 1° semestre entro il 31/07/22 e report 2° semestre entro il 31/01/2023);
- ✚ Trasmissione Relazione annuale del Referente sull'attività svolta dall'A.V. (rif. Determina n. 55/2018) entro il 15/11/2022;
- ✚ Aggiornamento della tabella dei rischi e invio questionari per la mappatura dei processi per l'anno successivo (invio modifiche alla tabella e questionari per la mappatura entro il 15/12/2022);
- ✚ Invio scheda ANAC compilata con i dati per la predisposizione della Relazione annuale del RPCT entro il 15/01/2023.

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

### 2.3.1 Valutazione di impatto del contesto esterno

#### La normativa contratti pubblici, anticorruzione e trasparenza

Premesso che l'attività di prevenzione della corruzione rappresenta un processo i cui risultati si giovano della maturazione dell'esperienza e si consolidano con il tempo, la redazione e l'adozione del presente documento rappresenta lo strumento attraverso il quale sono individuate e definite le strategie prioritarie per la prevenzione ed il contrasto della corruzione.

Il documento non si configura come un'attività compiuta, con un termine di completamento finale, bensì con un ventaglio di strumenti finalizzati alla prevenzione che vengono progressivamente affinati, modificati, perfezionati o sostituiti in relazione al *feedback* ottenuto dalla loro applicazione.

La legge disciplina i contenuti dei Piani (art. 1, comma 9) da adottare dagli enti pubblici con particolare riferimento ai seguenti aspetti:

- individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione, anche raccogliendo le proposte dei dirigenti, elaborati nell'esercizio delle competenze previste dal decreto legislativo n. 165 del 30 marzo 2001;
- previsione, per le attività individuate a rischio di corruzione, di meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni, idonei a prevenire il rischio di corruzione;
- previsione di obblighi di informazione nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione, chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano;
- monitoraggio del rispetto dei termini previsti dalla legge o dai regolamenti per la conclusione dei procedimenti;
- monitoraggio dei rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra titolari, amministratori, soci e dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'amministrazione;
- individuazione di specifici obblighi di trasparenza.

Il sistema, così delineato, ha trovato il suo completamento nei decreti attuativi riferiti al rapporto tra dipendente pubblico/ente/cittadino:

- ✓ L. n. 190/2012 “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione” ha introdotto nuove misure per la prevenzione e il contrasto delle attività illegali nelle PP.AA;
- ✓ D.Lgs. n. 39 del 08/04/2013 recante “Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1, commi 49 e 50, L. 190/12;
- ✓ D.Lgs. n. 33 del 14/03/2013 sul “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità trasparenza e diffusione dell'informazione da parte delle pubbliche amministrazioni”;
- ✓ Decreto Presidente Repubblica n. 62 del 16/04/2013 “Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'art. 54 del D.Lgs. 30/03/2001, n. 165”;
- ✓ Decreto Legislativo n. 97 del 25/05/2016 “Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della L. 190/2012 e del D.Lgs. 33/2013, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche.”;
- ✓ Legge n. 179 del 30/11/2017 “Disposizioni per la 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.”.

**Ulteriori strumenti legislativi di riferimento:**



- ✓ Decreto Legislativo n. 165 del 30/03/2001 recante "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche";
- ✓ Regolamento Europeo Privacy – GDPR 2018 che aggiorna il Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003;
- ✓ Decreto Legislativo n. 150 del 27/10/2009 "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n.15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni";
- ✓ D.P.C.M. del 16/01/2013 "Istituzione del Comitato interministeriale per la prevenzione e il contrasto della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";
- ✓ Circolare n. 1 del 25/01/2013 Presidenza Consiglio dei Ministri- Dipartimento della Funzione Pubblica, avente ad oggetto: "Legge n. 190 del 2012 - Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";
- ✓ Linee di indirizzo per la predisposizione del Piano Nazionale Anticorruzione del "Comitato Interministeriale per la prevenzione e il contrasto della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" del 13/03/2013;
- ✓ Articoli da 318 a 322 del Codice Penale Italiano.

L'Autorità Nazionale Anticorruzione (**ANAC**), ad integrazione del sistema, ha approvato – quali presupposti per gli adempimenti delle pubbliche amministrazioni:

- il Piano Nazionale Anticorruzione (PNA), Delibera CIVIT n. 72 dell'11/09/2013;
- l'Aggiornamento 2015 al PNA, Determinazione ANAC n. 12 del 28/10/2015;
- l'Aggiornamento 2016 del PNA, Delibera ANAC n. 831 del 03/08/2016;
- l'Aggiornamento 2017 del PNA, Delibera ANAC n. 1208 del 22/11/2017;
- l'Aggiornamento 2018 del PNA, Delibera ANAC n. 1074 del 21/11/2018;
- l'Aggiornamento 2019 del PNA, Delibera ANAC n. 1064 del 13/11/2019;
- le Linee guida in materia di Codici di Comportamento delle pubbliche amministrazioni, Delibera ANAC n. 75 del 24/10/2013;
- le Linee Guida per l'adozione dei Codici di Comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale, Delibera ANAC n. 358 del 29/03/2017;
- l'interpretazione e l'applicazione del decreto legislativo n. 39/2013 nel settore sanitario, Delibera ANAC n. 149 del 22/12/2014;
- le Linee guida in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza da parte delle società e degli enti di diritto privato controllati e partecipati dalle PP.AA., Determinazione n. 8/2015;
- le Linee guida in materia di tutela del whistleblower, Determinazione n. 6 del 28/04/2015;
- le Linee guida in materia di trasparenza e attestazioni OIV, Delibera n. 141/2018;
- le Linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità ed incompatibilità del RPC e di vigilanza e poteri di accertamento dell'ANAC, Determinazione ANAC n. 833 del 03/08/2016;
- le Linee guida in materia di contratti pubblici per l'attuazione del D.Lgs. 18/04/2016, n. 50, aggiornato con il D.Lgs. 19/04/2017 n. 56;
- le Linee guida sugli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni di cui al D.Lgs. 33/2013 (Delibera n. 1310 del

28/12/2016);

- le Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui all'art. 5, co. 2 del D.Lgs. 33/2013 (Delibera n. 1309 del 28/12/2016);
- le Linee guida sulla tracciabilità dei flussi finanziari ai sensi dell'art. 3 della L. 136/2010 - aggiornamento determinazione n. 4/2011 al D.Lgs. 56/2017 (Delibera n. 556 del 31/05/2017);
- le “Nuove linee guida per l’attuazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza da parte delle società e degli enti di diritto privato controllati e partecipati dalle PP.AA. e degli enti pubblici economici” (Delibera 1134 dell’8/11/2017);
- le Linee guida n. 12 Affidamento dei servizi legali - Delibera numero 907 del 24 ottobre 2018;
- le Linee guida in materia di Codici di comportamento delle amministrazioni pubbliche, approvate con delibera n. 177 del 19 febbraio 2020;
- la Disciplina sanzionatoria in materia di trasparenza: Individuazione dell'autorità amministrativa competente all'irrogazione delle sanzioni relative alla violazione di specifici obblighi di trasparenza (art. 47 del d.lgs. 33/2013) - Delibera n. 10 del 21/01/2015;
- il Regolamento ANAC del 14/07/2015 in materia di esercizio del potere sanzionatorio ai sensi dell'articolo 47 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33;
- il Regolamento ANAC del 29/03/2017 sull'esercizio dell'attività di vigilanza sul rispetto degli obblighi di pubblicazione di cui al decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33;
- il Regolamento ANAC del 07/12/2018 per l'esercizio della funzione consultiva svolta dall'ANAC ai sensi della L. n. 190/2012, e decreti attuativi e ai sensi del D.Lgs n. 50/2016.

## La Corruzione in Sanità

La salute è un bene prezioso. È un bene fondamentale per la persona e per la collettività.

Secondo l'**Organizzazione Mondiale della Sanità** la salute è uno “stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente un’assenza di malattia o di infermità”. Una definizione ampia, che supera il dualismo concettuale ‘malattia-salute’ e guarda allo stato di benessere di un individuo o di una popolazione come non unicamente correlato all’intervento sanitario.

La **Dichiarazione Universale dei diritti dell’uomo delle Nazioni Unite** all’art. 25 afferma: “Ogni individuo ha diritto ad un tenore di vita sufficiente a garantire la salute e il benessere proprio e della sua famiglia, con particolare riguardo all’alimentazione, al vestiario, all’abitazione e alle cure mediche e ai servizi sociali necessari”. Anche in questo caso un’affermazione impegnativa, che vede nella **salute** e nel **benessere** uno degli **obiettivi** più qualificanti da perseguire a livello individuale e collettivo.

La **salute** è un bene che va preservato da ogni contaminazione e da ogni opacità. È un bene “di tutti e di ciascuno”, “di cui tutti godono e a cui tutti concorrono”; “un bene che trascende e insieme comprende quello delle singole persone”. In questo senso potrebbe essere considerato un **“bene comune”**, come l’aria, l’acqua, la conoscenza, il territorio e il paesaggio.

Un bene che, per natura e per conseguenze, si intreccia con alcuni diritti sociali (l’istruzione, il lavoro) e alcuni diritti di libertà (personale, di stampa, di circolazione, di riunione), favorendone il godimento; un bene che ha a che fare con le persone (e le comunità) e che comporta l’assunzione di una responsabilità sociale da parte della collettività che, in modo attivo, difende, tutela e promuove la salute.

In tutto il mondo, il **settore sanitario** è considerato uno dei più esposti al rischio di illegalità e per questo necessita di adeguati livelli di trasparenza: le notevoli dimensioni della spesa, la pervasività delle asimmetrie informative, l'entità dei rapporti con i privati, l'incertezza e l'imprevedibilità della domanda, l'alta specializzazione dei prodotti acquistati e delle prestazioni fornite, la necessità di complessi sistemi di regolazione, non sono che alcuni dei fattori che rendono la sanità un terreno particolarmente sensibile, dove germinano con effetti ancora più evidenti che in altri settori, comportamenti opportunistici che possono degenerare in corruzione. Si tratta di azioni, di non facile individuazione, tutte caratterizzate da differenti forme di abuso di posizioni di potere per scopi privati.

Secondo l'**ONU**, la sanità è uno dei settori dell'economia legale maggiormente interessati dalla corruzione. Ogni anno nel mondo 1 trilione di dollari viene pagato in tangenti, mentre si stima che 2,6 trilioni di dollari vengano rubati annualmente attraverso la corruzione, un volume pari al 10% del PIL mondiale. Il segretario generale ONU, BanKi-moon, la definisce “malattia globale”, e precisa: «La corruzione sopprime la crescita economica aumentandone i costi e minaccia la gestione sostenibile dell'ambiente e delle risorse naturali. Viola i diritti umani fondamentali, esaspera la povertà, aumenta l'ineguaglianza deviando i fondi dall'assistenza sanitaria, dall'educazione e altri servizi essenziali. Gli effetti maligni della corruzione vengono subiti da miliardi di persone ovunque».

Il tutto a totale vantaggio di quella sanità definita “grigia” determinata da assunzioni ed inquadramenti illegittimi, acquisti inutili di beni e servizi, falsità ed irregolarità nelle prescrizioni di farmaci, contratti privi di gara o espletata in modo illecito, manipolazioni dei risultati delle ricerche per interessi squisitamente lobbistici, irregolarità in genere nell'esecuzione di lavori e nell'acquisto di beni e servizi, mediante il ricorso a provvedimenti amministrativi estemporanei e contingenti e favorito da comportamenti non etici e non professionali da cui scaturiscono inefficienze e sperperi.

*“La Ragnatela, sempre secondo lo studio di alcune associazioni particolarmente attive nel settore, ci racconta di intrecci di interessi privati a danno della collettività la quale per doversi necessariamente rivolgere ad un erogatore di servizi che opera in regime di monopolio ed in materia assolutamente non negoziabile, atteso che una qualunque affezione necessita dell'intervento di un professionista (non essendo possibile il “fai da te” in sanità) è permanentemente in una posizione down, senza possibilità alcuna. La Ragnatela, si cita testualmente, è “retta da fili portanti: le asimmetrie informative tra pazienti, professionisti, gestori di servizi; e i conflitti di interesse che sorgono quando l'interesse primario (la salute di un paziente) viene influenzato da un interesse secondario (il guadagno economico o i vantaggi personali)”.*

Esiste, infatti, un rapporto inverso di correlazione e di interesse tra “politica sanitaria” e “politica nella sanità”: il progressivo indebolimento dell'azione di programmazione e di governo delle politiche sociali e sanitarie si accompagna ad una crescente interferenza espressa dalle lobbies di interesse, anche politico, nella gestione della sanità.

La **corruzione** prospera nella combinazione tra “questione morale” e “opportunità criminali”, che proprio nella sanità sono maggiorate da elementi peculiari di settore che facilitano l'ASUR del reato o perlomeno riducono le capacità di controllo previste dal sistema.

In Italia, la Corte dei Conti certifica che nel settore sanitario “si intrecciano con sorprendente facilità veri e propri episodi di malaffare con aspetti di cattiva gestione, talvolta favoriti dalla carenza dei sistemi di controllo” (Ristuccia 2011, 128-129). Numerose indagini hanno accertato la

diffusione di corruzione e frode, attraverso schemi criminali di diversa complessità e sofisticazione. In particolare, i fenomeni patologici riguardano soprattutto l'esternalizzazione – e quindi gli appalti – dei servizi, le consulenze esterne e i fenomeni delle transazioni.

Inoltre, “il settore sanitario presenta livelli inaccettabili di inappropriata organizzativa e gestionale che vanno ad alimentare le già negative conseguenze causate dai frequenti episodi di corruzione a danno della collettività” (Corte dei Conti 2012, 265).

Secondo una ricerca coordinata da CORIPE Piemonte, "il settore sanitario rappresenta una vera e propria miniera d'oro per coloro che vivono di frode e corruzione" (CORIPE Piemonte 2013, 70).

“La Relazione Garofalo sulla corruzione ha evidenziato gli alti livelli di rischio corruttivo che imperversano nel settore sanitario menzionando le molteplici situazioni che danno adito a tentativi di condizionamento illecito: spese inutili, contratti conclusi senza gara, competizioni svolte in modo illegale, assunzioni e inquadramenti illegittimi, falsità e irregolarità nella prescrizione di farmaci e simili, inadempimenti e irregolarità nell'esecuzione dei lavori e nella fornitura di beni.” (Relazione Garofalo 2012).

### Situazione economica del contesto esterno

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

La Regione è direttamente protagonista dell'attività direzionale preordinata all'erogazione dei servizi sanitari, mentre A.S.L. ed Ospedali assumono un ruolo subordinato. Tra le attività più significative che la Regione Marche svolge in materia di sanità, vi sono:

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

Con la legge regionale n. 13 del 20 giugno 2003 (Riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale), è stato riorganizzato il sistema sanitario nella Regione Marche e sono stati disciplinati i seguenti Enti del servizio sanitario regionale:

1. l'Azienda Sanitaria Unica Regionale (A.S.U.R.), con sede in Ancona;
2. l'Azienda Ospedaliero Universitaria “Ospedali Riuniti Umberto I – G.M. Lancisi – G. Salesi”, con sede in Ancona.

Successivamente sono stati istituiti:

3. l'Istituto Nazionale di Riposo e Cura per Anziani “I.N.R.C.A.” di Ancona (istituto di ricovero e

cura a carattere scientifico) con legge regionale n. 21 del 21 dicembre 2006;

4. l'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord" con legge regionale n. 21 del 22 settembre 2009, incorporando l'Azienda Ospedaliera San Salvatore di Pesaro e la struttura ospedaliera S. Croce di Fano.

**L'ASUR** riunificando le precedenti 13 ASL, è la **prima in Italia**, con un **dimensionamento territoriale** che corrisponde all'intero territorio **regionale**, suddivisa in **5 Aree Vaste**, con una popolazione assistita di **1.525.271 cittadini**, distribuita in **226 Comuni** e in **13 Distretti**, con una densità media di **162 abitanti** per Km<sup>2</sup>.

Ulteriori informazioni sono disponibili sulla Relazione della performance 2019, disponibile sul link "Amministrazione trasparente" all'apposita sottosezione "Performance".

Sono stati pubblicati anche gli indicatori predisposti ai sensi dell'art.1 c. 522 della Legge 28 dicembre 2015, n.208: Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di Stabilità 2016).

### **I soggetti che interagiscono con l'ASUR Marche**

L'Azienda sanitaria unica regionale si relaziona in maniera diffusa, con la pluralità di cittadina, in quanto destinataria di richieste da parte di tutta la popolazione residente nella Regione, pertanto con un milione e mezzo di persone.

Oltre a ciò le istituzioni con cui si interfaccia sono principalmente le pubbliche amministrazioni, dai comuni alle Province, la Regione Marche, le Organizzazioni sindacali, gli Ordini professionali e tutte gli organismi di vigilanza e controllo (Corte dei Conti, Procura della Repubblica, forze armate, Polizia e Carabinieri...) oltre alle Università e Scuole di ogni ordine e grado.

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

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

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

#### **La centralità del RPCT**

Il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (**RPCT**) si colloca quale riferimento centrale nell'ambito della normativa sulla prevenzione della corruzione e della trasparenza (determina ANAC n. 12 del 28/10/2015). La Delibera ANAC n. 831/2016 conferma tale ruolo e prevede per tale figura la necessità di una struttura organizzativa dotata di adeguate risorse umane, finanziarie e tecnologiche.

Nella Delibera ANAC n. 1208/2017 si ribadisce quanto già espresso nell'aggiornamento 2016 al PNA sul ruolo e funzioni del RPCT; nella Delibera n. 1074/2018 e più recentemente con Delibera n. 1064/2019 sono state date ulteriori indicazioni interpretative e operative con particolare riferimento ai poteri di verifica, controllo e istruttori del RPCT nel caso rilevi o siano segnalati casi di presunta corruzione (si veda anche la Delibera ANAC n. 840 del 02/10/2018).

Inoltre con Delibera n. 657 del 18/07/2018 è stato approvato il Regolamento sull'intervento dell'ANAC per il riesame dei provvedimenti di **revoca** o di altre **misure discriminatorie** nei confronti del RPCT.

Nella legge n. 190/2012, come aggiornata dal D.Lgs. 97/2016, sono stati succintamente definiti i poteri del RPCT nella sua interlocuzione con gli altri soggetti interni all'amministrazione, nonché nella sua attività di vigilanza sull'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione.

In particolare segnala all'organo di indirizzo e all'OIV le disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza e indica agli uffici competenti all'esercizio dell'azione disciplinare i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza.

Eventuali misure discriminatorie, dirette o indirette, nei confronti del RPCT per motivi collegati, direttamente o indirettamente, allo svolgimento delle sue funzioni devono essere segnalate all'Autorità nazionale anticorruzione, che può chiedere informazioni all'organo di indirizzo e intervenire nelle forme di cui al co. 3, art. 15, d.lgs. n. 39/2013.

Con la Determina n. 55/2018 la Direzione aziendale ha nominato dal 01/02/2018 l'avv. Lucia Cancellieri, Direttore dell'Area Dipartimentale Affari Generali e Contenzioso.

Nello stesso atto è stata individuata anche la dott.ssa Cristina Omenetti quale referente a livello aziendale per il supporto al RPCT, per l'espletamento delle attività di riconciliazione dati ed informazioni, reportistica, raccordo dei flussi informativi, monitoraggio, formazione specifica ed organizzazione di relativi eventi formativi e di aggiornamento.

Inoltre dovranno essere svolte tutte le attività amministrative connesse, volte a consentire al RPCT di assicurare la corretta applicazione, e/o revisione e/o e integrazione del documento di programmazione delle attività di prevenzione della corruzione e di adottare le azioni ed iniziative necessarie a garantire la coerenza e correttezza dell'azione aziendale rispetto agli obblighi di legge.

### **Poteri di interlocuzione e di controllo**

All'art. 1 co. 9, lett. c) è disposto che siano previsti «*obblighi di informazione nei confronti del RPC chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano*».

Tali obblighi informativi ricadono su tutti i soggetti coinvolti, già nella fase di formazione del Piano e, poi, nelle fasi di verifica del suo funzionamento e dell'attuazione delle misure adottate.

Utile, certamente, è anche l'introduzione nel Codice di comportamento dello specifico dovere di collaborare attivamente con il RPCT, dovere la cui violazione deve essere ritenuta particolarmente grave in sede di responsabilità disciplinare.

È imprescindibile, infatti, un forte coinvolgimento dell'intera struttura in tutte le fasi di predisposizione e soprattutto di attuazione delle misure anticorruzione.

Con Regolamento dell'ANAC approvato con determina n. 330 del 29/03/2018, sono state chiarite le modalità di interlocuzione dell'Autorità con il RPCT, prevedendo la collaborazione attiva nelle varie fasi dei procedimenti di vigilanza avviate, ai sensi dell'art. 1, co. 2, lett. f) della L. 190/2012.

Con il presente documento viene assicurata una maggiore attenzione alla **responsabilità disciplinare dei dipendenti**, attivabile dal RPCT e dalla Direzione Generale, in caso di mancata

collaborazione con il RPCT nelle varie fasi di predisposizione e attuazione dei documenti, del Codice di Comportamento e della pubblicazione dei dati obbligatori previsti dalla normativa vigente in materia anticorruzione e trasparenza.

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

- ✓ i Dirigenti di tutte le strutture Centrali;
- ✓ i Responsabili dei centri di costo, più esposti a rischio di reato ex art. 1 c.75 L. 190/2012;
- ✓ le Direzioni delle Aree Vaste ed i Referenti di A.V. per la Trasparenza e Anticorruzione;
- ✓ le Direzioni Sanitarie dei Distretti Sanitari e dei Presidi Ospedalieri.

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

- ✓ i Dirigenti di tutte le strutture Centrali;
- ✓ i Responsabili dei centri di costo, più esposti a rischio di reato ex art.1 c.75 L. 190/2012;
- ✓ le Direzioni delle Aree Vaste;
- ✓ le Direzioni Sanitarie dei Distretti Sanitari e dei Presidi Ospedalieri;
- ✓ i Dirigenti Sanitari e Dirigenti P.T.A.;
- ✓ i titolari di Posizioni Organizzative;
- ✓ i funzionari ed impiegati afferenti a tutte le strutture coinvolte nel percorso di adeguamento alla normativa.

#### **Supporto conoscitivo e operativo al RPCT**

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

Ferma restando l'**autonomia organizzativa** di ogni amministrazione o ente, la struttura a supporto del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, in una logica di integrazione delle attività, potrebbe essere a disposizione di chi si occupa delle misure di miglioramento della funzionalità dell'amministrazione (si pensi, ad esempio, all'OIV/NdV, ai controlli interni, alle strutture che curano la predisposizione dei documenti in materia di Performance).

#### **Referenti del RPCT**

Oltre al Responsabile aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza, tenuto conto delle indicazioni previste nella Circolare n. 1/2013 del Dipartimento della Funzione Pubblica, e vista la particolare complessità della struttura organizzativa dell'ASUR, è stata costituita una **rete aziendale** di Referenti del RPCT (indicati nelle Tabelle A, B, C, D, E, ed F di seguito esposte), con riferimento agli adempimenti sia in materia di anticorruzione che in materia di trasparenza.

In caso di sostituzioni, avvicendamenti o rotazioni, la funzione di Referente è automaticamente attribuita in ragione del ruolo ricoperto nelle qualifiche individuate, senza necessità di ulteriore formalizzazione.

#### **Direttori delle Aree ATL presso ASUR sede centrale**

#### **Tabella A**

<b>Nominativo</b>	<b>Area/Struttura/Ufficio</b>	<b>Qualifica</b>
Dott. Matteo Biraschi	Area Dipartimentale Acquisti e Logistica	Dirigente ammin.

Dott. Maria Francesca Grechi	Area Dipartimentale Contabilità e Bilancio	Dirigente ammin.
Dott. Pierluigi Gigliucci	Area Dipartimentale Politiche del Personale	Direttore Amministrativo a capo del Dipartimento ATL
Dott.ssa Cristiana Sisti	Area Dipartimentale Servizi Informativi	Dirigente –resp.temp
Dott.ssa Sonia Piercamilli	Area Dipartimentale Controllo di Gestione	Dirigente ammin.
Ing. Antonella Pianosi	Area Ingegneria Clinica	Dirigente ammin.
Ing. Stefano Simoncini	Area Dipartimentale Patrimonio e Nuove opere	Dirigente ammin. FF

#### Direttori delle Aree di Coordinamento presso ASUR sede centrale

**Tabella B**

Nominativo	Area/Struttura/Ufficio	Qualifica
Dr. Giuseppe Ciarrocchi	Area di Coordinamento funzionale Direzione Tecnica della Prevenzione primaria e collettiva – area medica.	Dirigente
Dr. Alberto Tibaldi	Area di Coordinamento funzionale Direzione Tecnica della Prevenzione primaria e collettiva – area veterinaria.	Dirigente
Dr. Remo Appignanesi	Area di Coordinamento funzionale specialistica ambulatoriale, libera professione, liste d’attesa.	Direttore Sanitario
Dr.ssa Chiara Rossi	Dipartimento funzionale del farmaco	Dirigente

#### Dirigenti Area Socio Sanitaria ASUR

**Tabella C**

Dr. Nazzareno Firmani	Area Socio - sanitaria	Dirigente
-----------------------	------------------------	-----------

#### Direttori/Responsabili di Strutture di Area Vasta

**Tabella D**

Nominativo	Area/Struttura/Ufficio	Qualifica
Dott.ssa Anna Olivetti	Presidio Ospedaliero Unico Area Vasta 1	Dirigente ammin. FF
Dott. Emanuele Rocchi	Presidio Ospedaliero Unico Area Vasta 2	Dirigente ammin.
Dott. Alberto Carelli	Presidio Ospedaliero Unico Area Vasta 3	Dirigente ammin. FF
Dott. Luca Polci	Presidio Ospedaliero Unico Area Vasta 4	Dirigente medico FF
Dott. Giancarlo Viviani	Presidio Ospedaliero Unico Area Vasta 5	Dirigente ammin.

#### Direttori/Responsabili di Strutture ATL di Area Vasta

**Tabella E**

Dott.ssa Anna Olivetti	UOC Funzioni Gen. di Supporto alla Direzione e al Dipartim. Prevenzione AV 1	Dirigente FF
Dott.ssa Cristina Arzeni	UOC Supporto all’Area AA.GG e Contenzioso AV 2	Dirigente FF
Dott.ssa Adriana Carradorini	UOC Supporto all’Area AA.GG e Contenzioso AV 3	Dirigente



Dott. Simone Aquilanti	UOC Supporto all'Area AA.GG e Contenzioso AV 4	Dirigente
Dott. Silvio Maria Liberati	UOC Supporto all'Area AA.GG e Contenzioso AV 5	Direttore FF

## Referenti per la Trasparenza

## Tabella F

Dott.ssa Maria Flavia Spagna	Area Comunicazione Formazione e URP ASUR	Dirigente Resp. Temp
Dott. Claudio Montalbini	UOC URP – Comunicazione e Servizi Amministrativi Territoriali AV 1	Dirigente FF
Dott.ssa Maria Silvia Pesciarelli	UOC Supporto all'Area AA.GG e Contenzioso AV 2	Collaboratore Amministrat. Esperto
Dott. Milco Coacci	URP AV 3	Dirigente
Dott. Roberto Grinta	URP AV 4	Direttore di AV
Dott. Alessandro Ianniello	URP AV 5	Dirigente Ammin.vo

I Referenti, nel rispetto delle indicazioni fornite dall'RPCT forniscono la collaborazione necessaria a garantire gli adempimenti previsti dalla normativa di riferimento, concorrendo con il medesimo RPCT al perseguimento degli obiettivi di anticorruzione e trasparenza mediante le specifiche attività e compiti in appresso declinati.

### COMPITI DEI REFERENTI DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA

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

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

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

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

- di presentare al Responsabile con cadenza annuale (entro il 15 novembre di ogni anno) una relazione riportante le risultanze dell'attività di verifica dell'efficacia delle misure già poste in essere per prevenire i fenomeni corruttivi;
- di presentare al Responsabile una relazione annuale (sempre entro il 15 novembre), che sulla base dei monitoraggi periodici eseguiti durante l'anno che attesti il rispetto dei tempi di conclusione e la correttezza dei procedimenti amministrativi di competenza e, in caso di inosservanza, le connesse motivazioni, nonché l'indicazione di ogni criticità eventualmente affrontata e ogni fattispecie per cui sia ravvisata la necessità di segnalazione;
- di indicare al Responsabile, i dipendenti operanti nei settori maggiormente a rischio da avviare a specifici percorsi formativi (art. 1 c. 5 L.190/2012);
- di fornire al Responsabile tutte le informazioni necessarie per permettere la vigilanza dell'osservanza delle misure previste;
- di evidenziare l'attività svolta specificandone modalità e contenuti in merito alle verifiche in materia di incompatibilità e inconfiribilità ed alle azioni intraprese.

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

<b>COMPITI DEI REFERENTI SPECIFICAMENTE INDIVIDUATI PER GLI ADEMPIMENTI IN MATERIA DI TRASPARENZA (TABELLA F)</b>
---

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

- assicurano in tale contesto unitariamente e organicamente considerato, la coerente e puntuale osservanza delle prescrizioni in materia di trasparenza dell'attività amministrativa;
- svolgono attività di impulso, monitoraggio e verifica dell'andamento delle attività con specifico riferimento al flusso delle informazioni da pubblicare nonché sulla corretta e puntuale pubblicazione dei dati;
- sono responsabili della trasmissione dei dati quando venga esplicitamente richiesta, da parte dell'RPCT, ove necessario, un'elaborazione coordinata dei dati e delle informazioni oggetto di pubblicazione;
- presentano al Responsabile con cadenza annuale (entro il 15 novembre di ogni anno) una relazione riportante le risultanze dell'attività di verifica dell'avvenuto adempimento degli obblighi di pubblicazione e che attesti il rispetto dei tempi e le criticità eventualmente affrontate ed ogni fattispecie per cui sia ravvisata la necessità di segnalazione;
- ai sensi del Regolamento aziendale in materia di accesso documentale, accesso civico e accesso civico generalizzato, approvato con Determina n. 778/2017 e aggiornato con successivo atto n. 689 del 26/11/2018, i Referenti sono coinvolti al fine di coinvolti per

garantire il corretto e tempestivo adempimento delle disposizioni previste nel richiamato Regolamento.

### **TEAM WORKING DEDICATO**

Al fine di garantire un ulteriore supporto all'RPCT, è costituito un "Team Working permanente per la prevenzione della corruzione e la trasparenza" che assolve alle seguenti funzioni:

- di raccordo sui temi e sugli adempimenti relativi alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza per realizzare un circuito di coordinamento tra le varie articolazioni organizzative dell'ASUR con la finalità affrontare in modo uniforme problematiche comuni alle Aree vaste garantendo uniformità di azioni in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione;
- di armonizzazione delle attività di prevenzione della corruzione e di trasparenza con i principali documenti di programmazione dell'amministrazione ed in primo luogo con la sottosezione di programmazione della Performance;
- analisi delle criticità ed elaborazione delle proposte di risoluzione delle stesse.

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

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

### **DIRETTORI DELLE AREE DI COORDINAMENTO DELL'ASUR SEDE CENTRALE DI CUI ALLA TABELLA A ED ALLA TABELLA B**

I Direttori delle Aree Dipartimentali/di Coordinamento di cui alle Tabelle A e B, assolvono la funzione di Referenti aziendali per l'intero ambito afferente la propria Area Dipartimentale/di coordinamento, rapportandosi, per l'acquisizione dei dati, informazioni ecc. con i Direttori/Responsabili delle Strutture di Area Vasta ricomprese in tali ambiti.

Questi ultimi sono tenuti a garantire il relativo supporto operativo affinché tali Referenti aziendali possano assolvere agli obblighi informativi/di collaborazione verso l'RPCT, in materia di Anticorruzione e Trasparenza.

### **MECCANISMI DI RACCORDO E COMUNICAZIONE**

Il meccanismo di raccordo tra il RPCT, i Referenti e il Team Working è assicurato da un sistema di comunicazione /informazione, da realizzarsi con riunioni periodiche da programarsi a cura del Referente responsabile a livello aziendale del supporto all'RPCT, scambi di email o note informative, nell'ambito delle quali verrà relazionato sull'assolvimento dei rispetti compiti.

Per le dette finalità è stato istituito l'indirizzo email: [referenti\\_rpct.asur@sanita.marche.it](mailto:referenti_rpct.asur@sanita.marche.it) da utilizzare quale prioritario canale di comunicazione.

## RESPONSABILITA'

I Referenti delle Prevenzione delle Corruzione e della Trasparenza per il mancato assolvimento degli adempimenti innanzi previsti rispondono a titolo di responsabilità dirigenziale e di responsabilità disciplinare.

Il capitolo relativo alla programmazione dell'attuazione della Trasparenza riporta, in forma tabellare, i nominativi e le strutture responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati nel link "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale, sia presso la Direzione Generale dell'ASUR che presso le Aree Vaste per le parti di rispettiva competenza e garantisce:

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

Alla stesura della presente sottosezione, si è giunti dopo una serie di azioni preliminari necessarie per creare le condizioni idonee a coinvolgere tutto il personale nel processo di cui trattasi, in un sistema organizzativo complesso ed articolato in numerose strutture sanitarie e amministrative, come quello dell'ASUR Marche.

Dopo un'accurata valutazione delle aree a maggior rischio-reato eseguita attraverso la somministrazione di questionari a tutti i responsabili di struttura, è stata predisposta la mappatura dei rischi di tutte le Aree dell'ASUR, ai sensi dell'art. 1, comma 75 L. 190/12 (**all. 2.3.1**). Tale mappatura, che costituisce un fondamentale strumento di lavoro per il monitoraggio continuo di ogni processo nella lotta contro eventuali fenomeni corruttivi, ha individuato nella maggioranza delle strutture dell'ASUR processi o attività "a rischio", di varia misura.

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

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

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

Sulla base della matrice di rischio generata dai questionari validati sono stati adottati gli interventi correttivi riportati come misure anticorruzione per ogni Area/settore/Ufficio (**all. 2.3.2**).

Sulla base delle informazioni trasmesse dai Referenti di ogni Area/struttura/servizio, nelle more della definizione del PIAO, era stata predisposta la bozza del "Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza – anni 2022-2024" pubblicata in data 29/12/2021:

- sulla “Intranet” dell’Azienda mediante apposito avviso, al fine di consentire agli stakeholders interni di formulare proposte di integrazione e contributi di aggiornamento;
- sulla pagina “Home” del sito istituzionale tra le “News” per la prevista consultazione pubblica aperta agli stakeholders esterni, al fine di permettere loro di presentare osservazioni e suggerimenti attraverso la modulistica appositamente predisposta;
- nell’apposita sezione “Amministrazione Trasparente” al fine di consentire a tutti i soggetti interessati (cittadini, imprese, associazioni di categoria) di partecipare alla formazione.

Tutte le osservazioni e suggerimenti, pervenuti entro la data indicata del 22 gennaio 2022, sono stati attentamente valutati al fine di apportare gli opportuni aggiustamenti al documento stesso, che contiene anche il cronoprogramma delle attività da espletare annualmente prevedendo i relativi responsabili della predisposizione, trasmissione e pubblicazione dei dati obbligatori.

Inoltre a completamento della sottosezione relativa alla Trasparenza è allegata la Griglia degli obblighi di pubblicazione, contenente i dati oggetto di pubblicazione, aggiornata con l’indicazione delle strutture operative competenti e la tempistica prevista dal novellato D.Lgs. 33/2013, evidenziando in grigio le-sezioni abrogate o le informazioni non pertinenti per l’ASUR (all. 2.3.3).

La proposta così aggiornata dal RPCT è stata rielaborata a seguito della recente normativa sul PIAO e inserita nel documento completo sottoposto alla Direzione Generale dell’ASUR per l’esame della documentazione, la condivisione del percorso e l’approvazione definitiva dell’atto.

## Analisi della struttura organizzativa e capitale umano

La struttura organizzativa di ASUR MARCHE è composta da Aree Vaste, Distretti, Dipartimenti, Strutture ed Uffici. Sulla base delle responsabilità attribuite dalla Direzione Strategica e gestite dalla stessa articolazione organizzativa, le strutture si caratterizzano nell’ambito dell’organigramma per essere complesse, semplici a valenza dipartimentale o semplici.

Prestano servizio in Azienda oltre 14.000 dipendenti, oltre a circa 3.000 medici in convenzione. Più precisamente, dal Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale (Determina ASUR n. 669/DG/2021) nell’Allegato B della Relazione del Direttore Generale il valore programmato del personale dipendente per l’attività istituzionale risulta così suddiviso alle date del:

<b>31/12/2020 (Fonte: PTFP ASUR)</b>	<b>DIRIGENZA</b>	<b>COMPARTO</b>	<b>Totale</b>
DIPENDENTI A TEMPO INDETERMINATO (Dati Allegato B)	2.552	10.704	13.256
DIPENDENTI A TEMPO DETERMINATO (Dati Allegato B)	122	670	792
Totale	2.674	11.374	14.048

<b>31/12/2021 (Fonte: PTFP ASUR)</b>	<b>DIRIGENZA</b>	<b>COMPARTO</b>	<b>Totale</b>
--------------------------------------	------------------	-----------------	---------------

DIPENDENTI A TEMPO INDETERMINATO (Dati Allegato B)	2.457	10.617	13.074
DIPENDENTI A TEMPO DETERMINATO (Dati Allegato B)	116	1.095	1.211
Totale	2.573	11.712	14.285

### **Il modello organizzativo adottato intende procedere a:**

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

Le funzioni di indirizzo e controllo, garantite dal Direttore Generale, coadiuvato dai Direttori Sanitario e Amministrativo e dai Direttori di Area Vasta, sono finalizzate alla governance aziendale e si caratterizzano per il contenuto di pianificazione, programmazione, organizzazione generale, di allocazione delle risorse e di committenza.

La **Direzione Aziendale** operativamente attua gli indirizzi della pianificazione regionale, tramite il processo annuale che orienta e vincola tutti i produttori sanitari e sociosanitari, interni ed esterni all'Azienda. La Direzione Aziendale assolve alla propria funzione di committenza presidiando la negoziazione e stipulando gli accordi contrattuali con gli erogatori esterni.

Le cinque **Aree Vaste** costituiscono l'entità di riferimento per l'ottimizzazione dei servizi, per la programmazione integrata e il coordinamento tra ex zone confinanti.

I **Distretti socio-sanitari** si configurano come Strutture Complesse con compiti fondamentali di erogazione dei servizi territoriali alla persona e di realizzazione a livello locale di rispettivo ambito dei programmi e progetti di governo della domanda.

Debbono altresì, tradurre gestionalmente le attività di governo della domanda (attività di informazione e accesso al SSR - scelta e revoca del medico - e alle prestazioni direttamente erogate e/o esternalizzate) secondo modelli orientati alla gestione budgetaria (delle attività e dei processi).

### **La Rete Ospedaliera**

Con Delibera della Giunta regionale (DGR 478/2013) sono stati costituiti **5 Presidi Ospedalieri Unici** (P.O.U.), uno per ogni Area Vasta.

Con Determina del Direttore Generale ASUR n. 139/2016, sono stati istituiti gli **Ospedali di Comunità** che derivano dalla riconversione degli ospedali di polo. La riorganizzazione dei presidi sanitari per le cure intermedie e l'assistenza primaria 24 ore su 24 rientra tra le misure per aumentare l'appropriatezza dei trattamenti e delle terapie; è finalizzata a creare un sistema più efficace per garantire i servizi sanitari e renderli più vicini alle persone, in considerazione dell'invecchiamento e della fragilità della popolazione.



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

## Assistenza Territoriale

L'azienda dispone di n. 3 **Dipartimenti strutturali**:

- il Dipartimento di **Prevenzione** è una macro struttura operativa dell'Azienda Sanitaria che garantisce la tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita;
- il Dipartimento di **Salute Mentale** è la struttura operativa dell'Azienda preposta alla promozione ed alla tutela della Salute Mentale della popolazione e svolge attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle sofferenze mentali e psichiche, delle disabilità psicofisiche;
- il Dipartimento delle **Dipendenze Patologiche** opera nel settore delle tossicodipendenze e delle dipendenze di altre realtà (alcolismo, gioco, etc.).

L'Assistenza **territoriale** viene altresì assicurata da **13 distretti sanitari** con molteplici poliambulatori. Tali distretti assicurano le Cure Domiciliari, la gestione della Sanità penitenziaria e della Medicina Legale.

L'assistenza **residenziale e semiresidenziale** è assicurata da 366 strutture pubbliche e private contrattualizzate in possesso del requisito dell'accreditamento ex L.R. 20/2000 (dati desunti dal flusso informativo NSIS - Mod. STS 11 – anagrafica strutture residenziali e semiresidenziali).

L'Assistenza **ospedaliera** in regime di accreditamento è assicurata da **13 Case di Cura**.

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

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

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

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

La mappatura dei processi, aggiornata rispetto alle precedenti, è stata caratterizzata dal maggior coinvolgimento dei responsabili degli uffici nella partecipazione alle fasi di identificazione e valutazione dei rischi.

Nel 2022 si procederà all'organizzazione di ulteriori mirati eventi formativi e di incontri tra i dirigenti dei diversi settori in modo trasversale, al fine di affinare le soluzioni organizzative e procedurali per garantire una maggiore partecipazione di tutti i dirigenti delle singole strutture al complesso percorso della mappatura, predisposizione e soprattutto realizzazione delle misure anticorruzione.

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

L'ASUR MARCHE ha avviato un'attività di mappatura dei processi aziendali ed ha messo a punto una griglia che identifica i processi, le relative attività e le eventuali procedure operative, classificate per dipartimento e struttura aziendale di riferimento (**all. 2.3.2**).

L'analisi dell'organizzazione e delle funzioni assegnate ai Dipartimenti/Distretti, alle Unità Operative Complesse e alle Unità Operative Semplici, e il suo confronto con il contenuto dell'articolo 1, comma 16, della legge 190/2012, ha consentito di individuare, nell'ambito delle aree di attività aziendali, in campo amministrativo, sanitario e socio-sanitario, le attività ritenute potenzialmente più esposte o sensibili al rischio di corruzione.

Tali attività possono essere così distinte:

- ❖ piani e procedure di acquisto (annuali e/o pluriennali) e di approvvigionamento di beni e servizi (comprese le acquisizioni in economia);
- ❖ procedimenti di gara di appalto in tutti gli aspetti tecnico-procedurali (compresi la definizione dell'oggetto dell'affidamento, i requisiti di qualificazione e di aggiudicazione, la valutazione delle offerte, le procedure negoziate, gli affidamenti diretti, le variazioni in corso di esecuzione del contratto, i subappalti);
- ❖ procedure per l'assunzione e la selezione del personale (dipendente o convenzionato);
- ❖ progressioni di carriera;
- ❖ valutazione del personale (anche dirigenziale);
- ❖ controllo del rispetto dell'orario di servizio da parte del dirigente in tempo reale;
- ❖ conferimento di incarichi di collaborazione;
- ❖ concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati;
- ❖ rapporti con le strutture sanitarie e socio-sanitarie accreditate;
- ❖ incompatibilità, e cumulo di impieghi e incarichi, retribuiti e non retribuiti, conferiti a dipendenti pubblici e a soggetti privati (art. 53 del D.Lgs. 165/2001);
- ❖ le materie oggetto del Codice di comportamento (art. 54 del D.Lgs. 165/2001);
- ❖ ispezioni e controlli (ed eventuali sanzioni conseguenti), con particolare riferimento all'area della prevenzione;
- ❖ gestione dell'attività del personale che opera nelle casse;
- ❖ verifiche a campione del possesso dei titoli richiesti per il conferimento degli incarichi.

### **Schede di valutazione e trattamento del rischio**

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

- Area Acquisti e Logistica
- Area Affari Generali e Contenzioso
- Area Contabilità, Bilancio e Finanza
- Area Controllo di Gestione
- Area Formazione



- Area Patrimonio, Nuove Opere e Attività tecniche
- Area Politiche del Personale - Gestione Risorse Umane
- Area Sistemi Informativi Aziendali
- Dipartimento di Prevenzione - Area Veterinaria, Area della Prevenzione, sanità pubblica ed Igiene degli alimenti; Area della Medicina del Lavoro e Prevenzione Infortuni

Sono state aggiunte le tabelle di rischio dell'Area Assistenza Farmaceutica e dell'attività del Decesso in ambito intraospedaliero, al fine di aumentare la copertura del rischio specifico in Sanità.

L'attività svolta è stata avviata e coordinata dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione sulla base dell'analisi del rischio, secondo la metodologia proposta dall'Allegato 5 del PNA, sviluppata in occasione di incontri con i responsabili di UOC con riferimento alle seguenti fasi:

- Catalogo dei Processi,
- Valutazione e Analisi del Rischio,
- Registro dei Rischi,
- Ponderazione del Rischio.

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

## La valutazione e l'analisi del rischio di corruzione

Le schede di rischio sono state somministrate dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione a tutti i dirigenti e i delegati delle strutture, attraverso i Referenti di Area Vasta, i quali hanno raccolto i questionari compilati, analizzando congiuntamente i relativi rischi. Sono stati applicati a ciascun processo individuato i criteri indicati nella Tabella di cui all'Allegato 5 del PNA.

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

La valutazione del “livello di rischio” è strutturata sulla base della valutazione della **Probabilità**, (intesa come discrezionalità, rilevanza esterna, complessità del processo, valore economico, frazionabilità del processo, controlli) e dell'**Impatto** (inteso come impatto organizzativo, economico, reputazionale e di immagine).

Il livello di **rischio** è stato determinato moltiplicando il valore medio della Probabilità per il valore medio dell'Impatto ed è rappresentato da un valore numerico nella scala 1-25.

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

**VALORI E FREQUENZE DELLA PROBABILITÀ:**

0 nessuna probabilità; 1 improbabile; 2 poco probabile; 3 probabile; 4 molto probabile; 5 altamente probabile.

**VALORI E IMPORTANZA DELL'IMPATTO:**

0 nessun impatto; 1 marginale; 2 minore; 3 soglia; 4 serio; 5 superiore

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

### ***Indice di Valutazione della Probabilità***

Criterio della discrezionalità:

L'ASUR, in considerazione del fatto che nell'ambito delle funzioni proprie non esiste attività che non sia in qualche modo regolamentata da norme e/o da atti amministrativi generali, ha ritenuto che detto criterio debba essere inteso nell'ambito di ciascuna attività normata.

In tal senso la discrezionalità è stata ritenuta sussistente tutte le volte in cui il soggetto chiamato ad applicare le norme ed i regolamenti che disciplinano una certa attività, abbia un qualche margine di scelta nelle modalità interpretative e applicative delle stesse.

Tale indice è stato ritenuto tanto più elevato, quanto più a monte dell'applicazione stessa, la scelta sia discrezionale circa i criteri e le modalità applicative delle normative.

L'attività inoltre è stata ritenuta ugualmente discrezionale tutte le volte che comporti valutazioni di natura gestionale e/o tecnica, anche se tale momento valutativo si collochi nel momento iniziale del processo, il quale ne viene in tal modo interamente connotato.

Criterio della rilevanza esterna:

Si ritiene opportuno stabilire, nell'ambito dei singoli processi, che per “utenti esterni” non debbono essere considerati solo i soggetti esterni alla PA, ma possano essere ritenuti tali anche i dipendenti dell'ASUR, destinatari delle attività proprie del servizio in cui il processo si colloca. Ciò avviene ad esempio con riferimento a tutti i processi propri del servizio Gestione Risorse Umane.

Criterio della complessità del Processo:

L'ASUR, nell'andare a valutare il numero delle amministrazioni coinvolte in ciascun procedimento, ha utilizzato un criterio di larga interpretazione ritenendo che via sia il coinvolgimento di più PA tutte le volte in cui in astratto questo sia ipoteticamente possibile.

#### Criterio del Valore economico:

L'ASUR ha ritenuto di valutare l'impatto economico dei processi sotto il profilo dei vantaggi che questi possano comportare per i beneficiari rapportandolo alle singole categorie di questi ultimi, piuttosto che all'entità economica dei vantaggi stessi.

In tal modo provvedimenti attributivi di vantaggi che in sé potrebbero apparire di non particolare rilievo economico, se guardati sotto il profilo del soggetto beneficiario, possono assumere differente rilevanza.

L'ASUR inoltre ha ritenuto di attribuire valutazione economica anche a benefici di natura diversa purché economicamente valutabili.

#### Criteri di frazionabilità del processo:

L'ASUR ha ritenuto di interpretare tale criterio nel senso più ampio possibile, ritenendo di ravvisare la frazionabilità tutte le volte in cui in astratto il procedimento possa essere suddiviso in più segmenti.

#### Criteri dei controlli:

Analogamente agli altri criteri anche quello relativo ai controlli è stato applicato in senso estensivo. Si è ritenuto infatti di valutare l'effettiva efficacia di un sistema di controllo astrattamente considerato nell'ambito di ciascun processo oggetto di esame e raffrontandolo, in contraddittorio con i responsabili dei singoli servizi, con quello effettivamente utilizzato al fine di valutarne la sua efficacia in relazione al rischio.

### **Indice di Valutazione dell'impatto**

#### Criterio dell'Impatto organizzativo.

L'ASUR ha applicato il criterio in questione tenendo in considerazione le indicazioni fornite dai Responsabili dei singoli servizi, o loro delegati.

#### Criterio impatto economico

L'ASUR ha ritenuto di fare riferimento alle eventuali sentenze della Corte dei Conti emesse sia a carico dei dipendenti dell'ASUR, sia nei confronti di altri enti, su processi di analoga tipologia (es. appalti).

#### Criterio impatto reputazionale

L'ASUR ha applicato lo stesso criterio evidenziato con riferimento all'impatto economico.

#### Impatto organizzativo economico e d'immagine

L'ASUR ha applicato il criterio in questione tenendo in considerazione le indicazioni fornite dai Responsabili dei singoli servizi.

#### Trattamento del rischio

Attribuito il rischio di corruzione ai suddetti processi aziendali, sono state individuate le rispettive tipologie di gestione del rischio.

Il trattamento del rischio avverrà secondo uno specifico cronoprogramma. In base a tale programmazione, è previsto il trattamento dei processi a:

**rischio alto** (priorità ALTA) e **rischio medio** (priorità MEDIA).

All'interno della procedura dovrà essere dettagliata la valutazione del rischio di Corruzione con le relative motivazioni a sostegno.

Ottenuta la proceduralizzazione delle **attività a rischio alto** ogni Referente, Direttore di Struttura, responsabile di centro di costo, partecipe del percorso di prevenzione della corruzione si impegna ad individuare azioni di miglioramento volte a prevenire il rischio di corruzione da proporre al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

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

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

La ratio delle previsioni normative è quella di evitare che possano consolidarsi posizioni di privilegio nella gestione diretta di attività. Il principio di rotazione si applica – compatibilmente con la dotazione organica e con l'esigenza di mantenere continuità e coerenza di indirizzo delle strutture aziendali – prevedendo che nei settori più esposti a rischio di corruzione siano alternate le figure dei responsabili di procedimento, nonché dei componenti delle commissioni di gara e di concorso.

#### **Rischio basso (priorità BASSA)**

Il RPCT si riserva di verificare e di approfondire le attività a rischio basso, prevalentemente facendo monitoraggio e verifiche a campione una volta l'anno.

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

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

Andiamo qui di seguito ad analizzare le aree di rischio generali e specifiche:

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

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

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

- all'attività di libera professione intramoenia ed alla gestione delle liste di attesa;
- ai rapporti con i soggetti erogatori ed ai controlli delle strutture private accreditate;

- all'attività di vigilanza, controlli ed ispezioni;
- alla spesa farmaceutica convenzionata ed interna;
- alle attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero.

## Contratti Pubblici in Sanità

### Patto di Integrità e RASA

In ambito dei contratti pubblici, l'ASUR Marche con Determina n. 651 del 21/10/2016 ha nominato il nuovo Direttore dell'Area Acquisti e Logistica, Dott. Matteo Biraschi, quale Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (**RASA**).

Successivamente, l'ASUR Marche, ha approvato, con determina n. 663 del 2/11/2016, lo schema di **regolamento** per la nomina dei componenti della **commissione di aggiudicazione** nelle procedure di affidamento dei contratti pubblici aventi ad oggetto beni e servizi (pubblicato tra gli Atti amministrativi generali della sezione "Amministrazione Trasparente").

A seguire è stato approvato, con determina n. 697 del 21/11/2016, lo schema di "**patto di integrità** in materia di contratti pubblici aventi ad oggetto beni e servizi", condiviso dai Dirigenti dei Servizi "Acquisti e Logistica" di tutte le Aree vaste.

Si tratta di un documento snello eppure denso di contenuti che dovrà essere rispettato in tutti gli atti di gara, salvo nei casi in cui sono previsti specifici patti di integrità (adesioni alle convenzioni Consip SPA, acquisti sotto soglia mediante MEPA e procedure gestite dalla SUAM).

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

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

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

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

Infine, con determina n. 49/2021, è stato aggiornato il **Regolamento** per l'**acquisizione** di beni e servizi di importo **inferiori alla soglia** di rilevanza comunitaria (anch'esso pubblicato tra gli Atti amministrativi generali della sezione "Amministrazione Trasparente").

## Procedure di gara e affidamenti diretti

Nell'ASUR Marche, le aree deputate all'attivazione di procedure di gara ed affidamenti diretti sono:

- ✓ Area Acquisti e Logistica (compresi gli uffici di Area Vasta);
- ✓ Area Patrimonio, Nuove Opere e Attività tecniche (comprese Manutenzioni);
- ✓ Area Ingegneria Clinica;
- ✓ Area Sistema Informativi Aziendali (SIA);
- ✓ Direzioni Amministrative dei Servizi territoriali e PP.OO.;
- ✓ Direzioni Amministrative dei Dipartimenti di Prevenzione
- ✓ Servizi Farmaceutici delle Aree Vaste.

Si precisa che i Servizi Farmaceutici delle Aree Vaste, alla luce delle loro peculiari competenze sanitarie, collaborano all'identificazione dei fabbisogni e delle caratteristiche tecniche dei prodotti da mettere in gara, senza svolgere direttamente le procedure ad evidenza pubblica e i conseguenti adempimenti amministrativi, di responsabilità dell'Area ATL aziendale.

In particolare, i Servizi Farmaceutici delle Aree Vaste, oltre a fornire supporto tecnico-scientifico ai clinici, possono essere coinvolti sia come progettisti in sede di gara, sia come direttori dell'esecuzione del contratto per il controllo delle forniture e le attività connesse (liquidazione fatture, comunicazioni e rilevazioni di non conformità).

## Analisi per singola fase delle procedure di gara

### **PROGRAMMAZIONE**

L'art. 21 del codice dei contratti (Programma degli acquisti e programmazione dei lavori pubblici) prevede che le amministrazioni aggiudicatrici adottano il programma biennale degli acquisti di beni e servizi, qui di seguito specificato, nonché il programma triennale dei lavori pubblici, quest'ultimo aggiornato con Determina DG ASUR n. 250 del 31/03/2022.

A seguito dell'approvazione del Decreto del Ministero delle Infrastrutture e dei trasporti n. 14 del 16 gennaio 2018, tale norma è diventata operativa dall'anno 2019 in poi.

Con Determina DG ASUR n. 243 del 29/03/2022 è stato approvato il nuovo programma biennale per gli anni 2020-2021 degli acquisti di beni e servizi, di importo unitario annuo stimato superiore ad un milione di euro, aggiornando la precedente determina DG ASUR n. 135 del 13/03/2020.

Il programma è stato pubblicato sull'apposita sottosezione in "Amministrazione Trasparente", aggiornando i precedenti programmi approvati con determine n. 660 del 28/10/2016, n. 644 del 31/10/2017 e n. 161 del 1/04/2019, coerentemente con quanto previsto dall'art. 21 e dal Decreto di cui sopra.

Per la realizzazione di tale programma, estremamente complesso, l'Area Acquisti necessita di una struttura organizzativa i cui lineamenti fondamentali sono stati descritti nel **Piano Operativo** dell'Area, adottato con Determina DG ASUR n. 46 del 29/01/2018, a quale si fa espresso rinvio e riferimento.

In tale documento sono indicate le maggiori criticità riscontrate e le possibili soluzioni organizzative, compresa l'implementazione della struttura in termini di risorse umane.

Ai fini della corretta gestione dell'intero ciclo di approvvigionamento, è prevista la documentazione di ogni fase operativa:

- dalla definizione delle necessità (qualificazione e quantificazione del fabbisogno),
- alla programmazione dell'acquisto,
- alla definizione delle modalità di reperimento di beni e servizi, sino
- alla gestione dell'esecuzione del contratto.

Per evitare i rischi specifici, occorre altresì evitare:

- frazionamento illegittimo nelle gare;
- affidamenti diretti al di fuori di casi previsti dalla vigente normativa
- proroghe degli affidamenti qualora non consentite/previste;
- eccessivo ricorso a gare urgenti non giustificate;
- estensione su affidamenti già espletati se non previste negli atti di gara;
- reiterazione di piccoli affidamenti aventi il medesimo oggetto, salvo giustificato motivo;
- la revisione delle caratteristiche tecniche, qualora dall'analisi dei fornitori disponibili sul mercato non risultino garantite modalità di acquisto concorrenziali.

**Indicatori adottati dall'ASUR e previsti quale monitoraggio per la fase di programmazione:**

- reiterati affidamenti nella stessa A.V. con lo stesso oggetto contrattuale e medesimo affidatario (anche negli anni successivi);
- procedure negoziate senza previa pubblicazione del bando di gara/ su gare complessive (per quantità e valore economico);
- affidamenti (quantità e valore) di beni infungibili/esclusivi sul totale delle richieste pervenute per unità di committenza;
- pubblicità ante e post per la selezione degli operatori.

Ulteriori misure definite di competenza delle Aree Vaste:

- Obbligo di adeguata motivazione in fase di programmazione in relazione a natura, quantità e tempistica della prestazione, sulla base di esigenze effettive e documentate emerse da apposita rilevazione nei confronti degli uffici richiedenti;
- Per servizi e forniture standardizzabili, nonché lavori di manutenzione ordinaria, adeguata valutazione della possibilità di ricorrere ad accordi quadro e verifica delle convenzioni/ accordi quadro già in essere;
- Controllo periodico e monitoraggio dei tempi programmati mediante sistemi di controllo

interno di gestione in ordine alle future scadenze contrattuali (prevedendo che le strutture interessate forniscano informazioni in relazione alle scadenze contrattuali ai soggetti deputati a programmare le procedure di gara);

- Utilizzo di modalità trasparenti per documentare il dialogo con gli operatori di mercato.

## **PROGETTAZIONE**

I principali rischi sono i seguenti:

- nomina di responsabili del procedimento in rapporto di contiguità con imprese concorrenti (soprattutto esecutori uscenti) o privi dei requisiti idonei e adeguati ad assicurare la terzietà e l'indipendenza;
- fuga di notizie circa le procedure di gara ancora non pubblicate, che anticipino solo ad alcuni operatori economici la volontà di bandire determinate gare o i contenuti della documentazione di gara;
- attribuzione impropria dei vantaggi competitivi mediante utilizzo distorto dello strumento delle consultazioni preliminari di mercato;
- procedure negoziate e affidamenti diretti per favorire un operatore;
- predisposizione di clausole contrattuali dal contenuto vago o vessatorio per disincentivare la partecipazione alla gara ovvero per consentire modifiche in fase di esecuzione;
- definizione dei requisiti di accesso alla gara e, in particolare, dei requisiti tecnico-economici dei concorrenti al fine di favorire un'impresa (es. clausole dei bandi che stabiliscono requisiti di qualificazione);
- prescrizioni del bando e delle clausole contrattuali finalizzate ad agevolare determinati concorrenti;
- abuso delle disposizioni in materia di determinazione del valore stimato del contratto al fine di eludere le disposizioni sulle procedure da porre in essere;
- formulazione di criteri di valutazione e di attribuzione dei punteggi (tecnici ed economici) che possono avvantaggiare il fornitore uscente, grazie ad asimmetrie informative esistenti a suo favore ovvero, favorire determinati operatori economici.

Misure da proseguire per il 2022:

- prevedere strategie di acquisto per assicurare la rispondenza della più ampia procedura di approvvigionamento al perseguimento del pubblico interesse, nel rispetto dei principi enunciati dall'art. 4 del nuovo Codice dei Contratti Pubblici;
- introdurre laddove opportuno consultazioni preliminari di mercato per la definizione delle specifiche tecniche;
- provvedere alla nomina del responsabile del procedimento con rotazione degli stessi ove possibile variazione del personale di supporto al RUP;
- porre particolare attenzione nella scelta della procedura di aggiudicazione al ricorso alla procedura negoziata;
- definire precisi criteri di partecipazione, criteri di aggiudicazione e criteri di attribuzione del



punteggio;

- evitare di prevedere requisiti restrittivi di partecipazione;
- valutare con completezza la stima del valore dell'appalto;
- inibire la redazione di progetti e capitolati approssimativi e che non dettagliano sufficientemente ciò che deve essere realizzato in fase esecutiva;
- utilizzo di modalità stringenti ai quali attenersi nella determinazione del valore stimato del contratto avendo riguardo alle norme pertinenti e all'oggetto complessivo del contratto (es. incarichi di progettazione esterni);
- conformare i bandi e i capitolati ai bandi tipo redatti dall'ANAC, nel rispetto della normativa anticorruzione;
- dettagliare obbligatoriamente nel bando di gara in modo trasparente e congruo i requisiti minimi di ammissibilità delle varianti progettuali in sede di offerta;
- prevedere, nella sottoscrizione da parte dei soggetti coinvolti nella redazione della documentazione di gara, dichiarazioni in cui si attesta l'assenza di interessi personali in relazione allo specifico oggetto della gara;
- Utilizzare clausole standard conformi alle prescrizioni normative con riguardo a garanzie a corredo dell'offerta, tracciabilità dei pagamenti e termini di pagamento agli operatori economici;
- Prevedere in tutti i bandi, gli avvisi, le lettere di invito o nei contratti adottati di una clausola risolutiva del contratto a favore della stazione appaltante in caso di gravi inosservanze delle clausole contenute nei patti di integrità;
- Inserire misure di trasparenza volte a garantire la nomina di RUP a soggetti in possesso dei requisiti di professionalità necessari;
- Pubblicare un avviso in cui la stazione appaltante avvia consultazioni preliminari di mercato per la redazione delle specifiche tecniche.

Con specifico riguardo alle procedure negoziate, affidamenti diretti o sotto soglia è opportuno:

- Dare evidenza, da parte del RUP nel primo atto adottato, del ricorrere dei presupposti legali per indire procedure negoziate o procedere ad affidamenti diretti, secondo le direttive contenute nel Regolamento adottato dall'ASUR;
- Predeterminare nella determina a contrarre dei criteri che saranno utilizzati per l'individuazione delle imprese da invitare;
- Impiegare sistemi informatizzati per l'individuazione degli operatori da consultare.
- Utilizzare procedure improntate ai massimi livelli di trasparenza e pubblicità, anche con riguardo alla pubblicità delle sedute di gara e alla pubblicazione della determina a contrarre ai sensi dell'art. 37 del D.lgs. n. 33/2013;
- Eseguire la Check list di verifica degli adempimenti da porre in essere, anche in relazione al Regolamento interno, da trasmettersi periodicamente al RPCT;
- Verificare del rispetto del principio di rotazione degli operatori economici;
- Obbligare a comunicare al RPC la presenza di ripetuti affidamenti ai medesimi operatori economici in un dato arco temporale (definito in modo congruo dalla stazione appaltante);

- Verificare da parte dell'ufficio acquisti la possibilità di accorpate le procedure di acquisizione di forniture, di affidamento dei servizi o di esecuzione dei lavori omogenei;
- Dare direttive/linee guida interne che introducano come criterio tendenziale modalità di aggiudicazione competitive ad evidenza pubblica ovvero affidamenti mediante cottimo fiduciario, con consultazione di almeno 5 operatori economici, anche per procedure di importo inferiore a 40.000 euro;
- Obbligare ad effettuare l'avviso volontario per la trasparenza preventiva. • Utilizzo di elenchi aperti di operatori economici con applicazione del principio della rotazione, previa fissazione di criteri generali per l'iscrizione.

**Indicatori adottati dall'ASUR e previsti quale monitoraggio per le gare dell'area tecnica nella fase di progettazione:**

- affidamenti diretti/cottimi fiduciari/sul totale degli affidamenti (per numero e valore economico) in un determinato arco di tempo (tranne per i lavori per i quali non si usano);
- rapporto tra numero di procedure negoziate con e senza previa pubblicazione del bando;
- analizzare i valori iniziali di tutti gli affidamenti non concorrenziali in un determinato arco temporale che in corso di esecuzione o una volta eseguiti abbiano oltrepassato i valori soglia previsti normativamente. Se viene affidato un appalto con procedura negoziata in quanto il valore stimato è sotto soglia e, successivamente, per effetto di varianti, quel valore iniziale supera la soglia, potrebbe essere necessario un approfondimento delle ragioni che hanno portato l'amministrazione a non progettare correttamente la gara;
- quantificare il numero di affidamenti fatti in un determinato arco temporale che hanno utilizzato come criterio di scelta quello dell'offerta economicamente più vantaggiosa (OEPV) rispetto a tutti gli affidamenti effettuati in un determinato periodo. Sebbene, infatti, questo criterio troverà uno spazio sempre maggiore con l'introduzione delle nuove direttive, esso presenta un più elevato rischio di discrezionalità rispetto al criterio del prezzo più basso.

**SELEZIONE DEL CONTRAENTE**

Principali rischi:

In questa fase i rischi possibili derivano dalla possibilità che i vari attori coinvolti manipolino le disposizioni che governano i vari processi al fine di pilotare l'aggiudicazione della gara.

Possono rientrare in tale alveo:

- a) azioni e comportamenti tesi a restringere indebitamente la platea dei partecipanti alla gara;
- b) l'applicazione distorta dei criteri di aggiudicazione della gara per manipolarne l'esito;
- c) la nomina dei commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti;
- d) alterazione o sottrazione della documentazione di gara sia in fase di gara che in fase successiva di controllo).

Le principali anomalie rivelatrici di una non corretta gestione di questa fase possono essere:

- l'assenza di pubblicità del bando e dell'ulteriore documentazione rilevante;
- l'immotivata concessione di proroghe rispetto al termine previsto dal bando;
- il mancato rispetto delle disposizioni che regolano la nomina dell'ASUR (ad esempio, la

formalizzazione della nomina prima della scadenza del termine di presentazione delle offerte o l'omessa verifica dell'assenza di cause di conflitto di interessi o incompatibilità);

- l'alto numero di concorrenti esclusi, la presenza di reclami o ricorsi da parte di offerenti esclusi;
- l'assenza di adeguata motivazione sulla non congruità dell'offerta, o l'accettazione di giustificazioni di cui non si è verificata la fondatezza.

Nel 2022 si prosegue nella prosecuzione delle seguenti misure già attivate nel 2016:

- Accessibilità on-line della documentazione di gara e delle informazioni di gara complementari;
- Obblighi di trasparenza/pubblicità delle nomine dei componenti delle commissioni ed eventuali consulenti;
- Rilascio da parte dei commissari di dichiarazioni attestanti:
  - di non svolgere o aver svolto «alcun'altra funzione o incarico tecnico o amministrativo relativamente al contratto del cui affidamento si tratta» (art. 77, co. 4, D.Lgs. 50/2016);
  - di non aver concorso, «in qualità di membri delle commissioni giudicatrici, con dolo o colpa grave accertati in sede giurisdizionale con sentenza non sospesa, all'approvazione di atti dichiarati illegittimi» (art. 77, co. 6, D.Lgs. 50/2016);
  - di non trovarsi in conflitto di interesse con riguardo ai dipendenti della stazione appaltante per rapporti di coniugio, parentela o affinità o pregressi rapporti professionali;
  - dell'assenza di cause di incompatibilità con riferimento ai concorrenti alla gara, tenuto anche conto delle cause di astensione di cui all'articolo 51 c.p.c., richiamato dall'art. 77 del Codice.

Le ulteriori misure da proseguire nell'anno 2022 sono le seguenti:

- Effettuare procedure di gara, in assenza di convenzioni CONSIP e disponibilità del prodotto/servizio sul MEPA, utilizzando le procedure telematiche avvalendosi, ove disponibili, di apposite piattaforme;
- Predisposizione di idonei ed inalterabili sistemi di protocollazione delle offerte;
- Conservazione della documentazione di gara per un tempo congruo al fine di consentire verifiche successive, per la menzione nei verbali di gara delle specifiche cautele adottate a tutela dell'integrità e della conservazione delle buste contenenti l'offerta ed individuazione di appositi archivi (fisici e/o informatici);
- Rilascio da parte dei commissari delle dichiarazioni (previste dal patto di integrità) attestanti l'esatta tipologia di impiego/lavoro, l'eventuale iscrizione in albi professionali (art. 77, co.8);
- Documentazione del procedimento di valutazione delle offerte anormalmente basse e verifica della congruità dell'anomalia, specificando espressamente le motivazioni nel caso in cui, all'esito del procedimento di verifica, la stazione appaltante non abbia proceduto all'esclusione;
- Nel caso in cui si riscontri un numero significativo di offerte simili o uguali o altri elementi, adeguata formalizzazione delle verifiche espletate in ordine a situazioni di controllo/collegamento/accordo tra i partecipanti alla gara, tali da poter determinare offerte "concordate";

- Tempestiva segnalazione all'ANAC in caso di accertata insussistenza dei requisiti di ordine generale e speciale in capo all'operatore economico;
- Adozione dello schema di patto di integrità (vedi paragrafo sull'analisi del contesto interno).

**Indicatori adottati dall'ASUR e previsti quale monitoraggio per le gare dell'area tecnica nella fase di selezione del contraente:**

- conteggio del numero di procedure attivate da una determinata amministrazione in un definito arco temporale per le quali è pervenuta una sola offerta;
- numero delle offerte escluse rispetto alle offerte presentate.

**AGGIUDICAZIONE E STIPULA DEL CONTRATTO**

La verifica dell'aggiudicazione costituisce un momento essenziale di accertamento della correttezza della procedura espletata, sia in vista della successiva stipula del contratto sia nell'ottica dell'apprezzamento della sussistenza dei requisiti generali e speciali di partecipazione in capo all'aggiudicatario.

In questa fase i processi rilevanti sono:

- la verifica dei requisiti ai fini della stipula del contratto,
- l'effettuazione delle comunicazioni riguardanti i mancati inviti,
- le esclusioni e le aggiudicazioni,
- la formalizzazione dell'aggiudicazione definitiva e la stipula del contratto.

Principali rischi:

- a) alterazione o omissione dei controlli e delle verifiche al fine di favorire un aggiudicatario privo dei requisiti;
- b) alterazione dei contenuti delle verifiche per pretermettere l'aggiudicatario e favorire gli operatori economici che seguono nella graduatoria;
- c) violazione delle regole poste a tutela della trasparenza della procedura al fine di evitare o ritardare la proposizione di ricorsi da parte di soggetti esclusi o non aggiudicatari.

Costituiscono elementi rivelatori di un non corretto operato la presenza di denunce/ricorsi da parte dei concorrenti ovvero dell'aggiudicatario che evidenzino una palese violazione di legge da parte dell'amministrazione, la mancata, inesatta, incompleta o intempestiva effettuazione delle comunicazioni inerenti i mancati inviti, le esclusioni e le aggiudicazioni di cui all'art. 79 del Codice, l'immotivato ritardo nella formalizzazione del provvedimento di aggiudicazione definitiva e/o nella stipula del contratto, che possono indurre l'aggiudicatario a sciogliersi da ogni vincolo o recedere dal contratto.

**Indicatori adottati dall'ASUR e previsti quale monitoraggio nella fase di aggiudicazione e stipula**

Un indicatore utile in questa fase del processo attiene alla ricorrenza delle aggiudicazioni ai medesimi operatori economici: **rapporto** tra il numero di operatori economici che risultano **aggiudicatari** in due anni contigui ed il numero **totale** di soggetti aggiudicatari sempre riferiti ai **due anni** presi in esame.

Occorre anche monitorare il **tempo intercorrente** tra l'**aggiudicazione** e la data di **stipula** del contratto.

### Misure da adottare nell'anno 2022 in questa fase:

- Direttive interne che assicurino la collegialità nella verifica dei requisiti, sotto la responsabilità del dirigente dell'ufficio acquisti e la presenza dei funzionari dell'ufficio, coinvolgendoli nel rispetto del principio di rotazione;
- Check list di controllo sul rispetto degli adempimenti e formalità di comunicazione previsti dal Codice;
- Introduzione di un termine tempestivo di pubblicazione dei risultati della procedura di aggiudicazione;
- Formalizzazione e pubblicazione da parte degli operatori che hanno partecipato alla gestione della procedura di gara di una dichiarazione attestante l'insussistenza di cause di incompatibilità con l'impresa aggiudicataria e con la seconda classificata, avendo riguardo anche a possibili collegamenti soggettivi e/o di parentela con i componenti dei relativi organi amministrativi e societari, con riferimento agli ultimi 5 anni.

### **ESECUZIONE DEL CONTRATTO**

Dopo la verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto particolare importanza riveste la fase di esecuzione del contratto.

#### Principali rischi:

- d) approvazione delle modifiche del contratto originario;
- e) autorizzazione al subappalto;
- f) ammissione delle varianti;
- g) verifiche in corso di esecuzione; verifica delle disposizioni in materia di sicurezza con particolare riferimento al rispetto delle prescrizioni contenute nel Documento Unico di Valutazione dei Rischi Interferenziali (DUVRI);
- h) apposizione di riserve;
- i) mancata o insufficiente verifica dell'effettivo stato avanzamento lavori rispetto al cronoprogramma al fine di evitare l'applicazione di penali o la risoluzione del contratto o nell'abusivo ricorso alle varianti al fine di favorire l'appaltatore.

### Misure da adottare nell'anno 2022 in questa fase:

- Controllo sull'applicazione di eventuali penali per il ritardo;
- Verifica del corretto assolvimento dell'obbligo di trasmissione all'ANAC delle varianti;
- Pubblicazioni obbligatorie di cui all'art. 1, co. 32 della Legge n. 190/2012 e art. 29, co. 1 del D.Lgs. n. 50/2016.

### **RENDICONTAZIONE DEL CONTRATTO**

Nella fase di rendicontazione del contratto, l'amministrazione verifica la conformità o regolare esecuzione della prestazione richiesta ed effettua i pagamenti a favore dei soggetti esecutori.

#### Principali rischi:

In questa fase è importante mappare il procedimento di nomina del collaudatore ed il

procedimento di verifica della corretta esecuzione, per il rilascio del certificato di collaudo, del certificato di verifica di conformità ovvero dell'attestato di regolare esecuzione nonché le attività connesse alla rendicontazione dei lavori da parte del responsabile del procedimento.

Possono essere considerati elementi rivelatori di un'inadeguata rendicontazione:

- l'incompletezza della documentazione inviata dal RP o, viceversa,
- il mancato invio di informazioni al RP (verbali di visita; informazioni in merito alle cause del protrarsi dei tempi previsti per il collaudo);
- l'emissione di un certificato di regolare esecuzione relativo a prestazioni non effettivamente eseguite;
- la mancata acquisizione del CIG o dello smart CIG in relazione al lotto o all'affidamento specifico ovvero la sua mancata indicazione negli strumenti di pagamento.

Misure da adottare in questa fase:

- Relazione di fine contratto da parte del DEC;
- Controllo a campione della pubblicazione prevista per i resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione (art. 29, co. 1 del D.Lgs. 50/2016 aggiornato);
- Pubblicazione dei report e dei dati obbligatori previsti dall'art. 1, co. 32 della Legge n. 190/2012 e dalle linee Guida ANAC di cui alla Delibera n. 1310/2016;
- Verifica competenze e rotazione dei collaudatori attraverso i provvedimenti di nomina.

**Indicatori adottati dall'ASUR e previsti quale monitoraggio per le gare dell'area tecnica nella fase di rendicontazione:**

- Scostamento dei contratti conclusi, in termini di costi e tempi di esecuzione, rispetto ai contratti inizialmente aggiudicati;
- Verifica dei tempi medi di esecuzione degli affidamenti, calcolando la differenza tra il tempo effettivamente impiegato per la conclusione del contratto ed il tempo previsto da progetto.

## Procedure di gara per la fornitura di farmaci e presidi

Nella Regione Marche l'acquisto di farmaci, dispositivi sanitari e di alcuni servizi sarà gestito principalmente dalla Stazione Unica appaltante della Regione Marche (SUAM), alle cui procedure l'ASUR dovrà aderire.

Le competenze della **SUAM** comprendono l'acquisto di quanto oggetto di programmazione (definito con DGRM n. 468 del 09/05/2016) ed in particolare dei seguenti beni con le relative soglie di obbligatorietà:

farmaci	(40.000);
vaccini	(40.000);
stent	(soglia comunitaria);
ausili per incontinenza (ospedalieri e territoriali)	(40.000);
protesi d'anca	(soglia comunitaria);
medicazioni generali	(40.000);

✚ defibrillatori	(soglia comunitaria);
✚ pace—maker	(soglia comunitaria);
✚ aghi e siringhe	(40.000).

I restanti acquisti di materiali sanitari sono effettuati dall'Area Acquisti e Logistica tramite gare ad evidenza pubblica, in collaborazione con i Servizi Farmaceutici delle Aree Vaste, che costituiscono un ponte/collegamento tra gli uffici preposti agli acquisti (SUAM e Area Acquisti e Logistica) ed i professionisti, a favore dei quali forniscono supporto tecnico nella definizione dell'oggetto dell'affidamento e contribuiscono alla corretta gestione dei beni.

In particolare occorre precisare che:

- la scelta e la tipologia dei farmaci da acquisire è a carico dei clinici e dei Servizi Farmaceutici che fanno riferimento alle scelte effettuate a livello PTO regionale;
- la scelta e la tipologia dei materiali sanitari (es. dispositivi medici) da acquisire è a carico dei professionisti (clinici ed infermieri) che li utilizzano concretamente nell'assistenza agli utenti, con l'apporto ed il supporto delle Commissioni dei dispositivi medici opportunamente costituite presso ciascuna Area Vasta (DGR 974/2014).

Il processo di gestione degli ordini, dei carichi e degli scarichi di magazzino nell'ASUR MARCHE è sufficientemente informatizzato, anche se migliorabile. La valutazione dei fabbisogni di farmaci è rapportata al Prontuario Terapeutico Ospedaliero, oltre alla prescrizione degli specialisti interni.

La tracciabilità dei farmaci/materiali sanitari nel loro percorso che va dalla richiesta, all'acquisto, alla ricezione/stoccaggio fino alla somministrazione deve necessariamente essere organizzata e proceduralizzata da parte dell'ASUR con il necessario coinvolgimento di tutti i soggetti coinvolti nelle fasi indicate.

Occorre permettere di effettuare le movimentazioni ed i controlli di magazzino tramite l'uso dei lettori di codice a barre; avere evidenza informatica dell'avvenuta prescrizione e controllo di eventuali interazioni tra medicinali o incompatibilità per la situazione clinica del paziente; migliorare le anagrafiche dei dispositivi medici con le informazioni necessarie e senza duplicazioni.

Particolare attenzione dovranno porre gli attori del processo alla fase di programmazione e al rispetto degli obblighi di trasparenza.

In questa logica, al fine dell'attestazione della correttezza del **ciclo degli approvvigionamenti**, i soggetti destinatari devono documentare con particolare attenzione tutte le fasi del ciclo stesso dalla definizione delle necessità (qualificazione del fabbisogno), alla programmazione dell'acquisto, alla definizione delle modalità di reperimento di beni e servizi, sino alla gestione dell'esecuzione del contratto.

Le azioni concrete, efficaci, fattibili e verificabili nel ciclo degli approvvigionamenti riguardano:

- il rafforzamento delle funzioni amministrative legate agli acquisti, sollecitando i soggetti individuati ex lege a svolgere le procedure e ad assolvere le proprie mansioni professionali;
- la definizione di procedure per l'acquisizione dei beni sanitari con identificazione delle figure professionali nelle diverse fasi (richiesta del prodotto, valutazione del fabbisogno e scelta del fornitore), in modo che siano separate al fine di evitare situazioni di conflitto di interesse;
- la centralizzazione delle competenze e delle responsabilità con conseguente modifica delle



modalità strategiche con cui affrontare le problematiche degli acquisti con visione unitaria.

Nel processo di graduale **informatizzazione** di tutti gli ambiti applicativi aziendali, uno degli elementi più delicati e da implementare, è il ciclo di erogazione delle terapie farmacologiche ai pazienti ricoverati.

L'ASUR sta definendo un progetto che si prefigge lo scopo di colmare una lacuna di informatizzazione nei reparti ospedalieri e contemporaneamente adottare un meccanismo in grado di sincronizzare due importanti cicli aziendali:

- il ciclo della logistica del farmaco (ordine da reparto alla farmacia, consegna in reparto, conservazione nell'armadio di reparto, prelievo per la preparazione del carrello);
- il ciclo della prescrizione/somministrazione in reparto (il medico prescrive una terapia farmacologia, l'infermiere somministra i farmaci prescritti e chiude il ciclo con il "check" dell'avvenuta somministrazione).

Nell'ambito della **prescrizione** dei farmaci in ambito ospedaliero ed extra-ospedaliero, le attività a rischio, rendicontate nella tabella specifica (**all. 2.3.2**), con le corrispondenti azioni e misure per il monitoraggio possono essere così rappresentate:

ATTIVITA' A RISCHIO	AZIONI	MISURE MONITORAGGIO
Prescrizione da parte di specialisti ospedalieri di farmaci con limitazione ad alto costo sia a livello ospedaliero che domiciliare	Inserimento dei Centri ASUR autorizzati dalla Regione alla prescrizione dei farmaci con limitazioni	1. Monitoraggio di indicatori quali prescrizione per paziente, per medicinale, per ditta farmaceutica e predisposizione di specifici report;  2. Trasmissione dei suddetti report ai diretti interessati, ai Direttori Medici di presidio, ai Direttori dei Distretti ed ai vertici aziendali
Prescrizione da parte di specialisti ospedalieri di farmaci in dimissione post-ricovero e post-visita specialistica	Utilizzo dei farmaci inseriti nel PTO	
Prescrizione da parte di MMG e PLS	Analisi delle prescrizioni al fine di individuare per particolari indicatori quali paziente, medicinali, ditte farmaceutiche e farmacie, scostamenti significativi rispetto alle medie di riferimento	
Sperimentazioni cliniche	Predisposizione del conflitto di interesse da parte dei soggetti interessati	Verifica delle dichiarazioni rese nella dichiarazione di conflitto di interesse
Sponsorizzazioni		

Occorre altresì evitare:

- il frazionamento illegittimo negli acquisti;

- gli affidamenti diretti al di fuori dei casi previsti dalla vigente normativa;
- le proroghe degli affidamenti qualora non consentite/previste;
- eccessivo ricorso agli acquisti urgenti non giustificati;
- la revisione delle caratteristiche tecniche, qualora dall'analisi dei fornitori disponibili sul mercato non risultino garantite modalità di acquisto concorrenziali.

**Indicatori adottati dall'ASUR e previsti quale monitoraggio:**

- affidamenti diretti/sul totale degli acquisti (per valore economico);
- acquisti di beni infungibili/esclusivi/sul totale degli acquisti effettuati (per quantità e valore economico);
- affidamenti (quantità e valore) di beni infungibili/esclusivi sul totale delle richieste pervenute per unità di committenza;
- proroghe e rinnovi sul totale degli affidamenti (quantità e valore).

Durante le attività di audit ed erogazione per la valutazione del rischio (eseguite a fine anno), è stata sottolineata la particolare criticità di alcuni acquisti effettuati con proroghe, a causa del ritardo nelle procedure ad evidenza pubblica, fenomeno che dovrà essere assolutamente scongiurato nei prossimi anni (**all. 2.3.1**).

Occorre, inoltre, che siano correttamente individuati gli attori interni da coinvolgere in relazione alle specifiche competenze per identificare i beni/servizi che soddisfano il fabbisogno.

Una ulteriore necessaria misura sarà costituita dai prezzi di riferimento dei beni e servizi a maggior impatto, di cui al decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98, e al decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66, convertito con modificazioni con Legge 23/2014, che possono essere utilizzati per ridurre l'asimmetria informativa tra acquirente e fornitore.

Detti prezzi, forniti dall'ANAC, devono costituire uno strumento vincolante per tipologie "omogenee" di beni e servizi in quanto favoriscono la confrontabilità/fungibilità tra i fabbisogni del soggetto acquirente e le caratteristiche dei prodotti/servizi oggetto di offerta.

### Affidamenti servizi esternalizzati

Alcuni servizi sono di competenza della Stazione Unica Appaltante della Regione Marche. In particolare, la DGRM n. 468/2016 sopra citata prevede l'operatività della SUAM, quale soggetto aggregatore, per i seguenti servizi **specifici** in area sanitaria e le relative soglie di obbligatorietà:

- servizi di pulizia (40.000);
- servizi di lavanderia (40.000);
- servizi di ristorazione per pazienti e per dipendenti (40.000);
- servizi di smaltimento rifiuti sanitari (40.000);

- servizi integrati per gestione apparecchiature elettromedicali (40.000).

Oltre a questi sono previsti anche servizi di uso **comune**, sempre di competenza della SUAM:

- vigilanza armata (40.000);
- facility management immobili (soglia comunitaria);
- pulizia immobili (soglia comunitaria);
- guardiania (40.000);
- manutenzione immobili e impianti (soglia comunitaria).

Per i restanti servizi esternalizzati (trasporti non sanitari, disinfezione e disinfestazione, portierato, servizio archiviazione, servizi sociosanitari) sono previsti controlli sia sul personale che sulla qualità del servizio.

Per ogni procedura, il capitolato con l'identificazione dei fabbisogni dovrà essere compatibile con i limiti di spesa ed il budget previsto nel Bilancio Preventivo e conforme alla "spending review".

Tipologie di rischio evidenziabili nella fase dell'identificazione del fabbisogno e dei capitolati:

- definizione di un fabbisogno non rispondente a criteri di efficienza/efficacia/economicità, ma alla volontà di premiare interessi particolari;
- reiterazione di piccoli affidamenti aventi il medesimo oggetto ovvero la reiterazione dell'inserimento di specifici interventi.

Misure previste nel 2022 per ridurre i rischi:

- Controllo periodico e monitoraggio dei tempi programmati anche mediante sistemi di controllo interno di gestione in ordine alle future scadenze contrattuali (prevedendo che le strutture interessate forniscano informazioni in relazione alle scadenze contrattuali ai soggetti deputati a programmare le procedure di gara);
- Individuazione delle priorità, in fase di individuazione del quadro dei fabbisogni;
- Utilizzo di modalità trasparenti per documentare il dialogo con gli operatori di mercato.

**Indicatori adottati dall'ASUR e previsti quale monitoraggio per le gare dei Servizi esternalizzati:**

- affidamenti diretti/sul totale degli acquisti (per valore economico);
- proroghe e rinnovi sul totale degli affidamenti (quantità e valore);
- statistica delle ditte affidatarie dei servizi per verificare la frequenza delle ditte risultate aggiudicatarie;
- percentuale di gare con un'unica offerta valida.

## Procedure di acquisto di materiale economale

Nell'ASUR MARCHE gli acquisti di materiale economale (fax, scanner, stampati, materiale per pulizia, guardaroba, suppellettili, arredi etc.) vengono effettuati dall'Area Acquisti e Logistica, salve piccole forniture effettuate dalle Direzioni Amministrative dei Presidi ospedalieri.

Anche nel 2022 tali procedure nell'ASUR MARCHE potranno essere effettuate solo attraverso il mercato elettronico (MEPA) o con adesione alle gare Consip, salvo quanto previsto dalla Legge di stabilità e nel rispetto dell'apposito Regolamento ASUR per gli acquisti sotto-soglia, aggiornato con determina n. 450/2018 per gli acquisti di beni e servizi sotto soglia comunitaria (vedi pag. 34).

**Indicatori adottati dall'ASUR e previsti quale monitoraggio per le gare dei beni economici:**

- affidamenti diretti/sul totale degli acquisti (per valore economico);
- numero di acquisti tramite MEPA / sul numero di acquisti totali;
- statistica delle ditte affidatarie dei servizi per verificare la frequenza delle ditte risultate aggiudicatarie;
- percentuale di gare con un'unica offerta valida.

**Procedure di acquisto di hardware, software e licenze d'uso**

Tali procedure nell'ASUR MARCHE vengono espletate dall'Area Acquisti e Logistica per gli acquisti sopra soglia e dall'Area Sistemi Informativi per quelli sottosoglia, con apposite determinazioni sempre in collaborazione con l'Area Acquisti e Logistica.

Tutte le procedure di acquisto per il 2022 saranno espletate con adesione alle Convenzioni attive CONSIP (Computer, Stampanti, Server, Scanner ed altro hardware), alle ulteriori convenzioni attive (Licenze Microsoft etc.) e attraverso procedure del Mercato Elettronico (MEPA) con RDO.

Nessuna procedura potrà essere effettuata con forme ed indagini diverse, salvo quanto previsto dalla normativa attualmente in vigore.

**Indicatori adottati dall'ASUR e previsti quale monitoraggio per le gare dei beni informatici:**

- affidamenti diretti/sul totale degli acquisti (per valore economico);
- numero di acquisti tramite MEPA-Consip/ sul numero di acquisti totali;
- statistica delle ditte affidatarie dei servizi per verificare la frequenza delle ditte risultate aggiudicatarie;
- percentuale di gare con un'unica offerta valida.

**Procedure di gara per le tecnologie sanitarie**

Tali procedure nell'ASUR MARCHE vengono espletate dall'Area Acquisti e Logistica, d'intesa con l'Area Ingegneria Clinica sia per l'acquisto sia per la manutenzione delle attrezzature sanitarie.

Per le procedure di gara sotto soglia comunitaria, è prevista la pubblicazione di un avviso esplorativo che rimane aperto per la durata di un anno. Dall'ASUR vengono successivamente contattati i fornitori che fanno istanza, fornendo informazioni relative alle certificazioni ed al possesso dei requisiti ai sensi nuovo Codice aggiornato con il decreto correttivo (D.Lgs. n. 50/2016 – D.Lgs. n. 56/2017).

E' utilizzato l'albo fornitori digitale in base alle fasce di prezzo.

### **Indicatori adottati dall'ASUR e previsti quale monitoraggio per le gare delle Tecnologie Sanitarie e Telecomunicazioni:**

- numero di acquisti tramite MEPA-Consip / sul numero di acquisti totali
- statistica delle ditte affidatarie dei servizi per verificare la frequenza delle ditte risultate aggiudicatarie;
- percentuale di gare con un'unica offerta valida.

## **Incarichi e nomine**

### **Conferimento incarichi dirigenziali**

Il D.lgs. 39/2013 applicabile in ambito sanitario, come confermato dalla delibera 149/2014 dell'ANAC, si occupa esclusivamente delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi di direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo. Con riferimento agli stessi incarichi, la L. 124/2015, art. 11, co. 1, lett. p) prevede anche la disciplina delle procedure e dei requisiti professionali per il loro conferimento.

L'ASUR, nella fase di attribuzione degli incarichi, tiene conto delle indicazioni contenute negli aggiornamenti 2015-2018 al PNA, adattando all'ASUR l'esemplificazione dei rischi e delle relative misure afferenti il conferimento di incarichi dirigenziali, con particolare riguardo a quelli di struttura semplice, complessa e di incarichi a professionisti esterni.

L'ASUR Marche con le determinazioni n. 587/2018 e n. 422/2020 ha approvato i regolamenti per la graduazione e il conferimento degli incarichi dirigenziali rispettivamente per l'area della dirigenza PTA e della dirigenza della sanità.

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

Alcune brevi considerazioni debbono infine essere rivolte alla procedura per l'affidamento degli incarichi di direzione di struttura complessa.

Rispetto ad essi si deve segnalare come la normativa nazionale abbia previsto da subito forme di selezione e trasparenza a garanzia della qualità del profilo del soggetto da incaricare. Questo probabilmente anche in considerazione della specificità e tecnicità delle funzioni da svolgere, che investono insieme aspetti gestionali e di elevata professionalità medica.

Ai sensi della disciplina attuale, le aziende sanitarie debbono procedere all'affidamento degli incarichi di struttura complessa del ruolo sanitario mediante avviso pubblico.

La selezione deve essere effettuata da una commissione composta dal direttore sanitario dell'azienda interessata e da tre direttori di struttura complessa nella medesima disciplina dell'incarico da conferire, individuati tramite sorteggio da un elenco nazionale nominativo costituito dall'insieme degli elenchi regionali dei direttori di struttura complessa.

Almeno un componente della commissione deve appartenere ad una regione diversa da quella dove ha sede l'azienda. Il presidente della commissione, il cui voto prevale in caso di parità, deve essere eletto dalla commissione stessa fra i tre membri sorteggiati.

La commissione provvede alla selezione di tre candidati sulla base del profilo professionale indicato dall'azienda e attraverso una analisi comparativa dei curricula, dei titoli professionali, delle competenze organizzative e gestionali e dei volumi dell'attività svolta.

La coerenza delle caratteristiche dei candidati con le caratteristiche dell'incarico viene apprezzata anche attraverso un apposito colloquio. La terna dei candidati deve essere formata sulla base dei migliori punteggi attribuiti. Il direttore generale individua il candidato da nominare nell'ambito della terna predisposta dalla commissione. Laddove, tuttavia, la sua scelta cada su uno dei due candidati che non hanno conseguito il migliore punteggio, il direttore deve motivare analiticamente la scelta. A seguito di tale modifica normativa, la Conferenza delle Regioni il 28 febbraio 2013 ha approvato un documento di linee guida standard per garantire omogeneità della disciplina regionale di attuazione.

L'impianto risultante dal quadro appena descritto contiene diverse misure utili a garantire che il procedimento di individuazione del soggetto al quale affidare l'incarico di struttura complessa sia caratterizzato da profili di imparzialità:

- la commissione composta prevalentemente di soggetti esterni all'azienda,
- la presidenza della commissione affidata anch'essa ad un soggetto esterno, l
- a selezione in luogo della semplice verifica di idoneità e
- il vincolo costituito dal punteggio attribuito dalla commissione, dal quale il direttore può parzialmente prescindere solo in maniera motivata.

L'insieme di tali elementi rende la procedura potenzialmente idonea a garantire una individuazione dei candidati alla direzione di struttura complessa resistente a logiche incongrue rispetto a quelle che dovrebbero guidare tale tipo di scelta.

### Incarichi a soggetti esterni

#### Rischi e misure

Le indicazioni formulate per l'assegnazione degli incarichi dirigenziali di struttura complessa, per quanto applicabili, possono estendersi ai casi di conferimento di incarichi individuali anche a professionisti esterni all'organizzazione.

Laddove non sia previsto di norma il ricorso a procedure di selezione comparativa, l'organo nominante deve dotarsi di tutti gli strumenti interni che consentano la massima pubblicizzazione delle esigenze alla base del conferimento, delle caratteristiche e delle competenze professionali funzionali allo svolgimento dell'incarico (come ad esempio regolamenti interni, albi e/o elenchi di professionisti ed esperti), al fine anche di consentire opportune verifiche sul possesso dei requisiti e sul rispetto dei principi di trasparenza, rotazione ed imparzialità.

#### Misure di trasparenza

L'attribuzione degli incarichi sia interni sia esterni deve conformarsi ai principi di trasparenza e imparzialità.

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

Delle modifiche di cui sopra verrà data comunicazione alle Aree Vaste affinché procedano alla raccolta e alla successiva pubblicazione di quanto richiesto dagli ultimi aggiornamenti della normativa.

### Rotazione degli incarichi

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

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

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

La rotazione “ORDINARIA” degli incarichi (come riconfermata dall'ultimo aggiornamento al PNA dell'ANAC nella Delibera sopra citata) non trova applicazione per le attività infungibili o altamente specializzate. Sono ritenute infungibili le attività svolte da profili professionali per il quale è previsto il possesso di lauree specialistiche, di abilitazioni o di iscrizioni in Ordini / Collegi / Albi possedute da una sola unità lavorativa all'interno dell'Azienda.

Sono ritenute altamente specializzate le attività svolte da profili professionali che in relazione ai titoli accademici posseduti (lauree, specializzazioni o particolari percorsi formativi) non si prestino ad essere espletate in conformità al principio di rotazione.

Allo stesso modo l'esiguità dei Dirigenti di alcuni dei servizi dell'Area Tecnica, Professionale ed Amministrativa e le notevoli differenze delle professionalità previste che richiedono frequentemente specifici percorsi formativi e portano a maturare esperienze lavorative distanti e difficilmente intercambiabili, rendono particolarmente gravoso e complesso il meccanismo di rotazione, fatta salva la rotazione straordinaria.

E' intenzione dell'ASUR applicare il suddetto principio, compatibilmente con le disposizioni normative e contrattuali specifiche delle Aziende Sanitarie e con l'esigenza di garantire il buon andamento dell'amministrazione, tenendo in considerazione quanto previsto dagli aggiornamenti al PNA ANAC.

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

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

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



In tale ipotesi, per il personale dirigenziale si può procedere con atto motivato alla revoca dell'incarico in essere ed il passaggio ad altro incarico ai sensi del combinato disposto dell'art. 16, comma 1, lett. l quater e dell'art. 55 ter, comma 1 del D.Lgs 165/2001.

Nel caso in cui sussista l'impossibilità oggettiva e motivata di rotazione, l'Ente adotterà in ogni caso misure "rinforzate" sui processi in questione, quali l'introduzione del meccanismo della distinzione delle competenze c.d. "segregazione delle funzioni", ripartendo i tronconi procedurali e attribuendone la responsabilità a soggetti diversi.

### **Programmazione e monitoraggio della misura di rotazione**

L'ASUR programma ed attiva le procedure di rotazione, compatibilmente con le caratteristiche della organizzazione, correlandole con altre vicende contrattuali connesse alla scadenza di incarichi. L'ASUR provvede al monitoraggio sull'attuazione delle misure programmate al fine di verificarne l'efficacia rispetto alla riduzione del rischio corruttivo. L'indicatore del monitoraggio sarà il rapporto tra le verifiche conformi e le verifiche effettuate.

Nell'attività di monitoraggio sarà cura di chi la effettua redigere un documento nel quale siano evidenziate le eventuali criticità rilevate e le cause della mancata applicazione.

In tal caso saranno applicati tempestivamente i correttivi che saranno concordati con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione (R.P.C.).

### **Incompatibilità e inconferibilità**

Per quanto riguarda il personale dirigenziale e non dirigenziale, come già ribadito nei paragrafi precedenti, tutti i dipendenti dell'ASUR MARCHE sia a tempo indeterminato, che determinato e i collaboratori a qualsiasi titolo devono compilare, all'atto del conferimento dell'incarico, i modelli di autocertificazione, pubblicati sulla specifica sotto-sezione dell'Amministrazione Trasparente.

Per quanto attiene gli incarichi di direzione, in osservanza dell'art. 15, co. 1 del D.Lgs. 8 aprile 2013 n. 39 e delle linee guida in ambito sanitario fornite dall'ANAC con le Delibere n. 149 del 22/12/2014 e n. 833 del 3/08/2016, è previsto un sistema di controllo sull'inconferibilità e incompatibilità degli stessi incarichi, attraverso la seguente procedura di contestazione.

#### **Art. 1- Procedura di contestazione**

1. Il RPCT, quando viene a conoscenza, d'ufficio o su segnalazione, della sussistenza o dell'insorgenza di una causa di inconferibilità o di incompatibilità, a carico di un dirigente titolare di un "incarico amministrativo di vertice", secondo quanto definito dal D.Lgs. n. 39/2013 e dalle Delibere ANAC n. 149/2014 e n. 833/2016, deve provvedere tempestivamente alla contestazione del fatto all'interessato, a seguito degli accertamenti istruttori preliminari ritenuti necessari, che dovranno esaurirsi comunque entro il termine massimo di 15 giorni dal momento in cui ha avuto notizia della causa di inconferibilità o di incompatibilità.

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

3. Il RPC trasmette copia della contestazione anche al superiore gerarchico dell'interessato.

#### **Art. 2- Controdeduzioni del dirigente**

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

### **Art. 3- Chiusura del procedimento**

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

### **Art. 4 - Ulteriori contestazioni del RPC**

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

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

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

6. Le comunicazioni di nullità degli incarichi e i provvedimenti sostitutivi sono trasmessi al Collegio Sindacale e all'O.I.V.

### **Art. 6 - Segnalazione violazioni**

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

## **Gestione entrate, spese e patrimonio**

### **Bilancio e Gestione dei pagamenti**

Le attività connesse ai pagamenti presentano rischi bassi di corruzione:

- ritardare l'erogazione di compensi dovuti rispetto ai tempi contrattualmente previsti,
- pagare fatture senza previa liquidazione da parte del responsabile dell'acquisto della fornitura di beni o servizi,
- effettuare registrazioni di bilancio e rilevazioni non corrette/non veritiere,
- permettere pagamenti senza rispettare la cronologia nella presentazione delle fatture, provocando in tal modo favoritismi e disparità di trattamento tra i creditori dell'ente.

In questa area è necessario confermare:

1. la piena tracciabilità e trasparenza dei flussi contabili e finanziari è realizzata, per quanto riguarda la parte delle entrate, mediante il sistema di home-banking del servizio di Tesoreria; per gli incassi derivanti dagli sportelli cassa delle strutture sanitarie, viene effettuata mensilmente la quadratura tra il denaro versato in banca dagli addetti alla riscossione e le fatturazioni emesse;
2. per quanto riguarda invece le spese, la piena tracciabilità e trasparenza dei flussi contabili e finanziari è realizzata mediante l'implementazione di un sistema informatico di work flow per la liquidazione delle fatture che, quindi, agevolano la verifica e il controllo sulla correttezza dei pagamenti effettuati;
3. tutti i mandati di pagamento hanno una doppia firma, al fine di realizzare un controllo incrociato;
4. la pubblicazione sul sito della trasparenza dell'indice trimestrale di tempestività dei pagamenti e del bilancio consuntivo secondo gli schemi ministeriali di conto economico;
5. la gestione contabile-patrimoniale trasparente delle risorse attraverso la corretta tenuta delle scritture contabili (registrazione di bilancio e rilevazioni veritiere);
6. l'impegno dell'ASUR Marche a seguire il **Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC)** dei dati e dei bilanci dell'azienda fino al suo completamento, secondo le indicazioni della Regione Marche (DGRM n. 536/2015). Tale percorso, è stato riprogrammato con DGRM n. 1576 del 19/12/2016 e successivamente con DGRM n. 1618 del 28/12/2017, prevedendo la realizzazione definitiva entro il 31/12/2019; le disposizioni regionali sono state poi recepite dall'ASUR con Determina n. 804 del 29/12/2017, con cui sono state approvate le procedure PAC di verifica definite dai gruppi di lavoro interaziendali ed è stato nominato il Direttore Amministrativo quale Responsabile del Coordinamento (Dott. Pierluigi Gigliucci);
7. il nuovo sistema di Internal Audit, di cui il Manuale è stato approvato con Determina ASUR

n. 671/DG del 21/11/2019 e il relativo Piano per le attività del 2022 è stato predisposto con Determina n. 778 0/DG del 31/12/2021;

8. il “Regolamento aziendale di registrazione, liquidazione e pagamento fatture” aggiornato con determina 605/DG del 02/12/2021.

### Area Patrimonio e Servizi Manutentivi

Il patrimonio dell'ASUR MARCHE è particolarmente vasto sia in termini di proprietà edilizia che per terreni. La gestione è affidata all'Area Patrimonio, Nuove Opere e Attività tecniche. Il predetto servizio cura anche la gestione di tutti gli immobili in affitto (attivo e passivo) e la loro dismissione in relazione ai rigorosi obiettivi di contrazione della spesa.

Il rischio può nascondersi sia nella conduzione delle entrate sugli immobili di proprietà, ed in particolare sui terreni, sia nella determinazione per nuovi contratti di affitto o per la dismissione degli stessi.

Tutte le informazioni relative ai beni immobili posseduti o detenuti, compresi i canoni di locazione o di affitto versati o percepiti, sono state aggiornate e risultano pubblicate nella specifica sotto-sezione dell'Amministrazione trasparente ai sensi del novellato art. 30 del D.lgs. n. 33/2013 e dell'art. 37, co. 2 del D.Lgs. n. 50/2016. Sono anche disponibili gli schemi predisposti per il MEF e compilati sulla base dei dati catastali.

Il rafforzamento di queste misure può avvenire pubblicando dati ulteriori quali, ad esempio, il valore degli immobili di proprietà, utilizzati e non utilizzati, le modalità e le finalità di utilizzo.

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

Nell'apposita sotto-sezione “Opere pubbliche” del link “Amministrazione Trasparente” sono scaricabili tutti i dati richiesti dall'art. 1, comma 32 della Legge n. 190/2012, compresi gli atti di programmazione, attraverso il collegamento con la Banca dati delle Amministrazioni pubbliche (BDAP) del Ministero dell'Economia e delle Finanze.

### Attività di vigilanza, controlli, ispezioni

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

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

- l'utilizzo di modelli standard di verbali con **check list**, già in uso presso le strutture territoriali con modellistica simile, la cui omogeneizzazione è iniziata nell'anno 2018;
- la **rotazione** del personale ispettivo, già in parte attuata, da applicare ove possibile e da rivalutare in occasione della riorganizzazione dei dipartimenti di prevenzione in area vasta;

- l'introduzione nel **codice di comportamento** aziendale, in sede di aggiornamento, di disposizioni in merito al personale dipendente con compiti di vigilanza.

E' opportuno a tal proposito prevedere frequenti verifiche ispettive interne da parte dei competenti uffici, senza preavviso, con criteri "random" e di "rischio" valutato sulla base di parametri standard, sia sugli uffici coinvolti sia sulle attività oggetto di verifica. In questa area le misure previste sono state esplicitate nel paragrafo dedicato alla "rotazione del personale".

Si specifica che, tutti i servizi dell'Area Veterinaria e Sicurezza alimentare sono sottoposti periodicamente ad audit, in attuazione della normativa nazionale ed europea. In particolare, nel sistema di audit implementato in tale Area, viene elaborato il piano strategico di verifica dell'efficacia di tutti i controlli ufficiali che sono a capo delle autorità competenti (ossia i Direttori dei servizi in ogni Area Vasta), al fine di rendere omogeneo il sistema dei controlli su tutto il territorio regionale.

## Attività ALPI

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

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

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

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

- inserimento totale dell'attività libero professionale in agende gestite dal sistema CUP regionale;
- aggiornamento del piano triennale aziendale dei volumi dell'attività istituzionale e libero professionale (ex DGR 106/2015):
  1. Area vasta 1: Determina n. 281/20
  2. Area vasta 2: Determina n. 2298/19
  3. Area vasta 3: Determina n. 30/21
  4. Area vasta 4: Determina n. 831/19
  5. Area vasta 5: Determina n. 1335/19
- istituzione e operatività della Commissioni paritetiche:
  1. Area vasta 1: Determina n. 1403/18
  2. Area vasta 2: Determina n. 1461/18

3. Area vasta 3: Determina n. 674/19
4. Area vasta 4: Determina n. 618/18
5. Area vasta 5: Determina n. 1174/19

- istituzione e operatività dei Servizi ispettivi:
  1. Area vasta 1: Determina n. 1037/17
  2. Area vasta 2: Determina n. 1632/14
  3. Area vasta 3: Determina n. 791/18
  4. Area vasta 4: Determina n. 830/19
  5. Area vasta 5: Determina n. 1119/19

Nella revisione della costituzione dei Servizi ispettivi si dovrà considerare nella composizione il non inserimento di componenti che hanno già una funzione di controllo interno, in particolare in materia di libera professione.

#### **Possibili rischi relativi all'ALPI:**

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

#### **Misure previste:**

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

Fermi restando gli obblighi di trasparenza previsti dall'art. 41, co. 3 del d.lgs. 33/2013, che include anche le prestazioni professionali svolte in regime intramurario, l'ASUR potrà prevedere, al fine di rafforzare la trasparenza dell'attività svolta in regime di libera professione in tutte le sue fasi, la revisione delle autorizzazioni in caso di esiguo numero di prestazioni svolte.

**Indicatori previsti:**

- numero di prestazioni erogate in intramoenia/ numero di prestazioni erogate in attività istituzionali (sia per singolo specialista che in equipe)

## Liste di attesa

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

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

Infatti, al momento della prenotazione, in caso di mancanza di posti disponibili nell'ambito territoriale dell'Area vasta / AV limitrofa, il sistema CUP unico regionale mette a disposizione automaticamente delle agende aggiuntive finalizzate alla garanzia del posto entro i tempi previsti.

Queste agende sono state attivate con la sinergia delle case di cura private accreditate sulla base dell'accordo regionale (DGR 978/19) e successivamente anche di altre strutture private (DGR n. 1330/19, n. 1331/19 e n. 1516/19).

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

Queste sono liste di pre-appuntamento gestite dal Centro servizi del CUP regionale, che procede a richiamare l'utente con l'offerta di un posto dopo una ulteriore ricerca e verifica, nel caso tale ricerca non dia esito positivo viene attivato il Team di garanzia ASUR che, sulla base della prestazione e in collegamento con le AAOO /INRCA, procede all'individuazione di posti aggiuntivi o all'utilizzo di posti liberi nell'ambito delle agende di presa in carico o all'attivazione di ulteriori poste presso le strutture private accreditate.

Tale procedura consente all'ASUR di assicurare il rispetto dello standard regionale di presa in carico di tutte le richieste, garantendo al cittadino l'accesso alla prestazione; l'introduzione di questa procedura ha consentito di adeguare in tempo reale l'offerta alla domanda di prestazioni in modo



da prevenire la formazione di code e l'efficacia dell'azione è anche documentata dalla flessione registrata nel ricorso a prestazioni in regime libero professionale.

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

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

### **Misure previste per l'anno 2022:**

Per la gestione dei rischi sopra elencati è stato sviluppato uno specifico cruscotto che incrocia i dati del flusso ministeriale della specialistica ambulatoriale con le prenotazioni a CUP e consente quindi il monitoraggio del percorso di allineamento tra produzione e offerta a CUP. Grazie al cruscotto si procederà alla verifica di inserimento a CUP di almeno un valore pari all'80% dell'attività ambulatoriale a favore di utenti registrati nel sistema CUP regionale entro il 31/12/2021.

## **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'ASUR, 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 ASUR, essi avvengono:

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

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

La contrattazione in ASUR deve essere strutturata in modo trasparente da parte di tutti i soggetti coinvolti, costituendo la fase determinante del rapporto con i soggetti accreditati.

In questa fase è fondamentale garantire l'effettiva erogazione degli **standard assistenziali** previsti dalla normativa regionale per evitare i rischi di concorrenza sleale come l'erogazione di prestazioni, a parità di costo, con differenti livelli di qualità.

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

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

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

Le misure specifiche per la fase contrattuale prevedono pertanto l'individuazione degli elementi di **discrezionalità** dell'ASUR, al fine di porre le misure più adeguate per la corretta esplicazione dell'attività negoziale.

Le misure di prevenzione della corruzione dovrebbero infatti risultare proporzionate sia al grado di discrezionalità, sia alla dimensione assunta dal privato accreditato nella Regione.

A tal riguardo, nella definizione a livello aziendale dei **criteri di distribuzione** delle risorse ai soggetti accreditati e contrattualizzati, devono essere presi in considerazione, oltre al dato storico, anche le performance clinico-assistenziali, in termini di volumi ed esiti, delle prestazioni rese. Tali criteri devono essere comunque resi pubblici.

In particolare, per quanto attiene il **personale**, si prevede, nei modelli contrattuali definiti a livello regionale, una clausola che impegna il privato accreditato a mantenere i requisiti organizzativi nel

rispetto della dotazione organica quali-quantitativa prevista per la tipologia di attività sanitaria oggetto di accreditamento e di contrattualizzazione.

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

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

Il controllo è rivolto a garantire in particolare:

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

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

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

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

#### **Misure definite:**

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

## **Spesa farmaceutica convenzionata ed interna**

**L'informazione scientifica** spesso viene manipolata ad uso e consumo dei produttori di farmaci e tecnologie che per l'impiego di capitali effettuato nella ricerca scientifica, condizionano le riviste mediche nella selezione delle informazioni da pubblicare e i medici nella prescrizione di farmaci,

atteso che questi ricevono le maggiori informazioni proprio dagli **informatori** che hanno carta bianca nel proporre iniziative gratuite a spese delle ditte produttrici.

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

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

Nel settore farmaceutico, possibili truffe si realizzano nel:

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

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

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

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

Come già specificato nel par. 10, relativamente all'acquisto di farmaci, si richiama l'attenzione alla necessaria attuazione di quanto previsto nella DGR. 963/2017, in particolare per i vincoli e le sanzioni previste.

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

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

**L'ASUR MARCHE** ha attuato e continuerà ad attuare rigorose misure di controllo:

- fissare per ogni medico di medicina generale e pediatra di libera scelta rigorosi obiettivi imposti dal livello regionale;
- monitorare tale obiettivi con report specifici;
- elaborare dettagliata reportistica che viene notificata ai singoli medici, ai Direttori dei Distretti e al vertice aziendale;
- potenziare le attività di distribuzione diretta tramite le farmacie interne;
- Elaborare specifici indicatori attraverso i quali individuare possibili effetti corruttivi sulla base di influenze negative da parte delle aziende produttrici di farmaci.

In merito a quest'ultimo punto, è stato richiesto a tutti gli operatori interessati "la dichiarazione pubblica di interessi da parte dei professionisti finalizzata al rafforzamento della trasparenza delle relazioni che possono coinvolgere i singoli professionisti nell'esercizio della loro professione, in particolare nei processi decisionali legati all'area dei farmaci, dei dispositivi, nonché alle attività di ricerca, sperimentazione e sponsorizzazione" (vedi paragrafo sulle misure generali).

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

## Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero

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

Tenuto conto delle forti implicazioni di natura morale, etica ed economica ed ai molteplici interessi che finiscono fatalmente per concentrarsi su questo particolare ambito e che possono coinvolgere anche gli operatori sanitari, sono stati organizzati incontri con i le Direzioni Mediche ospedaliere e le Direzioni Distrettuali ed i Servizi di Medicina Legale, presso le Aree Vaste, per esaminare il tema al fine di uniformare le procedure sul territorio.

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

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

- l'identificazione e la scelta dell'impresa di onoranze funebri è di esclusiva competenza dei familiari/congiunti;
- è fatto divieto assoluto a tutto il personale di suggerire nominativi o indirizzi o procurare servizi alle imprese stesse;
- nessuna forma di pubblicità riferita ad imprese di onoranze funebri, neppure indiretta, è consentita all'interno dei locali delle strutture ASUR Marche e nelle aree pertinenti;
- è fatto divieto all'impresa di utilizzare per le proprie attività il personale dell'ASUR Marche o corrispondere allo stesso compensi sotto qualsiasi forma;

- la presenza in camera mortuaria degli addetti delle imprese di Onoranze Funebri deve essere limitata unicamente allo svolgimento delle funzioni consentite e per il tempo strettamente necessario;
- gli addetti delle ditte all'interno dell'obitorio devono essere chiaramente identificabili tramite appositi cartellini di riconoscimento (nome e ditta);
- è vietata agli addetti delle imprese la permanenza nei locali dell'obitorio per evitare possibili conflitti di interesse tra diverse imprese e per consentire il miglior svolgimento delle attività;
- i rapporti tra cittadini ed impresa che attengono all'affidamento del servizio funebre devono svolgersi al di fuori dei locali dell'azienda”.

Su richiesta degli utenti, è possibile mettere a disposizione un elenco telefonico pubblico per la ricerca degli operatori presenti sul territorio di competenza. Alcune AA.VV. stanno utilizzando elenchi con le ditte presenti nel territorio in aggiunta agli elenchi telefonici. Gli elenchi telefonici e/o delle ditte presenti nel territorio saranno messi a disposizione degli utenti direttamente nelle UU.OO. e/o nelle Camere Mortuarie e/o nelle Portinerie, secondo quanto stabilito dalle procedure di Area Vasta.

Le regole per la tutela dei diritti degli utenti sono rappresentati nella “Informativa per i familiari” che deve risultare esposta in evidenza e ben visibile nella camera mortuaria e/o in altre aree individuate dalla DMO nella struttura ospedaliera (modello 1, pubblicato alla sotto-sezione “Dati Ulteriori” - Amministrazione Trasparente).

Quando e dove ritenuta opportuna, l’informativa può essere inoltre consegnata anche direttamente a breve mano ai parenti oltre alla modulistica di scelta dell’impresa di onoranze funebri che, una volta firmata, è da allegare alla documentazione da conservare (modello 2, pubblicato come sopra).

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

## 2.3.5 Progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio

### Obiettivi e misure principali

In attuazione delle norme relative alla prevenzione della corruzione, l’ASUR MARCHE individua i seguenti **obiettivi** principali:

- ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione;
- aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione;
- creare un contesto sfavorevole alla corruzione.

I principali **strumenti** di prevenzione della corruzione, previsti dalla normativa di riferimento, applicati dall’ASUR MARCHE sono i seguenti:

- ❖ adozione e aggiornamento della presente sottosezione di programmazione denominata “**Rischi corruttivi e Trasparenza**”;
- ❖ aggiornamento del Codice di Comportamento aziendale;

- ❖ applicazione di criteri di selezione e rotazione del personale operante nelle aree a rischio;
- ❖ formazione sulle norme ed in particolare in materia di etica, integrità ed altre tematiche attinenti alla prevenzione della corruzione;
- ❖ obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse;
- ❖ disciplina specifica in materia di incarichi d'ufficio e attività ed incarichi extra-istituzionali;
- ❖ incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali;
- ❖ disciplina specifica in materia di formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la P.A.;
- ❖ disciplina specifica in materia di conferimento di incarichi dirigenziali in caso di particolari attività o incarichi precedenti e di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (*pantouflage-revolving doors*);
- ❖ disciplina specifica in materia di tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (*whistleblower*).

## Ulteriori misure

Come per gli anni precedenti si confermano ulteriori misure per prevenire e combattere la corruzione in Sanità, che possono essere come di seguito specificate.

### ***Ridurre il rapporto tra politica e sanità***

La realizzazione di questa misura dipende sia dall'impegno del vertice aziendale, dei Direttori di Area Vasta e dei Dirigenti dei Servizi di affrancarsi dalla "Politica" sia dalla volontà da parte della stessa "Politica" di accettare la riduzione della propria influenza, consentendo così una piena separazione tra l'indirizzo politico e quello amministrativo. Questa separazione è importante per garantire il buon andamento delle Amministrazioni evitando lo sviamento delle attività e consentendo anche che l'espletamento delle funzioni di RPCT avvenga in condizione di indipendenza e di garanzia. La Direzione Generale ASUR è pertanto impegnata a perseguire tale obiettivo con azioni volte a determinarne la realizzazione a livello capillare aziendale.

### ***Rendere trasparenti le forme di utilizzo delle risorse pubbliche***

Questa misura può realizzarsi facilmente dando attuazione alle normative già esistenti in favore della trasparenza. Funzionale a questa proposta è il Decreto legislativo n. 33/2013 che si focalizza sulla pubblicazione on-line delle informazioni in possesso delle pubbliche amministrazioni.

In particolare il recente D.LGS. n. 97/2016 prevede nel nuovo art. 4 bis quanto segue: "L'Agenzia per l'Italia digitale, d'intesa con il Ministero dell'economia e delle finanze, al fine di promuovere l'accesso e migliorare la comprensione dei dati relativi all'utilizzo delle risorse pubbliche, gestisce il sito internet denominato "**Soldi pubblici**" che consente l'accesso ai dati dei pagamenti delle pubbliche amministrazioni e ne permette la consultazione in relazione alla tipologia di spesa sostenuta e alle amministrazioni che l'hanno effettuata, nonché all'ambito temporale di riferimento."

Per attuare tale disposizione, l'ASUR nei termini di legge (entro sei mesi dall'entrata in vigore del decreto sopra citato) provvederà a pubblicare sul proprio sito istituzionale, in una parte chiaramente identificabile della sezione "Amministrazione trasparente", i dati sui propri pagamenti,

al fine di permetterne la consultazione in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari.

### ***Aumentare l'efficienza ed intensificare i controlli***

Le Aziende Sanitarie hanno una gran mole di dati in loro possesso e ciò agevola la realizzazione di questa proposta in quanto risulta sufficiente gestire tali informazioni in modo efficiente.

Questa misura può realizzarsi facilmente grazie all'uso di strumenti informatici in grado di far aumentare la frequenza dei controlli senza un grande dispendio di risorse. La difficoltà consiste nel fatto che i controlli, per essere realmente efficaci, devono prevedere una verifica sui risultati raggiunti collegando il rimborso da parte del SSN al risultato clinico invece che alla prestazione effettuata.

I controlli riducono la corruzione specie se sono previste adeguate sanzioni per i comportamenti scorretti. A questo proposito l'Azienda collabora con gli organi di polizia (Guardia di Finanza, Comando NAS per un maggiore scambio di informazioni e di dati), anche per studiare procedure innovative e sviluppare sistemi di monitoraggio e segnalazione automatica delle anomalie.

### ***Etica quale azione di contrasto a forme di corruzione non percepite***

Nel 2022 saranno attuati ulteriori corsi specifici e monotematici sulle tematiche attinenti la prevenzione della corruzione e lo strumento della trasparenza, con particolare approfondimenti del nuovo istituto dell'accesso civico semplice e generalizzato, del nuovo codice dei contratti pubblici e dei recenti obblighi di pubblicazione per la trasparenza.

### ***Aumentare controlli sulle procedure di appalto e sulla esecuzione dei contratti***

Per la varietà e complessità dei beni e servizi acquistati e dei lavori eseguiti, la pluralità e specificità degli attori coinvolti, la forte asimmetria informativa che caratterizza i mercati sanitari e la condizione di potenziale intrinseca "prossimità" di interessi determinata dal fatto che i soggetti proponenti l'acquisto dei principali beni sono coloro che utilizzano i materiali, l'approvvigionamento di beni, servizi, lavori costituisce una delle principali aree di rischio in sanità.

Al fine di gestire in maniera efficace i fattori predisponenti al rischio di corruzione è indispensabile porre attenzione all'intero ciclo degli approvvigionamenti, dalla definizione delle necessità (qualificazione del fabbisogno) alla programmazione degli acquisti, alla definizione di reperimento di beni e servizi, sino alla gestione ed esecuzione del contratto.

In aggiunta alle misure di contrasto intrinseche e specifiche per ogni fase, il rafforzamento dei livelli di trasparenza è condizione imprescindibile per una efficace azione di minimizzazione del rischio.

La gestione centralizzata delle procedure contrattuali, prevista dalla normativa nazionale e regionale in capo alle centrali di committenza e ai soggetti aggregatori regionali (art. 37 e 38 D.Lgs. n. 50/2016) lungi dal deresponsabilizzare le aziende sanitarie sulla gestione dell'area di rischio, esige un impegno particolare nelle fasi (prodromiche allo svolgimento delle procedure di individuazione del contraente e di successiva esecuzione del contratto) per le quali comunque permane la competenza delle singole strutture.

Sulla scorta delle indicazioni dell'ANAC possono essere individuate le seguenti sotto-aree di rischio:

1. Programmazione
2. Progettazione della gara
3. Selezione del Contraente
4. Verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto
5. Esecuzione del contratto



## 6. Rendicontazione del contratto

L'obiettivo è quello di un monitoraggio sistematico attraverso un pannello di indicatori degli esiti di gara che contribuisca a far emergere usi distorti o impropri della discrezionalità per ciascuna delle fasi del processo.

La realizzabilità della presente proposta è relativamente alta visto che numerose forme di controllo sono già in vigore.

### ***Pubblicare indicatori di attività e di outcome***

Il D.lgs. 33/2013 prevede importanti novità a favore della trasparenza e della pubblicazione online delle informazioni in mano alla pubblica amministrazione.

La diffusione delle informazioni è uno strumento efficace perché crea la consapevolezza che è possibile avere un'immediata evidenza della non corretta gestione delle risorse; in questo modo si responsabilizzano i funzionari.

### **Rafforzare i controlli sulle strutture accreditate**

La realizzazione di questa proposta ha come condizione necessaria la presenza di valutatori preparati ed indipendenti. La complessità consiste nel fatto che non è sufficiente fondare le verifiche solo sul numero delle prestazioni effettuate; è necessaria anche una valutazione complessiva che prenda in considerazione in primo luogo l'efficacia e la qualità delle prestazioni. Il punto di forza di questa proposta è rappresentato dalla possibilità di realizzare importanti economie senza danneggiare i servizi.

Con riferimento alla fase del convenzionamento risulta indispensabile:

- una regolamentazione interna che disciplini la procedura di convenzionamento; in particolare precisando i tempi di avvio e di conclusione dell'autorizzazione, individuando i soggetti preposti per la verifica della documentazione (e di aggiornamento in caso di rinnovo) e precisando le modalità della verifica stessa.
- Predisposizione o miglioramento dell'analisi dei bisogni sanitari per programmare e predeterminare il numero effettivo dei posti letto coerenti con la effettiva necessità dell'utenza.

Con riferimento ai rischi connessi alla fase di esecuzione del contratto:

- Espletamento di attività ispettive per verificare la corretta esecuzione del contratto, definendo i tempi e le modalità per la loro attuazione e per le attività ispettive già esistenti prevedere la rotazione del personale addetto al suddetto controllo

### ***Promuovere il Whistleblowing***

ASUR promuove il Whistleblowing (vedi paragrafo delle misure generali) nel rispetto della legge n. 179 del 30 novembre 2017 e degli obblighi verso tutti i prestatori di lavoro, tra cui quelli sanciti dall'art. 2087 del codice civile ed altresì nel rispetto del principio costituzionale di uguaglianza sancito dall'art. 3 della Costituzione e del diritto di difesa sancito dall'art. 24 della Costituzione.

### **Rendere pubblici i pagamenti effettuati**

Questa proposta è facilmente realizzabile considerando gli obblighi sulla trasparenza e sulla diffusione on-line delle informazioni imposti dal D.lgs 33/2013.

### **Prevenire il rischio di infiltrazione del crimine organizzato negli appalti**

La realizzazione di questa proposta può avvenire solo attraverso un costante aggiornamento degli strumenti di prevenzione, visto l'utilizzo di sistemi mutevoli nel tempo da parte del crimine organizzato. I principali strumenti sono la riduzione delle stazioni appaltanti, la standardizzazione dei costi, i controlli di merito sulla spesa ed il rafforzamento nella partnership tra magistratura e forze dell'ordine.

L'incentivazione alla segnalazione di comportamenti illeciti attraverso strutture dedicate e sicure può eliminare lo scoglio dell'omertà presente nelle nostre strutture riducendo fortemente i tentativi d'infiltrazione. L'attuazione di questa proposta può avere grande impatto sulla qualità dei servizi e sulla riduzione del debito pubblico.

## Codice di comportamento

Gli strumenti di *integrity management* definiscono i principi di comportamento ed i valori cui deve essere improntata l'attività amministrativa-gestionale, al di là delle norme penali e dalle altre prescrizioni normative.

Il Codice, approvato con Decreto del Presidente della Repubblica, 16 aprile 2013, n. 62 (pubblicato sulla G.U. il 4 giugno 2013 e quindi in vigore a far data dal 19 giugno 2013), costituisce una fonte regolamentare che integra tutti i contratti individuali di lavoro e pone già problemi applicativi di rapporto tra fonte normativa generale ed i singoli contratti di lavoro di ciascun dipendente pubblico. Tale codice è finalizzato a dettare regole di lealtà, imparzialità, servizio esclusivo a cura dell'interesse pubblico, che trovano nella Costituzione la più importante fonte.

L'ASUR ha adottato il proprio codice di comportamento con determina n. 795/2014, che ha aggiornato nel 2022 con Determina n. 234/DG.

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

### **Applicabilità del Codice**

Il Codice si applica a tutti i dipendenti e nell'ambito di tutti i rapporti di lavoro instaurati e da instaurarsi. Il Codice è esteso a tutti i collaboratori ed i consulenti dell'ASUR.

Al rispetto del Codice sono tenuti tutti i soggetti che entrano in rapporto qualificato con l'ASUR, compresi ditte e fornitori.

### **Rapporti con le altre fonti normative e con gli altri strumenti di gestione**

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

Il codice in quanto norma etico – comportamentale si raccorda con il codice disciplinare ai sensi del D.P.R. 62/2013, del T.U sul pubblico impiego D.lgs. n. 165/2001, in quanto applicabile alle organizzazioni sanitarie ex D.lgs. n. 502/1992 e compatibile con il CCNL del comparto per il personale non dirigente, per le diverse categorie, qualifiche e professionalità, nonché per il personale dirigente dell'area Sanitaria, professionale tecnica ed amministrativa e dell'area Medica e veterinaria (ruolo medico e tecnico professionale).

Il codice di comportamento integra qualsiasi altro fonte normativa e contrattuale che disciplini e regoli i rapporti della Asur con terzi soggetti. All'uopo ne è garantita ampia diffusione e conoscibilità.

### **Strumenti di informazione e pubblicità**

Al fine di garantire la più ampia diffusione ed efficacia del Codice di comportamento in quanto norma etico-comportamentale ed al contempo assicurare la cogenza dei principi e delle norme, l'esigibilità delle condotte sul piano disciplinare e delle sanzioni in caso di violazione, è previsto che il codice sia pubblicato su apposita sotto-sezione dell'area "Amministrazione trasparente" e nella intranet aziendale.

Il Codice viene consegnato a tutti i dipendenti, consulenti e collaboratori contestualmente al provvedimento di assunzione o di incarico, affinché vengano a conoscenza delle regole di comportamento vigenti presso l'ASUR.

### **Sanzioni degli obblighi derivanti dal Codice di Comportamento**

La violazione degli obblighi previsti dal nuovo Codice di Comportamento dell'ASUR, approvato con Determina n. 234/2022, è fonte di responsabilità disciplinare.

Le sanzioni applicabili, nel rispetto dei principi di gradualità e proporzionalità, sono quelle previste dalla legge, dai regolamenti e dai contratti collettivi, incluse quelle espulsive.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Con specifico riferimento all'area della Sanità l'aggiornamento al PNA 2015 ha previsto, nell'ambito del protocollo operativo tra ANAC ed AGENAS, in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione, un ulteriore strumento di prevenzione finalizzato a prevenire i conflitti di interesse in ambito professionale.

A tutti i professionisti del servizio sanitario nazionale è chiesto di rendere, mediante apposita modulistica resa disponibile sul sito AGENAS, la dichiarazione pubblica di interessi, compilando appositi moduli di autocertificazione.

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

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

A tal riguardo l'ASUR MARCHE, in considerazione della complessità delle relazioni che intercorrono tra i soggetti che operano nel settore sanitario e intervengono nei processi decisionali, anche in coerenza con gli obblighi previsti dal codice di comportamento, dispone quanto segue:

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

Al fine di agevolare un'omogenea applicazione di tale misura, l'ASUR MARCHE ha trasmesso all'**AGENAS** nel 2016 l'elenco dei professionisti del S.S.N. tenuti alla dichiarazione pubblica di interessi di cui al punto d) sopra esposto e del par. 2.2.3 della determinazione ANAC n. 12/2015, al fine di abilitare gli stessi all'utilizzo dell'applicativo predisposto dall'AGENAS per la compilazione online della modulistica.

Ogni anno viene inviato all'AGENAS il nuovo elenco aggiornato dei professionisti da abilitare e sono state comunicate le nuove funzionalità dell'applicativo PNA Sanità per la compilazione on line della **dichiarazione pubblica di interessi**.

I professionisti dovranno aggiornare la modulistica relativa alle attività **effettuate nel 2021** entro il **30/09/2022**.

Una sezione riservata dell'applicativo consente al RPCT di monitorare lo stato di avanzamento della compilazione da parte dei professionisti e di scaricare i moduli firmati elettronicamente.

La modulistica è stata inserita la prima volta nel PNA 2015 e confermata negli anni successivi con gli aggiornamenti al PNA; gli allegati di riferimento sono disponibili anche sul sito AGENAS.

## Formazione obbligatoria generale e specifica

La formazione in tema di anticorruzione è identificata come uno dei principali meccanismi di prevenzione del rischio che si verifichi un fenomeno di corruzione.

Nel **Piano Formativo Annuale** dell'ASUR per l'anno 2022 (approvato con Determina n. 689 del 31/12/2022) sono stati esplicitati i relativi fabbisogni della Direzione Generale e delle singole AA.VV. prevedendo un'attività formativa anche in materia trasparenza e anticorruzione, caratterizzata da una centralizzazione dei corsi generali a livello di sede centrale, eliminando sovrapposizione di eventi formativi presso le altre sedi territoriali.

Tutti i dipendenti aziendali, in particolare coloro che, direttamente o indirettamente, svolgono attività ritenute ad elevato rischio di corruzione, devono partecipare ad un programma formativo sulla prevenzione e repressione della corruzione, oltre che sui temi della legalità.

Negli anni precedenti sono stati realizzati i seguenti corsi:

- ✓ Corso formativo sulla normativa in tema di Trasparenza e Prevenzione della Corruzione;
- ✓ Corso formativo specifico sulla normativa in tema di Trasparenza e Prevenzione della Corruzione sulle seguenti materie: disciplina della prevenzione della corruzione, metodologie e tecniche per la valutazione del rischio, responsabilità all'interno dell'ente;
- ✓ Corso specifico sulla pubblicazione dei dati relativi alle Aree Acquisti e Logistica, Patrimonio, Nuove Opere e Attività Tecniche, Politiche del personale;
- ✓ Il codice dei contratti e le novità intervenute;
- ✓ Corso sui Codici di Comportamento e codice disciplinare;
- ✓ Corso sul cruscotto direzione e i documenti della Performance;
- ✓ I siti web delle amministrazioni e aziende pubbliche: dalla comunicazione istituzionale agli obblighi di comunicazione: lo scadenzario della P.A;
- ✓ E-procurement per l'area dei contratti pubblici;
- ✓ nuovi obblighi di trasparenza derivanti dalla Riforma "Madia";
- ✓ Whistleblowing.

Complessivamente sono stati formati oltre 650 dipendenti.

Per il 2022 sono previsti corsi generali di base per tutto il personale e ulteriori corsi specifici per le principali aree di rischio: acquisizione e progressione del personale, affidamento di lavori, servizi e forniture (D.Lgs. 50/2016).

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

- *contratti pubblici,*
- *incarichi e nomine,*
- *gestione entrate e spese,*
- *gestione patrimonio,*
- *controlli-verifiche-ispezioni-sanzioni,*
- *attività libero professionale intramuraria,*
- *liste di attesa,*
- *rapporti con il privato accreditato,*

- servizio farmaceutico,
- dispositivi e altre tecnologie,
- attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero.

Stante l'obbligo formativo a copertura totale del personale dipendente e, in considerazione della estensione territoriale dell'Azienda e dell'emergenza COVID, è stato predisposto uno specifico corso FAD in e-learning sui temi in generale della normativa anticorruzione e trasparenza.

### **Corso di formazione in materia Anticorruzione e Trasparenza**

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

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

- referenti di A.V.;
- organi di indirizzo;
- responsabili di Area/U.O./Uffici;
- titolari di funzioni strategiche.

Sotto il profilo dei contenuti la formazione nel prossimo triennio dovrà concentrarsi, anche in materie specialistiche, in tutte le varie fasi di **costruzione del PIAO** e di **predisposizione delle Sottosezioni** previste dalla Legge n. 113/2021; in particolare i corsi dovranno trattare le metodologie per condurre l'analisi di contesto esterno e interno, la mappatura dei processi, l'individuazione e la valutazione del rischio, l'identificazione delle misure e le modalità di verifica, monitoraggio e controllo delle stesse.

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

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

I percorsi formativi già realizzati dall'ASUR dal 2014 ad oggi sono stati indirizzati sia al contesto normativo-specialistico che valoriale, in modo da accrescere le competenze e lo sviluppo del senso etico e, quindi, hanno riguardano tanto le norme penali in materia di reati contro la pubblica amministrazione (norme in materia di trasparenza e integrità), quanto gli aspetti etici e della legalità dell'attività amministrativa, e ogni aspetto per prevenire e contrastare la corruzione in Azienda.

## Whistleblowing

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

L'espressione whistleblower indica il dipendente di un ente o amministrazione che segnala agli organi legittimati a intervenire, violazioni commesse ai danni dell'interesse pubblico e dell'amministrazione di appartenenza.

L'espressione "whistleblowing policy" denomina l'insieme delle procedure per la segnalazione e le azioni previste a tutela dei dipendenti che segnalano condotte illecite.

La legge n. 190/2012 aveva introdotto, nel Decreto legislativo n. 165 del 30/03/2001, con l'art. 54-bis disposizioni in materia di tutela dipendente che segnala illeciti. Recentemente lo stesso articolo è stato modificato con la legge n. 179 del 30/11/2017 (pubblicata in GURI il 14/12/2017).

In virtù di tale tutela, il dipendente pubblico che segnali illeciti al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, ovvero all'ANAC o denunci all'autorità giudiziaria o a quella contabile, condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro, non può essere sanzionato, demansionato, licenziato, trasferito o sottoposto ad altra misura organizzativa avente effetti negativi, diretti o indiretti, sulle condizioni di lavoro a causa della segnalazione.

L'ANAC è divenuta destinataria di segnalazioni di Whistleblowing provenienti anche da altre amministrazioni pubbliche in virtù del D.L. 90/2014. Da allora ha definito una procedura per esaminare queste segnalazioni e contribuire all'attività di contrasto alla corruzione.

Con determinazione n. 6 del 28/04/2015, l'ANAC ha approvato le "Linee guida in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti" ed ha predisposto una piattaforma informatica di ricezione delle segnalazioni, utile a garantire la riservatezza dell'identità del segnalante prevedendo un modulo informatico in sostituzione del trattamento cartaceo (piattaforma ANAC "Open Source").

La Legge 179/2017 ha sostituito l'art. 54-bis sopracitato, introducendo misure di tutela per il soggetto che effettua la segnalazione di condotte illecite. In particolare la norma vigente stabilisce, a tutela del segnalante, il divieto di qualsiasi provvedimento dal quale possano derivare, direttamente o indirettamente, effetti negativi sul rapporto e sulle condizioni di lavoro (con espresso riferimento a licenziamento, trasferimento, demansionamento ed applicazione di sanzioni), comminandone la nullità, nonché la reintegrazione del lavoratore eventualmente licenziato a motivo della segnalazione.

Successivamente con Delibera ANAC n. 690 del 1° luglio 2020 è stato adottato il nuovo Regolamento per la gestione delle segnalazioni e per l'esercizio del potere sanzionatorio in materia di tutela degli autori di segnalazioni di illeciti o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro di cui all'art. 54 bis del D.Lgs. 165/2001. Di conseguenza sono state emanate le nuove Linee guida in materia di whistleblowing con la Delibera ANAC n. 469 del 9 giugno 2021.

L'ASUR promuove il Whistleblowing nel rispetto della Legge n. 179 del 30 novembre 2017 e degli obblighi verso tutti i prestatori di lavoro, tra cui quelli sanciti dall'art. 2087 del codice civile ed altresì nel rispetto del principio costituzionale di uguaglianza sancito dall'art. 3 della Costituzione e del diritto di difesa sancito dall'art. 24 della Costituzione.



A tal fine è stata elaborata una procedura aziendale di segnalazione degli illeciti, con la finalità di fornire ai dipendenti dell'Azienda indicazioni chiare sull'oggetto, contenuti, destinatari e modalità di trasmissione delle segnalazioni nonché sulle tutele apprestate dall'articolo 54 bis del D.lgs. 165/2001 ss.mm.ii. e sulle conseguenze in termini di responsabilità civile, penale e disciplinare, nel caso in cui la segnalazione costituisca un "malicious report".

Ciò in quanto se da un lato l'azione del Segnalante esprime un valore civico meritevole di tutela, dall'altro, la segnalazione risulta uno strumento particolarmente penetrante per l'insieme di attività correlate e la sfera personale e morale del segnalato e pertanto deve essere assistita da "buona fede" essendo inammissibili le strumentalizzazioni dell'istituto per fini diversi dal perseguimento del bene pubblico.

L'istituto in parola esclude per sua essenza l'anonimato e presuppone segnalazioni sottoscritte dal segnalante, il quale è tenuto ad indicare i propri dati anagrafici, a qualificarsi e ad allegare documento di identità in corso di validità, assumendo ogni responsabilità per quanto trascritto nella segnalazione.

La Policy apprestata è contenuta in apposito Regolamento approvato con Determina n. 280/ASURDG del 27/05/2019 e pubblicato sulla sezione "Amministrazione Trasparente", che persegue l'obiettivo di garantire le tutele ed al contempo di assicurare la serietà delle segnalazioni che devono essere effettuate esclusivamente *"nell'interesse all'integrità della pubblica amministrazione"*.

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

- Invio del modulo all'indirizzo PEC: [rpct.asur@emarche.it](mailto:rpct.asur@emarche.it)
- Invio del modulo all'indirizzo e-mail: [rpct.asur@sanita.marche.it](mailto:rpct.asur@sanita.marche.it);
- consegna diretta del modulo al RPC;
- Invio del modulo a mezzo servizio postale, inserito in busta chiusa indirizzata esclusivamente al **Responsabile Prevenzione Corruzione** - ASUR Marche, Via Oberdan n. 2, 60122 – Ancona (AN), con la dicitura **RISERVATA PERSONALE – NON APRIRE**.

E' escluso l'uso del Servizio di Posta interna ed altre forme di trasmissione in quanto non idonei a garantire la riservatezza dell'identità del segnalante. Ulteriori informazioni sono consultabili nel citato Regolamento.

Il dipendente, che ritiene di aver subito una discriminazione per il fatto di aver effettuato una segnalazione di illecito, può darne notizia agli Uffici del Personale ed al RPCT, il quale può riferire della situazione di discriminazione all'Ispettorato della Funzione pubblica.

### **2.3.6 Monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure**



## Indicatori per il monitoraggio

Gli indicatori sono stati inseriti in ogni area di rischio per semplicità di esposizione nei paragrafi precedenti.

## Integrazione anticorruzione con i sistemi di controllo interno

Con determina n. 671 del 21/11/2019 è stato approvato il Manuale dell'Internal Audit e P.A.C. compliant, al fine di istituire una funzione di controllo indipendente preposta alla verifica dell'adeguatezza dei sistemi di controllo aziendali.

L'Internal Audit risulta avere un ruolo chiave nella gestione dei rischi di natura amministrativo-contabile dell'Azienda, con l'obiettivo principale di consentire l'identificazione, la misurazione, la gestione ed il monitoraggio dei principali rischi nei processi aziendali, nonché con il fine di garantire.

1. la salvaguardia del patrimonio aziendale;
2. la conformità a leggi e regolamenti;
3. l'attendibilità delle informazioni;
4. l'efficacia ed efficienza delle operazioni gestionali.

L'istituzione della funzione di **Internal Audit** all'interno dell'organizzazione delle aziende sanitarie è non solo un obbligo normativo, previsto nel Percorso attuativo di certificabilità dei Bilanci (P.A.C.), ma soprattutto una necessaria attività di controllo di terzo livello preposta al miglioramento dei processi aziendali e alla riduzione dei rischi di gestione di ogni attività.

In particolare l'ASUR Marche si è impegnata a seguire il Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC) dei dati e dei bilanci dell'azienda fino al suo completamento, secondo le indicazioni della Regione Marche di cui alla DGRM n. 536/2015. Tale percorso è stato riprogrammato con DGRM n. 1576 del 19/12/2016 e successivamente con DGRM n. 1618 del 28/12/2017, prevedendo la realizzazione definitiva entro il 31/12/2020. Tutte le disposizioni regionali in materia sono state recepite dall'ASUR con Determina n. 804 del 29/12/2017, con cui sono state approvate le procedure PAC di verifica definite dai gruppi di lavoro interaziendali ed è stato nominato il Direttore Amministrativo quale Responsabile del Coordinamento (Dott. Pierluigi Gigliucci).

Nella stessa determina di approvazione del Manuale di Internal Audit, sono state individuate sulla base dell'istruttoria, giuste le risultanze agli atti, le seguenti aree prioritarie di intervento:

- patrimonio aziendale e inventario straordinario (rispetto delle procedure PAC);
- appalti di lavori, servizi e forniture (rispetto delle procedure di acquisizione CIG);
- accordi e contratti con strutture private accreditate (verifiche del Nucleo di Controllo).

Con Determina ASUR n. 740 del 30/12/2019 è stato predisposto il Piano di Audit, al fine di prevedere nel dettaglio le aree, i tempi, le strutture coinvolte e le attività di controllo da effettuarsi nell'anno 2020.

Nel corso dell'anno sono stati effettuati controlli nei settori previsti, pur se, a seguito delle disposizioni nazionali e regionali per contenere la diffusione dell'epidemia da SARS-COV2, non è stato possibile effettuare tutte le verifiche necessarie in presenza, ma prevedendo incontri in modalità online.

Con rapporti trasmessi alla Direzioni sono state rendicontate le attività svolte, gli obiettivi raggiunti rispetto al Piano di Audit e le proposte di miglioramento dei processi organizzativi e metodologici.

Con Determina n. 778 del 31/12/2021 ASUR è stato approvato il nuovo Piano di Internal Audit per l'anno corrente, prevedendo approfondimenti per i settori già controllati, in esito al processo di analisi del rischio svolto in sede di mappatura dei processi.

## 2.3.7 Programmazione dell'attuazione della Trasparenza

### Premessa

Ai sensi dell'art. 10 del D.Lgs. n. 33 del 14 marzo 2013, tenuto conto delle indicazioni contenute nel PNA (Determinazione ANAC n. 12/2015), la 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”**, dei documenti, delle informazioni e dei dati concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni.

Ai sensi dell'art. 43 del Decreto sopra citato, nell'ASUR Marche il **Responsabile Aziendale per la Trasparenza** è anche Responsabile della prevenzione della corruzione, per consentire un migliore coordinamento delle funzioni, come suggerito dalla legge 190/12. Pertanto nell'ASUR è stato previsto dal 2013 un **unico soggetto** quale **RPCT**.

Secondo quanto previsto dalla Circolare n. 1/2013, par. 2.2, al fine di agevolare i percorsi connessi alla normativa in materia in un sistema organizzativo complesso come l'ASUR, sono stati individuati dalle rispettive Direzioni di A.V. i **Referenti Trasparenza individuati nella Tabella F sopra riportata**, che operano secondo le direttive impartite dal RPCT e sono periodicamente confermati o sostituiti.

I precedenti **Programmi triennali** di Trasparenza e Integrità **dal 2014** sono stati approvati rispettivamente con determinazioni DG/ASUR n. 73/2014, n. 491/2015, n. 639/2016, n. 48/2017, n. 56/2018, n. 33/2019 e n. 50/2020; tutti gli atti sono stati pubblicati sul nuovo sito istituzionale dell'ASUR, al link **“Amministrazione Trasparente”** organizzato in sottosezioni ai sensi del D.Lgs. n. 33/2013, in cui viene inserita ed aggiornata tutta la documentazione richiesta dalla normativa.

La presente sottosezione **Trasparenza** aggiorna le precedenti e costituisce l'atto organizzativo fondamentale dei flussi informativi necessari per garantire, per tutta l'ASUR nel triennio **2022-2024**, 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 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 Centrali dell'ASUR che delle Aree Vaste per le parti di rispettiva competenza, come già previsto dai precedenti Programmi triennali, secondo la Griglia allegata degli obblighi di pubblicazione ulteriormente aggiornata con l'indicazione delle strutture responsabili rispetto allo schema generale di riferimento di cui all'allegato 1 della Delibera ANAC n. 1310 del 28/12/2016, che aggiorna l'elenco di cui al D.Lgs. n. 33/2013 (**all. 2.3.3**).

## Obiettivi strategici in materia di trasparenza

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

Infatti, come sopra già dichiarato, gli adempimenti relativi alla pubblicazione delle informazioni richieste dal D.Lgs. 33/2013, vengono inseriti negli **obiettivi di Budget** delle varie UU.OO. al fine di promuovere maggiori livelli di trasparenza.

Con determina n. 81/2020, l'ASUR ha assegnato obiettivi sanitari, organizzativi ed economici alle Direzioni di A.V. prevedendo specifiche responsabilità in termini di trasparenza e anticorruzione, declinando gli **obiettivi** con riferimento all'articolazione organizzativa ed alla complessità delle attività svolte nelle varie sedi sanitarie ed amministrative dell'ASUR Marche.

Ogni struttura dell'Azienda responsabile della pubblicazione dei dati (come indicato nella griglia allegata) provvede all'inserimento/aggiornamento dei documenti e degli atti di competenza sulla sezione "Amministrazione Trasparente" del sito ASUR, attraverso i soggetti a tal uopo profilati, presso gli Uffici Centrali e nelle Aree Vaste con il supporto dei Sistemi Informativi. I nominativi sono riportati in schede fornite dalle singole AA.VV. nel paragrafo relativo ai Dati ulteriori.

La pubblicazione delle informazioni previste dal D.Lgs. 33/2013 è indispensabile per la conoscenza e la verifica delle azioni svolte dall'ASUR Marche e per la prevenzione di potenziali situazioni a

rischio d'illecito e corruzione, rassicurando la diffusione di quei dati che già la Legge 150/2009 aveva parzialmente individuato.

Lo spirito della norma tende a favorire il rapporto ente/cittadini, sviluppare il “senso civico”, porre le condizioni per azioni sinergiche dove la comunicazione possano integrarsi in un processo virtuoso di conoscenza dei percorsi utili al cittadino, sia in campo sanitario sia in campo amministrativo.

## Il collegamento con il Codice di Comportamento

Sulla base del Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici di cui al Decreto del Presidente della Repubblica n. 62 del 16 aprile 2013, in data 09/06/2014 con determina n. 375 è stata approvata la **bozza** del Codice di Comportamento dell'ASUR Marche. Dal 17/06 al 01/07 sul sito ASUR alla sezione “News” è stato pubblicato l'avviso di al fine di acquisire proposte e osservazioni sullo stesso Codice Comportamentale. In data 02/10/2014 con nota n. 21096, il **Codice di Comportamento dell'ASUR Marche**, integrato dalle osservazioni pervenute a seguito della consultazione pubblica e recepite nel documento finale, è stato trasmesso all'allora Nucleo di Valutazione aziendale per acquisire il parere obbligatorio prescritto in conformità con la normativa prevista (D.Lgs. 165/2001 e Delibera Civit n. 75/2013).

La Direzione Generale ASUR ha adottato il documento modificato con le osservazioni ritenute opportune, con determina n. 795 del 21/11/2014 recante “Approvazione Codice di Comportamento dei dipendenti dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale – ASUR Marche ai sensi dell'art. 54, comma 5, del D.Lgs. 30 marzo 2001 n. 165 e s.m.i.”. In data 24/11/2014 la determina, pubblicata anche sull'Albo Pretorio Aziendale, è stata trasmessa alle Direzioni di A.V., ai Referenti per la Trasparenza, nonché ai dirigenti dell'ASUR per essere diffuso a tutto il personale dipendente.

Con determina n. 525 del 17/07/2015 è stata approvata la nuova bozza per l'aggiornamento del Codice di comportamento. Al termine della fase di consultazione pubblica on-line, sono state valutate le osservazioni pervenute. La Direzione, prima di sottoporre la nuova proposta all'OIV, ha ritenuto opportuno attendere l'emanazione delle nuove linee guida ANAC in materia, al fine di aggiornare il nuovo Codice alla luce delle stesse disposizioni. Il Codice attualmente in vigore (Det. n. 795/2014) è pubblicato sul link Amministrazione Trasparente.

Alla luce delle nuove linee guida ANAC in materia di Codici di comportamento delle amministrazioni pubbliche, approvate con delibera n. 177 del 19 febbraio 2020, è stato istituito un gruppo di lavoro per l'elaborazione del nuovo documento, prevedendo specifiche disposizioni nei vari settori dell'Azienda.

La bozza, predisposta in collaborazione con l'UPD, a seguito di parere favorevole espresso dall'OIV, è stata pubblicata per la consultazione pubblica dal 9/11 al 2/12/2021; recepite le osservazioni e le modifiche/ integrazioni ritenute opportune, il nuovo documento è stato approvato con Determina n. 234/2022.

## Iniziative di diffusione della Trasparenza e dei dati pubblicati

Tra le azioni necessarie alla fruizione e verifica dell'attuazione della Trasparenza vi è quella della sua più ampia diffusione.

Il presente documento una volta approvato sarà trasmesso con apposita informativa alle Organizzazioni Sindacali del Comparto e della Dirigenza, a tutte le UU.OO. dell'ASUR, agli UU.RR.PP. aziendali e sarà pubblicato, una volta approvato con determina del Direttore Generale, sul sito Internet aziendale, all'interno della sezione "Amministrazione Trasparente". Della stessa pubblicazione sarà informata anche la segreteria regionale del CRCU.

L'ASUR Marche organizza compatibilmente con le misure preventive relative all'emergenza sanitaria, la Giornata della trasparenza prevista dall'art. 10, comma 6, del decreto legislativo n. 33/2013.

Con riguardo alle modalità di svolgimento della Giornata della trasparenza a livello centrale si ritiene di procedere nel 2022 con la presentazione dei principali documenti adottati dall'ASUR da parte dei Dirigenti responsabili delle Aree interessate, oltre alla diffusione e promozione degli strumenti utilizzati dall'Azienda per il raggiungimento dei propri fini istituzionali.

Tale modalità consente da un lato di portare l'attenzione degli utenti sulle principali attività e servizi dell'ASUR, inclusi gli aspetti delle performance, dell'integrità e della trasparenza e dall'altro di incoraggiare canali di dialogo con gli intervenuti.

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

Considerata l'emergenza COVID, si conferma lo svolgimento di una giornata unica in teleconferenza con le sedi territoriali dell'azienda, presidiate dai singoli Referenti per la Trasparenza, con la presenza dei Direttori di Area Vasta.

I contenuti delle due tipologie di giornate vengono preventivamente definiti anche con il contributo di organismi, portatori di interesse qualificati e associazioni di consumatori, per una più efficace finalizzazione delle iniziative ed affronteranno tematiche legate al ciclo della performance, alla trasparenza e all'integrità - con particolare riferimento al Programma - con modalità che favoriscano il dialogo e il confronto.

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

## Il Responsabile per la Trasparenza

Nell'ASUR Marche, considerata la possibilità di optare per la concentrazione delle responsabilità, il Responsabile della Trasparenza e della Prevenzione della Corruzione coincidono in unico Dirigente dipendente che si avvale, in prima istanza, di cinque **Referenti** per la Trasparenza (uno per ogni Area Vasta) all'uopo individuati dalle rispettive Direzioni, oltre ai cinque per l'Anticorruzione nelle UU.OO. Affari Generali e Contenzioso.

In considerazione della mole di dati da produrre ed aggiornare, nonché della complessa articolazione organizzativa dell'Azienda, sono state ampliate le reti informative sugli adempimenti di pubblicazione.

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

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

Infine, cura l'istruttoria per l'applicazione delle eventuali sanzioni amministrative di cui all'art. 47 del D.Lgs. 33/2013.

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

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

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

- [referenti-rpct.asur@sanita.marche.it](mailto:referenti-rpct.asur@sanita.marche.it);
- [rpct.asur@sanita.marche.it](mailto:rpct.asur@sanita.marche.it).

## I Referenti per la Trasparenza nelle Aree Vaste

In linea con quanto già previsto dalla Circolare n. 1/2013 del Dipartimento della Funzione Pubblica, nonché dall'Intesa della Conferenza Unificata del 24/07/2013, al fine di assicurare il più efficace svolgimento della funzione, sono stati individuati i referenti per la "Trasparenza" sia a livello centrale sia nelle Aree Vaste, che costituiscono punto di riferimento fondamentale per il coordinamento delle attività di cui trattasi nel territorio di competenza.

I referenti per la Trasparenza assicurano il collegamento con il RPCT, con cui collaborano all'attuazione della presente Sezione, sono responsabili dell'organizzazione dei flussi di pubblicazione all'interno della loro Area Vasta, coadiuvano e supportano il personale assegnato al servizio di riferimento nell'adempimento degli obblighi di pubblicazione e segnalano al Dirigente Aziendale per la Trasparenza le eventuali disfunzioni che dovessero verificarsi nel sistema di loro riferimento.



Inoltre, sulla base delle indicazioni fornite dal Dirigente Responsabile Aziendale della Trasparenza, essi promuovono incontri, stabiliscono modalità, richiedono approfondimenti presso le strutture di riferimento.

Possono altresì proporre al Dirigente Trasparenza Aziendale iniziative di varia natura nel campo della Trasparenza e richieste di ulteriori nominativi per garantire il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare.

**Il mancato rispetto degli adempimenti** sopra riportati da parte del Referente comporterà un primo **sollecito** ad ottemperare alla richiesta.

Qualora, quest'ultima rimanesse inevasa, il RPCT provvederà ad inviare segnalazione formale alla Direzione Generale dell'Azienda e al Direttore dell'Area Vasta interessata, con proposta di **sostituzione** del Referente stesso, ferme restando le conseguenze relative alla responsabilità disciplinare.

## I Responsabili della pubblicazione ed aggiornamento dei dati

La pubblicazione dei dati di cui al D.Lgs. 33/2013 sul Sito Internet dell'ASUR Marche è un processo continuo e prefigura la necessità di revisioni e verifiche costanti, sia per quanto riguarda la ridefinizione delle aree di competenza, sia per monitorare il percorso di pubblicazione previsto.

Le eventuali modifiche di attribuzione delle varie competenze saranno aggiornate nell'apposita griglia allegata, di cui al D.Lgs. 33/2013, dal Dirigente Responsabile aziendale della Trasparenza e dai relativi **Referenti** in Area Vasta, su richiesta formale del dirigente della singola struttura interessata.

Come già accennato, i dati e le informazioni pubblicate sul sito istituzionale (in ottemperanza alle prescrizioni di legge in materia) sono quelle indicate nella griglia allegata del D.Lgs. 33/2013 e seguono il quadro normativo inerente gli obblighi di pubblicazione on-line delle amministrazioni.

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

Tali disposizioni sono state recepite e adattate alla struttura organizzativa dell'ASUR con proprio **Regolamento organizzativo aziendale Privacy** approvato con Determina n. 349/2018 (pubblicato nella sottosezione “Atti Amministrativi” tra i Regolamenti approvati dalla Direzione Generale).

Al fine di rendere sempre più accessibile e trasparente tutta l'attività dell'ASUR al cittadino/utente, si è finalmente concluso il percorso, avviato negli anni precedenti, per la creazione del **nuovo sito aziendale**, unico ed innovativo, in collaborazione con i Sistemi Informativi Aziendali.

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

rispettiva competenza. Inoltre è responsabile della mancata pubblicazione dei documenti di competenza.

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

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

Per ogni necessità, il Dirigente Aziendale per la Trasparenza, il Dirigente dell'Area Sistemi Informativi dell'ASUR e i Servizi Informativi delle Aree Vaste forniscono il supporto necessario.

**La mancata collaborazione al RPCT (e ai suoi Referenti)** da parte dei Dirigenti e Responsabili della pubblicazione dei dati sarà considerata ai fini delle **sanzioni disciplinari** previste dalle norme e per la **valutazione negativa** della performance.

I **nominativi** dei responsabili e dei referenti di struttura sono aggiornati annualmente ed elencati nelle singole schede fornite dalle AA.VV. nel paragrafo relativo ai Dati Ulteriori.

## Il Sistema di monitoraggio e verifiche

L'attuazione della Trasparenza richiede un'attività di monitoraggio costante e periodica per la verifica dell'assolvimento da parte dell'ASUR degli adempimenti agli obblighi imposti dalle norme in materia di trasparenza ed integrità (art. 43 D.Lgs. 33/2010).

Per quanto già posto in capo del Dirigente Aziendale per la Trasparenza, lo stesso (anche attraverso i suoi Referenti in Area Vasta) provvede ad effettuare periodiche verifiche presso le varie Strutture responsabili della pubblicazione dei dati mediante:

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

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

## L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)



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

Nell'ASUR Marche, il nuovo OIV è stato nominato con Determina del Direttore Generale n. 220 dell'8/05/2020; tra le funzioni svolte la prima ha riguardato l'attestazione dell'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità, al quale il Dirigente Responsabile Trasparenza e Anticorruzione invia report di monitoraggio.

I risultati delle verifiche che l'OIV effettua, confluiscono nella relazione annuale che lo stesso organismo presenta alla Direzione dell'Azienda, comprensiva dei risultati del processo di realizzazione della trasparenza e delle misure adottate.

L'OIV, inoltre, verifica l'**attività svolta** dal Responsabile della Trasparenza e della Prevenzione della Corruzione per riscontrare l'adempimento degli obblighi di pubblicazione, anche attraverso la verifica della scheda di Relazione da compilare e pubblicare sull'apposita sotto-sezione del link "Amministrazione Trasparente".

Sulla base delle indicazioni annuali dettate dall'ANAC per l'attestazione periodica sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione, l'OIV ha annualmente effettuato la verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato dei documenti e dei dati elencati nella griglia di rilevazione, secondo i criteri previsti nelle delibere annuali ANAC.

Al termine degli accertamenti svolti sulla sezione "Amministrazione Trasparente", attraverso l'utilizzo di supporti informatici, l'OIV ha rilasciato l'**attestazione** della veridicità e attendibilità dei dati, completa della griglia di rilevazione e della scheda di sintesi che specifica le procedure e le modalità seguite. Tali documenti sono stati pubblicati entro la data di scadenza stabilita dall'ANAC, mentre la griglia è stata inviata direttamente all'indirizzo [attestazioni.oiv@anticorruzione.it](mailto:attestazioni.oiv@anticorruzione.it).

L'OIV ha verificato, ai fini della validazione della Relazione sulla performance, la coerenza dei precedenti Piani con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale ed in particolare con i documenti della Performance.

L'Organismo medesimo riferisce infine all'Autorità nazionale anticorruzione sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza (art. 1, co. 8-bis L. 190/2012 come modificato dall'art. 41 del D.lgs. n. 97 del 2016).

## L'istituto dell'Accesso Civico

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

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

Il Decreto, nel rispetto dei principi e dei criteri direttivi dei commi 35 e 36 di cui all'art. 1 della L. n.190/2012, definisce il principio generale di **trasparenza**, come *“accessibilità totale dei dati e dei documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche”*.

Nel provvedimento sono definite, in maniera vincolante, le norme e le sanzioni relative ai mancati adempimenti. Sono inoltre individuate le disposizioni che regolamentano e fissano i limiti della pubblicazione, nel nuovo Sito istituzionale, di dati ed informazioni relative all'organizzazione e alle attività delle pubbliche amministrazioni; tali informazioni sono pubblicate in formato idoneo a garantire l'integrità del documento; deve essere inoltre, curato l'aggiornamento, di semplice consultazione e devono indicare la provenienza; devono infine risultare riutilizzabili.

L'ASUR, nell'evasione delle istanze di accesso civico, incluse quelle di accesso civico generalizzato, oltre a seguire le disposizioni contenute nelle Linee guida ANAC di cui alla Delibera n. 1309 del 20/12/2016, ha adottato con Determina n. 778 del 27/12/2017 un proprio Regolamento, aggiornato con la recente revisione approvata con Determina n. 689 del 26/11/2018.

E' stato evaso un accesso civico generalizzato relativo alle indagini di customer satisfaction; pur non costituendo dati obbligatori da pubblicare, sono stati resi pubblici gli esiti di tali analisi di mercato.

Tale **“Regolamento per l'esercizio del diritto di accesso agli atti e ai documenti amministrativi, del diritto di accesso civico e del diritto di accesso civico generalizzato”** è stato trasmesso alle Aree interessate e pubblicato sulla sotto-sezione apposita del link **“Amministrazione Trasparente”** tra gli Atti Generali. Inoltre è stato pubblicato sulla sotto-sezione **“Altri Contenuti”** il **Registro degli accessi civici**, che viene aggiornato semestralmente, sia dalla Direzione Generale sia dalle Aree Vaste.

## La Formazione del personale in materia di Trasparenza

La formazione in materia di Trasparenza è da sempre considerata un obiettivo strategico per l'ASUR, in modo particolare nel percorso della normativa anticorruzione di cui trattasi. Aspetto ribadito in ogni occasione da ANAC e rafforzato ulteriormente dalla stessa Autorità nel PNA 2015 e negli aggiornamenti fino al 2019, ove è ritenuto un obiettivo strategico indispensabile.

L'Azienda, quindi, nel pieno rispetto delle indicazioni in tema di formazione, prosegue i percorsi formativi (generali e specifici) sulla normativa in tema di Trasparenza e Prevenzione della Corruzione, in analogia a quelli già realizzati e descritti nei precedenti Piani triennali.

In particolare, in continuità con il primo corso generale realizzato nel 2013 per 160 dirigenti, nel 2016 per ulteriori 300 addetti, nel 2017 e 2018 per oltre 300 dirigenti e funzionari, per l'anno 2019 sono stati formati circa 60 dipendenti sul whistleblowing e anche nel triennio 2019-2021 l'ASUR ha aderito ai corsi organizzati dalle Università sugli argomenti di Etica, Integrità, Trasparenza e Anticorruzione per il proprio personale.

Nel 2022 sono previsti ulteriori corsi formativi in tema di Trasparenza/Anticorruzione ASUR, con modalità a distanza (**FAD**) per l'aggiornamento sulle materie comuni e generali. L'emergenza COVID ha costretto l'ASUR a ridefinire le priorità secondo le direttive dell'ARS, causando l'adeguamento delle modalità e delle proposte formative.

Con questo percorso, s'intende ampliare ancora il livello interno di sensibilizzazione sull'argomento, raggiungendo fasce professionali non coinvolte in precedenza (es. P.O.).

Le principali tematiche che saranno trattate nel Corso di formazione sono: disciplina della prevenzione della corruzione, metodologie e tecniche per la valutazione del rischio, obblighi di trasparenza, responsabilità all'interno dell'ente, tutela giurisdizionale e accesso civico.

Per quanto concerne i dettagli dei corsi di formazione si rinvia al paragrafo sulle misure generali.

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

Come più volte sopra specificato, l'aggiornamento delle singole sotto-sezioni del link **"Amministrazione Trasparente"** è a cura sia degli Uffici Centrali dell'ASUR (DG) che delle Aree Vaste (AA.VV.) per le parti di rispettiva competenza, secondo la **griglia** degli obblighi di pubblicazione contenente i dati oggetto di pubblicazione, aggiornata con l'indicazione delle strutture operative competenti e la tempistica prevista per gli obblighi normativi, di cui al novellato D.Lgs. 33/2013 (**all. 2.3.3**).

Per dettagliare le modifiche intervenute a seguito dell'entrata in vigore del nuovo D.Lgs. n. 97/2016, sono esposte con il colore grigio le sotto-sezioni abrogate dallo stesso o le non pertinenti per l'ASUR, secondo quanto previsto nell'allegato 1 alle Linee guida ANAC (delibera n. 1310 del 28/12/2016).

Nella stessa griglia sono indicati i casi in cui non è possibile pubblicare i dati previsti dalla normativa in quanto non pertinenti rispetto alle caratteristiche organizzative o funzionali dell'Amministrazione.

Tra i dati ulteriori, come informazioni aggiuntive rispetto agli obblighi di legge, sono pubblicati:

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

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

## Società partecipate dall'ASUR

L'ASUR, nell'ambito degli obblighi di pubblicazione di cui all'art. 22 del D.Lgs. 33/2013:

- pubblica sul proprio sito istituzionale l'elenco delle società di cui detiene quote di partecipazione anche minoritaria, indicandone l'entità, la rappresentazione grafica che evidenzia i rapporti tra l'azienda e le società partecipate, la durata dell'impegno, l'onere complessivo gravante sul bilancio, il numero dei rappresentanti dell'azienda negli organi di governo, gli incarichi di amministratore dell'ente, il trattamento economico spettante e i risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari;
- effettua le verifiche sulle inconferibilità nei confronti degli amministratori la cui nomina sia stata proposta o effettuata dalle P.A. controllanti e sull'adozione del presente documento;
- segnala le violazioni degli obblighi di pubblicazione ed avvia il procedimento sanzionatorio previsto dall'art. 47 c. 2 del D.Lgs. 33/2013.

## Carta dei servizi dell'ASUR

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

- la Guida ai Servizi
- la Carta dei servizi

La **Guida** si pone l'obiettivo di consentire un'adeguata conoscenza delle attività offerte e delle modalità di accesso alle cure presenti nelle strutture e nei territori di riferimento.

Premesso che L'ASUR Marche presenta attualmente una realtà piuttosto frammentata, dovuta ad un processo di ristrutturazione ancora in corso (Determine n. 238-264/2017, n. 97/2019) e con percorsi di omogeneizzazione dei servizi offerti non ancora completati, si sta lavorando per addivenire ad un modello unico di Guida ai Servizi, al fine di agevolare ai cittadini l'accesso alle informazioni, la comprensibilità, la verificabilità e il confronto tra i servizi offerti.

Nell'anno 2020, l'implementazione della Guida Unica ai Servizi è giunta alla sua fase finale. Un gruppo appositamente individuato e formato da operatori degli Uffici Relazioni con il Pubblico provenienti da tutto il territorio regionale; ha provveduto a definire le informazioni necessarie da inserire.

Ogni Area Vasta ha pubblicato la propria Guida (sia nella sua interezza, sia nelle sue parti singole appositamente richiamate per argumentum) disponibile all'apposita sottosezione nel sito aziendale: [www.asur.marche.it](http://www.asur.marche.it).

Nel frattempo, le Guide ai Servizi presenti in questa sezione sono costantemente aggiornate a cura delle singole Aree Vaste, in vista di una loro sostituzione con la banca dati sopra indicata.

La **Carta dei servizi** (o Carta degli impegni) costituisce una significativa occasione di miglioramento gestionale dei servizi, attraverso la pubblicazione degli standard di qualità dei servizi e degli obiettivi di miglioramento a breve/medio/lungo termine degli stessi. Un impegno forte nei confronti dei cittadini che saranno in grado di verificare il raggiungimento di quanto dichiarato. Tenuto conto, pertanto che:

- negli anni 2017-2019, viste le differenze sostanziali esistenti nelle modalità di erogazione dei medesimi servizi nell'ambito del territorio regionale, l'Azienda ha provveduto ad individuare, dopo un processo di condivisione con le Aree Vaste, otto indicatori di qualità comuni, appartenenti alla classe di due delle macroaree analitiche previste (accessibilità ai servizi e tempestività dell'erogazione) e riferiti ad alcune tipologie di strutture sanitarie;
- l'ASUR a seguito di un'intensa attività (con la Regione Marche) avviata con l'obiettivo dell'azzeramento delle liste d'attesa, si è altresì impegnata con i cittadini a migliorare e monitorare l'efficacia della risposta alla loro domanda sanitaria, elaborando 4 indicatori aggiuntivi;
- l'ASUR partecipa, dal 2017 altresì al tavolo regionale coordinato dall'Agenzia Regionale appositamente creato per l'individuazione di obiettivi di qualità comuni con tutte le altre Aziende Sanitarie della Regione Marche. Tale attività è in via di elaborazione di altri indicatori.

Tenuto conto di ciò, nell'anno 2019, l'Azienda ha fornito indicazioni alle proprie Aree Vaste di avviare, in collaborazione con i rispettivi Comitati di Partecipazione, un'attività finalizzata all'elaborazione di ulteriori indicatori riferiti in modo maggiormente specifico alle particolarità territoriali di riferimento.

Nel 2020 ogni Area Vasta, a seguito di una ricognizione sullo stato dell'arte promossa dalla Direzione Generale, ha confermato di aver adottato gli standard di qualità comuni forniti dall'ASUR, allineandosi agli indicatori generali della Carta dei Servizi aziendale.

Con nota prot.n. 33963 del 30/09/2021, l'Area Comunicazione dell'ASUR ha chiesto ai dirigenti degli UU.RR.PP. presso le Aree vaste di aggiornare le attività dei dipartimenti, servizi e unità operative, nonché di implementare le sezioni mancanti con i dati previsti entro il 15 dicembre dell'anno stesso.

Nel prossimo triennio si proseguirà nell'aggiornamento degli indicatori per la Carta dei servizi, in collaborazione con i Comitati di partecipazione e le Assemblee delle Associazioni.

Tali informazioni saranno pubblicate sulle sezioni di ogni Area Vasta all'interno del sito Amministrazione Trasparente.

## Cronoprogramma delle attività trasparenza e anticorruzione

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

Attività	Soggetto/i	Tempi
Relazione annuale strutture e mappatura processi	Dirigenti responsabili	Entro il 15 novembre di ogni anno
Presentazione proposte per aggiornamento	Dirigenti responsabili	Entro il 15 novembre di ogni anno
Predisposizione bozza aggiornamento documento relativo alla Prevenzione della Corruzione e Trasparenza	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza	Entro il 31 dicembre di ogni anno
Aggiornamento documento relativo alla Prevenzione della Corruzione e Trasparenza	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza / Direttore Generale	Entro il 31 gennaio di ogni anno o diverso termine stabilito a livello nazionale
Pubblicazione PIAO o documento relativo alla Prevenzione della Corruzione e Trasparenza	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza	Entro il 28 febbraio di ogni anno o diverso termine stabilito a livello nazionale
Relazione annuale sull'attività svolta in materia di prevenzione della corruzione	Responsabile della Prevenzione della Corruzione	Entro il 31 gennaio di ogni anno o secondo le indicazioni ANAC
Acquisizione nominativi dipendenti da formare	Dirigenti responsabili RPC	Entro il 31 marzo di ogni anno
Definizione percorsi e iniziative formative da inserire nel Piano della formazione per l'anno succ.	RPC Dirigenti responsabili	Entro il 31 dicembre di ogni anno
Verifica rispetto obblighi pubblicazione dati - 1° semestre	Dirigenti responsabili	Entro il 31 luglio di ogni anno
Verifica rispetto obblighi pubblicazione dati - 2° semestre	Dirigenti responsabili	Entro il 31 gennaio di ogni anno

## SEZIONE 3 - ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

### Sottosezione 3.1 - STRUTTURA ORGANIZZATIVA

L'Azienda Sanitaria Unica Regionale Marche (ASUR) è stata istituita con Legge Regionale n. 13 del 20 giugno 2003 in materia di "Riorganizzazione del Servizio Sanitario regionale".

Successivamente con le Leggi Regionali n. 17/2010, n. 17/2011 e n. 8/2017, il processo di unificazione si è rafforzato ulteriormente con l'articolazione dell'ASUR in cinque Aree Vaste in sostituzione delle precedenti 13 Zone territoriali. Complessivamente nell'Azienda operano oltre 17.000 persone, sia con rapporto di lavoro dipendente, sia in regime di convenzione.

È la prima e più grande esperienza di un'unica azienda sanitaria in Italia, con un dimensionamento territoriale che corrisponde all'intera Regione ed una popolazione assistita di oltre un milione e mezzo di abitanti.

L'ASUR, dotata di personalità giuridica pubblica e di autonomia imprenditoriale - ai sensi delle disposizioni regionali - è parte del Servizio Sanitario Regionale delle Marche; nel rispetto degli obiettivi assegnati e delle direttive impartite dalla Giunta regionale l'ASUR esercita a livello centralizzato le funzioni di indirizzo, coordinamento e controllo dell'attività aziendale e di Area Vasta.

L'Area Vasta costituisce l'entità di riferimento per l'ottimizzazione dei servizi, per la programmazione integrata e il coordinamento tra ex-zone confinanti, al cui vertice è nominato un Direttore.

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

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

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

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



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

Le attività aziendali sono svolte nelle Macrostrutture Sanitarie (Presidi Ospedalieri, Dipartimenti, Distretti), Tecniche, Amministrative e nelle Aree di Staff.

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

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

Le Aree centrali dell'ASUR sono le seguenti:

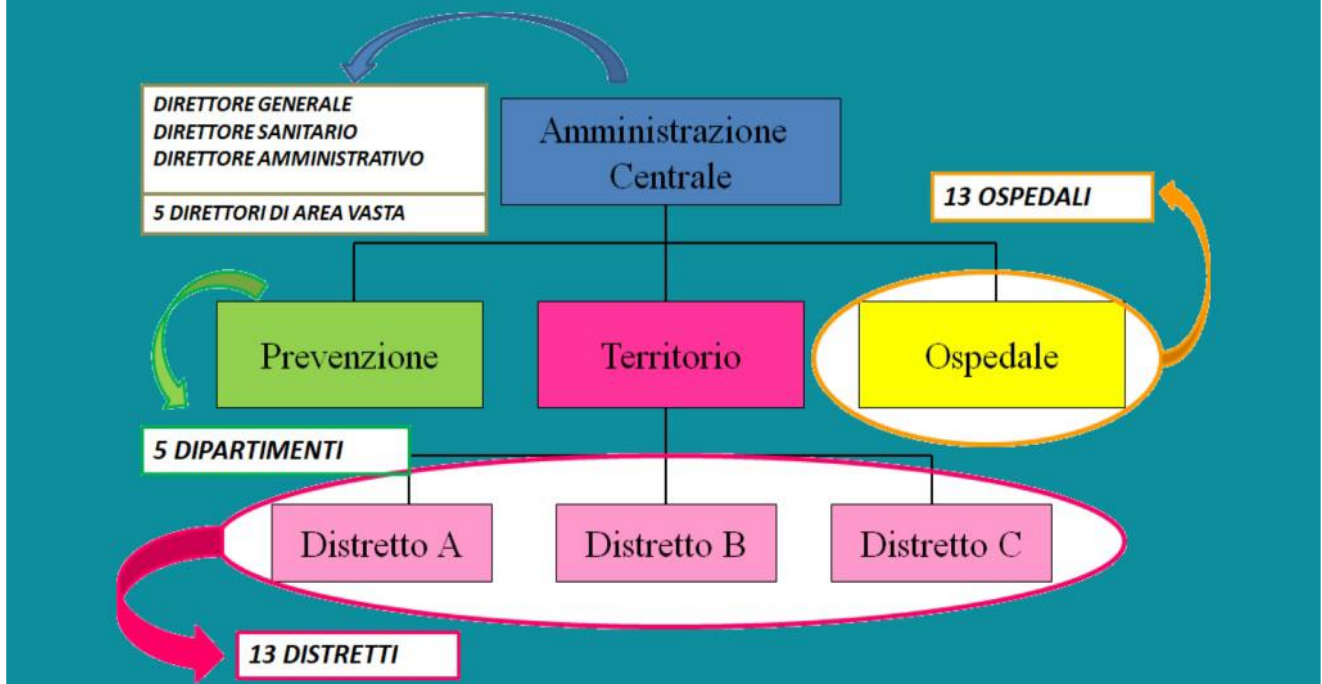
- Area Direzione Sanitaria e Socio Sanitaria
- Area Integrazione Socio Sanitaria
- Area dipartimentale Acquisti e Logistica
- Area dipartimentale Affari Generali e Contenzioso
- Area dipartimentale Contabilità, Bilancio e Finanza:
- Area dipartimentale Controllo di Gestione
- Area dipartimentale Patrimonio Nuove Opere ed Attività Tecniche
- Area dipartimentale Politiche del Personale
- Area Comunicazione, Formazione e URP
- Area Ingegneria Clinica
- Area Sistemi Informativi
- Direzione Tecnica per la Prevenzione Collettiva

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

La struttura organizzativa complessiva dell'ASUR Marche e nel dettaglio dell'Area ATL possono essere rappresentate dallo schema qui di seguito esposto:



# L'ORGANIZZAZIONE ASUR MARCHE



Il **modello dipartimentale** è il modello ordinario di gestione operativa e di organizzazione di tutte le attività dell'ASUR; i Dipartimenti sono aziendali, sovrazonali e zonali in base alla competenza territoriale e possono articolarsi al loro interno in aree dipartimentali; possono inoltre essere strutturali, funzionali, interaziendali, transmurale e tecnico scientifici.

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

Ai dipartimenti sanitari compete:

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

Nell'ambito dei dipartimenti sanitari vi sono **Strutture Complesse** che aggregano risorse professionali mediche, sanitarie non mediche, tecniche, risorse tecnologiche e finanziarie; esse assicurano l'organizzazione e la produzione delle attività sanitarie, per quanto di competenza, nel rispetto degli indirizzi definiti.

Le **Strutture Semplici** comprendono attività di una stessa unità operativa, assicurando il miglioramento continuo del processo assistenziale e l'organizzazione e la gestione delle risorse attribuite; dal punto di vista organizzativo, di norma, dipendono dalle strutture complesse; le strutture semplici possono configurare una diretta dipendenza dal Dipartimento di afferenza.

L'assetto **organizzativo e funzionale** dell'ASUR è stato adeguato e ridefinito con determina del Direttore Generale n.361/2017; nel medesimo atto si precisa che restano ferme ed efficaci le restanti indicazioni di cui all'istruttoria ed alle correlate disposizioni della determina n. 481/2016 con la quale si era proceduto alla definizione del nuovo assetto organizzativo aziendale; con determina n. 486/2017 si è preso atto di un mero errore materiale presente nella determina n.361/2017.

Con determinate ASURDG n. 355/2017 e n. 356/2017 sono stato approvati i modelli funzionali ed organizzativi della Direzione Sanitaria e della Direzione di Integrazione Socio Sanitaria, che si articolano in funzioni di staff e funzioni di line.

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

Le deliberazioni della Giunta Regionale n. 146 del 20.2.2017 e n. 470 del 16.4.2018, nel definire gli obiettivi sanitari degli Enti del SSR, rispettivamente per l'anno 2017 e per l'anno 2018, hanno stabilito una riduzione delle Strutture Complesse e Semplici.

La Legge Regionale n. 34/2017, all'art. 14, ha stabilito inoltre l'incorporazione nell'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (**INRCA**) di cui alla Legge Regionale n. 21/2006, a decorrere dal 1 gennaio 2018, del presidio ospedaliero SS. Benvenuto e Rocco di Osimo, ramo dell'Azienda sanitaria unica regionale (ASUR) di cui alla Legge Regionale n. 13/2003; con successiva determina ASURDG n. 805 del 29.12.2017 l'ASUR ha dato atto dello scorporo nei termini di legge del Presidio Ospedaliero di Osimo, precisando che il trasferimento degli incarichi di Struttura Complessa e Semplice incide sugli standard dei comitati LEA delle rispettive aziende.

La Direzione Aziendale con nota prot. n. 18194 del 30.5.2019 ha trasmesso alla Regione Marche i dati relativi alle Strutture Complesse e Semplici alla data del 31.12.2017 e 31.12.2018 adeguati agli standard richiesti dalla regione evidenziando i dati relativi allo scorporo del Presidio di Osimo corrispondenti a 4 Strutture Complesse e n. 6 Strutture Semplici.

Con successiva DGRM n. 414 del 8.4.2019, nell'ambito degli obiettivi sanitari per l'anno 2019, è stata richiesta un'ulteriore riduzione delle Strutture Complesse e Semplici rispettivamente di n. 5 Strutture Complesse e di n.30 Strutture Semplici.

Alle prescrizioni Regionali sopra evidenziate ed allo scorporo del Presidio di Osimo si sono aggiunte altresì le necessità, condivise tra la Direzione Generale e le Direzioni di Area Vasta, di aggiornare l'assetto organizzativo aziendale, sia per una maggiore omogeneizzazione in ambito ASUR, che per conformarsi alle disposizioni regionali in materia di programmazione sanitaria di cui alla DGRM n.1219/2014.

Pertanto con determina ASURDG n. 742/2019 l'ASUR ha proceduto all'adeguamento dell'assetto organizzativo aziendale in termini di Strutture Complesse sia dell'Area Sanitaria che dell'Area Amministrativa Tecnica e Professionale, compatibile con i limiti fissati dalle DGRM n. 146/2017, n. 470/2018 e n. 414/2019.

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

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

La Giunta regionale delle Marche con DGRM n. 511 del 26.4.2021, nell'ambito delle azioni da effettuarsi nel rispetto del vincolo economico relativamente alle risorse umane (pag. 5 allegato A) ha provveduto ad assegnare all'ASUR l'obiettivo di ulteriore riduzione di una Struttura Semplice.

Con successiva determina ASURDG n. 611/2021 l'ASUR ha recepito la DGRM n. 511/2021 in relazione all'assegnazione dell'obiettivo di ulteriore riduzione di una Struttura Semplice; con la medesima determina è stato definito l'assetto organizzativo aziendale in termini di Strutture Complesse e Semplici come rappresentato nel prospetto di seguito riportato, nel rispetto dei limiti fissati dalle DGRM n. 146/2017, n.470/2018, n. 414/2019 e n. 511/2021:

#### Strutture Complesse

Area Vasta	Area Sanitaria	Dirigenza Professionale Tecnica Amministrativa	Totale
AV1	41	10	51
AV2	76	11	87
AV3	70	10	80
AV4	38	8	46
AV5	52	10	62
Direzione Generale		12	12
<b>Totale</b>	<b>277</b>	<b>61</b>	<b>338</b>

#### Strutture Semplici /Strutture Semplici dipartimentali

Area Vasta	Area Sanitaria	Dirigenza Professionale Tecnica Amministrativa	Totale
AV1	71	2	73
AV2	143	6	149
AV3	110	4	114
AV4	46	2	48
AV5	82	1	83
Direzione Generale		3	3
<b>Totale</b>	<b>452</b>	<b>18</b>	<b>470</b>

Con il medesimo provvedimento n. 611/2021 si rinvia a successivo e separato atto la definizione dei nuovi assetti organizzativi sulla base del numero di strutture sopra indicato.

## Sottosezione 3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

### 3.2.1 Evoluzione normativa

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

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

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

L'ASUR, sin dalle prime settimane di pandemia, ha da subito attivato la modalità di lavoro agile relativamente al solo personale impiegato in attività telelavorabili, disciplinando lo svolgimento della detta modalità di lavoro dapprima con specifiche disposizioni del Direttore Generale ASUR (prot.9507/2020, prot. 10875/2020, prot. 11406/2020, prot.n.13598/2020, prot. 17455/2020 e prot. 20137/2020) con le quali si è proceduto a fornire prime indicazioni operative relative all'attivazione, in via provvisoria ed eccezionale, di misure organizzative in materia di lavoro agile per il periodo di emergenza sanitaria da COVID-19, e successivamente con l'adozione di specifiche linee operative per le Aree Vaste, in particolare con disposizione DGASUR del 22.5.2020, prot. 22076.

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

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

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

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

- lo svolgimento del lavoro agile non deve pregiudicare o ridurre la fruizione dei servizi verso gli utenti;
- adeguata rotazione del personale autorizzato alla prestazione di lavoro agile, assicurando comunque la prevalenza per ciascun lavoratore del lavoro in presenza;
- adozione di appositi strumenti tecnologici idonei a garantire l'assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni trattati durante lo svolgimento del lavoro agile;
- necessità per l'amministrazione della previsione di un piano di smaltimento del lavoro arretrato, ove accumulato;
- fornitura di appositi strumenti tecnologici idonei a garantire l'assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni trattati durante lo svolgimento del lavoro agile.
- stipula dell'accordo individuale di cui all'art. 18, comma 1, Legge n. 817/2017, cui spetta il compito di definire:
  - ✓ gli specifici obiettivi della prestazione resa in modalità agile;
  - ✓ le modalità ed i tempi di esecuzione della prestazione;
  - ✓ le modalità ed i criteri di misurazione della prestazione medesima, anche ai fini del proseguimento della modalità della prestazione lavorativa in lavoro agile;
- prevalente svolgimento in presenza della prestazione lavorativa dei soggetti titolari di funzioni di coordinamento e controllo, dei dirigenti e dei responsabili dei procedimenti;
- rotazione del personale in presenza ove richiesto dalle misure di carattere sanitario.

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

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

### 3.2.2 Accesso al lavoro agile presso ASUR Marche

Si deve qui evidenziare la problematica che riguarda in modo specifico le Aziende Sanitarie relativamente allo svolgimento di attività in modalità agile da parte degli operatori sanitari, per i quali, tenuto conto della particolarità e alla peculiarità delle loro mansioni professionali svolte, non è possibile lo svolgimento della detta modalità di prestazione lavorativa.

Sono infatti esclusi dallo svolgimento del lavoro agile i dipendenti che svolgono attività sanitaria e socio assistenziale richiedente contatto diretto con il paziente nonché il personale dei servizi direttamente a supporto di dette attività; sono esclusi altresì i dipendenti impiegati in attività che prevedono l'utilizzo costante di strumentazione non utilizzabile da remoto.

Pertanto la possibilità di accesso al lavoro è limitata al solo personale che effettua attività lavorativa che può essere gestita e garantita a distanza ed al di fuori del luogo di lavoro dove normalmente vengono svolte, senza compromettere o ridurre la funzionalità del servizio; di norma sono pertanto individuate come attività che possono essere svolte in modalità agile quelle riferibili all'area amministrativa e tecnica.

Successivamente all'emanazione del DPCM 23.9.2021 in materia di ritorno in presenza del personale delle pubbliche amministrazioni la Direzione Generale ASUR, con nota prot. 37381 del 26.10.2021, ha provveduto a richiedere alle Aree Vaste l'adozione di misure organizzative necessarie per la piena attuazione del DM 8.10.2021, ed in particolare alla individuazione, anche in relazione alla situazione del proprio ambito territoriale, tenuto conto anche delle condizioni del trasporto pubblico locale, di fasce temporali di flessibilità oraria in entrata ed in uscita ulteriori rispetto a quelle già adottate, anche in deroga alle modalità dei CCNL, nel rispetto della partecipazione sindacale.

Con direttiva DGASUR di indirizzo e coordinamento del 12.1.2022, prot. 1098, la Direzione Generale ASUR ha fornito prime indicazioni in materia di ricorso al lavoro agile da parte dei dipendenti dell'ASUR, ai sensi di quanto stabilito dal DPCM 23.9.2021.

Al fine di dare attuazione al DPCM 23.9.2021 e successivo DM 8.10.2021 la Direzione Generale ASUR ha richiesto alle Direzioni di Area Vasta di procedere:

- ❖ ad equilibrare il rapporto lavoro in presenza/lavoro agile secondo le modalità organizzative più congeniali alla propria situazione, tenendo conto dell'andamento epidemiologico nel breve e nel medio periodo, e delle contingenze che possono riguardare i propri dipendenti, come nel caso di contatti stretti con soggetti positivi al coronavirus;
- ❖ ad effettuare una mappatura all'interno delle macrostrutture per individuare i servizi che possono essere resi con lavoro agile, specificando nel dettaglio le specifiche attività da svolgere a distanza e quelle che richiedono comunque la presenza in sede;
- ❖ ad individuare quindi le posizioni lavorative che possono fruire dell'autorizzazione, a livello sia di profili professionali che di numero di soggetti autorizzabili.

Con la medesima direttiva DGASUR del 12.1.2022 viene previsto che:

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

In linea di massima possono essere svolte in regime di lavoro agile le attività che:

- ✓ siano eseguibili attraverso l’utilizzo di tecnologie informatiche;
- ✓ possano essere remotizzabili e tali da non richiedere la costante presenza fisica del lavoratore in sede;
- ✓ prevedano l’utilizzo di documenti digitalizzabili;
- ✓ richiedano una concentrazione o una creatività particolare per la loro esecuzione;
- ✓ non richiedano una relazione costante con il responsabile della Struttura di appartenenza;
- ✓ siano pianificabili e verificabili nell’esecuzione e nella misurazione dei risultati.

Al fine di acquisire l’autorizzazione il dipendente provvede ad inoltrare al dirigente responsabile della struttura apposita istanza di attivazione di prestazioni di lavoro in modalità agile.

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

- ✚ delle lavoratrici nei tre anni successivi alla conclusione del periodo di congedo di maternità
- ✚ dei lavoratori dipendenti disabili nelle condizioni di cui all’art. 3, c. 3, della Legge n. 104/92
- ✚ dei lavoratori che abbiano nel proprio nucleo familiare una persona con disabilità nelle condizioni di cui all’art. 3, c. 3, della legge n. 104/92
- ✚ dei lavoratori immunodepressi o familiari conviventi di persone immunodepresse
- ✚ dei lavoratori con presenza nel medesimo nucleo familiare di figli minori di 14 anni

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

Lo svolgimento del lavoro agile è rimesso quindi alla sottoscrizione di apposito accordo individuale, di cui all’art.18, c.1, Legge n. 81/2017, da parte del dipendente e del responsabile della struttura di assegnazione; la sottoscrizione dell’accordo individuale da entrambe le parti è condizione necessaria ai fini dello svolgimento del lavoro agile.



Lo schema di accordo individuale è stato definito con la richiamata direttiva DGASUR del 12.1.2022, da utilizzare ai fini dell'autorizzazione allo svolgimento del lavoro agile; l'accordo, sottoscritto dalle parti, va trasmesso alla UOC Supporto all'Area Politiche del Personale ai fini degli adempimenti in materia di controllo delle presenze e assenze nonché per l'inserimento dell'accordo nel fascicolo personale del dipendente.

L'accordo deve contenere almeno i seguenti elementi essenziali:

- a) durata dell'accordo
- b) modalità di svolgimento della prestazione lavorativa fuori dalla sede abituale di lavoro, con specifica indicazione delle giornate di lavoro da svolgere in sede e di quelle da svolgere a distanza
- c) modalità di recesso, che deve avvenire con un termine non inferiore a 30 giorni salve le ipotesi previste dall'art. 19 della Legge n. 81/2017
- d) tempi di esecuzione della prestazione e della disconnessione del lavoratore dagli apparati di lavoro
- e) fasce di contattabilità
- f) obiettivi della prestazione
- g) le modalità ed i criteri di misurazione della prestazione medesima
- h) le modalità di esercizio del potere direttivo e di controllo del datore di lavoro sulla prestazione resa dal lavoratore all'esterno dei locali dell'amministrazione nel rispetto di quanto disposto dall'art. 4 Legge n. 300/1970, e smi.

Gli obiettivi connessi alla prestazione di lavoro in modalità agile devono essere determinati, misurabili in termini di tempo e di risultato e coerenti con le politiche dell'ASUR, con il Piano della Performance e con gli altri strumenti di pianificazione delle attività adottati dall'ASUR; restano peraltro ferme le ordinarie modalità di valutazione delle prestazioni secondo il sistema vigente per tutti i dipendenti.

L'attuazione del lavoro agile non modifica la regolamentazione dell'orario di lavoro applicata al dipendente, il quale farà riferimento al normale orario di lavoro con le caratteristiche di flessibilità temporali proprie del lavoro agile nel rispetto comunque dei limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla legge e dalla contrattazione.

Durante le fasce di prestazione lavorativa il lavoratore dovrà essere contattabile attraverso gli strumenti di comunicazione in dotazione e viene garantita una fascia di contattabilità telefonica, salve eventuali esigenze organizzative della struttura di appartenenza, al fine di garantire un'ottimale organizzazione delle attività e permettere le necessarie occasioni di contatto e coordinamento con i colleghi.

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

L'amministrazione si impegna a mettere a disposizione dispositivi informatici e digitali necessari al lavoro a distanza; è comunque consentito l'utilizzo di dispositivi in possesso del lavoratore qualora l'amministrazione non sia in grado di fornire tempestivamente i propri.

Le Aree Vaste dovranno garantire l'adozione di appositi strumenti tecnologici idonei all'attività assicurando l'assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni trattati durante lo svolgimento del lavoro agile, anche a sensi dell'art. 22 della L. n. 81/2017.

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

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

Il Dirigente responsabile di Struttura deve:

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

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

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

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

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

Con la richiamata direttiva ASURDG del 12.1.2022 (prot. 1098) sono state definite le modalità di rilevazione delle presenze e ricognizione attività lavorativa in modalità Lavoro agile

In particolare il dipendente deve autocertificare l'orario di lavoro svolto in modalità Lavoro Agile presso la propria residenza/ domicilio sotto la sua responsabilità tramite la compilazione di un rapporto di attività giornaliera in cui dovranno essere evidenziati l'ora di inizio e di cessazione del lavoro e le attività svolte, secondo il modulo allegato alla medesima disposizione da stampare mensilmente e sottoscritto dal dipendente e dal dirigente responsabile di struttura.

Lo stesso modulo deve essere trasmesso mensilmente, al dirigente responsabile della struttura che procederà a trasmettere all'UOC supporto all'Area Politiche del Personale (ufficio rilevazione presenze), mediante posta elettronica, i dati in forma cumulativa per tutto il personale dell'UOC che nel mese ha usufruito dell'istituto.

### **3.2.7 Formazione**

Al fine di accompagnare il percorso di introduzione e consolidamento del lavoro agile, nell'ambito

delle attività del piano della formazione l'ASUR dovrà prevedere previste specifiche iniziative formative per il personale che usufruisce di tale modalità di svolgimento della prestazione.

Dette attività formative dovranno perseguire l'obiettivo di addestrare il personale all'utilizzo delle piattaforme di comunicazione e degli altri strumenti previsti per operare in modalità agile nonché di diffondere moduli organizzativi che rafforzino il lavoro in autonomia, l'empowerment, la delega decisionale, la collaborazione e la condivisione delle informazioni; i percorsi formativi potranno, inoltre, riguardare gli specifici profili relativi alla salute e la sicurezza per lo svolgimento della prestazione lavorativa al di fuori dell'ambiente di lavoro.

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

## Sottosezione 3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE

### 3.3.1 Riferimenti normativi

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

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

### 3.3.2 Il Piano Triennale dei fabbisogni del personale dell'ASUR Marche

Con det. ASURDG n. 452 del 27/6/2022 è stato approvato il Piano triennale dei fabbisogni del personale (2022-2024) e revisione della Dotazione Organica. L'atto è stato trasmesso alla Regione Marche per il controllo ai sensi dell'art. 4 della L. 412/91 e dell'art. 28 della L.R. 26/96 e s.m.i. come sostituito dall'art. 1 della L.R. n. 36 dell'11.11.2013.

Trattasi della revisione ed aggiornamento del PTFP 2021-2023 proposto dalle Aree Vaste, ognuna per il sezionale di competenza, e redatto secondo le linee di indirizzo di cui al DM 08/05/2018 e le indicazioni regionali. Esso definisce quindi il fabbisogno di personale necessario all'ASUR Marche per raggiungere gli obiettivi assegnati ed i livelli di servizi da erogarsi in favore dei cittadini assistiti, nel rispetto dei vincoli economici.

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

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

Il PTFP approvato (**all.3.3.2**), distinto per le articolazioni aziendali (5 Aree Vaste e la Direzione Generale) è quindi un atto programmatico, prima che meramente autorizzatorio, inquadrato all'interno dei tre vincoli sopra indicati: quantitativo (unità di personale), qualitativo (contingente di personale per specifico profilo professionale) e economico (tetto di spesa).

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

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

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

L'attuazione del piano di fabbisogno sarà costantemente monitorata a livello aziendale e di Area Vasta affinché vengano puntualmente rispettati i tetti di spesa del personale previsti e, eventualmente, posti in essere specifiche azioni di rientro.

Il PTFP potrà essere aggiornato in qualsiasi momento e nel rispetto delle limitazioni e dei vincoli previsti dalle disposizioni normative di riferimento, qualora si verificassero esigenze o condizioni tali da determinare modifiche del quadro di riferimento relativamente al triennio in considerazione o sopravvengano specifici indirizzi regionali.

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

Con DGASUR n. 78/2019 è stato avviato il processo di riduzione del precariato ai sensi dell'art. 20 del D.lgs. 75/2017. Detto processo si è sviluppato con molteplici atti aziendali, in relazione alle esigenze organizzative, al mutato quadro normativo che ha prorogato i termini per la maturazione dei requisiti e alle disposizioni regionali che hanno disciplinato le procedure in parola.

Il D.L. n. 80 del 9 giugno 2021, convertito con modificazioni dalla Legge 6 agosto 2021, n. 113, ha disposto un'ulteriore proroga al 31/12/2022 dei termini per la maturazione dei requisiti per le stabilizzazioni di cui al predetto art. 20 del D.lgs. 75/2017.

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

Con determina n. 669 del 24/12/2021 è stato adottato il PTFP 2021-2023, che al punto n. 6 del dispositivo ha stabilito che con successivi atti verrà definito il programma di stabilizzazione ex art. 20 del D.lgs. 75/2017, mediante utilizzo dei posti ricompresi nel PTFP 2021-2023 e nell'ambito dei costi ivi previsti.

Al fine di poter definire un'ulteriore fase del processo di stabilizzazione in coerenza con il PTFP 2021-2023, e stabilire, per ciascun profilo, le unità da reclutare in modo ordinario dall'esterno e quelle con le procedure speciali di stabilizzazione volte al superamento del precariato e alla valorizzazione dell'esperienza lavorativa (par. 3.2.2 della circolare n.3 del 2017 Ministero per la semplificazione e la pubblica amministrazione) si è proceduto ad una ricognizione del personale potenzialmente in possesso dei requisiti di cui al vigente art. 20 del d.lgs. 75/2017 e interessato alle procedure di stabilizzazione, attraverso la pubblicazione di apposito avviso pubblico di manifestazione di interesse approvato con DGASUR n. 135 del 01/03/2022, la cui scadenza era prevista per il giorno 16/04/2022.

Le Aree Vaste, proceduto con le necessarie valutazioni e verifiche, hanno predisposto i programmi di stabilizzazione per l'anno 2022. Con det.ASURDG n. 451 del 27.06.2022, l'Asur ha approvato il programma di stabilizzazione di cui allegato prospetto (**all.3.3.3**). La programmazione potrà essere integrata con successivi atti nel rispetto quali-quantitativo dei posti e della spesa prevista nel presente atto di programmazione, anche considerando che ulteriori soggetti matureranno i requisiti fino al 31/12/2022.

I Direttori di Area Vasta hanno attestato alla Direzione Generale, con specifiche dichiarazioni, il rispetto del vincolo legislativo derivante dalle disposizioni di cui all'art. 9 comma 28 del DL 78/2010 ai sensi dell'art. 27 della LR 33/2014 e il Direttore Generale Asur ha attestato a livello aziendale il rispetto del medesimo vincolo.

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

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

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

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

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

L'azienda applica le riserve previste nei concorsi pubblici indetti.

Le Aree Vaste hanno pertanto aggiornato lo stato di attuazione della convenzione che dovrà essere riproposta per il prossimo quinquennio e hanno confermato le assunzioni indicate nel prospetto allegato (**all.3.3.4**) già indicate nell'allegato n.3 della Det.ASURDG n.174/2022.

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

L'art. 22, comma 15 del D. Lgs. n. 75/2017 ha introdotto, in deroga alle previsioni "ordinarie" dell'art. 52, comma 1-bis del D. Lgs. n. 165/2001 e s.m.i., una nuova tipologia di progressione verticale, utilizzabile per un periodo di tempo limitato (triennio 2018-2020), nella misura del 20%



dei posti previsti nei piani dei fabbisogni come nuove assunzioni consentite per la relativa area o categoria.

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

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

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

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

Come attestato dalla Direzioni di AA.VV, le Aree Vaste, con propri atti hanno proceduto alla costituzione dei Comitati Unici di Garanzia (CUG) ed hanno adottato Il Piano delle Azioni Positive (PAP).

### **3.3.7 Dotazione organica**

L'ASUR Marche, nell'ambito del PTFP 2018-2020 (det.ASURDG n.78/2019), ha provveduto ad una prima ridefinizione della propria dotazione organica, conseguentemente ed in coerenza alla ridefinizione dei fondi contrattuali posta dal dl. 78/2010 e dall'art. 9 quinquies dl 78/2015.

L'analisi e la programmazione occupazionale di cui alla presente determina hanno fatto emergere la necessità di un adeguamento quali-quantitativo della dotazione organica al Piano dei fabbisogni; tale operazione è stata compiuta mediante trasformazione di posti e quindi, complessivamente, ad invarianza di teste e senza incremento del volume di spesa come previsto DM 08/05/2018; il tutto viene riportato negli allegati prospetti (**all.3.3.5 e 6**).

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

- ✓ Riconversione, a seguito di cessazione dei titolari, di posti di qualifiche obsolete quali: infermiere generico, pediatrico, puericultrice, ecc;
- ✓ Declassamento, sempre a seguito di cessazione dei titolari, di posti dal livello DS a quello D;
- ✓ incremento di posti di Operatore Socio Sanitario mediante riconversione di posti di ausiliario e di OTA anche in prospettiva di attivazione dei processi di progressione verticale di cui all'art.22 comma 15 del D.Lgs 75/2017 e s.m.i. ;



- ✓ incremento di posti di livello D amministrativo/tecnico mediante riconversione di posti di livello C e DS, anche in prospettiva di attivazione dei processi di progressione verticale di cui all'art.22 comma 15 del D.Lgs 75/2017 e s.m.i.;
- ✓ rimodulazione di qualifiche della dirigenza della sanità finalizzate al potenziamento delle funzioni territoriali e di prevenzione.

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

A decorrere dal 2019, la spesa per il personale degli enti del Servizio sanitario nazionale delle regioni, nell'ambito del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato e ferma restando la compatibilità finanziaria, sulla base degli indirizzi regionali e in coerenza con i piani triennali dei fabbisogni di personale, non può superare il valore della spesa sostenuta nell'anno 2018, come certificata dal Tavolo di verifica degli adempimenti di cui all'articolo 12 dell'Intesa 23 marzo 2005 sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, o, se superiore, il valore della spesa prevista dall'articolo 2, comma 71, della legge 23 dicembre 2009, n. 191.

La Regione Marche con DGRM 537/2022 ha definito la quota Asur all'interno della ripartizione fra Enti del SSR del tetto di spesa regionale per un importo di 620.514.000, e tale importo costituisce l'effettivo vincolo di cui appunto all'art. 11, c.1, del D.L. n. 35/2019.

I Direttori di Area Vasta hanno attestato alla Direzione Generale, ognuno per la quota di spesa di sua competenza, che il PTFP 2022-2024 approvato rispetta il vincolo di spesa unico regionale ex art. 2 L. n. 191/2009 rivisto ai sensi dell'art. 11, c.1, del D.L. n. 35/2019 per il triennio 2022-2024.

### **3.3.9 Rispetto del budget di spesa aziendale assegnato**

Al fine di garantire e salvaguardare i principi di equilibrio della finanza pubblica, il PTFP approvato è coerente con le risorse economiche assegnate all'Asur. A tal fine, i Direttori di Area Vasta hanno attestato il rispetto del tetto dell'assegnazione provvisoria anno 2022 attribuita all'ASUR con DGRM 1628 del 22/12/2021 "L.R. n. 13 del 20/06/2003 e ss.mm.ii. - Autorizzazione agli Enti del SSR ed al DIRMT alla gestione provvisoria dei rispettivi bilanci economici preventivi per l'anno 2022".

## Sottosezione 3.4 – FORMAZIONE DEL PERSONALE

### 3.4.1 Riferimenti normativi

- ✓ **D.Lgs. n. 502/92** e ss.mm.ii.;
- ✓ **D.Lgs. n. 165/2001** e ss.mm.ii.;
- ✓ **Direttiva Fu.Pu. del 13/12/2001** “Formazione e valorizzazione del personale delle Pubbliche Amministrazioni”;
- ✓ **Accordo Stato- Regioni del 5/11/2009** ai sensi dell’art.4 del D.Lgs. 28 agosto 1997, n.281, concernente il nuovo sistema di formazione continua in medicina – *Accreditamento dei Provider ECM, formazione a distanza, obiettivi formativi, valutazione della qualità del sistema formativo sanitario, attività formative realizzate all’estero, liberi professionisti* – 5 novembre 2009 e ss.mm.ii.;
- ✓ **Contratti Collettivi Nazionali** Area Dirigenza Medica e Veterinaria, Area Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa, Area Comparto Sanità;
- ✓ **L.R. n. 13** del 20/06/2003 "Riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale";
- ✓ **L.R. n. 17** del 22/11/2010 “Modifiche alla legge regionale 20 giugno 2003, n. 13 "Riorganizzazione del Servizio sanitario regionale";
- ✓ **L.R. n. 17** dell’1/08/2011 “Ulteriori modifiche della Legge Regionale 20 giugno 2003, n. 13: "Riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale", della Legge regionale 17 luglio 1996, n. 26: "Riordino del Servizio Sanitario Regionale" e modifica della legge regionale 22 novembre 2010, n. 17”;
- ✓ **DGRM n. 2673** dell’11/12/2000 “Linee guida alle aziende sanitarie, ospedaliere INRCA e ARPAM per la gestione delle attività della formazione”;
- ✓ **DGRM n. 353 del 19/03/2012** “Legge regionale n. 20/2001, articoli 3, comma 1 e 14, commi 1 e 2 - Disciplina concernente l'organizzazione ed il funzionamento della Scuola Regionale di Formazione della Pubblica Amministrazione ai sensi del regolamento regionale n. 32/1992 nonché l'istituzione e la tenuta dell'Albo dei formatori: Modifiche alla DGR n. 1009 del 11 luglio 2011;
- ✓ **DGRM n. 520 dell’8/04/2013** “Disposizioni relative al nuovo sistema di formazione continua in medicina e all’accreditamento dei provider pubblici e privati della Regione Marche”;

- ✓ **DGRM n. 774 del 28/05/2013** “Piano di Formazione regionale rivolto al personale del Sistema Sanitario Regionale”;
- ✓ **DGRM n. 977 del 7/08/2014** “L.R. n. 13/2003 art. 3 comma 2 lett. c) - Direttiva vincolante per gli enti del SSR in materia di contenimento della spesa del personale;
- ✓ **DGRM n. 1501 del 18/12/2017** “Modifica della DGR n. 520 del 8/04/2013 "Disposizioni relative al nuovo sistema di formazione continua in medicina e all'accreditamento dei provider pubblici e privati della Regione Marche". Recepimento Accordo Stato Regioni 2017 "La formazione continua nel settore Salute" del 2 febbraio 2017 (Rep. Atti n. 14/CSR)”;
- ✓ **DGRM n. 127/2019** “Approvazione dei progetti formativi delle Aree Vaste – ASUR Marche, Aziende Ospedaliere Ospedali Riuniti Ancona e Marche Nord ed INRCA in tema di rischio clinico per l’anno 2020”;
- ✓ **DGRM n. 733/2019** “Piano Formazione Regionale 2019-2021 rivolto al personale del Servizio Sanitario Regionale”;
- ✓ **DGRM n. 657 del 3/06/2020** “Legge regionale n. 20/2001, articolo 3 comma 1 e art.14 - Disciplina per l’organizzazione e il funzionamento della Scuola Regionale di Formazione della Pubblica Amministrazione e per la tenuta dell’Albo dei formatori e revoca delle DGR n. 310 del 26.03.2019. Modifica e integrazione dell’All.A della DGR n.1644 del 23/12/2019 “Disposizioni attuative per la gestione diretta di seminari informativi rivolti a Pubblici dipendenti, da parte della Scuola regionale di formazione della Pubblica Amministrazione – Servizio Risorse Umane, Organizzative e strumentali – e Programma triennale dei seminari informativi 2020-2022”;
- ✓ **Decreto regionale n. 3/RAO** “Approvazione format e procedura informatizzata per l’accreditamento dei provider pubblici e privati della Regione Marche di cui alla DGR 520/13;
- ✓ **Decreto ARS n. 5 del 26/01/2017** “Accreditamento standard come provider ECM dell’Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR)”;
- ✓ **Decreto Dirigente P.F. Risorse Umane e Formazione n. 46/2019** “Assegnazione agli Enti del Sistema Sanitario regionale delle attività formative previste dal Piano Formativo Regionale di cui alla DGR n.733 del 24/06/19”;
- ✓ **Decreto Dirigente P.F. Territorio ed Integrazione Ospedale-Territorio n. 14/2020** “DGR 127/19 - Approvazione dei progetti formativi delle Aree Vaste-ASUR Marche, Aziende

Ospedaliere Ospedali Riuniti Ancona e Marche Nord ed INRCA in tema di rischio clinico per l'anno 2021”.

- ✓ **Documento di Economia e Finanza Regionale (DEFR) 2021-2023 della Regione Marche** - Deliberazione Consiglio Regione Marche n. 6 del 29.12.2020;
- ✓ **Determina n. 943/ASURDG del 6/10/2009** “Centro Alta Formazione ASUR – Marche”;
- ✓ **Determina n. 714/ASURDG del 19/10/2015 “Parziale rettifica Determina DG/ASUR 131/2014:** “Disposizioni relative al nuovo sistema di Formazione Continua in Medicina e all’accreditamento dei provider pubblici e privati della Regione Marche” - Determinazioni”;
- ✓ **Determina n. 599 ASURDG del 19/10/2018** “Manuale per la gestione di un Sistema Qualità nella Formazione dell’ASUR Marche”;
- ✓ **Determina n. 626 ASURDG del 13/11/2018** “Piano Qualità dell’ASUR Marche”;
- ✓ **Determina n. 122 ASURDG del 12/03/2019** “Regolamento Formazione aziendale per l’Emergenza sanitaria – Approvazione”.
- ✓ **Determina n. 439 ASURDG del 1/09/2019** “DGRM n. 1051/2017 – Ridefinizione Comitato Scientifico per la Formazione ASUR – Approvazione nuovo funzionamento”;
- ✓ **Determina n. 63 ASURDG del 13/02/2020** “Regolamento Formazione a Distanza (FAD) – E-learning ASUR Marche - Approvazione”;
- ✓ **Determina n. 78 ASURDG dell’8/02/2021** “Regolamento ASUR per la gestione di sponsorizzazioni destinate alle attività di formazione e aggiornamento professionale – approvazione”;
- ✓ **Decreto RUM n. 27 del 28/07/2021** rinnovo accreditamento standard Provider ECM ASUR Marche
- ✓ **Determina n. 519 ASURDG dell’8/10/2021** “Albo Aziendale Formatori ASUR Marche – istituzione elenco “aperto” di professionisti interni/esterni per affidamento di incarichi di docenza e tutoraggio – approvazione regolamento e avviso pubblico”;
- ✓ **Nota ASURDG prot. n. 25286 del 15/07/2021** “Piano Formativo Aziendale Anno 2022 – indirizzi e cronoprogramma”;
- ✓ **Nota Servizio Sanità – PF Risorse Umane e Formazione prot. n. 33311|27/09/2021|ASUR|AAGG|A** “Linee di indirizzo per la programmazione delle attività formative 2022”;

- ✓ **Nota ASURDG prot. n. 42126 del 30/11/2021** “Compensi per attività didattiche – Schema di riferimento aziendale”.

### 3.4.2 Piano formativo aziendale

Ai fini della predisposizione del Piano Formazione Aziendale (PFA) per l'anno 2022 - con nota ASURDG prot. n. 25286 del 15/07/2021 (*Allegato n. 5*) - si è provveduto a fornire alle AA.VV. e alle Aree Dipartimentali centrali i necessari **indirizzi per la raccolta del fabbisogno formativo**, con relativo cronoprogramma, evidenziando l'opportunità di rivalutare le proposte già raccolte per il biennio 2020-21 e differite a causa dell'emergenza pandemica.

Nello specifico si è dapprima proceduto ad una **revisione dei fabbisogni 2020-21**, tramite una loro conferma/rimodulazione/rinuncia in accordo con i servizi proponenti; quindi, successivamente, si è attivata la **rilevazione del fabbisogno formativo emergente**, con particolare riferimento alle sopravvenute esigenze di carattere strategico ed organizzativo.

I fabbisogni formativi così formulati sono stati rielaborati e raccolti con l'utilizzo dell'applicativo informatico “*Formaker*” - strumento funzionale ad una modalità di raccolta delle proposte con criteri di omogeneità, esaustività e di facile schematizzazione – e trasmessi, per il tramite delle UU.OO. Formazione AA.VV., all'Area Comunicazione/Formazione centrale, per pianificare le fasi di valutazione da parte del Comitato Scientifico Formazione (CSF).

Preso atto della nota Servizio Sanità – PF Risorse Umane e Formazione prot. n. 33311|27/09/2021|ASUR|AAGG|A “*Linee di indirizzo per la programmazione delle attività formative 2022*”, nel frattempo pervenuta, in data 19 ottobre 2021 è stato convocato il CSF per un incontro preliminare, in cui si sono condivisi principi di merito e criteri organizzativi per l'avvio dei lavori di analisi del fabbisogno formativo.

In particolare, si è constatata la piena rispondenza fra gli indirizzi aziendali e regionali per la strutturazione del PFA 2022 e sottolineata l'opportunità di un calendario di incontri razionalizzato, nel conciliare tanto l'esigenza di un approfondimento individuale delle proposte formulate che l'esigenza complessiva di contenere la tempistica generale del processo di analisi e valutazione.

In tal senso si è ritenuta utile la trasmissione dell'elenco integrale delle iniziative formative trasmesse dalle AA.VV. ai componenti del CSF per una specifica valutazione di dettaglio, con la richiesta di esprimere un parere rispetto ad ogni singola proposta afferente alla propria peculiare area professionale, indicando se la stessa fosse da considerare approvata/non approvata o da approfondire in sessione plenaria da parte del CSF.

La flessibilità della procedura ha così consentito di ottimizzare i tempi di valutazione, razionalizzando le convocazioni di tutti i componenti del CSF in plenaria che è stata limitata ai soli momenti di focus analitico dedicati a peculiari percorsi a carattere trasversale o di particolare complessità; oltre che, in seconda battuta, alle audizioni di confronto con le UU.OO. Formazione della AA.VV. (*tenutesi in data 27 ottobre e 3 novembre 2021*), in cui sono state rappresentate le necessità di integrazioni e/o modifiche da apportare a specifiche iniziative formative evidenziate dai componenti del CSF.

Il recepimento di tali valutazioni espresse dal CSF, assieme ad alcune indicazioni di carattere organizzativo e tecnico-metodologico generale, è stato formalizzato alle UU.OO. Formazione AA.VV. con apposite note – *prot. n. 37928|28/10/2021|ASUR|URP|P e n. 38621|4/11/2021|ASUR|URP|P* – con le quali si è richiesta, oltre alla revisione dei percorsi attenzionati, anche la comunicazione di prassi relativa al budget previsionale da prevedere a carico di ciascuna A.V.

Contestualmente l'Area Comunicazione/Formazione, su mandato del CSF, ha provveduto a ricondurre in un'ottica aziendale i fabbisogni evidenziati dalle AA.VV. rispetto a tre settori strategici:

- a) **Percorsi afferenti ai settori ATL:** mediante inoltro delle proposte ai Direttori delle Aree Dipartimentali centrali, al fine di valutarne il profilo e l'eventuale estensione a valenza aziendale;
- b) **Percorsi in tema di “Rischio Clinico”:** attraverso la segnalazione delle proposte ai Responsabili Rischio Clinico di ciascuna A.V. al fine di avallare o meno l'iniziativa;
- c) **Percorsi in materia di sicurezza sul lavoro (ex D.Lgs. 81/2008):** sottoponendo al Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione aziendale tutte le proposte di merito, al fine ricomporre in un quadro organico tale ambito specifico.

All'esito di tali azioni sinergiche di ottimizzazione e razionalizzazione dei processi formativi aziendali, si sono assunte le seguenti risoluzioni:

a) per le **aree ATL**, alcuni percorsi sono stati avallati mantenendo una realizzazione locale di AV, mentre per altri si è data indicazione di una realizzazione estesa a valenza aziendale;

b) nell'ambito del **Rischio Clinico**, ogni responsabile di AV ha fornito il riscontro di dettaglio circa le iniziative da prevedere per la prossima annualità;

c) per il **Servizio Prevenzione e Protezione**, il RSSP ha condiviso l'opportunità di una estrapolazione di dettaglio di tutti i percorsi formativi in materia di sicurezza sul lavoro da realizzare presso le AA.VV., così da ottenere un quadro sinottico esaustivo di immediata lettura.

Inoltre, sempre per il tramite dell'Area Comunicazione/Formazione, si è ritenuto opportuno trasmettere le **proposte formative afferenti all'Area della Prevenzione** alla P.F. Prevenzione e Promozione della Salute ARS, nella prospettiva di valorizzazione delle stesse in funzione del prossimo varo Piano Regionale della Prevenzione, allineando gli obiettivi formativi attraverso un'ottimizzazione delle progettualità che permetta di evitare sovrapposizioni e/o duplicazioni disfunzionali delle iniziative.

Tutto ciò premesso, a seguito del processo di strutturazione del PFA 2022 sopra descritto, sono stati recepiti complessivamente **n. 634 percorsi formativi** così ripartiti:

1. **Fabbisogni individuati a livello della Direzione Generale e dalle Aree Dipartimentali aziendali**, sia da realizzare a livello centrale (n. 61) che presso le AA.VV. cd "tematiche ASUR" (n. 5), così come indicati al prospetto di cui all'Allegato n. 1;
2. **Fabbisogni rilevati a livello delle AA.VV. aziendali** (n. 494), così come elencati al prospetto di cui all'Allegato 2;
3. **Fabbisogni espressi dai Responsabili del Rischio Clinico AA.VV.** (n. 35), così come recepiti all'Allegato n. 3;
4. **Fabbisogni validati dal RSSP aziendale** (n. 39), così come aggregati per percorsi di indirizzo generale aziendale e specifici di AA.VV. all'Allegato n. 4.



Pertanto, **le attività formative da realizzare presso ciascuna Area Vasta - oltre a quelle proprie e di cui allo specifico sezionale di AV, come al punto 2 indicato - dovranno includere anche quelle previste per il Rischio Clinico e l'SPP, come indicate ai punti 3 e 4.** Mentre la realizzazione delle iniziative strategiche (cd “tematiche ASUR”) da prevedere presso ciascuna AV e di cui al punto 1, avverrà previa formulazione del prototipo scheda progetto corso a cura del referente aziendale e comunque nei termini già prestabiliti (v. nota ASURDG prot. n. 5391 del 12/02/2019).

Per ogni dettaglio relativo alle eventuali **raccomandazioni di ordine scientifico-organizzativo formulate dal CSF** e da seguire nella programmazione dei singoli percorsi, si rinvia al dettaglio di cui alla colonna “**Note CSF**” indicato a margine di ciascun elenco. Colonna in cui sono evidenziati anche alcuni percorsi da estendere a livello aziendale, ovvero da realizzare da parte dell'AV proponente – in qualità di **capofila** – prevedendo la partecipazione degli omologhi Servizi delle altre AA.VV.

Si evidenzia, inoltre, che stante il perdurare dell'emergenza sanitaria a causa della pandemia in corso, ulteriori proposte formative (n. 69) sono state indicate – in via cautelativa - come “**fabbisogni differibili**” negli elenchi allegati del PFA 2022; ovvero la loro attivazione sarà subordinata alla realizzazione dei percorsi avallati come prioritari e compatibilmente con l'eventuale miglioramento del quadro sanitario generale.

Va, infine, citato che talvolta in corso d'anno l'ASUR riceve istanze di collaborazione per la gestione di iniziative formative da parte delle varie PP.FF. Regione Marche. Tali percorsi sono di prassi formalmente recepiti previa definizione di protocolli di intesa relativi agli aspetti organizzativi e finanziari di merito, ovvero quando il propedeutico iter amministrativo necessario alla loro realizzazione viene espletato dal rispettivo servizio competente.

Per quanto concerne il **finanziamento delle iniziative** del PFA, si specifica che:

- 1) sono a carico del Bilancio ASUR per l'anno 2022 i costi preventivati per la realizzazione, gestione e supporto dei corsi di formazione promossi dalle Aree Centrali presso la Direzione Generale, quantificati complessivamente in € 100.140 (oltre ai costi per la partecipazione a corsi di aggiornamento esterno, l'acquisto di testi e riviste, la contribuzione come ente Provider per la formazione);

- 2) il finanziamento di peculiari progettualità, come opportunamente indicato (v. *fondi extra piano*), è a carico di appositi provvedimenti/atti amministrativi dedicati;
- 3) la quantificazione dei costi da prevedere per i percorsi formativi delle AA.VV. verrà esplicitata con apposita determina che ogni singola Area Vasta dovrà adottare con i passaggi sindacali di prassi.

Pertanto, con la determina ASUR DG n. 689 del 31/12/2021 sono stati autorizzati i percorsi formativi di indirizzo delle Aree Dipartimentali/Centrali presso la Direzione Generale ASUR, per l'anno 2022, come dettagliati nei seguenti allegati alla presente sottosezione:

- **all. 3.4.1** PFA 2022 – Percorsi formativi di indirizzo Aree Dipartimentali/Centrali ASUR;
- **all. 3.4.2** PFA 2022 – Sezionali Percorsi formativi Aree Vaste ASUR;
- **all. 3.4.3** PFA 2022 – Percorsi formativi Rischio Clinico;
- **all. 3.4.4** PFA 2022 – Percorsi formativi Servizio Prevenzione Protezione;
- **all. 3.4.5** nota ASURDG prot. n. 25286 del 15/07/2021 “Piano Formativo Aziendale Anno 2022 – indirizzi e cronoprogramma”.

### **3.4.3 Linee guida per il Piano formativo triennale**

Per i successivi anni 2022-2023, è in corso di definizione il percorso di costruzione del Piano triennale della formazione, destinato alla realizzazione e supporto delle iniziative formative secondo le priorità stabilite a livello nazionale dal Piano strategico PANFLU 2021-2023 e a livello regionale dal Piano strategico operativo di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (febbraio 2022).

Oltre a tali priorità, saranno inserite nel Piano triennale quanto previsto dal PNNR, oltre a tutti i percorsi formativi obbligatori per legge in materia di prevenzione e sicurezza, privacy, anticorruzione, rischio clinico. ecc.

Infine nel prossimo biennio si prevedono i seguenti percorsi formativi:

- ✚ lo sviluppo delle competenze strategiche identificate nelle abilità manageriali, per sostenere il gruppo dirigente nell'importante compito di guidare l'Azienda verso il nuovo assetto organizzativo;
- ✚ l'adesione ai corsi formativi promossi dagli enti istituzionali quali la Scuola Nazionale Pubblica Amministrazione (SNA) e l'INPS per i dipendenti pubblici (Valore PA);
- ✚ il miglioramento del funzionamento e dell'efficacia dell'azione amministrativa rafforzando la digitalizzazione e l'innovazione tecnologica;
- ✚ l'aggiornamento dell'offerta formativa rendendola accessibile anche ai colleghi con disabilità uditiva, attraverso la traduzione sincrona nel linguaggio dei segni (LIS) dei video.

In particolare in merito all'accrescimento delle competenze digitali, l'Azienda ha aderito per il prossimo triennio 2022-2024 al programma ministeriale SYLLABUS, per la partecipazione di tutti i dipendenti appartenenti all'Area ATL (5 mila persone circa).

## SEZIONE 4. MONITORAGGIO

### Sottosezione 4.1 - RIEPILOGO RESPONSABILI

Considerando che in ogni sottosezione è stato previsto il relativo monitoraggio al fine di dare una rappresentazione più dettagliata delle modalità, in questa sottosezione si intende riepilogare la responsabilità delle azioni di monitoraggio per le attività già descritte in precedenza:

- Valore pubblico – Responsabile Area Comunicazione/Formazione
- Performance – Responsabile Area Controllo di Gestione
- Rischi corruttivi e trasparenza – Responsabile RPCT
- Lavoro Agile – Responsabile Area Politiche del Personale
- Piano Triennale dei fabbisogni – Responsabile Area Politiche del Personale

Il monitoraggio avverrà con gli strumenti e le modalità descritte in ciascuna sottosezione, cui si rinvia, al fine di intervenire con gli eventuali interventi correttivi che si dovessero rendere necessari per ciascuno dei ambiti sopra riportati.

# ALLEGATI

## **Sottosezione 2.2 - PERFORMANCE**

all. 2.2.1 Schede di budget

all. 2.2.2 Obiettivi, indicatori e risultati attesi

## **Sottosezione 2.3 - RISCHI CORRUTTIVI-TRASP.**

all. 2.3.1 Mappatura

all. 2.3.2 Tabella Livello Rischio

all. 2.3.3 Griglia degli obblighi di pubblicazione

all. 2.3.4 Nominativi dei Responsabili e Referenti

## **Sottosezione 3.3 – FABBISOGNI PERSONALE**

all. 3.3.1 Piano fabbisogno 2022

all. 3.3.2 Programma stabilizzazione personale

all. 3.3.3 Assunzioni categorie protette

all. 3.3.4 Quadro economico dotazione organica

all. 3.3.5 Dotazione organica - attrib. sezionali

## **Sottosezione 3.4 - FORMAZIONE**

all. 3.4.1 Percorsi formativi di indirizzo Aree Centrali

all. 3.4.2 Sezionali Percorsi formativi Aree Vaste

all. 3.4.3 Percorsi formativi Rischio Clinico

all. 3.4.4 Percorsi formativi Servizio Prev. Protezione

all. 3.4.5 nota indirizzi e cronoprogramma PFA