



***Piano Integrato di Attività e
Organizzazione (PIAO) 2024-2026***

Sommario

1 – Presentazione del Piano - Introduzione	4
1. SEZIONE VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	5
1.1 Sottosezione Valore Pubblico e Performance	7
1.2 Contesto di riferimento.	9
2.4.1 Governo delle liste d’attesa.....	31
La risposta alle aree disagiate	39
2. IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE	42
2.1 Il processo seguito nel Ciclo di gestione delle performance e la coerenza tra i documenti di programmazione	43
2.2 Fasi soggetti e tempi della Performance	45
2.3 Coerenza tra Piano della Performance, Programmazione economico-finanziaria e	46
Sistema di Budgeting	46
2.4 Programmazione strategica	47
2.4.1 2 Linee strategiche 2024	48
2.4.2 L’albero delle performance	51
2.4.3 Obiettivi operativi	62
SOTTOSEZIONE LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA	62
3.1 LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE: CONTESTO, SOGGETTI, RUOLI E RESPONSABILITA’	64
3.1.1. Il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (PTPCT) – Finalità .	64
3.1.2. Soggetti interni coinvolti nel processo di predisposizione e adozione del PTPC: ruoli e responsabilità	65
3.2 LA GESTIONE DEL RISCHIO	73
3.2.1. Linee generali.....	73
3.2.2. Analisi del contesto di riferimento: esterno e interno	75
3.2.3 Il fenomeno della corruzione: i contributi internazionali e la corruzione in Italia	76
3.2.4 La “mappatura” dei processi.....	81
3.2.5 La valutazione del rischio	83
3.2.6 L’analisi del rischio	84
3.2.7 Determinazione della classe di rischio.....	88
3.2.8 Il trattamento del rischio	89
3.3 L’individuazione delle misure.....	89
3.3.1 La programmazione delle misure	90
3.4 Monitoraggio e riesame.....	91
3.4.1 Il monitoraggio sull’attuazione delle misure.....	92
3.5 LE MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	94
3.5.1 Doveri di comportamento. Il Codice di comportamento.	94
3.5.2. Conflitto di interessi e obbligo di astensione	95
3.5.2.2 Verifiche delle dichiarazioni di assenza di conflitto d’interesse	98
3.5.3 Inconferibilità e incompatibilità di incarichi	99
3.5.4 Svolgimento di incarichi d’ufficio – attività ed incarichi extra-istituzionali	102

3.5.5 Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage – revolving doors)	104
3.5.6 Rotazione del personale	107
3.5.8 Patti di integrità negli affidamenti	111
3.5.9 Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (whistleblower)	112
3.5.10 Incarichi dirigenziali	113
3.5.11 Monitoraggio del rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti	116
3.5.12 Attività e comportamenti in caso di decesso di pazienti nelle Unità operative dei Presidi ospedalieri aziendali	116
3.5.13 Adozione di strumenti operativi di antiriciclaggio	117
3.5.14 Controlli nelle strutture convenzionate	118
3.5.15 Controlli PNRR	121
3.5.16 Sviluppo di Sistemi di Misurazione delle misure di prevenzione relative al processo di acquisizione di beni e servizi.....	125
3.6 LA TRASPARENZA.....	127
3.6.1 La misura della trasparenza	127
3.6.2 Processo di attuazione degli obblighi di pubblicazione nella sezione “Amministrazione Trasparente”	128
3.6.3 Qualità dei dati pubblicati	132
3.6.4 Decorrenza e durata dell’obbligo di pubblicazione	133
3.6.5 Monitoraggio	134
3.6.6 Le “Giornate della trasparenza”	134
4- SEZIONE ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO -	135
4.1 Struttura Organizzativa	135
4.2 Organizzazione del Lavoro Agile	135
4.3 Piano triennale dei fabbisogni del personale	139
5 Piano delle azioni positive	152
6 MONITORAGGIO	154

1 – Presentazione del Piano - Introduzione

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nel mese di dicembre 2023, la Regione Marche, con DGR n. 2074 del 29/12/2023 ha attribuito all'Azienda le risorse a disposizione per l'anno 2024, in coerenza alle quali occorre individuare le linee strategiche di governo aziendale.

Tuttavia, a tutt'oggi non sono stati attribuiti, dalla Regione, gli obiettivi economici e sanitari che l'AST è chiamata a perseguire nell'anno 2024.

Pertanto, in questo contesto di riorganizzazione, il PIAO non può che rappresentare, allo stato attuale, un atto di avvio della pianificazione aziendale che, nel corso del 2024, verrà individuata sempre più puntualmente in ragione della riorganizzazione in atto e della definizione degli obiettivi aziendali 2024 da parte della Regione.

Scheda anagrafica

TIPOLOGIA DI ISTITUZIONE Azienda Sanitaria Locale

DENOMINAZIONE AST di Pesaro e Urbino

SEDE LEGALE Piazza Cinelli 4 – 61121 Pesaro

PROVVEDIMENTO ISTITUTIVO L.R. 19/2022

CF/ PARTITA IVA 02789340417

DIRETTORE GENERALE Dr.ssa Nadia Storti

DIRETTORE AMMINISTRATIVO Dott. Matteo Biraschi

DIRETTORE SANITARIO Dr. Edoardo Berselli

DIRETTORE SOCIO SANITARIO Dott. Nazzareno Firmani

1. SEZIONE VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

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

Una Pubblica Amministrazione è in grado di generare Valore Pubblico, quindi, nel momento in cui il livello di benessere dei suoi utenti e il livello di salute del proprio contesto, interno ed esterno, grazie al

miglioramento delle performances dell'Ente, diventano superiori rispetto alle condizioni di partenza, delle politiche pubbliche e dei progetti di miglioramento dello stesso.

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

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

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

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

al fine di:

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

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

1.1 Sottosezione Valore Pubblico e Performance

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

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

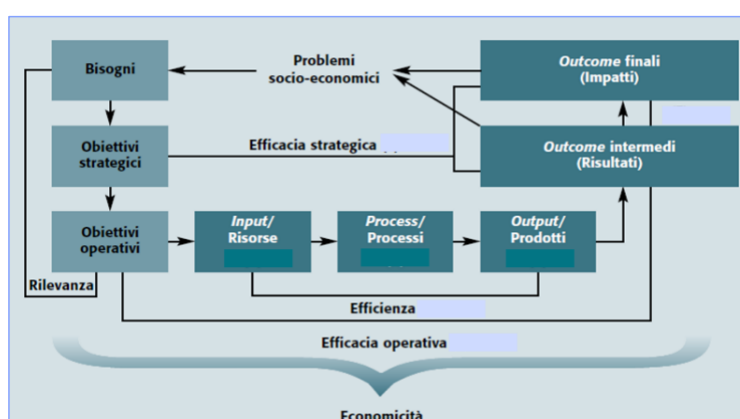
Il nuovo approccio, di tipo interattivo e conoscitivo illustrato nelle linee guida di cui sopra, mira a mostrare concretamente come la programmazione e il ciclo della performance possano diventare strumenti per:

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

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

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

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



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

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



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

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

Macro-obiettivi strategici aziendali per la creazione di valore pubblico

La Direzione strategica dell’AST, in coerenza con gli obiettivi di accessibilità, fisica e digitale da parte dei cittadini ultra sessantacinquenni e dei cittadini con disabilità, di digitalizzazione, nonché di semplificazione e reingegnerizzazione delle procedure, ribaditi nel DM 132/2022, ha individuato e condiviso con i Responsabili delle diverse sottosezioni del PIAO, alcuni elementi chiave da sviluppare per gli ambiti di competenza per l’anno 2024, e precisamente:

1. Miglioramento di:

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

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

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

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

Da ciò ne consegue che la Performance 2024-2026 costituisce il tassello di congiunzione tra le linee strategiche contenute negli atti regionali di programmazione, i macro obiettivi strategici aziendali, il bilancio di previsione pluriennale ed il processo di budget aziendale.

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

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

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

1.2 Contesto di riferimento.

Ambito economico - La programmazione economico-sanitaria dell'anno 2024 risulta condizionata significativamente dalla situazione socio-economica.

Nella definizione della programmazione strategica aziendale per l'anno 2024 si è tenuto quindi in debito conto dello scenario normativo ed economico attuale, caratterizzato dalla necessità di garantire l'erogazione delle cure in condizioni di appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità e sicurezza, in un contesto di risorse limitate e condizionate dall'aumento generalizzato dei prezzi.

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

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

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

- all'efficienza all'interno dei servizi esistenti;

- al potenziamento delle prestazioni erogate laddove si registrano criticità in termini di tempi di attesa;

- al controllo e contenimento sui costi unitari degli acquisti attraverso un'attività sistematica di controllo economico e conseguente riduzione delle diseconomie interne ai servizi.

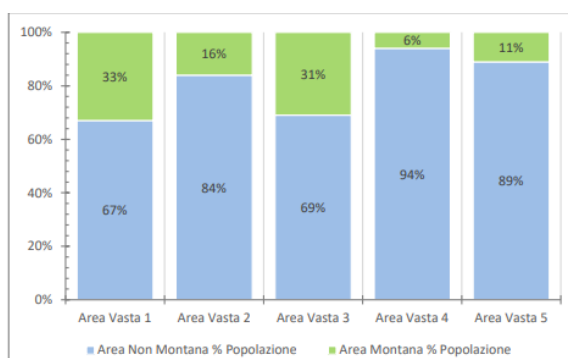
Gli elementi sopra descritti non sono una dichiarazione generica di intenti, ma rappresentano l'attenzione prioritaria assegnata anche alle strutture aziendali quali obiettivi di performance organizzativa.

Ambito orografico-territoriale -L'Azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro Urbino (AST Pesaro Urbino) si estende su un territorio di 2.510,8 Km² (26,8% del territorio regionale) con struttura geomorfologica differenziata. La popolazione assistita al 01/01/2022 è pari a 349.596 distribuita in 50 Comuni e in 3 Distretti.

Nel 2021 la sua densità demografica, pari a 142,95 ab/km², risulta inferiore del 13,22% alla densità demografica regionale.

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

La percentuale di superficie in km² distribuita per "Area Montana" e "Area non Montana" nei territori della Regione Marche, rileva nella Provincia di Pesaro-Urbino una percentuale maggiore di km² Area Montana (76% sul totale). La popolazione residente è situata principalmente nelle Aree non Montane, in cui risiede il 67% della popolazione della provincia di Pesaro-Urbino.



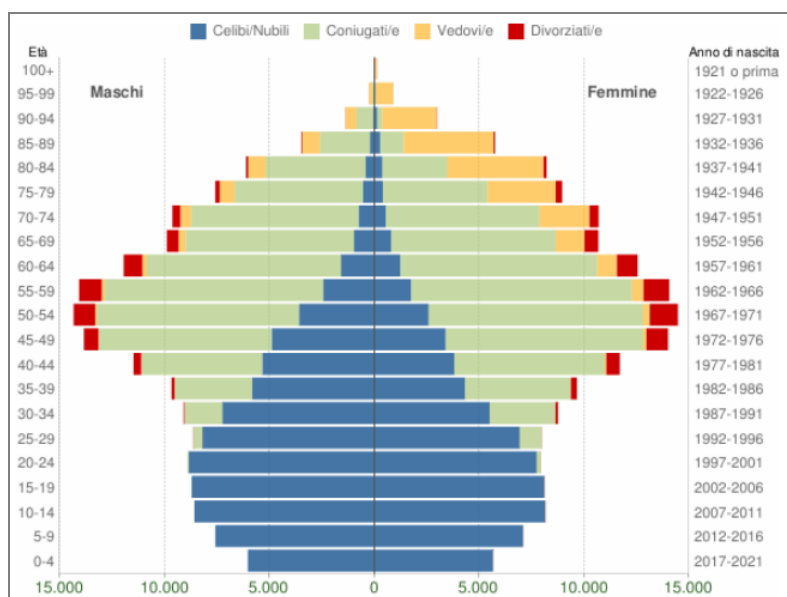
Ambito demografico -La popolazione per Azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro Urbino e classe di età è riportata nella tabella che segue.

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

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

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

Struttura Demografica popolazione provincia di Pesaro-Urbino – anno 2021



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

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

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

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

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

Invero, il mutamento demografico caratterizzato dall'invecchiamento della popolazione viene accompagnato dal fenomeno dell'immigrazione straniera. Al 1° gennaio 2021 l'indice di vecchiaia in Italia (rapporto tra la popolazione che ha 65 anni e più e quella con meno di 15 anni) è pari al 183%. Il processo di invecchiamento investe tutte le Regioni, particolarmente quelle centro-settentrionali.

L'età media della popolazione residente al 1° gennaio 2021 è pari a 46 anni, aumentata di quasi un anno rispetto al dato di cinque anni prima (45,0 anni). In dieci anni la struttura per età della popolazione è ulteriormente invecchiata: la percentuale di giovani sotto i 15 anni passa dal 14,0% al 12,9% tra il 1° gennaio 2011 e il 2021. Nello stesso periodo gli anziani (65+ anni) sono passati dal 20,3% al 23,5%.

Il dato viene confermato dagli indici di dipendenza anziani e dipendenza strutturale che registrano nella Regione Marche valori nettamente superiori alla media nazionale, comportando un aumento dell'incidenza e prevalenza delle patologie croniche, che necessitano di ospedalizzazione per riacutizzazione.

	INDICE DIPENDENZA ANZIANI
MARCHE	41
CENTRO	38
ITALIA	37

Anche nella Provincia di Pesaro-Urbino, in cui insiste l'Azienda Sanitaria Territoriale, il contesto socio-sanitario è caratterizzato da una forte transizione demografica ed epidemiologica.

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

1.2.1. OFFERTA OSPEDALIERA

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

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

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

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

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

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

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

Nel 2024 l'Azienda continuerà a profondere il massimo sforzo per:

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

Questo orientamento dovrebbe portare ad una ulteriore riduzione della degenza media favorendo anche altri obiettivi quali la riduzione dei tempi di attesa che, insieme al contenimento dei tempi di erogazione delle prestazioni non d'urgenza per i pazienti ricoverati, dovrebbe portare complessivamente ad un utilizzo più efficiente dei posti letto.

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

Nel 2024 sarà inoltre attuato un piano di potenziamento delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e dei ricoveri chirurgici programmati tramite l'implementazione di ulteriori sedute operatorie. A tal fine è stata effettuata un'analisi della numerosità degli interventi in lista di attesa e della tipologia di interventi, dando priorità alla chirurgia oncologica e agli interventi oggetto di monitoraggio secondo il PNGLA 2019-2021.

1.2.2 OFFERTA TERRITORIALE

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

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

Il Distretto di Pesaro conta un bacino di utenza di n.137.998 abitanti suddivisi in n. 7 Comuni; il territorio coincide con quello dell'Ambito Territoriale Sociale n.1. Il Distretto di Fano conta un bacino di utenza di n.

131763 abitanti suddivisi in n.14 comuni; il territorio coincide con quello degli Ambiti Territoriali Sociali n. 7 di Fossombrone e 6 di Fano. Il Distretto di Urbino conta un bacino di utenza di n 80.088 abitanti suddivisi in n.30 comuni; il territorio coincide con 3 Ambiti Territoriali Sociali.

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

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

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

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

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

	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE	AMBULATORIO E LABORATORIO	STRUTTURA RESIDENZIALE	STRUTTURA RESIDENZIALE	Totale complessivo
Strutture Convenzionate	2	28	1	45	76
ASSISTENZA AGLI ANZIANI			1		1
ASSISTENZA AGLI ANZIANI				33	33
ASSISTENZA AIDS				1	1
ASSISTENZA IDROTERMALE	2				2
ASSISTENZA PAZIENTI COVID-19				1	1
ASSISTENZA PER TOSSICODIPENDENTI				6	6
ASSISTENZA PSICHIATRICA				4	4
ATTIVITA' CLINICA		14			14
ATTIVITA' DI LABORATORIO		8			8

DIAGNOSTICA STRUMENTALE E PER IMMAGINI		6			6
Totale complessivo	2	28	1	45	76

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

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

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

In tale contesto, assume rilevanza la **realizzazione dell'Hospice pediatrico a Fano** quale obiettivo progettuale 2024 a carattere prioritario per l'Azienda, nell'ambito delle reti delle cure palliative. E ciò in aderenza ai contenuti del PSSR che, nel richiamare la Legge 38 del 2010 con la quale è stato sancito il "diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore" (art.1), fa espresso riferimento all'avvenuta individuazione – in applicazione della predetta Legge - delle *tre reti di assistenza dedicate alle Cure palliative, alla Terapia del Dolore, rivolte al paziente adulto, ed un'unica rete di Cure palliative e Terapia del Dolore, dedicata ai piccoli pazienti con particolare riguardo alla realizzazione dell'hospice pediatrico nel territorio dell'Ast di Pesaro-Urbino* (cfr. DGRM 1238/2021).

1.2.3 PNRR Missione 6 Salute – Ricognizione attività

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

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

1. **Componente 1:** Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza territoriale;
2. **Componente 2:** Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale.

La *Componente 1* ha l'obiettivo di rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie all'attivazione e al potenziamento di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), rafforzando l'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi sociosanitari.

La *Componente 2* comprende, invece, misure volte al rinnovamento e all'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, al potenziamento e alla diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) ed una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) da realizzare anche attraverso il potenziamento dei flussi informativi sanitari. Inoltre, rilevanti risorse sono destinate anche alla ricerca scientifica e a rafforzare le competenze e il capitale umano del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

La riforma prevista dal PSSR prevede lo sviluppo di strutture di prossimità, quali le **Case di Comunità**, le **Centrali operative territoriali** e il potenziamento di strutture di assistenza intermedia, poste tra ospedale e territorio, quali gli **Ospedali di comunità**, nonché il potenziamento dell'assistenza domiciliare.

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

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

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

La stessa Regione, essendo legittimata ad avvalersi degli Enti del Servizio Sanitario Regionale (Soggetti attuatori esterni) per dare esecuzione agli interventi in base alla competenza territoriale dei medesimi, ha provveduto in tal senso, conferendo specifiche deleghe come da D.G.R. n. 970 del 27/07/2022 "Piano

Nazionale di Ripresa e Missione 6 Salute - Componenti 1 e 2: Approvazione delega delle attività e ripartizione risorse agli Enti del Sistema Sanitario Regionale” e relativi Allegati.

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

• **Missione M6C2 “Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale” – Investimento 1.3.1. (b) “Adozione e utilizzo FSE da parte delle Regioni”**

Richiamando la DGR n. 892 del 26/06/2023 avente ad oggetto: *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) Missione M6C2 “Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale” - Investimento 1.3.1(b) “Adozione e utilizzo FSE da parte delle regioni”: delega delle attività e ripartizione delle risorse agli Enti del SSR:*

-l’ammontare complessivo assegnato a questa AST per l’intervento in oggetto di cui all’Allegato A della medesima DGR ammonta a € 594.791,90 - CUP F47G23000040001

-in relazione alle fasi del processo si richiama quanto dettagliato nel documento “FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO 2.0 - Linee Guida per l’avvio delle attività amministrative” che riassume il processo delle attività in quattro principali punti come analiticamente di seguito indicato:

Processo di assegnazione delle risorse	01	<ul style="list-style-type: none">• Creazione dei Capitoli di Entrata e di Spesa• Assegnazione delle risorse e dei relativi target e milestone stabiliti dal DM riparto
Ricezione delle risorse da parte degli Enti del SSR	02	<ul style="list-style-type: none">• Presa d’atto da parte degli Enti del SSR• Apertura dei CUP da parte degli Enti del SSR
Contrattualizzazione degli operatori economici	03	<ul style="list-style-type: none">• Selezione degli operatori economici contraenti• Contrattualizzazione• Emissione degli Ordini• Gestione dei provvedimenti di liquidazione
Monitoraggio e rendicontazione su Regis	04	<ul style="list-style-type: none">• Monitoraggio –Compilazione Anagrafica Progetto• Rendicontazione

Alla luce della recente DGR n. 1841 del 5/12/2023 avente oggetto “*Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) Missione M6C2 “Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale” – Investimento 1.3.1. (b) “Adozione e utilizzo FSE da parte delle Regioni”: approvazione provvedimento di delega ed assegnazione delle risorse agli Enti del SSR*, essendo stato portato a compimento il punto 2 del processo, è necessario provvedere ad avviare gli interventi di adeguamento sugli applicativi sanitari in utilizzo di cui all’Allegato 1 del DECRETO DEL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO SALUTE n. 46 del 5/6/2023 avente ad oggetto: *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione M6C2 “Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale”: Approvazione degli interventi afferenti l’investimento 1.3.1 “Fascicolo Sanitario Elettronico”*.

Per tutto quanto sopra premesso, è stato avviato il punto 3 del processo, procedendo all’affidamento delle attività di adeguamento di alcuni sistemi informativi sanitari presenti in questa AST all’Allegato 1 del DECRETO DEL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO SALUTE n. 46 del 5/6/2023, nelle more di successivi interventi su altri sistemi.

L’implementazione e il potenziamento degli applicativi soggetti all’intervento prevedono il processo di alimentazione verso l’FSE 2.0 articolato in quattro distinte fasi:

- **Fase 1:** Pubblicazione dei documenti prodotti secondo gli standard FSE 2.0 utilizzando il flusso attualmente in uso;

- **Fase 2:** Erogatore firma digitale regionale in fase di implementazione;
- **Fase 3:** Adeguamento con il nuovo flusso attraverso il Gateway;
- **Fase 4:** Implementazione del tutto attraverso middleware.

Le attività, realizzate in conformità ai target previsti nel PNRR, necessarie alla corretta implementazione degli applicativi per garantirne l'interoperabilità sono di seguito elencate:

- Firma digitale secondo il formato PAdES;
- Formato del documento CDA2 iniettato nel PDF;
- Adeguamento alle fasi sopracitate.

- **Misura 1.4.3 "Adozione piattaforma PagoPA"**

CUP	Scadenza	fornitore	Stato	Attività
F71F23000040006	15/01/2024	GPI	Contratto unico con il fornitore del CUP (GPI di Trento) con procedure e costi suddivisi tra AASSTT	ASTPU: trattativa diretta in corso (dovrebbe chiudersi in settimana) da caricare su PADigitale 2026
		ENG	Contratto unico con ENGINEERING procedure e costi suddivisi tra AASSTT Massimo Giammattei DEC M.Teresa Guiducci verificatore di conformità	Contratto con ENG sottoscritto in data 27/11/2023 caricato in piattaforma PaDigitale2026
		Regione	Convenzione ASTPU con Regione Marche per MPAY	Adottata determina DG n. 1532 del 28/11/2023 Convenzione firmata da entrambe le parti, documenti caricati su PADigitale 2026

- **Misura 1.4.3 "Adozione AppIO"**

CUP	Scadenza	fornitore	Stato	Attività
F71F23000030006	01/05/2024	GPI	Contratto unico con il fornitore del CUP (GPI di Trento) con procedure e costi suddivisi tra AASSTT	ASTPU: trattativa diretta in corso (dovrebbe chiudersi in settimana) da caricare su PADigitale 2026
		Dedalus	Contratto unico con Dedalus per invio messaggi FSE - AppIO procedure e costi suddivisi tra AASSTT	Chiesto agli acquisti e Logistica di fare la procedura di affidamento programmato per gennaio 2024

l'ammontare complessivo assegnato a questa AST per l'intervento in oggetto di cui all'Allegato A della medesima DGR ammonta a € 35.424,00 (decreto DTD n.130-1/2022 PRNN 2023)

Finanziamento di tipo "lump sum" perfezionabile al completo raggiungimento dell'obiettivo ovvero entro 240 giorni dalla contrattualizzazione con il fornitore - NO Regis

- **Misura 1.4.4 "Estensione dell'utilizzo delle piattaforme nazionali di identità digitale - SPID CIE"**

CUP	Scadenza	fornitore	Stato	Attività
F71F23000120006	13/11/2024	SCS / MAPS	Preventivo Maps - Nicola Montone	Stipulare e inserire in piattaforma i contratti DECIDERE SE e COME PROCEDERE Affidamento diretto App Maps di cui abbiamo già il preventivo

l'ammontare complessivo assegnato a questa AST per l'intervento in oggetto di cui all'Allegato A della medesima DGR ammonta a €14.000,00 (decreto DTD n.126-1/2022 PRNN 2023)

Finanziamento di tipo "lump sum" perfezionabile al completo raggiungimento dell'obiettivo ovvero entro 240 giorni dalla contrattualizzazione con il fornitore - NO Regis

- **Misura 1.1 e 1.2 "Infrastrutture digitali e abilitazione al cloud" - ASL/AO**

CUP	Scadenza	fornitore	Stato	Attività
F71C23000580006	20/12/2023	Polo Strategico Nazionale (TIM, Leonardo, ...)	In accordo con le altre AST in quanto coinvolge i software unici (118 / SIRTE / DSEO / SIMA, SCOPRE / sitoweb/ Paleo / Openact /AREAS) MARCHE NORD (solo Ausylia)	PSN per servizi critici: inviato il Piano dei fabbisogni il 29/11/2023 - PSN 60 giorni per rispondere - ASTPU 10 giorni per contrattualizzare PREDISPORRE GLI ATTI E I DOCUMENTI contratto da inserire in piattaforma PADigitale2026 software critici: ex ASUR (SIRTE, DSEO, ..., 118, SIAMA, SCOPRE,) ex Marche Nord (Ausylia di SCS)
		??		SITOWEB: Contratto unico per tutte le AASSTT - RUP Simoncini Stefano Inserire il contratto in piattaforma PADigitale2026
		Regione Marche		Caricare Determina e Convenzione Paleo ed Openact PS: se non inseriso in piattaforma prima i dati del fornitore del sito web non mi possono caricare i contratti
		Regione Marche		AREAS: Adozione Determina e Sottoscrizione Convenzione con Regione che effettua la migrazione

Il dipartimento per la Trasformazione Digitale che ha emesso il bando per il finanziamento di questo progetto richiedeva, propedeuticamente, la produzione della classificazione dei dati e dei servizi trattati all'interno delle aziende.

L'Azienda AST PU ha provveduto all'invio al Dipartimento per la Trasformazione Digitale della Classificazione dei dati e dei servizi e con nota prot. n.11668 del 16/02/2023 e ne ha ricevuto riscontro, con il quale veniva comunicato che l'Azienda ha completato la classificazione dei dati e dei servizi numero 01091752, accettando l'elenco predefinito e la relativa classificazione.

La classificazione dei servizi parte da una netta distinzione:

- **critico:** servizi la cui compromissione può determinare un pregiudizio al mantenimento di funzioni rilevanti per la società, la salute, la sicurezza e il benessere economico e sociale del Paese;
- **ordinario:** servizi la cui compromissione non provochi un pregiudizio per il benessere economico e sociale del Paese.

Categoria	Nome Servizio	classificazione
ASSISTENZA DISTRETTUALE	CONTINUITÀ ASSISTENZIALE	critico
ASSISTENZA DISTRETTUALE	EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	critico
ASSISTENZA DISTRETTUALE	ASSISTENZA INTEGRATIVA	critico
ASSISTENZA DISTRETTUALE	ASSISTENZA PROTESICA	critico
ASSISTENZA DISTRETTUALE	PERCORSI ASSISTENZIALI INTEGRATI	critico
ASSISTENZA DISTRETTUALE	CURE DOMICILIARI (ANCHE PALLIATIVE)	critico
ASSISTENZA DISTRETTUALE	ASSISTENZA SOCIO SANITARIA AI MINORI , ALLE DONNE, ALLE COPPIE, ALLE FAMIGLIE	critico
ASSISTENZA DISTRETTUALE	ASSISTENZA RESIDENZIALE E SEMI-RESIDENZIALE	critico
ASSISTENZA OSPEDALIERA	PRONTO SOCCORSO	critico
ASSISTENZA OSPEDALIERA	ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE	critico
ASSISTENZA OSPEDALIERA	RICOVERO ORDINARIO PER ACUTI	critico
ASSISTENZA OSPEDALIERA	DAY SURGERY	critico
ASSISTENZA OSPEDALIERA	DAY HOSPITAL	critico
ASSISTENZA OSPEDALIERA	RIABILITAZIONE E LUNGODEGENZA POST ACUZE	critico
ANAGRAFE NAZIONALE ASSISTIBILI	ANAGRAFE NAZIONALE ASSISTIBILI	critico
ASSISTENZA DISTRETTUALE	ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE	critico
PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITÀ PUBBLICA	SORVEGLIANZA, PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE, INCLUSI I PROGRAMMI VACCINALI	critico
PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITÀ PUBBLICA	SORVEGLIANZA E PREVENZIONE DELLE MALATTIE CRONICHE, INCLUSI LA PROMOZIONE DI STILI DI VITA SANI ED I PROGRAMMI ORGANIZZATI DI SCREENING; SORVEGLIANZA E PREVENZIONE NUTRIZIONALE	critico
NUMERI UNICI	NUMERI UNICI (NUE)	critico
SERVIZI INFORMATIVI	COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE WEB E OPEN DATA	ordinario
Servizi di funzionamento	Protocollo	ordinario
Servizi di funzionamento	Gestione documentale	ordinario
Servizi di funzionamento	Personale	ordinario
Servizi di funzionamento	Contabilità, Bilancio e Controllo	ordinario
Servizi di funzionamento	Acquisti	ordinario

Con nota prot. 0043105|23/05/2023|AST-PU|PROAV1|A è stata inviata la candidatura di ASTPU per l'avviso PNRR multimisura 1.1. e 1.2 Infrastrutture Digitali e abilitazione al cloud – ASL/AO M1C1 PNRR finanziato dall'unione Europea NextGenerationEU. La sintesi del contenuto del Piano di migrazione contiene anche l'indicazione della collocazione dei servizi:

Categoria	Nome Servizio	classificazione	destinazione
ASSISTENZA DISTRETTUALE	CONTINUITÀ ASSISTENZIALE	critico	PSN
ASSISTENZA DISTRETTUALE	EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	critico	PSN
ASSISTENZA DISTRETTUALE	ASSISTENZA INTEGRATIVA	critico	PSN
ASSISTENZA DISTRETTUALE	ASSISTENZA PROTESICA	critico	PSN
ASSISTENZA DISTRETTUALE	PERCORSI ASSISTENZIALI INTEGRATI	critico	PSN
ASSISTENZA DISTRETTUALE	CURE DOMICILIARI (ANCHE PALLIATIVE)	critico	PSN
ASSISTENZA DISTRETTUALE	ASSISTENZA SOCIO SANITARIA AI MINORI , ALLE DONNE, ALLE COPPIE, ALLE FAMIGLIE	critico	PSN
ASSISTENZA DISTRETTUALE	ASSISTENZA RESIDENZIALE E SEMI-RESIDENZIALE	critico	PSN
ASSISTENZA OSPEDALIERA	PRONTO SOCCORSO	critico	PSN
ASSISTENZA OSPEDALIERA	ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE	critico	PSN
ASSISTENZA OSPEDALIERA	RICOVERO ORDINARIO PER ACUTI	critico	PSN
ASSISTENZA OSPEDALIERA	DAY SURGERY	critico	PSN
ASSISTENZA OSPEDALIERA	DAY HOSPITAL	critico	PSN
ASSISTENZA OSPEDALIERA	RIABILITAZIONE E LUNGODEGENZA POST ACUZZIE	critico	PSN
ANAGRAFE NAZIONALE ASSISTIBILI	ANAGRAFE NAZIONALE ASSISTIBILI	critico	PSN
ASSISTENZA DISTRETTUALE	ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE	critico	PSN
PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITÀ PUBBLICA	SORVEGLIANZA, PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE, INCLUSI I PROGRAMMI VACCINALI	critico	PSN
PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITÀ PUBBLICA	SORVEGLIANZA E PREVENZIONE DELLE MALATTIE CRONICHE, INCLUSI LA PROMOZIONE DI STILI DI VITA SANI ED I PROGRAMMI ORGANIZZATI DI SCREENING; SORVEGLIANZA E PREVENZIONE NUTRIZIONALE	critico	PSN
NUMERI UNICI	NUMERI UNICI (NUE)	critico	PSN
SERVIZI INFORMATIVI	COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE WEB E OPEN DATA	ordinario	CSP qualificato
Servizi di funzionamento	Protocollo	ordinario	PA adeguata
Servizi di funzionamento	Gestione documentale	ordinario	PA adeguata
Servizi di funzionamento	Personale	ordinario	PA adeguata
Servizi di funzionamento	Contabilità, Bilancio e Controllo	ordinario	PA adeguata
Servizi di funzionamento	Acquisti	ordinario	PA adeguata

Al fine di procedere con le attività si sono dovuti elencare i software afferenti ai servizi indicati

Categoria	Nome Servizio	classificazione	destinazione	Applicativi interessati
ASSISTENZA DISTRETTUALE	CONTINUITÀ ASSISTENZIALE	critico	PSN	SIRTE GM
ASSISTENZA DISTRETTUALE	EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	critico	PSN	software 118
ASSISTENZA DISTRETTUALE	ASSISTENZA INTEGRATIVA	critico	PSN	Sirte, GOpenCare
ASSISTENZA DISTRETTUALE	ASSISTENZA PROTESICA	critico	PSN	Sirte, GOpenCare
ASSISTENZA DISTRETTUALE	PERCORSI ASSISTENZIALI INTEGRATI	critico	PSN	SIRTE (Segreteria, PIC)
ASSISTENZA DISTRETTUALE	CURE DOMICILIARI (ANCHE PALLIATIVE)	critico	PSN	SIRTE ASI
ASSISTENZA DISTRETTUALE	ASSISTENZA SOCIO SANITARIA AI MINORI , ALLE DONNE, ALLE COPPIE, ALLE FAMIGLIE	critico	PSN	SIRTE consultori
ASSISTENZA DISTRETTUALE	ASSISTENZA RESIDENZIALE E SEMI-RESIDENZIALE	critico	PSN	SIRTE RSE
ASSISTENZA OSPEDALIERA	PRONTO SOCCORSO	critico	PSN	DSEO , Ausylia
ASSISTENZA OSPEDALIERA	ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE	critico	PSN	DSEO , Ausylia
ASSISTENZA OSPEDALIERA	RICOVERO ORDINARIO PER ACUTI	critico	PSN	DSEO , Ausylia
ASSISTENZA OSPEDALIERA	DAY SURGERY	critico	PSN	DSEO , Ausylia
ASSISTENZA OSPEDALIERA	DAY HOSPITAL	critico	PSN	DSEO , Ausylia
ASSISTENZA OSPEDALIERA	RIABILITAZIONE E LUNGODEGENZA POST ACUZZIE	critico	PSN	DSEO , Ausylia
ANAGRAFE NAZIONALE ASSISTIBILI	ANAGRAFE NAZIONALE ASSISTIBILI	critico	PSN	ARCA
ASSISTENZA DISTRETTUALE	ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE	critico	PSN	SIRTE
PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITÀ PUBBLICA	SORVEGLIANZA, PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE, INCLUSI I PROGRAMMI VACCINALI	critico	PSN	SIAMA di Onit
PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITÀ PUBBLICA	SORVEGLIANZA E PREVENZIONE DELLE MALATTIE CRONICHE, INCLUSI LA PROMOZIONE DI STILI DI VITA SANI ED I PROGRAMMI ORGANIZZATI DI SCREENING; SORVEGLIANZA E PREVENZIONE NUTRIZIONALE	critico	PSN	SCOPRE di Aynapsys
NUMERI UNICI	NUMERI UNICI (NUE)	critico	PSN	118 parte registrtori e centralini
SERVIZI INFORMATIVI	COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE WEB E OPEN DATA	ordinario	CSP qualificato	Nuovo Sito web
Servizi di funzionamento	Protocollo	ordinario	PA adeguata	Paleo2020
Servizi di funzionamento	Gestione documentale	ordinario	PA adeguata	OpenAct
Servizi di funzionamento	Personale	ordinario	PA adeguata	AREAS HR
Servizi di funzionamento	Contabilità, Bilancio e Controllo	ordinario	PA adeguata	AREA AMC
Servizi di funzionamento	Acquisti	ordinario	PA adeguata	AREA AMC

In base alla destinazione (PSN, Regione o CSP) si sono avviate le attività di analisi che sono raggruppabili in 3 macro categorie:

- Sottoscrizione di una apposita convenzione per la migrazione di AREAS e adozione determina.
- Contratto per la collocazione del nuovo SITO WEB aziendale su CSP (Cloud Service Provider certificato)
PSN: redazione Piano dei fabbisogni, in condivisione con le altre AASSTT

I costi non sono ancora noti, ma comprendono le seguenti macro categorie:

- un costo per le attività di configurazione e spostamento sul PSN (una tantum)
- un canone per i server, CPU, RAM, ... (canone annuale)
- un canone per i servizi di sicurezza, pacchetto minimo obbligatorio (Leonardo – canone annuale)

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

Le Case della Comunità (CdC) all'interno del PNRR venivano ideate quale "luogo fisico, di prossimità e di facile individuazione al quale l'assistito può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria" (Cfr. All. I D.M. 23.05.2022 n. 77). Nello specifico le CdC venivano pensate, come mezzo per garantire parità di accesso, prossimità territoriale e qualità dell'assistenza alle persone indipendentemente dall'età e dal loro quadro clinico (Cfr. Piano Operativo regionale – allegato al CIS – Regione Marche). In ottemperanza a ciò, la Giunta regionale delle Marche con la deliberazione n. 114 del 14 febbraio 2022 approvava l'individuazione dei siti idonei in cui attivare – per quel che in questa sede interessa – le 29 Case della Comunità (C.d.C.) previste quali target regionali del PNRR. Inoltre, la Regione Marche - con D.G.R. n. 970/2022 e D.G.R. n. 1330/2022 – disponeva la delega agli Enti del SSR - quali soggetti attuatori esterni - per la realizzazione degli interventi della Missione 6 Componente 1, dando indicazioni per la ripartizione dei relativi fondi. Successivamente l'ASUR Marche - con determine del DG n. 532/2022, n. 537/2022 e n. 548/2022 - disponeva la delega alle Aree Vaste – ora traslati in capo all'AST PU - per il tramite dei competenti Uffici, delle funzioni operative inerenti l'attuazione degli interventi ricompresi nella Missione 6-Salute. Disponeva, inoltre, con determina n. 258/2022, per l'individuazione dei siti idonei e dei relativi responsabili di procedimento (RUP). Tra gli interventi destinati all'attuazione della Missione 6, Componente 1 (M6C1), investimento 1.1. del PNRR, relativo alle "Case della Comunità e presa in carico della persona", veniva individuato anche quello per la realizzazione Casa della Comunità di Pesaro-Galantara. Stato dell'arte Prima MILESTONE 31/03/2023: il PFTE veniva consegnato in data 23/02/2023 da parte del progettista incaricato. Il finanziamento iniziale prevedeva un importo per lavori di euro 1,4 mln ed euro 1,1mln di somme a disposizione, per un totale da quadro economico di euro 2,5 mln. Il PFTE invece, prevedeva un importo di lavori pari a euro 1.575.596,91 ed euro 924.403,09 di somme a disposizione rispettando comunque un importo totale da quadro economico di euro 2,5 mln. Il QE veniva rimodulato sulla base dei ribassi di aggiudicazione dei relativi Accordi Quadro di Invitalia e sul fondo FOI concesso, determinando una economia rispetto al finanziamento iniziale.

I target/milestone PNRR per il 2023 risultano raggiunti.

M6C1-1.1. -CdC di Fossombrone -

Il progetto definitivo ed esecutivo è stato consegnato in data 01/03/2023 integrato successivamente il 07/06/2023 per un importo da QTE di euro di 755.000,00. La verifica del progetto è stato conclusa il 29/05/2023 con esito positivo da parte di un professionista incaricato, il progetto è stato pertanto validato dal R.U.P. in data 08/06/2023. Il CIG per la gara è stato acquisito ed è in via di perfezionamento per avviare la procedura di gara. Il progetto esecutivo ha evidenziato un incremento dei costi dovuti all'aggiornamento dei prezziari regionali di 57.309,65 euro per la quale sarà presentata la richiesta di accesso al FOI II semestre per adeguamento prezzi, siamo in attesa di sapere se la stessa verrà accolta e in che misura. Al momento l'incremento del QTE di euro 55.000,00 rispetto al finanziamento sarà coperto da fondi correnti secondo il verbale ricevuto dal Dipartimento Salute con nota (prot. 0055154|28/06/2023|ASTPU|PROAV1|A) che invitava il RUP a portare avanti le procedure grazie alla copertura finanziaria garantita direttamente dell'AST PU. Con determina n 720 del 29/06/2023 è stato approvato il progetto esecutivo della CdC di Fossombrone. Con determina n 1079 del 26/06/2023 sono stata affidati i lavori per la realizzazione della CdC di Fossombrone e in data 29/09/2023 è stato firmato il contratto con l'impresa esecutrice.

M6C1-1.1. - CdC di Mondolfo

Prima MILESTONE 31/03/2023: il progetto definitivo ed esecutivo è stato consegnato, la verifica del progetto è stato conclusa il 31.03.2023 con esito positivo da parte di un professionista incaricato, il progetto

è stato pertanto validato dal R.U.P. in data 03.04.2023. Il CIG per la gara è stato acquisito ed è in via di perfezionamento per avviare la procedura di gara. Il progetto esecutivo ha evidenziato un incremento dei costi dovuti all'aggiornamento dei prezziari regionali di 13.308,26 euro per la quale sarà presentata la richiesta di accesso al FOI II semestre per adeguamento prezzi, siamo in attesa di sapere se la stessa verrà accolta e in che misura. Con determina n 496 del 9/5/2023 è stato approvato il progetto esecutivo della CdC di Mondolfo.

Con determina n 1076 del 26/9/2023 sono stata affidati i lavori per la realizzazione della CdC di Mondolfo e in data 29/09/2023 è stato firmato il contratto con l'impresa esecutrice iv.

M6C1 – 1.2.2 - COT di Urbino Via Comandino –

Le Centrali Operative Territoriali (COT), venivano concepite all'interno del PNRR, quali strumenti organizzativi innovativi, con funzioni di coordinamento della presa in carico del cittadino/paziente e di raccordo tra servizi e soggetti coinvolti nel processo assistenziale nei diversi setting assistenziali, attività territoriali sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e della rete di emergenza urgenza. Per le DGR e gli atti regionali di attuazione si veda il punto sub. i). Stato dell'arte Prima MILESTONE 31/12/2022: il progetto esecutivo è stato validato e approvato con Determina n. 1523 DAV1del 30-12-2022, la gara per l'affidamento dei lavori è stata conclusa nella piattaforma MEPA, e aggiudicata con determina n.722 del 29/06/2023 e firma del contratto in data 30/6/2023, come previsto dal MILESTONE. Il progetto esecutivo ha evidenziato un incremento dei costi dovuti all'aggiornamento dei prezziari regionali di 8.975,36 euro: la domanda è stata accolta per l'intero importo richiesto nel FOI I semestre. In data 27/11/2023 è stata effettuata la consegna dei lavori con la ditta esecutrice.

M6C1 – 1.2.2 - COT di Fano via IX Novembre –

Prima MILESTONE 31/12/2022: il progetto esecutivo è stato validato e approvato con Determina n. 1524 DAV1del 30-12-2022, la gara per l'affidamento dei lavori è stata conclusa nella piattaforma MEPA, e aggiudicata con determina n.721 del 29/06/2023 e firma del contratto in data 30/6/2023, come previsto dal MILESTONE. Il progetto esecutivo ha evidenziato un incremento dei costi dovuti all'aggiornamento dei prezziari regionali di 2.220,88 euro: la domanda è stata accolta per l'intero importo richiesto nel FOI I semestre.

M6C1 – 1.2.2 - COT di Pesaro Via Alfano –

Prima MILESTONE 31/12/2022: il progetto esecutivo è stato validato e approvato con Determina n. 1522 DAV1del 30-12-2022, la gara per l'affidamento dei lavori è stata conclusa nella piattaforma MEPA, e aggiudicata con determina n.719 del 29/06/2023 e firma del contratto in data 30/6/2023, come previsto dal MILESTONE. Il progetto esecutivo ha evidenziato un incremento dei costi dovuti all'aggiornamento dei prezziari regionali di 5.132,72 euro: la domanda è stata accolta per l'intero importo richiesto nel FOI I semestre. In data 11/12/2023 è stata effettuata la consegna dei lavori con la ditta esecutrice.

M6C1-1.3. -OdC di Mombaroccio –

Gli Ospedali di Comunità venivano pensati all'interno del PNRR come mezzo per potenziare e riorganizzare i servizi offerti sul territorio, migliorandone al contempo la qualità. In ottemperanza a ciò, la Giunta regionale delle Marche con la deliberazione n. 114 del 14 febbraio 2022 approvava l'individuazione dei siti idonei in cui attivare – per quel che in questa sede interessa – i 9 Ospedali di Comunità (O.d.C.) previsti quali target regionali del PNRR. Inoltre, la Regione Marche – con D.G.R. n. 970/2022 e D.G.R. n. 1330/2022 – disponeva la delega agli Enti del SSR – quali soggetti attuatori esterni – per la realizzazione degli interventi della Missione 6 Componente 1, dando indicazioni per la ripartizione dei relativi fondi. Successivamente l'ASUR Marche – con determine del DG n. 532/2022, n. 537/2022 e n. 548/2022 – disponeva la delega alle Aree Vaste, per il tramite dei competenti Uffici, delle funzioni operative inerenti l'attuazione degli interventi ricompresi nella Missione 6-Salute. Disponeva, inoltre, con determina n. 258/2022, per l'individuazione dei

siti idonei e dei relativi responsabili di procedimento. Tra gli interventi destinati all'attuazione degli investimenti previsti dalla suddetta Componente 1 della Missione 6 (M6C1), relativa alle "Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale", veniva individuato anche quello per la realizzazione dell'Ospedale di Comunità di Mombaroccio (PU). Stato dell'arte Prima MILESTONE 31/03/2023 - I progettisti incaricati consegnavano il primo progetto PFTE che prevedeva 30 pl, in data 25/01/2023. Il PFTE evidenziava un notevole incremento dei costi per un quadro economico di 8.45 mln di euro a fronte dei 3.6 mln previsti dal finanziamento. Il PFTE veniva dunque trasmesso al Dipartimento Salute per mail nei primi giorni del mese di febbraio, che ne verificava sommariamente la consistenza, dando indicazione per le vie brevi al RUP di riproporre ai progettisti una revisione per stralci funzionali, al fine di contenere i costi e superfici. A seguito della rimodulazione, consistente nella eventuale riduzione a 15 posti letto (dotazione minima da standard per OdC) e alla ottimizzazione degli impianti, gli importi totali da quadro economico scaturiti erano: di 5,5 mln di euro¹. Veniva presentata richiesta di accesso al FOI per adeguamento prezzi. Veniva inoltre rimodulato il QE sulla base dei ribassi di aggiudicazione dei relativi Accordi Quadro di Invitalia e sul fondo FOI concesso, determinando una riduzione del QE derivante dal PFTE. Allo stato attuale, il QE dell'intervento ammonta a euro 4.800.000, coperto in parte da fondi PNRR (3.600.000,00) in parte tramite accesso al FOI per € 360.000,00 (decreto n. 211 MEF-RGS del 17 novembre 2023) e i restanti oneri tramite fondi regionali (nota regionale prot. n. 1415619/20/11/2023|R_MARCHE|GRM|SALU|P|500.50.20/2022/SSIS/1103). In data 6.7.2023 veniva indetta Conferenza dei servizi, che si concludeva con esito favorevole in data 14.9.2023. Con determina n. 855 del 4.8.2023 si aderiva all'Accordo Quadro Invitalia per i servizi di verifica alla progettazione. La verifica de qua si concludeva con esito favorevole in data 21.11.2023. In data 27.11.2023 veniva validato dal RUP il PFTE.

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

Rispetto dei principi PNRR

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

Realizzazione "Nuovo Ospedale di Pesaro"

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

Coerentemente alla DGRM n. 314 del 21.03.2022 la riorganizzazione e riqualificazione della rete ospedaliera viene realizzata in base ad un modello organizzativo-strutturale che supera quello di accentramento dei servizi ospedalieri ma si sviluppa, sempre nell'ottica di adeguamento al DM 70/2015, secondo direttrici che si inseriscono nell'ambito delle recenti disposizioni nazionali, emerse a seguito degli eventi pandemici, in

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

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

La costruzione del nuovo ospedale a Muraglia, sarà uno degli impegni di maggiore rilevanza per la Direzione della AST per il 2024 e per i prossimi anni; il trasferimento delle attività presenti nelle attuali strutture di Muraglia, oggetto di future demolizioni, i lavori di adeguamento e la progettualità delle attività sanitarie, dovranno tener conto della necessità di garantire le prestazioni necessarie alla popolazione e mettere in sicurezza le stesse strutture e il personale che vi opera.

Molte delle strutture e servizi che saranno delocalizzati per l'esecuzione dei lavori ritorneranno nella nuova struttura ospedaliera (tutti reparti per acuti), mentre i servizi territoriali, previo adeguamento degli edifici alle norme specifiche di accreditamento, potranno essere ricollocati all'interno dell'ex Ospedale San Salvatore, insieme a servizi tecnici e amministrativi attualmente situati in stabili non di proprietà.

1.2.4 ATTIVITA'

ATTIVITA' DI PREVENZIONE

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

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

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

L'esperienza della pandemia da virus SARS-CoV-2 ha dimostrato in maniera evidente la rilevanza della "preparedness", ovvero la capacità di preparazione e risposta alle emergenze per la salute pubblica e che questa funzione trasversale a tutte le articolazioni del Servizio Sanitario Regionale debba rafforzarsi in particolar modo nei confronti delle emergenze di natura infettiva.

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

Al fine di adeguare i Dipartimenti di Prevenzione dell'AST di Pesaro e Urbino alla luce della L.R. 19 dell'8 agosto 2022 (Organizzazione del SSR) l'Azienda ha messo in campo specifiche linee di sviluppo per attuare un modello organizzativo che migliori efficacia ed efficienza e, in particolare, migliori l'omogeneità organizzativa e funzionale sul territorio nello svolgimento dei compiti assegnati dai LEA alla macro area Prevenzione.

In particolare l'evoluzione dell'attuale modello sarà mirata:

1. all'adeguamento strutturale necessario per giungere ad una rete regionale integrata per la prevenzione collettiva costituita dal Dipartimento di Prevenzione dell'AST e dalle specifiche strutture di coordinamento individuate dalla normativa regionale presso l'ARS, (valutare la possibilità di individuare anche Unità Operative nei singoli DP a valenza regionale, come supporto all'attività di tali strutture organizzative regionali);
2. alla revisione delle dotazioni organiche dell'AST, finalizzate al raggiungimento dell'effettiva assegnazione ed utilizzo del 5% del FSR come da indicazioni nazionali e tenendo conto in particolare:
 - della necessità di una omogenea distribuzione del personale nel territorio e di un adeguato equilibrio tra le figure amministrative, tecniche (sanitarie e della prevenzione) e dirigenziali, in coerenza con il rispetto dei vincoli economici e normativi al tempo esistenti;
 - delle funzioni da potenziare in relazione alle indicazioni nazionali derivanti dal DM del Ministero della Salute 23.5.2022 n. 77, quali il supporto alle autorità sanitarie locali e regionali per la preparazione e risposta rapida alle crisi/emergenze di natura infettiva ed ambientale, la comunicazione del rischio, la promozione della salute e l'organizzazione degli screening per il contrasto alle patologie croniche non trasmissibili, la funzione epidemiologica per l'analisi dei bisogni ed il monitoraggio della efficacia degli interventi;
 - delle funzioni da potenziare, in coerenza con il Decreto del Ministro della Salute del 9/6/2022, nell'ambito del Sistema Regionale Prevenzione Salute dai Rischi Ambientali e Climatici (SRPS) in fase di costituzione,
3. all'utilizzo della formazione come uno degli strumenti sostanzialmente più importanti per l'adeguamento del Dipartimento di Prevenzione alla sua attuale mission definendo alcuni campi strategici in cui attuare prioritariamente questa formazione.

In questo contesto, l'articolo 34 della medesima legge conferma il ruolo del Dipartimento di Prevenzione (DP), già istituito con L.R. 17/7/1996 n. 26 e successivamente adeguato alle modifiche introdotte dal D.Lvo 502/92 e s.m.i. ed alle norme regionali, quale struttura di ciascuna Azienda Sanitaria Territoriale preposta all'organizzazione e alla promozione della tutela della salute della popolazione e al miglioramento della qualità della vita, attraverso azioni tendenti a conoscere, prevedere e prevenire gli infortuni, le malattie e le disabilità. Il DP garantisce, in base alla definizione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA), le funzioni di prevenzione collettiva e sanità pubblica di cui all'articolo 7 ter del D.lgs. 502/1992. A tal fine il DP:

- a) assicura in modo unitario la gestione dei sistemi informativi relativi allo stato di salute della popolazione umana e animale, nell'ambito della rete epidemiologica regionale;
- b) assicura, in integrazione con le altre strutture organizzative interessate, l'informazione finalizzata alla prevenzione dei rischi per la salute ai cittadini, ai lavoratori, alle associazioni di rappresentanza, alle strutture del servizio sanitario regionale e agli enti locali;
- c) sviluppa e coordina lo svolgimento, in integrazione con le altre strutture organizzative interessate, di programmi di promozione della salute e della sicurezza della popolazione;
- d) garantisce l'istruttoria tecnico-sanitaria per le funzioni amministrative di competenza della Regione e degli enti locali;
- e) garantisce la programmazione e l'esecuzione delle attività di prevenzione, controllo e vigilanza nei settori di competenza.

Il DP ha il compito di promuovere azioni volte a individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana e animale, mediante iniziative coordinate con i distretti e con gli altri Dipartimenti, territoriali e ospedalieri dell'AST, prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline. Alla luce di quanto definito dal LEA "Prevenzione collettiva e sanità pubblica", il DP garantisce il

supporto tecnico-scientifico alle Autorità sanitarie locali in tutti gli aspetti relativi alla Sanità Pubblica ed esercita nell'ambito delle risorse umane disponibili a legislazione vigente le seguenti funzioni:

- A. sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali;
- B. tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati;
- C. sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro;
- D. salute animale e igiene urbana veterinaria;
- E. sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori;
- F. sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening, sorveglianza e prevenzione nutrizionale.

A partire dalle funzioni sopra menzionate il DP, per la sua missione di supporto tecnico-scientifico alle autorità sanitarie locali e regionali, è chiamato a garantire attività trasversali quali la preparazione e risposta rapida alle crisi/emergenze di natura infettiva, ambientale, ecc.

Nell'ambito del contrasto alle malattie croniche non trasmissibili, il DP agisce in stretto raccordo con il Distretto per la programmazione, attuazione, validazione e coordinamento di azioni finalizzate all'individuazione di condizioni di rischio individuali e al conseguente indirizzo a interventi mirati alla promozione della salute e/o alla presa in carico della persona.

Per la piena realizzazione del suo mandato il DP adotta una governance flessibile (multidisciplinare, multi professionale, multisettoriale), capace di aggregare intorno ad obiettivi complessi professionalità diverse, anche esterne al sistema sanitario.

L'Azienda prevede che nel 2024 il Dipartimento di Prevenzione promuova:

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

Le summenzionate aree di intervento indicate dai LEA includono programmi/attività volti a perseguire specifici obiettivi di salute. Per ogni programma vengono indicate le "componenti principali" e tali indicazioni, pur non avendo carattere specificamente vincolante, rappresentano fattori di garanzia per il raggiungimento degli obiettivi sopra elencati.

INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

Nel contesto regionale, dallo studio dei dati demografici della popolazione assistita si osserva un aumento della popolazione anziana che impone una maggiore attenzione al mondo della cronicità, al fine di

rispondere alla complessità delle domande di salute indotte dalla continua crescita delle patologie cronico-degenerative. Il mondo della cronicità, in particolare per le fasce più anziane della popolazione, comporta un sempre maggiore impegno di risorse, richiedendo continuità di assistenza per periodi di lunga durata e una forte integrazione dei servizi sanitari con quelli sociali.

L'assistenza sociosanitaria comprende le prestazioni necessarie a soddisfare il bisogno di salute del cittadino, anche nel lungo periodo, a stabilizzare il quadro clinico, a garantire la continuità tra attività di cura e di riabilitazione, a limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita della persona, associando alle prestazioni sanitarie anche azioni di supporto e di protezione sociale.

L'integrazione socio-sanitaria risponde al dovere dello stato di dare risposte ai bisogni complessi del cittadino, riconosciuto nella sua globalità come persona a cui va garantito uno stato di benessere bio-psico-sociale.

L'integrazione tra servizi sanitari e servizi socio assistenziali è uno dei temi essenziali di ogni politica sociale e operare in modo integrato è ormai da ritenersi un imperativo per chiunque lavori nell'ambito dei servizi alla persona.

I motivi sono diversi:

- la crescente complessità dei bisogni;
- l'aumento della consapevolezza in ordine alla globalità della persona e alle interdipendenze tra persona, contesti di vita, ambiente;
- la limitatezza/parzialità delle singole competenze professionali che richiede sempre di più approccio multidisciplinare e pluriprofessionale ai problemi.

Si tratta, quindi, di motivi tecnici, di cause sociali, ma anche di esigenze etiche, conseguenti alla maggiore consapevolezza che, lavorando nell'ambito dei Servizi socio-sanitari, si ha la responsabilità, oltre che di erogare prestazioni, di promuovere lo star bene nelle persone, nelle famiglie, nelle comunità. E questo star bene, che non è solo superamento del bisogno materiale o sconfitta della malattia, presuppone un'azione sinergica, un apporto multiplo, un leggere, un pensare, un lavorare, un verificare, un esercitare la responsabilità. L'integrazione è quindi un valore che si realizza sulla base di un sistema di norme (leggi, regolamenti, accordi), attraverso percorsi tecnici metodologicamente fondati per ogni professione ma soprattutto attraverso una mentalità, una comune cultura.

Con riferimento allo sviluppo degli obiettivi di attività, occorre premettere che esistono degli elementi di complessità derivanti dalla peculiarità del modello marchigiano di integrazione socio-sanitaria al quale occorre riferirsi costantemente quando, a livello aziendale, vengono sviluppate le attività di programmazione, organizzazione e gestione dei servizi che fanno capo ad una pluralità di soggetti con funzioni e profili istituzionali diversi.

Per il raggiungimento di questi obiettivi, sono definiti specifici percorsi assistenziali che prevedono prestazioni di natura sanitaria, erogate da operatori sanitari e sociosanitari per la cura e la riabilitazione di condizioni patologiche, e prestazioni di natura socio assistenziale per aiutare nella vita quotidiana la persona con problemi di disabilità, di disagio economico o di emarginazione che condizionano lo stato di salute. Tra queste ultime, l'aiuto nella igiene personale e dell'ambiente, nella gestione della casa, nella preparazione dei pasti, ecc.

Nei nuovi DPCM LEA (DPCM 12 gennaio 2017) vengono indicate non solo le categorie di cittadini a cui è garantita l'assistenza sociosanitaria ma vengono descritti anche gli ambiti di attività e i regimi assistenziali (domicilio, residenza, centro diurno) nei quali sono erogate le prestazioni sanitarie (mediche, infermieristiche, psicologiche, riabilitative, etc.), integrate con le prestazioni sociali.

A seconda delle specifiche condizioni della persona, della gravità e della modificabilità delle sue condizioni, della severità dei sintomi, le prestazioni potranno essere erogate in forma intensiva o estensiva, oppure mirare al semplice mantenimento dello stato di salute della persona e delle sue capacità funzionali.

È importante sottolineare che a tutti i cittadini viene garantito un percorso assistenziale integrato che include, se necessario, sia le prestazioni sanitarie sia le prestazioni sociali. Per offrire maggiore qualità ed efficienza al servizio, sono attivi presso quasi tutte le Asl o i Comuni sportelli unitari (PUA) cui i cittadini possono rivolgersi per la valutazione multidimensionale dei bisogni clinici funzionali e sociali, la presa in carico della persona e la definizione del progetto di assistenza individuale (PAI);

I bisogni sanitari e di protezione sociale del paziente sono rilevati con strumenti di valutazione multidimensionale standardizzati e uniformi sul territorio regionale. La valutazione multidimensionale individua le necessità sanitarie e assistenziali del paziente, a prescindere dalla patologia da cui è affetto, e indirizza gli operatori a organizzare l'intervento socio-sanitario in uno specifico regime assistenziale di cura (a domicilio, in residenza o in centro diurno).

L'Azienda dunque nel 2024 e seguenti sarà chiamata a garantire la continuità della presa in carico del paziente tra le fasi dell'assistenza ospedaliera e dell'assistenza territoriale, vale a dire le attività e i servizi sanitari e socio-sanitari diffusi sul territorio, così articolati:

- assistenza sanitaria di base;
- emergenza sanitaria territoriale;
- assistenza farmaceutica;
- assistenza integrativa;
- assistenza specialistica ambulatoriale;
- assistenza protesica;
- assistenza termale;
- assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale;
- assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale;

Per i servizi di assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale dedicati alle diverse tipologie di utenti, sono elencate le diverse aree di attività (accoglienza, diagnosi, prestazioni sanitarie specialistiche, supporto psicologico, interventi riabilitativi, rapporti con altri servizi, ecc.).

L'assistenza residenziale è differenziata in tre livelli di intensità:

- intensiva (per accogliere le persone dimesse dall'ospedale)
- estensiva (per persone che richiedono una continuità assistenziale)
- di lungo-assistenza e mantenimento (per le situazioni stabilizzate che non possono essere trattate a domicilio per difficoltà familiari/sociali)

Vengono descritte le cure palliative (domiciliari e in hospice) e l'assistenza a minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo.

È stata ampliata la platea delle dipendenze patologiche, includendo il gioco d'azzardo.

Nello specifico relativamente ai processi socio-sanitari viene indicata la necessità della rimodulazione dell'offerta dei servizi sociali e sanitari, attraverso la chiarificazione e la specificazione tra sociale, sanitario e area comune socio-sanitaria di:

- interventi di sostegno e accompagnamento
- interventi e servizi territoriali
- interventi e servizi domiciliari
- interventi e servizi semiresidenziali
- interventi e servizi residenziali.

ASSISTENZA DOMICILIARE

Il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, percorsi assistenziali a domicilio costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita. L'Azienda assicura pertanto la continuità tra le fasi di assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale a domicilio. Le cure domiciliari, come risposta ai bisogni delle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, si integrano con le prestazioni di assistenza sociale e di supporto alla famiglia, secondo quanto previsto dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 14 febbraio 2001 recante «Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione sociosanitaria». Il bisogno clinico, funzionale e sociale è accertato attraverso idonei strumenti di valutazione multidimensionale che consentano la presa in carico della persona.

All'interno della propria attività istituzionale, l'Azienda pone l'assistenza domiciliare tra i propri obiettivi strategici sviluppando un modello assistenziale che prevede la presa in carico del paziente cronico e fragile all'atto della dimissione ospedaliera mediante l'implementazione delle COT, attraverso l'analisi multidisciplinare del bisogno dell'assistito e la definizione di un piano personalizzato, utilizzando, ove possibile, anche strumenti di telemedicina.

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

In attesa di riprogettare i percorsi all'interno del nuovo processo organizzativo, l'Azienda mantiene attivi i servizi che negli anni scorsi hanno consentito di mantenere efficiente il sistema di de-ospedalizzazione, valorizzando l'esperienza consolidata.

Pertanto, in relazione al bisogno di salute dell'assistito ed al livello di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale, le cure domiciliari, si articolano nei seguenti livelli:

a) cure domiciliari di livello base: costituite da prestazioni professionali in risposta a bisogni sanitari di bassa complessità di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo, anche ripetuti nel tempo; le cure domiciliari di livello base, attivate con le modalità previste dalle regioni e dalle province autonome, sono caratterizzate da un «Coefficiente di intensità assistenziale» CIA (1) inferiore a 0,14;

b) cure domiciliari integrate (ADI) di I^o livello: costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico-infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo-assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA compreso tra 0,14 e 0,30 in relazione alla criticità e complessità del caso; quando necessari sono assicurati gli accertamenti diagnostici, la fornitura dei farmaci di cui all'art. 9 e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, nonché dei preparati per nutrizione artificiale. Le cure domiciliari di primo livello richiedono la valutazione multidimensionale, la «presa in carico» della persona e la definizione di un «Progetto di assistenza individuale» (PAI) ovvero di un «Progetto riabilitativo individuale» (PRI) che definisce i bisogni riabilitativi della persona, e sono attivate con le modalità definite dalle regioni e dalle province autonome anche su richiesta dei familiari o dei servizi sociali. Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta assumono la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia;

c) cure domiciliari integrate (ADI) di II^o livello: costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico-infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo-assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA compreso tra 0,31 e 0,50, in relazione alla criticità e complessità del caso; quando necessari sono assicurati gli accertamenti diagnostici, la fornitura dei farmaci di cui all'art. 9 e

dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, nonché dei preparati per nutrizione artificiale. Le cure domiciliari di secondo livello richiedono la valutazione multidimensionale, la «presa in carico» della persona e la definizione di un «Progetto di assistenza individuale» (PAI) ovvero di un «Progetto riabilitativo individuale» (PRI), e sono attivate con le modalità definite dalle regioni e dalle province autonome anche su richiesta dei familiari o dei servizi sociali. Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta assumono la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia;

d) cure domiciliari integrate (ADI) di III[^] livello: costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, accertamenti diagnostici, fornitura dei farmaci di cui all'art. 9 e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, nonché dei preparati per nutrizione artificiale a favore di persone con patologie che, presentando elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA maggiore di 0,50, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al care-giver. Le cure domiciliari ad elevata intensità sono attivate con le modalità definite dalle regioni e dalle province autonome richiedono la valutazione multidimensionale, la presa in carico della persona e la definizione di un «Progetto di assistenza individuale» (PAI). Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta assumono la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia.

Le cure domiciliari sono integrate da prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale alla persona ed inoltre da interventi sociali in relazione agli esiti della valutazione multidimensionale.

L'assistenza domiciliare costituisce uno dei pilastri della riforma territoriale, rappresentando il domicilio il cd "Primo luogo di cura". Il PNRR prevede come obiettivo da raggiungere entro il 2026, che l'assistenza a domicilio copra il 10% della popolazione italiana over 65, tenuto conto anche delle risorse stanziare con il DL 34/2020 per il raggiungimento dell'obiettivo.

Per l'anno 2024, pertanto, per le cure domiciliari si prevede un aumento della presa in carico dei pazienti complessi, in condizione di fragilità socio assistenziale:

- aumento dei pazienti in nutrizione artificiale o portatori di device visto l'aumento anche nei soggetti giovani delle patologie tumorali).
- Aumento di pazienti che necessitano di educazione terapeutica per la gestione delle tracheostomie e stomie intestinali e urinarie, dei drenaggi biliari a seguito di diagnosi con tumore del pancreas.
- Cure domiciliari nel fine vita, come luogo preferenziale per una morte serena insieme ai propri cari.
- Cure domiciliari per la presa in carico di pazienti con malattie cronico degenerative in raccordo con H (scompenso/BPCO/IRC/SLA) favorendo continuità di cura e la presa in carico condivisa.

SPECIALISTICA AMBULATORIALE

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

Alla luce della Legge Regionale n. 19 del 8 agosto 2022 "Organizzazione del Servizio Sanitario Regionale", che ha istituito la AST di Pesaro Urbino, al fine di garantire una migliore accessibilità dei pazienti ai servizi erogati, in un'ottica di prossimità di cura dei servizi al cittadino, e al fine di contribuire al contenimento dei tempi di attesa, è previsto un percorso di collaborazione tra i diversi setting assistenziali (ospedaliero - territoriale), con la creazione di percorsi ambulatoriali condivisi e integrati.

L'Azienda, nel 2024, ha pertanto adottato una rimodulazione dell'offerta per far fronte alla variegata e più consistente richiesta di prestazioni nonché alla necessità di ridurre i tempi d'attesa.

Nello specifico già dal 2023 si è assistito ad un incremento significativo delle prestazioni specialistiche, con un aumento di 403.696 prestazioni rispetto all'anno precedente, ed un correlato aumento del valore economico di circa 1.800.000 euro.

Per quanto riguarda le prestazioni di risonanza magnetica, per le quali nel 2023 si era assistito ad una diminuzione ascrivibile alla momentanea dismissione per sostituzione dell'attrezzatura dello stabilimento di Fano in quanto, legata ai lavori necessari per la predisposizione dei locali atti ad accogliere il nuovo macchinario acquistato con i fondi PNRR, nel 2024 si intende recuperare i livelli prestazionali a regime.

Come già effettuato nel 2023, sulla base della DGR n. 1046 del 10 luglio 2023 "Piano di autorizzazione spesa ex art. 4 comma 9-octies della Legge n. 14 del 24 febbraio 2023, di conversione del DL 29 dicembre 2022, n. 198", anche nel 2024, pur nelle more della adozione di disposizioni regionali, l'Azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro Urbino sta predisponendo apposito piano di potenziamento delle prestazioni di specialistica ambulatoriale. Per la predisposizione del piano in oggetto, relativamente al potenziamento delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, sono stati applicati i seguenti criteri:

- Primi accessi: sono state individuate le prestazioni, monitorate ai sensi del PNGLA 2019-2021, che hanno presentato maggiori criticità per quanto riguarda i tempi di attesa ex-post (priorità B e D) nell'anno 2021 e/o che hanno registrato una maggiore deflessione nell'erogato degli anni precedenti;
- Accessi successivi: è stata data priorità alle prestazioni rientranti nei percorsi di presa in carico di pazienti con patologie croniche, per cui si sta osservando un incremento della domanda da parte degli utenti. Le discipline interessate sono prevalentemente le seguenti: oncologia, cardiologia, pneumologia, gastroenterologia, neurologia, diagnostica per immagini.

Sulla base delle necessità emergenti, verrà strutturato un potenziamento dell'offerta a CUP delle strutture tramite l'utilizzo delle prestazioni orarie aggiuntive della dirigenza medica e del comparto.

2.4.1 Governo delle liste d'attesa

L'Azienda, continua l'impegno profuso per il miglioramento delle performance, con particolare riferimento alle prestazioni erogate entro i tempi per gli interventi oggetto di monitoraggio. Le azioni specifiche che verranno messe in campo nel 2024 riguardano gli ambiti di seguiti elencati:

- Potenziamento della capacità produttiva

Valutazione della capacità di smaltimento della lista d'attesa in relazione alla capacità produttiva delle sale chirurgiche, determinando le sedute necessarie per il recupero della casistica e l'elaborazione di un Piano di produzione chirurgica per il contenimento e rispetto dei tempi d'attesa.

- Gestione dinamica liste d'attesa attraverso il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e di produzione:

- condivisione e implementazione protocolli appropriatezza aziendali e condivisione con i MMG e con gli specialisti convenzionati

- implementazione televisite e teleconsulto MMG – Specialista

- Potenziamento dell'offerta di prestazioni di telemedicina

- valutazioni di appropriatezza e gestione delle liste d'attesa:

- monitoraggio della presa in carico specialistica in base al tipo di prescrittore

- analisi reportistica per una migliore gestione delle prestazioni fuori tempo d'attesa (oltre alla classe di priorità)

- misurare le disponibilità residue per tipologia di prestazione;

- rilevare le tipologie e la quantità di prestazioni prenotate per agenda (utile per rilevare anomalie di gestione);
- Azioni di committenza qualora le azioni aziendali non siano in grado di fare fronte alla riduzione liste d'attesa, miglioramento dei tempi d'attesa e al recupero della mobilità passiva, l'Azienda adotterà piani di committenza con il privato accreditato per specifiche prestazioni.

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

FARMACEUTICA

L'Assistenza Farmaceutica rientra nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) definiti con il DPCM 12.01.2017, in base al quale viene delegato alle Regioni il compito di garantire il rispetto dei criteri di appropriatezza, sicurezza ed economicità, favorendo l'uniformità delle scelte attinenti all'uso dei farmaci, a tutela dell'equità del servizio reso ai cittadini. In tale contesto è obbligo per le Regioni assicurare il rispetto di tetti di spesa sulla assistenza farmaceutica, come precedentemente stabiliti dalla L. 232/2016 e s.m.i. di cui alla L. 145/2018, per la Farmaceutica Convenzionata (7,96%) e per gli Acquisti Diretti di medicinali (6,89% di cui 0,20% gas medicinali), in rapporto alla spesa sanitaria complessiva (tetto del 14,85%). Tali parametri, per l'anno 2021, sono stati successivamente aggiornati con la L. 178/2020 (Legge di Stabilità 2021), in particolare, fermo restando il valore complessivo del 14,85 per cento, il limite della spesa farmaceutica convenzionata è rideterminato nella misura del 7% mentre il tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti è rideterminato nella misura dell'8,30% a decorrere dall'anno 2024. Conseguentemente il valore complessivo della spesa farmaceutica è rideterminato 15,30% a decorrere dall'anno 2024.

Le variabili che influenzano la spesa farmaceutica sono il consumo e il prezzo nonché i seguenti elementi:

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

L'AST di Pesaro Urbino, al fine di contenere e qualificare la spesa farmaceutica nei limiti programmati provvederà nel corso del 2024 all'attuazione delle seguenti azioni assicurando un servizio farmaceutico capillare sul territorio:

- la fornitura dei farmaci del PHT (prontuario ospedale-territorio) in distribuzione per conto (DPC) tramite le farmacie convenzionate;
- la fornitura diretta dei farmaci alla dimissione ospedaliera, necessari al trattamento dei pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale;
- l'erogazione diretta, al fine di garantire la continuità assistenziale, dei farmaci agli assistiti nella fase di

dimissione dal ricovero ospedaliero o in seguito a visita specialistica ambulatoriale;

- l'erogazione diretta di alcune classi di farmaci per terapie croniche ad alto costo ed alta complessità.

Inoltre l'Azienda ha recepito la DGR n.1764 del 27/12/2018 "Disposizioni relative alla promozione dell'appropriatezza e della razionalizzazione d'uso dei farmaci e del relativo monitoraggio" ed ha individuato le azioni da porre in essere nel 2024, principalmente nei seguenti ambiti:

- Ricorso ai farmaci a brevetto scaduto e farmaci biosimilari che determinerebbero un consistente risparmio senza ridurre l'assistenza, in quanto è stato dimostrato che non ci sono evidenze di un'incidenza maggiore di segnalazioni di sospette reazioni avverse rispetto agli originatori o una ridotta efficacia terapeutica.

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

- Riduzione dei consumi antibiotici.

In merito all'utilizzo degli antibiotici, si sottolinea l'impegno attuato dall'Azienda nel favorire l'implementazione di programmi di stewardship su tutti gli stabilimenti per il corretto utilizzo degli antibiotici in ambito ospedaliero

Il governo dell'appropriatezza prescrittiva in materia di farmaceutica convenzionata, prevede la trasmissione della reportistica relativa ai consumi farmaceutici per singolo medico prescrittore. Il documento "Valutazione comparativa - Scheda di sintesi del medico di medicina generale e relativi assistibili" pubblicato mensilmente sul portale SIRTE consente a ciascun professionista di poter conoscere il proprio profilo prescrittivo e confrontarlo con la media regionale, rilevando le eventuali deviazioni sia in termini di spesa che di ipo- o iper-prescrizione di singole classi farmacologiche. I Direttori dei Distretti sanitari sono poi stati chiamati mensilmente a dare riscontro alla Direzione Generale delle azioni correttive messe in campo al fine di armonizzare e migliorare le scelte prescrittive di tali MMG.

Ciò in quanto l'appropriatezza d'uso è uno strumento essenziale per allocare le risorse disponibili in maniera efficiente; in quest'ottica la Regione Marche al fine di contenere e qualificare la spesa farmaceutica nei limiti programmati a livello centrale, ha individuato, nel corso degli anni, una serie di provvedimenti amministrativi in ottemperanza a norme e/o accordi nazionali, regionali e/o locali vigenti, al fine di assicurare controlli ed interventi standardizzando le modalità inerenti i provvedimenti amministrativi di competenza e la corretta applicazione della convenzione:

- sull'appropriatezza prescrittiva farmaceutica;
- sulla conformità della dispensazione farmaceutica resa in regime di SSN;
- sulla correttezza degli adempimenti contabili e amministrativi;
- sulla corretta allocazione delle risorse disponibili.

Infine occorre evidenziare le prime azioni messe in campo dall'Azienda a fine 2023, e che andranno a regime nel corso del 2024, per rispondere all'esigenza di riorganizzazione in atto, che riguardano la centralizzazione dei magazzini che annovera tra i vantaggi già conseguiti, una più puntuale definizione dei giorni di consegna per ciascun centro di costo richiedente, una più razionale gestione delle scorte, una conseguente revisione dei percorsi di consegna, e consentirà il conseguimento, nel medio termine, di economie di scala dell'intera filiera.

ATTIVITA' OSPEDALIERA

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

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

Gli interventi di riorganizzazione della rete di offerta, in risposta alla pandemia Covid-19, previsti con D.L. 19 maggio 2020 n. 34, coordinato con la legge di conversione 17 luglio 2020 n. 77, sono finalizzati a rendere strutturale il supporto ad eventuali nuove emergenze di natura sanitaria prevedendo per la Regione Marche un livello di 0.14 p.l. di terapia intensiva su 1000 abitanti (n. 105 p.l. aggiuntivi) e il potenziamento di 107 p.l. già in dotazione per l'assistenza sanitaria in regime semi-intensivo, implementando attrezzature e professionalità, rivolta a particolari pazienti critici, che non hanno necessità di assistenza respiratoria invasiva.

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

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

Il Presidio Ospedaliero, quale articolazione organizzativa ospedaliera aziendale dotata di autonomia gestionale ed economico-finanziaria, aggrega dunque funzionalmente tutti gli stabilimenti aventi sede nel medesimo territorio.

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

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

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

	DH/ DS	Ordinari	Totale
URBINO	24	207	231

PERGOLA	9	59	68
FANO	40	241	281
PESARO	50	302	352

Considerando i dati preconsuntivi nell'anno 2023, l'attività ospedaliera complessivamente intesa si è concretizzata in circa 32.900 dimessi totali, per un valore complessivo pari a circa 120.000.000 euro (valore a tariffa al lordo degli abbattimenti regionali), stimando quindi un lieve decremento rispetto al 2022, come meglio evidenziato nelle tabelle che seguono

Numero dimessi stimati 2023 rispetto al 2022

TOTALE DIMESSI	Nro dimessi			giornate degenza ed accessi DH			Peso medio		Valore Medio DRG		Totale valore DRG		
	2022	prev 2023	DIFF	2022	prev 2023	DIFF	2022	prev 2023	2022	10 2023	2022	10 2023	Diff
ISTITUTO DIMISSIONE													
STABILIMENTO DI PESARO	12.654	12.433	-221	82.402	80.812	-1.590	1,577	1,500	4.958	4.930	62.736.307	61.292.463	-1.443.844
STABILIMENTO DI FANO	13.501	13.151	-350	69.795	68.385	-1.410	0,985	1,033	2.656	2.700	35.862.522	35.507.823	-354.700
STABILIMENTO DI URBINO	6.992	6.066	-926	44.057	39.022	-5.035	1,050	1,113	3.066	3.250	21.438.920	19.714.500	-1.724.420
STABILIMENTO DI PERGOLA	1.172	1.248	76	12.116	11.366	-750	0,927	0,927	3.247	3.000	3.805.022	3.744.000	-61.022
Totale complessivo	34.319	32.898	-1.421	208.370	199.585	-8.785	1,215	1,216	3.609	3.550	123.842.771	120.258.786	-3.583.986

Numero dimessi stimati in regime di ricovero ordinario per tipo DRG e stabilimento di dimissione vs 2022

REGIME RICOVERO ORDINARIO		Nro dimessi			Degenza media		Peso medio		Valore Medio DRG		Totale valore DRG		
TIPO DRG	DESCR _ISTITUTO	2022	Proiezione 2023	DIFF	2022	10 mesi 2023	2022	10 mesi 2023	2022	10 mesi 2023	2022	Proiezione 2023	DIFF
Chirurgico	STABILIMENTO DI FANO	2.581	2.710	129	3,3	3,4	1,203	1,253	3.143	3.322	8.112.823	9.000.668	887.845
	STABILIMENTO DI PERGOLA	118	139	21	1,2	1,0	0,798	0,688	1.296	1.112	152.874	154.776	1.902
	STABILIMENTO DI PESARO	6.208	6.547	339	5,4	5,0	1,974	1,870	6.428	6.021	39.905.769	40.422.877	517.108
	STABILIMENTO DI URBINO	2.190	1.891	-299	4,7	4,8	1,431	1,524	4.326	4.706	9.474.882	9.248.173	-226.709
Chirurgico Totale		11.097	11.287	190	4,7	4,6	1,675	1,649	5.195	5.092	57.646.348	58.826.494	1.180.146
Medico	STABILIMENTO DI FANO	7.256	6.704	-552	7,1	7,2	0,972	1,015	3.019	3.149	21.903.288	21.112.556	-790.732
	STABILIMENTO DI PERGOLA	882	702	-180	13,4	14,8	0,970	0,959	3.896	3.974	3.435.983	2.789.900	-646.082
	STABILIMENTO DI PESARO	3.947	4.456	509	9,5	8,3	1,318	1,066	4.132	3.315	16.307.635	14.769.941	-1.537.694
	STABILIMENTO DI URBINO	3.923	3.086	-837	7,4	7,5	0,886	0,924	2.495	2.658	9.788.063	8.202.247	-1.585.816
Medico Totale		16.008	14.948	-1.060	8,1	8,0	1,036	1,009	3.213	3.136	51.434.968	46.874.644	-4.560.324
Totale complessivo		27.105	26.235	-870	6,7	6,5	1,298	1,290	4.024	3.994	109.081.317	105.701.138	-3.380.178

I dati rappresentati in tabella mostrano un trend in incremento dell'attività chirurgica, per un valore complessivo di circa 1.200.000 euro, ed un contestuale decremento dell'attività di tipo medico, di circa 3.300.000 euro, dovuto principalmente alla drastica diminuzione dei ricoveri legati al Covid ed alle patologie potenzialmente correlate, come meglio evidenziato nella tabella che segue

Dettaglio DRG medici correlati al Covid, previsione 2023 vs 2022

DRG MEDICI	2022	Prev 2023	diff
Drg medici con Diagnosi principale covid	884	200	-684
M 430 - Psicosi	356	148	-208
M 425 - Reazione acuta di adattamento e disfunzione psicosociale	75	17	-58
M 428 - Disturbi della personalità e del controllo degli impulsi	77	-31	-108
M 256 - Altrediaognosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	195	109	-86
TOTALE	1.587	443	- 1.144

In merito all'attività di tipo chirurgico, Il percorso del paziente sottoposto ad intervento chirurgico riveste particolare attenzione in quanto driver principale della produzione ospedaliera. Dopo la pandemia lo sforzo per recuperare le liste di attesa per intervento chirurgico ne hanno esacerbato la necessità di ricerca di appropriatezza e creazione di Value.

Per quanto riguarda il regime di ricovero, gli ambiti di intervento nel 2024 saranno incentrati sui pazienti definiti "outpatient": le tecniche chirurgiche, la tecnologia a sostegno di queste e la revisione dei percorsi di preparazione all'intervento, stanno progressivamente aumentando la quota di pazienti che non necessitano di ricovero ospedaliero a sostegno delle procedure chirurgiche.

Nel 2024 l'Azienda continuerà a approfondire il massimo sforzo per:

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

Questo orientamento dovrebbe portare ad una ulteriore riduzione della degenza media favorendo anche altri obiettivi quali la riduzione dei tempi di attesa che, insieme al contenimento dei tempi di erogazione delle prestazioni non d'urgenza per i pazienti ricoverati, dovrebbe portare complessivamente ad un utilizzo più efficiente dei posti letto.

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

In merito all'attività chirurgica sopra menzionata, la tabella che segue mostra i principali incrementi stimati già nel 2023 in termini di DRG che mostrano un incremento che coinvolge le diverse discipline chirurgiche, con evidenza dell'incremento nell'utilizzo della chirurgia robotica e, una contestuale diminuzione dei parti cesarei così come previsto dalle linee guida regionali e ministeriali

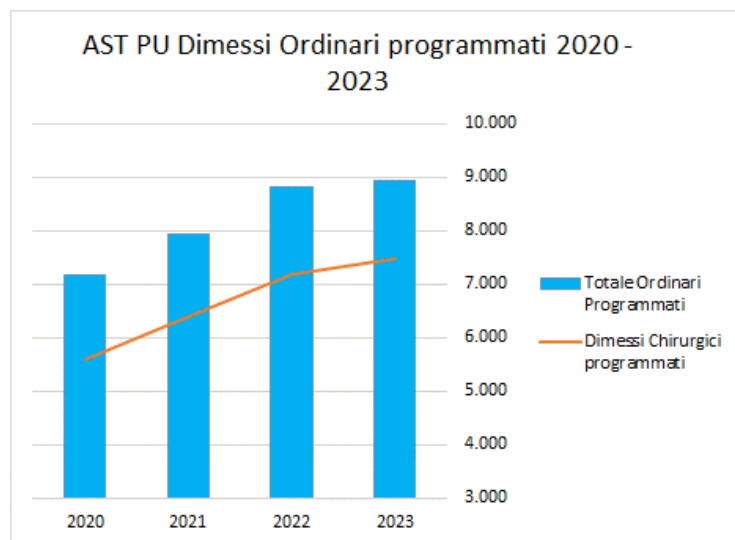
	2022	2023	diff
INTERVENTI ROBOTICA	213	250	37

L'attività, così come rappresentato dalla tabella che segue, è diretta prevalentemente ai residenti della provincia di riferimento

Attività Ospedaliera AST PU per residenza paziente		
Residenza Paziente	2022	Previsione 2023
Ast 1 Pesaro	88,4%	88,1%
Ast 2 Ancona	4,9%	4,8%
Ast 3 Macerata	1,6%	0,9%
Ast 4 Fermo	0,0%	0,8%
Ast 5 Ascoli	0,2%	0,3%
Fuori Regione	4,5%	4,5%
Stranieri	0,4%	0,6%
Totale complessivo	100,0%	100,0%

Quindi complessivamente dal 2023 a livello aziendale il trend in aumento interessa i ricoveri con DRG chirurgico. Difatti, coerentemente a quanto disposto dall'articolo 1, comma 276, della legge 30 dicembre 2021, n. 234 (Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024), recepito poi a livello regionale, sarà attuato nel 2024 un piano di potenziamento delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e dei ricoveri chirurgici programmati tramite l'implementazione di ulteriori sedute operatorie. A tal fine è stata effettuata un'analisi della numerosità degli interventi in lista di

attesa e della tipologia di interventi, dando priorità alla chirurgia oncologica e agli interventi oggetto di monitoraggio secondo il PNGLA 2019-2021.



L'incremento dei ricoveri programmati ha interessato per la maggior parte i ricoveri di tipo chirurgico.

Dimessi Ordinari Programmati

	Totale Ordinari Programmati	di cui chirurgici
2020	7.166	5.599
2021	7.932	6.389
2022	8.821	7.189
2023	8.950	7.491

Inoltre, al fine di garantire equità nell'accesso alle prestazioni di ricovero programmato, migliorare il livello di accessibilità ai ricoveri, garantire che l'accesso dei pazienti alle prestazioni di ricovero sia gestito ad un livello ottimale e favorire l'ottimizzazione nell'impiego delle risorse aziendali continuerà ad essere attiva anche nel 2024 una specifica procedura aziendale che prevede un monitoraggio proattivo delle liste di attesa, tramite una verifica ad intervalli di tempo regolari, al fine di valutare lo stato di permanenza in lista dei pazienti, e procedere alle eventuali correzioni necessarie. I controlli periodici, compresi i contatti con i pazienti da parte dei coordinatori di unità operativa, sono mirati alla verifica delle rinunce, degli stati di sospensione, e delle uscite dalla lista di attesa, funzionali a garantire un'ottimale programmazione delle sedute operatorie.

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

A complemento di tutto ciò, anche per l'anno 2024 la verifica dei LEA attraverso gli indicatori "Core" del "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria", si attende costante e puntuale in tutti gli stabilimenti aziendali.

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

Tabella 2.a principali indicatori di attività 2022 2023

Alcuni Indicatori DGR 159 /2016 AST PU

	Soglia minima DGR 159/2016	2022	2023
Interventi chirurgici Ca Mammella	150	559	575
Colecistectomia Laparoscopica (interv. Princ. 5123)	100	330	360
Colecistectomia Laparoscopica proporzione ricoveri con degenza post operatoria <3 giorni *	70% minimo	77,2%	87,0%
Frattura del collo del femore: volume interventi chirurgici (dimessi SDO)	75	630	630
Frattura del collo del femore: % interventi entro 2 giorni per pazienti con età >65 anni*	60% minimo	85,0%	85,6%
IMA (diagnosi principale): volume di ricoveri*	100	671	680
Parti	1000	1544	1470

* Fonte sw Regionale 3M Encompass

Focalizzando l'analisi sulla programmazione dell'attività aziendale nell'anno 2024, la stessa, è stata costruita sulla base delle indicazioni e delle linee di intervento individuate dal nuovo Piano Socio Sanitario Regionale 2023-2025.

Nel corso del 2024, sono previste varie azioni volte a migliorare la qualità ed appropriatezza dell'attività ospedaliera, quali:

- Avvio e consolidamento del progetto di Bed Management aziendale
- Audit con UUOO (Medicine, Chirurgia)
- Interventi di formazione sui setting assistenziali disponibili a livello territoriale in alternativa al ricovero in regime ospedaliero e sulla corretta codifica delle SDO.
- Istituzione delle Centrali Operative Territoriali – COT (DM 77/2022). Ciascuna COT sarà operativa e dotata di adeguate infrastrutture tecnologiche ed informatiche. Verranno definite le core competence del personale COT e formalizzato il Progetto formativo.
- Consolidamento della figura del Case manager del dipartimento medico. La figura del Case Manager consente di individuare e superare le eventuali criticità legate a dimissioni difficili (problemi sociali, condizioni di non autosufficienza).

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

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

Per quanto concerne i controlli interni sull'attività degli stabilimenti e i controlli esterni sulle Case di Cura

Private Accreditate, il CVPS ha ritenuto di ampliare la selezione prevista con l'inclusione di tutte le cartelle campionabili afferenti ai DRG ad elevato rischio di inappropriatezza.

Per l'anno 2024 si intende applicare tale approccio al fine di ottenere una percentuale di DRG a rischio di inappropriatezza controllata ben superiore al target regionale atteso.

Privato Accreditato

L'Azienda AST PU si avvale nell'erogazione delle prestazioni sanitarie del sistema privato accreditato, attraverso

un processo di pianificazione che risponda a principi di equità e responsabilità condivisa tra tutti gli attori. Per il sistema sanitario i produttori accreditati rappresentano una risorsa integrativa e complementare, orientata verso settori di attività di interesse aziendale, secondo una programmazione ed un sistema di verifica e riallineamento verso obiettivi determinati. Essi partecipano alle reti cliniche integrate, condividendo percorsi diagnostico-terapeutici e standard di appropriatezza del sistema.

Qualora le azioni aziendali non siano in grado di fare fronte alla riduzione liste d'attesa, miglioramento dei tempi d'attesa e al recupero della mobilità passiva l'Azienda adotterà piani di committenza con il privato accreditato per specifiche prestazioni.

La risposta alle aree disagiate

La Provincia di Pesaro e Urbino presenta un territorio caratterizzato da territori interni, in zona montana e premontana, con particolare complessità geo-morfologica e infrastrutturale, cui si aggiungono anche specifici aspetti di vulnerabilità sismica. In tali contesti si rilevano elementi critici prevalentemente caratterizzati da frammentazione erogativa, pertanto in coerenza con il programma della Regione Marche, nel PSSR 2023-2025 e in risposta alle numerose sollecitazioni da parte dei Comuni dei territori interni, l'AST PU intende mettere in atto azioni concrete per il riequilibrio del territorio di afferenza, che presenta particolare complessità geo-morfologica e infrastrutturale, tali da fornire risposte assistenziali, in ottica di prossimità, anche ad accesso diretto da parte del cittadino.

L'obiettivo è quello di garantire prestazioni di media e bassa intensità assistenziale rivolte alla popolazione residente nella provincia di Pesaro e Urbino, contribuendo ad attenuare l'attuale sovraccarico di lavoro del pronto soccorso degli ospedali per acuti di riferimento.

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

Nel corso del 2024 pertanto si continuerà a rafforzare, in particolare, presso la struttura di Pergola, sia le attività di pronto soccorso, con personale medico dedicato all'Emergenza-Urgenza (D.M. 30.01.98) e integrato con i DEA di livello superiore di cura per il servizio e l'aggiornamento relativo, sia globalmente i servizi sanitari, soprattutto per attività diagnostica radiologica che verrà completata anche con apparecchiature TAC/RMN aggiornate e possibilità di trasmissione di immagini in rete alle altre strutture.

Il rafforzamento della struttura di Pergola sarà effettuato sulla base delle seguenti linee di sviluppo:

Emergenza-Urgenza: attivazione di una funzione di Pronto Soccorso integrata con il DEA di I livello di riferimento con attivazione di 4 posti letto di Osservazione Breve Intensiva con conseguente migliore stabilizzazione dei pazienti, riduzione dei trasferimenti presso i Pronto Soccorsi dei DEA di I livello e riduzione dei ricoveri inappropriati.

Mantenimento della **postazione POTES** la cui integrazione nella turnistica del Pronto Soccorso di Base comporterebbe un mantenimento delle skill professionali ed una riduzione degli accessi inappropriati allo stesso Pronto Soccorso.

Medicina Interna: mantenimento delle attività di ricovero ordinario o day-hospital con implementazione delle attività di Lungodegenza. Tale implementazione dell'offerta permetterà di ottimizzare il turn over dei posti letto per acuti accogliendo i pazienti stabilizzati i cui postumi della patologia di base non consentono l'immediato rientro in ambito domiciliare o l'avvio al setting territoriale. Nella futura progettualità sono previsti due moduli di degenza di 20 + 15 posti letto. L'utilizzo flessibile degli stessi permetterà di modulare la risposta di accoglienza dei pazienti in base alle necessità della rete dei posti letto per acuti.

Attività Chirurgica: messa a regime dell'attività di Week Surgery nei vari regimi di ricovero già in essere, quali ordinario e day-surgery, contribuendo alla complessiva riorganizzazione delle attività di degenza per livelli assistenziali dell'area chirurgia. Tale modalità organizzativa ha lo scopo di promuovere una maggiore efficienza di utilizzo dei posti letto chirurgici, migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e riduzione delle liste d'attesa per gli interventi chirurgici selezionati grazie ad un percorso assistenziale dedicato.

Emodialisi: messa a regime di 4 postazioni di emodialisi con miglioramento della diffusione dell'attività nell'ambito di un percorso di umanizzazione e prossimità dello stesso permettendo all'occorrenza anche l'aumento stagionale del servizio.

Diagnostica Strumentale: Implementazione della attività diagnostica mediante l'ampliamento dell'offerta con l'acquisizione di una RM ad alto campo (1,5 Tesla) con tecnologie di acquisizione dell'immagine completamente digitalizzate e software di ottimizzazione delle immagini, che ne accrescono l'accuratezza.

Dal punto di vista dell'organizzazione degli interventi, l'implementazione e l'ampliamento dell'attività di degenza di week surgery multidisciplinare favorirà un più corretto utilizzo degli spazi e delle sedute operatorie ed una migliore programmazione e condivisione dell'utilizzo degli strumenti tecnologici.

L'analisi dei DRG ha mostrato che le discipline per le quali viene erogata assistenza con terapia chirurgica in 3-5 giorni sono: chirurgia generale, ortopedia, urologia e otorinolaringoiatria.

Oltre a tali attività è previsto l'ampliamento delle attività chirurgiche e terapeutiche oculistiche quali interventi di cataratta e intravitreali.

Tale modello Organizzativo cosiddetto *dell'Ospedale di Base* dovrà prima di tutto tener conto della centralità della persona garantendo umanizzazione accoglienza, empatia, accessibilità alle informazioni e comfort. Al fine di perseguire questo risultato è necessaria la condivisione di un diverso approccio culturale non più centrato sulla organizzazione o sulla patologia ma "patient-oriented", che richiede oltre alla formazione del personale, l'adeguamento degli aspetti strutturali in armonia con quanto previsto dai requisiti di autorizzazione-accreditamento. Nell'ambito dell'assistenza ospedaliera il modello organizzativo dell'Ospedale di Base è volto a superare le criticità attuali migliorando la presa in carico per complessità assistenziale, ricorrendo sia alle reti clinico-assistenziali, sia al modello dell'ospedale organizzato per intensità di cura. La graduazione dell'intensità delle cure permette di rispondere ai bisogni in modo appropriato con tecnologie, competenze, quantità e qualità del personale assegnato ai diversi gradi di instabilità clinica e impegno assistenziale, garantendo la specificità dei percorsi ma al contempo favorendo il massimo di condivisione tra i professionisti e la collaborazione multidisciplinare. Sono richiesti ruoli professionali e strumenti adeguati in ogni ambito, ampliamento delle attività professionalizzanti per le professioni sanitarie e una maggiore attenzione della presa in carico del paziente, perché sia il più possibile personalizzata e condivisa a tutti i livelli di cura.

L'organizzazione dell'ospedale di base deve riflettere il modificarsi dei modelli di presa in carico atti a garantire:

- l'assistenza prevalente delle forme acute (con dimensionamento dei posti letto);

- l'Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.) con funzione di "filtro" al ricovero;
- le diagnosi e le terapie ad alta tecnologia;
- i servizi diurni di Day Hospital, di Day Surgery per percorsi diagnostici-terapeutici integrati;
- L'utilizzo in modalità sicura di strumenti informatizzati che possano facilitare la presa in carico e la gestione dei pazienti, refertazione ed archiviazione dati, cambio setting assistenziale, confronto tra professionisti, televisita ed interoperabilità con fascicolo sanitario elettronico e gli altri strumenti informativi regionali.

Per la corretta implementazione del modello a Rete è fondamentale una profonda integrazione fra l'assistenza ospedaliera e quella territoriale, inclusa l'area degli interventi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria, soprattutto in considerazione del continuo aumento di incidenza e prevalenza delle patologie cronico-degenerative. Al fine di rendere il più rapido e efficiente possibile questo processo di allineamento delle attività fra ospedale e territorio, è necessario il supporto di adeguati strumenti di Information & Communication Technology (ICT), con sistemi di telemedicina e teleconsulto che verranno garantiti con gli investimenti del PNRR.

Per quanto riguarda le strutture territoriali di Fossombrone, Cagli e Sassocorvaro, che sono poste in aree svantaggiate della provincia di Pesaro-Urbino, per le condizioni del territorio, climatiche e di estensione territoriale, oltre alla ridotta potenzialità della medicina primaria, per lo scarso numero dei medici di famiglia, ed alle caratteristiche demografiche della popolazione residente (in prevalenza anziani in condizioni di fragilità e co-morbilità), esse raccolgono i bisogni sanitari di ampie aree geografiche contraddistinte da una situazione climatica caratterizzata da abbondanti nevicate (ricordiamo quelle del gennaio 2005 e febbraio 2012 con livelli di innevamento che in qualche caso hanno raggiunto altezze davvero impressionanti, misurabili in metri) e da venti la cui intensità, specie quelli di caduta dall'Appennino, possono raggiungere e superare i 100 km/h.

In particolare, le future strutture che saranno realizzate con le risorse del PNRR diventano collante tra il domicilio del paziente, l'assistenza primaria e l'ospedalità, per i territori interessati; si annovera – tra gli altri – **l'Ospedale di Comunità di Fossombrone** che diventa l'anello di unione tra Ospedale per acuti (Urbino) e la domiciliarità attraverso *setting* di intensità diversa, dal Medico di Medicina Generale-MMG/Continuità assistenziale, all'Ambulatorio di continuità assistenziale primaria (A.c.a.p.), alle cure intermedie, di riabilitazione, di specialistica ambulatoriale fino alla specialistica ospedaliera. L'anello di unione tra queste realtà è il MMG e l'Infermiere di Comunità.

Per tali strutture di Fossombrone, Cagli e Sassocorvaro l'indirizzo è quello di potenziare i servizi di diagnostica, di laboratorio e le specialistiche ambulatoriali nonché i Punti di emergenza urgenza e le degenze.

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

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

- attivazione di tutti gli strumenti necessari per una efficace dimissione protetta.

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

- Punto Intervento Territoriale, in stretta integrazione funzionale con l'Assistenza Primaria e la Continuità Assistenziale, con personale medico dedicato all'Emergenza-Urgenza, inquadrato nella disciplina specifica prevista dal DM 30.1.98 e funzionalmente integrata alla struttura complessa del DEA di riferimento;
- Posti letto residenziali per pazienti dimessi dalla post-acuzie ospedaliera;
- Centro Assistenza territoriale per pazienti in trattamento dialitico;
- Possibilità di esecuzione di indagini radiologiche, con trasmissione di immagine collegata in rete al centro hub/spoke più vicino, ed indagini laboratoristiche. Devono essere previsti protocolli specifici per il trasporto secondario verso il centro spoke/hub più vicino;
- prestazioni specialistiche ambulatoriali multispecialistiche

Quale principale indirizzo regionale cui l'Azienda intende dare attuazione nel 2024, vi è il potenziamento dell'offerta specialistica ambulatoriale che verrà diffusa capillarmente sul territorio, soprattutto nell'ambito dei poli di aggregazione residenziale (Ospedali di Comunità, Case della salute, etc.), al fine di intercettare la domanda in prossimità del domicilio del Cittadino e creare pertanto percorsi "facilitati" (accesso diretto) per l'erogazione delle prestazioni in ambito ospedaliero, favorendo il recupero della mobilità passiva.

2. IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

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

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

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



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

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

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

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

Attraverso il sistema di budget, l'Azienda persegue l'integrazione operativa tra la Direzione Generale e le articolazioni organizzative, creando il necessario collegamento con la programmazione generale aziendale e gli obiettivi specifici delle singole strutture aziendali ed assicurando, al contempo, il coordinamento e la

funzionalizzazione unitaria di tutte le attività aziendali, nonché l'individuazione delle più opportune azioni da intraprendere sulla base dell'analisi e la valutazione dei risultati.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

In caso di impossibilità a conseguire i risultati attesi negoziati o a causa di sopravvenute esigenze, è prevista l'eventuale rinegoziazione degli obiettivi, anche a seguito di modifiche degli obiettivi di attività ed

economici assegnati dalla Regione o da normative nazionali, nonché in riferimento alle risultanze di quanto riportato in fase di monitoraggio periodico.

2.2 Fasi soggetti e tempi della Performance

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.4 Programmazione strategica

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.4.1 2 Linee strategiche 2024

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

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

In sede attuativa, il concreto inveramento di tali principi cardine si traduce negli **obiettivi di salute** declinati dal **Piano Socio-Sanitario Regionale 2023-2025** (approvato con deliberazione amministrativa dell'Assemblea legislativa regionale n.57 del 9 agosto 2023). A fronte di una situazione caratterizzata da un costante aumento delle necessità, anche emergenti, del sistema sanitario ed i costi inflattivi incrementali, è forte il richiamo e l'impegno a dare concreta e sostanziale attuazione all'implementazione dei nuovi modelli territoriali richiamati dal DM 77/22, alla riorganizzazione del sistema dell'emergenza territoriale e della continuità assistenziale ed infine dal PNRR. Risulta evidente che, questi obiettivi particolarmente sfidanti, si potranno realizzare a patto di forti riorganizzazioni guidate, dalla razionalizzazione ed efficientamento del sistema, pena, la non sostenibilità di quanto l'Azienda è chiamata a realizzare.

Seguendo le linee programmatiche del PSSR, la riorganizzazione dell'Azienda, relativamente alle "**reti cliniche**", identifica le linee di attività/produzione più significative, sulla base delle competenze e delle tecnologie presenti sul territorio e dei volumi minimi di attività necessari per garantire efficienza e qualità clinica, in coerenza con le indicazioni della normativa nazionale, al fine di garantire una completa presa in carico del paziente, appropriata e di qualità, con definizione di funzioni e responsabilità.

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

Per questi motivi, l'Azienda privilegia le azioni volte a garantire la valutazione non solo della qualità e dell'appropriatezza dei servizi, ma anche a rafforzare la capacità delle strutture di prevenire il rischio clinico, a garantire l'aderenza alle linee guida clinico-organizzative, a favorire i processi di valutazione delle tecnologie (HTA).

In altri termini, non solo la qualità delle prestazioni in tema di salute, ma anche le modalità attraverso le quali esse vengono erogate, i risultati di outcome (finali) e con quale soddisfazione degli operatori e dei cittadini.

.

A partire dal 2024, pertanto, l'Azienda non può prescindere dalla progressiva ripresa di un percorso che porti alla completa realizzazione di risultati prioritari per la programmazione sanitaria, l'impegno gestionale aziendale è pertanto rivolto a:

- perseguire l'implementazione delle linee di indirizzo relative a reti cliniche e all'integrazione ospedale territorio previsti nel nuovo Piano Socio Sanitario Regionale; i professionisti coinvolti (clinici ed esperti di organizzazione dell'area della dirigenza e del comparto) sono, infatti, chiamati a ridefinire reti, modelli assistenziali, percorsi e rapporti tra le diverse figure deputate a garantire un'assistenza efficace, sicura sostenibile;
- dare appropriata risposta ai pazienti in lista d'attesa (ambulatoriale e chirurgica) organizzando una risposta di sistema che veda il coinvolgimento coordinato di tutte le risorse provinciali del sistema pubblico e privato (personale e tecnologie);
- garantire il governo della domanda di specialistica ambulatoriale su base provinciale, attraverso la semplificazione dell'accesso ai servizi, la corretta presa in carico della cronicità ed un'offerta prestazionale in grado di garantire risposte entro i tempi previsti dagli standard regionali;
- procedere alla revisione della rete dell'emergenza-urgenza e della continuità assistenziale assicurando la presa in carico in ambito extraospedaliero di una importante parte della casistica che oggi accede impropriamente ai PS;
- consolidare le cure primarie, riprendendo e rafforzando il percorso di sviluppo delle strutture territoriali e di integrazione ospedale-territorio, dando progressiva attuazione alle previsioni del DM 77/22 in materia di assistenza territoriale,
- promuovere modalità assistenziali e organizzative integrate tra il sistema delle cure primarie e il sistema della salute mentale-dipendenze patologiche, anche all'interno delle Case della Comunità;
- sostenere interventi di prevenzione e promozione della salute, promuovendo l'integrazione tra i servizi territoriali ed i servizi ospedalieri, favorendo l'informazione e gli interventi di prevenzione nei processi assistenziali e la costruzione di alleanze con enti e associazioni locali, nonché garantendo equità e contrasto alle disuguaglianze;
- rinsaldare azioni di sistema mirate a promuovere l'equità nel rispetto delle differenze, attraverso l'adozione di un piano aziendale, l'utilizzo di strumenti di equity assesment (Health Equity Audit e/o Equality Impact Assessment) sulle principali vulnerabilità sociali della popolazione di riferimento. E' necessario perseguire la formazione in tema di medicina di genere ed equità, il monitoraggio degli effetti di salute delle disuguaglianze, utilizzando gli strumenti epidemiologici ad hoc;
- assicurare la completa attuazione di quanto previsto dal DPCM del 12 gennaio 2017 per l'area socio-sanitaria, in particolare per quanto riguarda l'assistenza domiciliare socio-assistenziale post dimissione, i laboratori protetti e Centri occupazionali per disabili e la valorizzazione del ruolo del care-giver;
- integrare la ricerca e la formazione come parte della sua missione istituzionale, progettando percorsi ed esperienze formative innovative per il pieno sviluppo delle competenze professionali, la valutazione dell'efficacia degli apprendimenti e la valutazione di efficacia delle azioni formative;
- assicurare la qualità dei servizi e dell'assistenza con particolare riferimento ad aspetti organizzativi e professionali, allo scopo di migliorare la qualità dei processi assistenziali, anche (ma non esclusivamente) attraverso la definizione di situazioni organizzative ed operative che favoriscano l'allineamento degli operatori ai comportamenti più idonei definiti in strumenti quali procedure, linee guida, protocolli, PDTA ecc.

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

- mantenere aggiornati i sistemi di Strutture / Unità Operative soggette ad audit (es screening, procurement), verifiche accreditamento secondo le indicazioni regionali, Certificazione secondo il modello ISO;
- promuovere l'attività di audit interno anche mediante autovalutazione condotte con le principali finalità di individuare aree di criticità che dovranno pertanto essere prioritariamente oggetto di azioni o piani di miglioramento, oltre a consentire un'analisi e aggiornamento del sistema documentale richiesto dai requisiti di accreditamento;
- promuovere la qualità, sicurezza delle cure e gestione del rischio clinico, attraverso il consolidamento del sistema aziendale di gestione degli eventi avversi, promozione di progettualità ed iniziative volte a fornire le migliori e più appropriate cure possibili, assicurando sia adeguati standard qualitativi delle prestazioni e dei servizi sia il soddisfacimento degli obblighi di accreditamento istituzionale. Importante il lavoro sull'armonizzazione delle funzioni di gestione sinistri e rischio clinico, infettivo, occupazionale;
- promuovere la partecipazione e della responsabilizzazione dei cittadini attraverso strumenti e modelli che consentano anche di ridurre distanze e disuguaglianze, più in generale la valorizzazione della partecipazione di tutte le risorse della comunità nelle diverse forme e attraverso il coinvolgimento dei diversi attori locali (Comuni e loro Unioni, professionisti, pazienti e loro caregiver, associazioni/organizzazioni del Terzo Settore, ecc.) è un valore da perseguire;
- promuovere l'ottimale utilizzo delle risorse economiche a disposizione, attraverso l'efficientamento dell'attività, garantendo la sostenibilità economica ed ambientale;

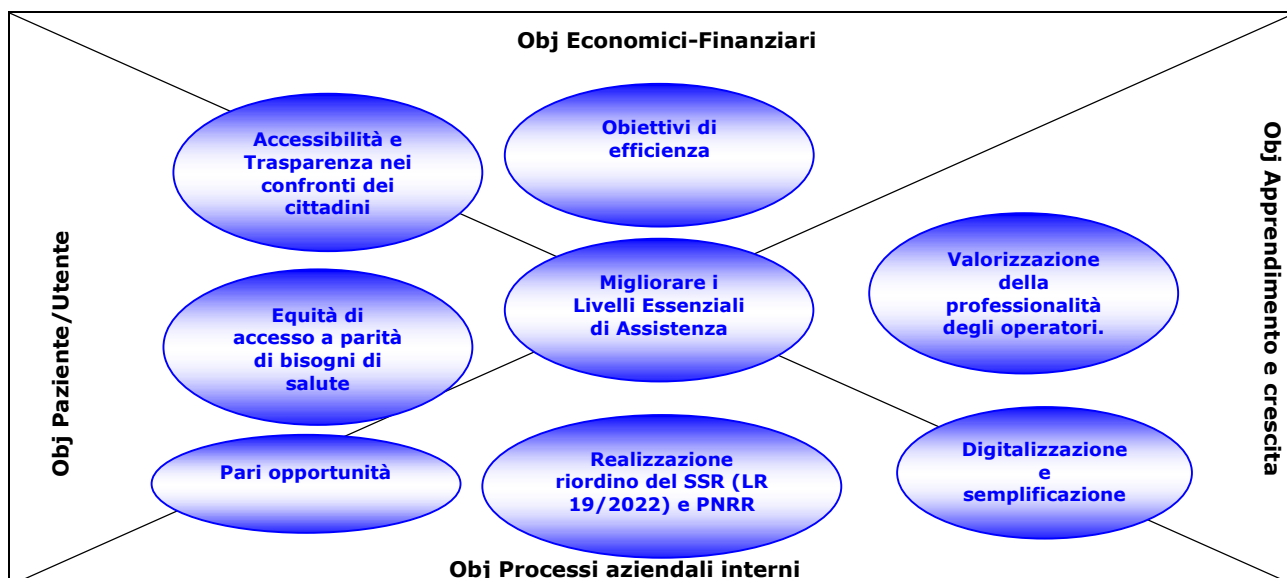
Nelle pagine a seguire, si riportano, in modo sistematico, gli elementi utili ad approfondire i macro temi che, tra quelli sopra individuati, sono da ritenersi prioritari.

Per quanto riguarda nello specifico l'ultimo punto, L'Azienda nella programmazione 2024 intende intraprendere una serie di azioni finalizzate al miglioramento dell'efficienza su alcune specifiche aree. La direzione strategica ha concertato tali azioni con i gestori di risorse e strutturato un apposito tavolo interaziendale per il buon governo delle diverse componenti di spesa a carico del bilancio aziendale, intensificando la frequenza di analisi dell'andamento economico, (portandola da trimestrale a mensile).

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

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

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



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

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

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

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

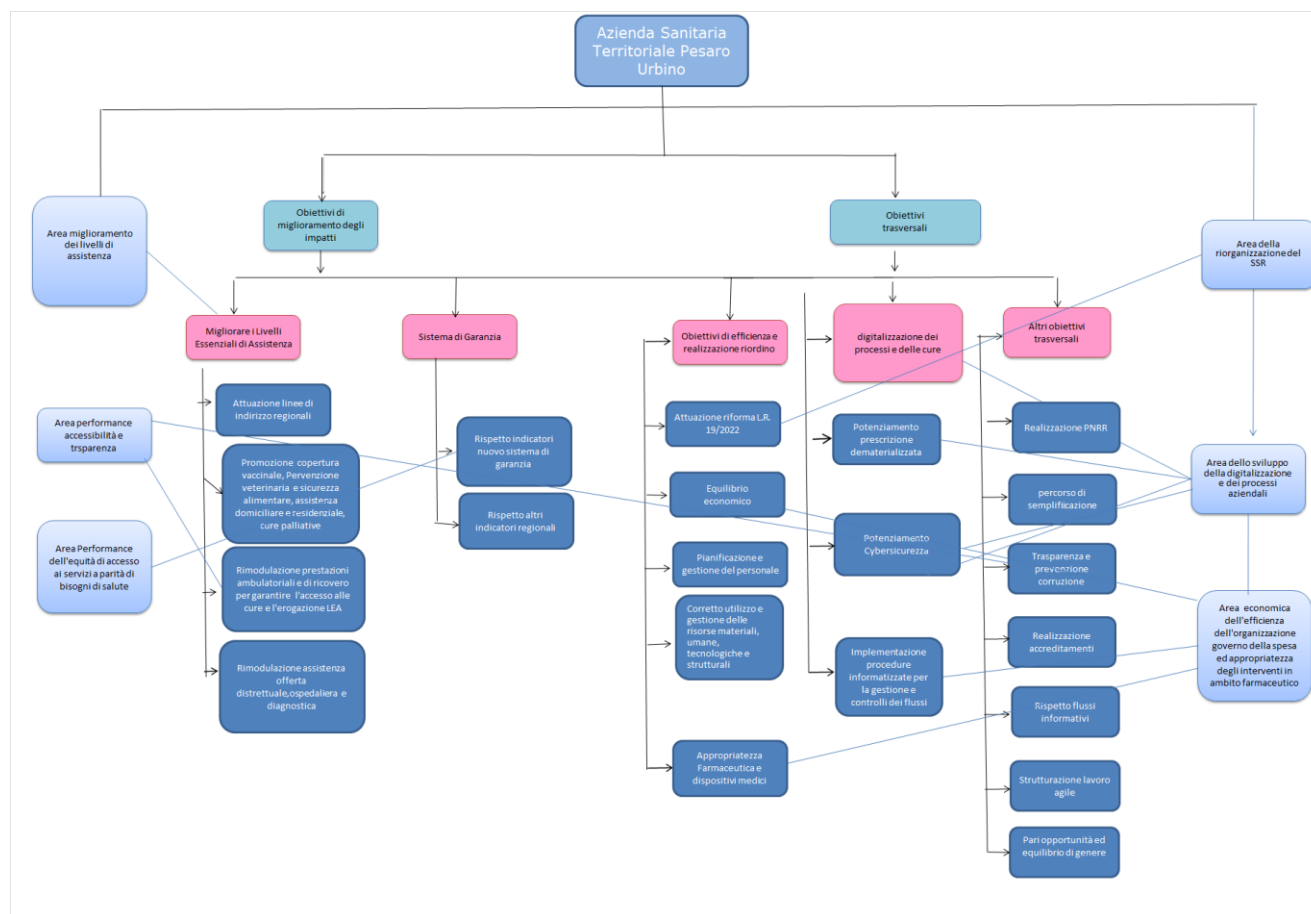
Tutti questi obiettivi sono perseguiti tenendo conto della missione istituzionale delle Pubbliche Amministrazioni che è la creazione di Valore Pubblico a favore dei propri utenti, stakeholder e cittadini.

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

2.4.2 L'albero delle performance

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

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



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

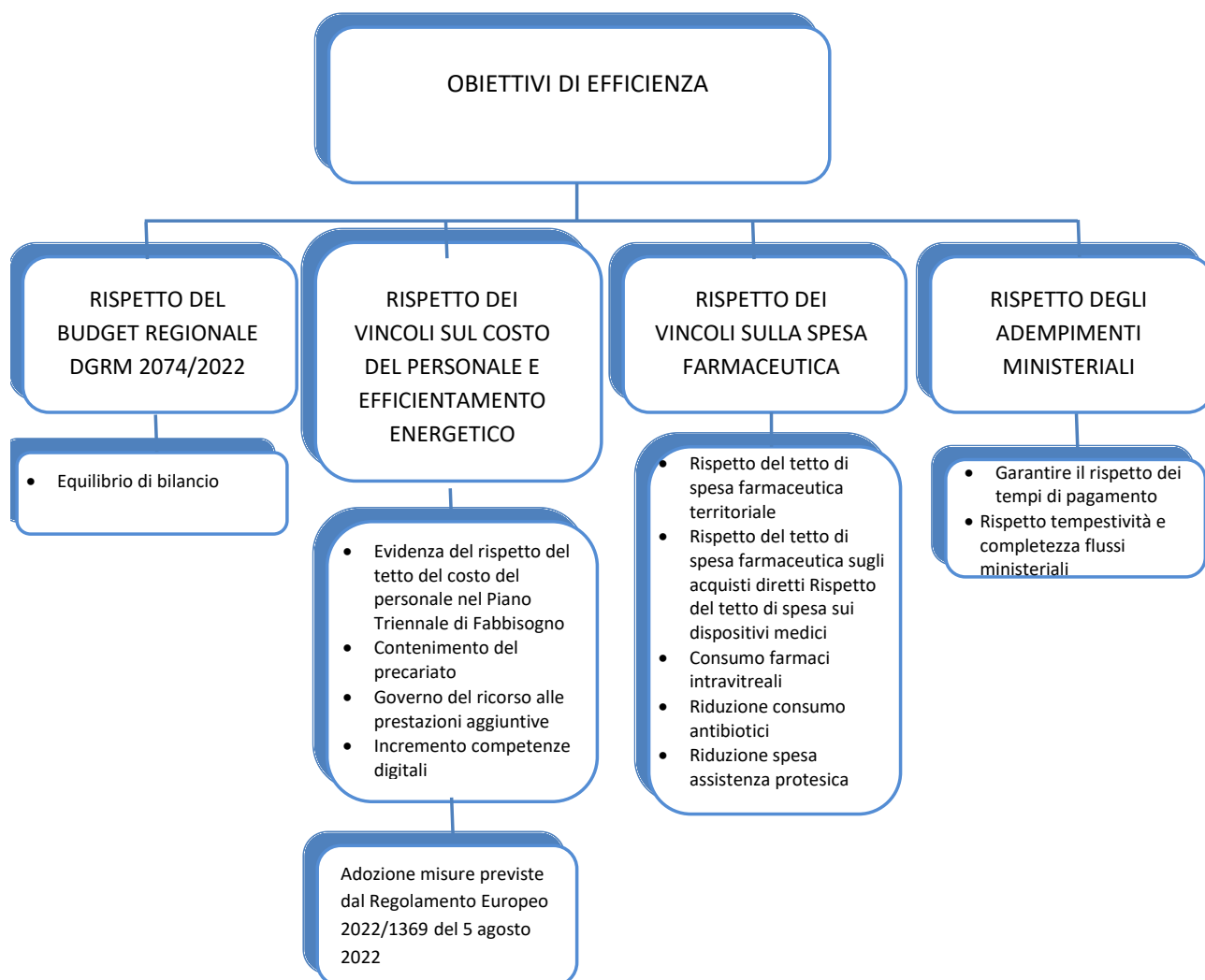
Area Organizzativa – Realizzazione L.R. 19/2022

Il mandato istituzionale che sottende alla costituzione dell'Azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro Urbino è l'attuazione della riforma sulla riorganizzazione del Sistema Sanitario Regionale, prevista dalla L.R. 19/2022, e l'attuazione delle linee di indirizzo contenute per nuovo PSSR.

In particolare, in riferimento a questa Azienda, l'attuazione della riforma deve passare attraverso un percorso di omogeneizzazione e unificazione di due realtà aziendali e la riorganizzazione interna dell'assetto istituzionale, tramite l'adozione di tutti gli atti necessari alla piena funzionalità della AST.

Area Economica – Obiettivi di efficienza

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



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

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

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

L'AST di Pesaro Urbino, al fine di contenere e qualificare la spesa farmaceutica e per dispositivi nei limiti programmati provvederà nel corso del 2024 all'attuazione delle seguenti azioni:

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

1. migliorare la capacità di acquisto in termini di ottimizzazione dei prezzi d'acquisto mediante una forte attenzione sulle ricerche di mercato per individuare le procedure ad evidenza pubblica di scelta del contraente che possano consentire di ottenere il miglior prezzo a garanzia di un buon livello qualitativo dei prodotti con particolare attenzione all'area farmaco;
 2. concertazione con gli altri Enti del SSR per individuare ambiti di aggregazione della domanda relativa alla fornitura di beni (anche per le categorie merceologiche non rientranti nel processo di centralizzazione degli acquisti previsti dalla vigente normativa in materia ovvero DPCM 24/12/2015, DPCM 11/7/2018, ecc.) al fine di conseguire economie di scala;
 3. avvio di nuovi procedimenti di scelta del contraente con strategie di accountability mirate a reperire migliori condizioni contrattuali in termini di prezzi migliorativi.
- Il confronto con i correlati prezzi attualmente rilevati nelle due aree omogenee che costituiscono l'Azienda e dalle altre realtà regionali, si stima possa portare a margini di risparmio sui costi di acquisto, nell'ottica di dare attuazione alle azioni di spending review sulle varie voci di costo aziendali. Il riscontro di eventuali difformità, anche rispetto ad analoghe esperienze in realtà sanitarie contigue, potrà determinare azioni volte a generare una riduzione dei costi sostenuti (ricontrattazione con il fornitore, revisione prezzi, ecc.);
4. mantenimento del livello di attrattività dell'Azienda da parte degli operatori economici attraverso un veloce sistema di pagamento dei fornitori;
 5. consolidamento della contabilità analitica finalizzata al miglioramento continuo degli strumenti di governo da parte della Direzione Strategica, tramite il monitoraggio continuo dei consumi da parte delle UU.OO. ed i controlli sull'appropriatezza;
 - 6.ottimizzazione della gestione delle scorte a magazzino, governo delle scorte di reparto mediante lo strumento dell'armadietto informatizzato al fine di agganciare il reintegro degli stessi esclusivamente in funzione dei consumi/somministrazione al paziente;
 7. monitoraggio del rischio di scadenze per effetto della tracciabilità informatizzata dei lotti e delle scadenze.

- **Ricorso ai farmaci a brevetto scaduto e farmaci biosimilari** che determinerebbero un consistente risparmio senza ridurre l'assistenza, in quanto è stato dimostrato che non ci sono evidenze di un'incidenza maggiore di segnalazioni di sospette reazioni avverse rispetto agli originatori o una ridotta efficacia terapeutica.

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

- **Riduzione dei consumi antibiotici.**

In merito all'utilizzo degli antibiotici, si sottolinea l'impegno attuato dall'Azienda nel favorire l'implementazione di programmi di stewardship su tutti gli stabilimenti per il corretto utilizzo degli antibiotici in ambito ospedaliero;

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

Farmaceutica Convenzionata

In materia di farmaceutica convenzionata, si prevede:

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

Nello specifico si prevede di incrementare la Distribuzione Diretta per i pazienti cronici dei farmaci soggetti a Piano di Terapia.

Prontuario Unico Aziendale

Altra azione fondamentale per razionalizzare l'utilizzo dei beni farmaceutici è l'adozione, da parte dell'Azienda, di un prontuario unico aziendale per l'individuazione dei farmaci da utilizzare da parte dei professionisti sanitari, la fine di incentivare l'utilizzo di farmaci generici e migliorare l'appropriatezza.

Riorganizzazione Logistica Delle Sedi Di Distribuzione Farmaci E Dispositivi

La riorganizzazione delle sedi di distribuzione di farmaci e dispositivi, legata all'attuazione della rideterminazione della Rete ospedaliera e territoriale aziendale, comporterà un significativo risparmio di costi in termini di riduzione del personale addetto e dei servizi connessi, in particolare dei servizi di trasporto non sanitario, legato anche alla riorganizzazione dei percorsi di distribuzione e ritiro merci.

Altre Azioni Di Efficientamento Spesa Sui Dispositivi Medici

- Contenimento dell'incremento e monitoraggio continuo dell'andamento dei determinati di spesa (categorie di dispositivi a maggior impatto di spesa, quali diabete, protesi, guanti, IVD, dispositivi per oculistica, per ortopedia, Pacemaker, suturatrici, spirali per embolizzazione, ecc.) in riferimento alle previsioni di spesa fornite dai clinici prescrittori per l'anno 2024 a seguito di immissione in commercio di nuovi prodotti, nel rispetto dei tetti di spesa stabiliti dalla Regione;
- Riduzione costo medio di defibrillatore/paziente per migliore appropriatezza d'uso.
- Efficientamento DPI – Camici e Mascherine

Per gli ausili rimborsati a sanitarie e Presidi per incontinenza

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

Per Ossigenoterapia domiciliare

In riferimento alla consegna a domicilio di ossigeno liquido e di ventilatori (cpap, etc..). saranno messe in campo azioni di governo clinico/appropriatezza sui prescrittori (incontri periodici), cercando anche di approfondire la modalità di consumo registrate dall'Azienda rispetto alle altre aziende della Regione.

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

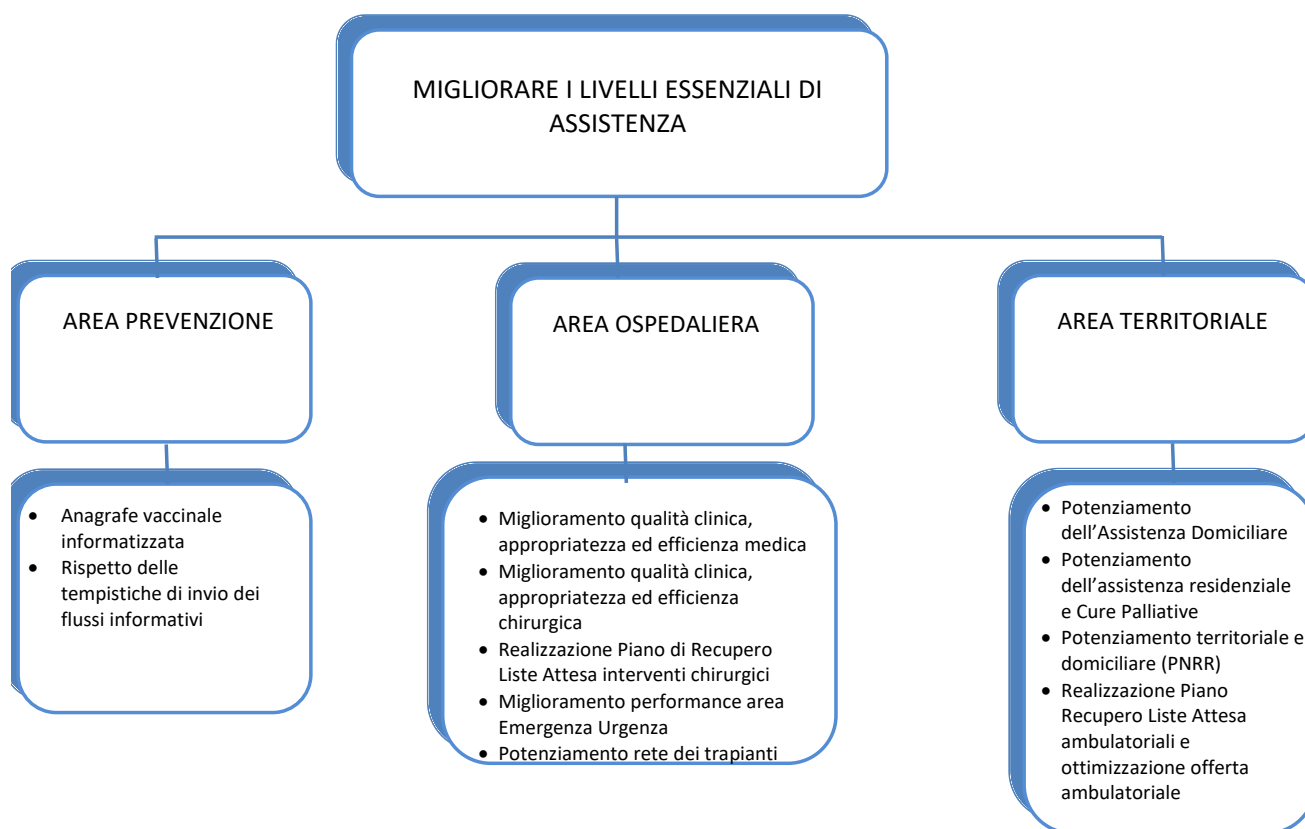
Infine per quanto riguarda il personale si rinvia all'apposita sezione.

Area del miglioramento dei livelli essenziali di assistenza

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

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

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



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

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

Per quanto riguarda il recupero delle liste d'attesa, l'Azienda ha elaborato un piano che prevede, nell'ambito delle modalità organizzative per il recupero delle liste di attesa, diverse tipologie di intervento sia in riferimento alle "prestazioni ospedaliere" (quali, prestazioni aggiuntive, reclutamento di personale) sia alle "prestazioni di specialistica ambulatoriale e di screening" (quali, prestazioni aggiuntive, incremento monte ore assistenza specialistica ambulatoriale, coinvolgimento delle strutture private accreditate) nonché, in generale, il coinvolgimento delle strutture private accreditate.

In tale contesto, è stata altresì rilevata l'esigenza dell'attivazione di un sistema di monitoraggio costante in ordine alla congruità dell'offerta delle suddette prestazioni rispetto alla domanda, volto ad affrontare in modo strutturato le problematiche emergenti.

L'Azienda intende fare proprie tali indicazioni individuando ulteriori azioni finalizzate all'allargamento delle procedure di monitoraggio, anche attraverso l'istituzione di un Osservatorio sulle liste di attesa, quale team multiprofessionale intra ed extra aziendale, preposto all'effettuazione di un continuo e costante

monitoraggio delle attività deputate al recupero delle liste di attesa al fine di verificarne le sinergie operative tra gli attori coinvolti.

Anche nel 2024, pertanto, pur nelle more della adozione di disposizioni regionali, l'Azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro Urbino sta predisponendo apposito piano di potenziamento delle prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Le azioni specifiche che verranno messe in campo nel 2024 riguardano pertanto gli ambiti di seguiti elencati:

- **Potenziamento della capacità produttiva**

Valutazione della capacità di smaltimento della lista d'attesa in relazione alla capacità produttiva delle sale chirurgiche, determinando le sedute necessarie per il recupero della casistica e l'elaborazione di un Piano di produzione chirurgica per il contenimento e rispetto dei tempi d'attesa.

- **Gestione dinamica liste d'attesa attraverso il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e di produzione:**

- condivisione e implementazione protocolli appropriatezza aziendali e condivisione con i MMG e con gli specialisti convenzionati
- implementazione televisite e teleconsulto MMG – Specialista
- Potenziamento dell'offerta di prestazioni di telemedicina
- valutazioni di appropriatezza e gestione delle liste d'attesa:
- monitoraggio della presa in carico specialistica in base al tipo di prescrittore
- analisi reportistica per una migliore gestione delle prestazioni fuori tempo d'attesa (oltre alla classe di priorità)
- misurare le disponibilità residue per tipologia di prestazione;
- rilevare le tipologie e la quantità di prestazioni prenotate per agenda (utile per rilevare anomalie di gestione);
- Azioni di committenza qualora le azioni aziendali non siano in grado di fare fronte alla riduzione liste d'attesa, miglioramento dei tempi d'attesa e al recupero della mobilità passiva, l'Azienda adotterà piani di committenza con il privato accreditato per specifiche prestazioni.

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

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

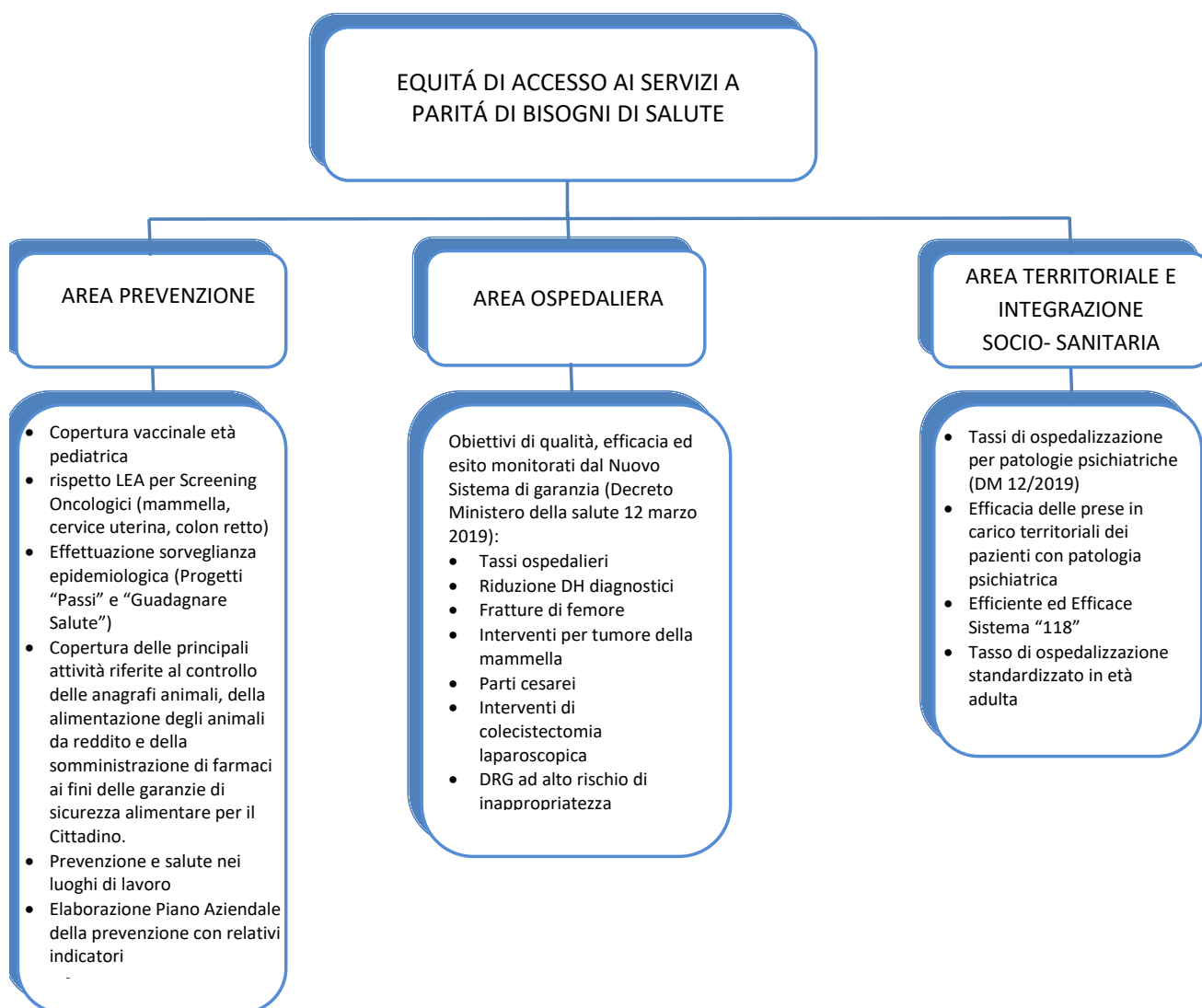
La promozione di politiche per la prossimità, per la riduzione delle disuguaglianze di salute e per la partecipazione/empowerment dei cittadini sono i temi principali sui quali sarà orientata l'attività dei prossimi anni, intendendo mettere in atto a partire dal 2024 e nel triennio le azioni necessarie a garantire le stesse opportunità di accesso, di fruizione, di qualità e di appropriatezza dei servizi a tutti i cittadini. Il tema dell'umanizzazione in termini di promozione di ambienti e comportamenti finalizzati al benessere delle persone, oltre che all'eliminazione delle discriminazioni e delle barriere (fisiche, sociali e culturali) nell'accesso e fruizione ai servizi sanitari viene considerato come una parte del più generale tema dell'equità dell'assistenza sanitaria ed è al centro dell'attenzione delle future traiettorie strategiche aziendali. In base a tale approccio, le attività da compiere non saranno meramente rivolte alla gestione dell'accessibilità ai luoghi di cura, bensì allo sviluppo di politiche di inclusione.

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

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

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

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



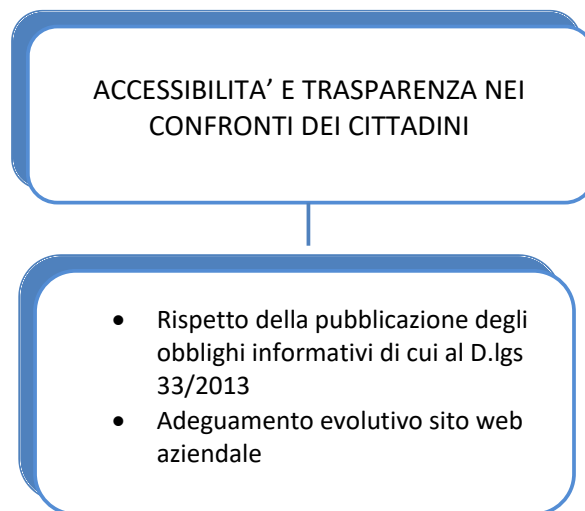
Particolare attenzione sarà posta ad ulteriori obiettivi che saranno individuati a livello regionale per l'anno in corso.

Area di performance accessibilità e della Trasparenza

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

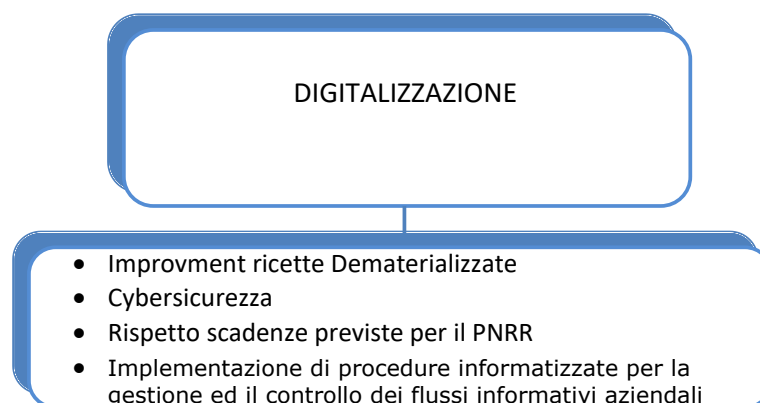
La trasparenza nei confronti dei cittadini è garantita mediante l'accessibilità totale alle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività dell'Azienda, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche a garanzia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

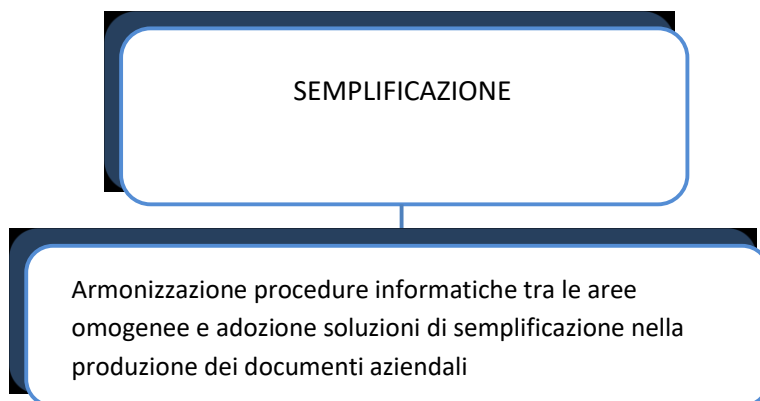
Pertanto, l'equità di accesso deve essere assicurata anche tramite



Area dello Sviluppo della digitalizzazione dei processi aziendali e della semplificazione

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



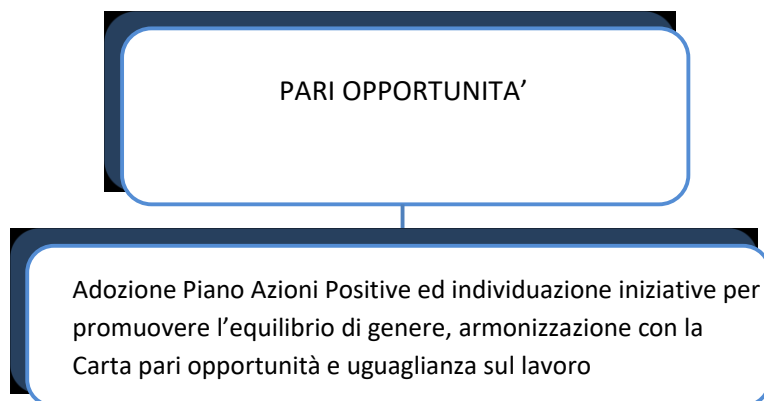


Area delle politiche di pari opportunità ed equilibrio di genere.

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

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

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



Area di performance dell'anticorruzione

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

2.4.3 Obiettivi operativi

In merito agli obiettivi operativi, nelle more della attribuzione, da parte della Regione Marche, degli obiettivi di carattere economico e sanitario 2024, si riportano in allegato (Allegato 4) quali obiettivi provvisori per il 2024, gli obiettivi assegnati dalla Regione per l'anno 2023 di cui alla DGR n. 1634/2023 aggiornando, laddove necessario, i relativi target.

Al momento dell'attribuzione, nel corso del 2024, degli obiettivi aziendali annuali da parte della Regione, si procederà ad un aggiornamento degli stessi ed ad un contestuale aggiornamento del presente piano.

Nel mentre, si procederà, alla luce dell'adottando Bilancio di previsione 2024, all'attribuzione, alle diverse articolazioni aziendali, dell'entità delle risorse a disposizione per il 2024, limitatamente ai fattori produttivi direttamente governabili dalle stesse.

Al momento dell'attribuzione degli obiettivi sanitari aziendali da parte della Regione si procederà ad una declinazione degli stessi alle diverse strutture aziendali, in coerenza con le linee strategiche individuate e subordinatamente alle risorse attribuite.

SOTTOSEZIONE LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA

Premessa

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

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

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

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

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

Pertanto la presente sottosezione aggiorna rispetto al precedente PIAO 2023-2025 i seguenti ambiti:

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

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

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

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

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

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

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

b) principi metodologici che riguardano:

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

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

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

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

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

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

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

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

3.1.2.1 Organo di indirizzo: il Direttore Generale

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

Individua il responsabile della Prevenzione e corruzione e trasparenza

Adotta il PIAO e i suoi aggiornamenti

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

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

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

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

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

partecipa alla predisposizione del PIAO per la sezione della prevenzione della corruzione e per la trasparenza ai fini della relativa adozione entro il 31 gennaio di ogni anno (art. 1, comma 8, L. 190/2012), salvo diverse disposizioni normative e/o di attuazione;

definisce, entro lo stesso termine di cui al precedente punto 1., procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione (art.1, comma 8, L.190/2012);

verifica l'efficace attuazione del Piano e la sua idoneità (art.1, comma 10, lett. a), L.190/2012) nonché propone la modifica dello stesso nelle ipotesi di accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero qualora intervengano mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione;

verifica, d'intesa con il Dirigente competente e in stretto raccordo con la Direzione Generale, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione (art.1, comma 10, lett. b), legge 190/2012), fermo restando l'esigenza di garantire la piena funzionalità delle strutture organizzative aziendali ed i relativi parametri di professionalità e competenze specifiche, e comunque conformandosi alle specifiche indicazioni dettate da ANAC in tema di rotazione del personale nel settore sanitario;

individua, con la collaborazione dei Dirigenti afferenti alle aree a maggiore rischio di corruzione, il personale da inserire nei programmi di formazione sui temi dell'etica e della legalità (art. 1, comma 10, lett. c), legge 190/2012);

trasmette, entro il 15 dicembre di ogni anno, all'Organismo indipendente di valutazione e al Direttore Generale una relazione recante i risultati dell'attività svolta, curandone la pubblicazione sul sito web

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

richiede all'attività al Direttore Generale in tutti i casi in cui questi lo richieda o, comunque, qualora lo stesso Responsabile ne ravvisi l'opportunità (art.1, comma 14, legge 190/2012);

verifica periodicamente il corretto adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente (art.43, comma 1, d.lgs. 33/2013 e ss.mm.ii.);

segnala al Direttore Generale, all'OIV, all'ANAC e, nelle ipotesi più gravi, all'Ufficio di disciplina i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente (art.43, comm1 e 5, d.lgs. 33/2013);

procede al riesame delle istanze in materia di accesso civico e "generalizzato" nei casi e nei termini previsti dall'art.5, comma 7, d.lgs. n. 33/2013 e ss.mm.ii. e dalle relative disposizioni di attuazione dell'ANAC nonché dalla specifica disciplina regolamentare interna;

cura, anche attraverso le disposizioni del piano anticorruzione, che nell'amministrazione, siano rispettate le disposizioni del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39 (art. 15), in materia di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi;

cura la diffusione della conoscenza del Codice di comportamento nell'amministrazione, il monitoraggio annuale sull'attuazione, la pubblicazione sul sito istituzionale e la comunicazione ad ANAC dei risultati del monitoraggio (art.15, comma 3, DPR 62/2013);

svolge ogni ulteriore compito previsto dalle disposizioni vigenti in materia.

3.1.2.3 Supporto operativo al RPCT

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

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

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

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

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

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

Individuare i dipendenti operanti nei settori maggiormente a rischio da avviare a specifici percorsi formativi

Verificare lo svolgimento periodico (almeno una volta l'anno) di attività finalizzate alla informazione e sensibilizzazione del personale circa i doveri giuridici ed i principi etici cui si deve costantemente ispirare il loro operato

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

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

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

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

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

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

3.1.2.5 Ruolo dei Dirigenti per l'area di rispettiva competenza

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.1.2.6 Organismo indipendente di valutazione

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

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

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

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

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

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

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

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

In rapporto agli obiettivi inerenti la prevenzione della corruzione e la trasparenza, l'OIV verifica i contenuti della relazione recante i risultati dell'attività svolta che il RPCT predispone e trasmette allo stesso oltre che al Direttore Generale, ai sensi dell'art. 1, comma 14, della l. 190/2012. Nell'ambito di tale verifica l'OIV ha

la possibilità di chiedere al RPCT informazioni e documenti che ritiene necessari ed effettuare audizioni di dipendenti (art. 1, comma 8-bis, l. 190/2012).

3.1.2.7 L'Ufficio per i procedimenti disciplinari

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

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

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

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

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

3.1.2.8 Ruolo dei dipendenti

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

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

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

3.1.2.9 Collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

In particolare, il suddetto disciplinare è volto a definire, in base all'autonomia organizzativa dell'Azienda, e all'aggiornamento delle strutture tecniche amministrative dell'ex AV1, la procedura interna di valutazione idonea a garantire l'efficacia di rilevazione di operazioni sospette, la tempestività della segnalazione all'Unità di Informazione Finanziaria per l'Italia (UIF), la massima riservatezza dei soggetti coinvolti nell'effettuazione della segnalazione stessa e l'omogeneità dei comportamenti. Tale procedura interna specifica le modalità con le quali gli addetti agli Uffici dell'Azienda trasmettono le informazioni rilevanti ai fini della valutazione

delle operazioni sospette ad un soggetto denominato "gestore", quale soggetto individuato con apposito atto del Direttore Generale, delegato alla valutazione ed alla trasmissione delle segnalazioni alla UIF.

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

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

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

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

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

3.1.2.13 Responsabile Unico del Procedimento (RUP)

Il Responsabile unico del procedimento (RUP) resta una figura centrale nel settore dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture, secondo quanto disposto all'art. 3167 del d.lgs. n. 50/2016. In particolare, la norma stabilisce che, per ogni singola procedura per l'affidamento di un appalto o di una concessione, le stazioni appaltanti individuano un responsabile unico del procedimento (RUP) per le fasi della programmazione, della progettazione, dell'affidamento, dell'esecuzione. La norma disciplina, altresì, le modalità di nomina del RUP, i requisiti richiesti e i numerosi e delicati compiti allo stesso attribuiti⁶⁸.

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

In particolare, nelle citate LLGG è stato precisato che:

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

per effetto del divieto fissato all'art. 35-bis del d.lgs. n. 165/2001, introdotto dalla l. n. 190/2012, non può svolgere le funzioni di RUP chi sia stato condannato, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del Codice penale⁷⁰;

le funzioni di RUP non possono essere assunte dal personale che versa nelle ipotesi di conflitto di interessi di cui al co. 2 dell'art. 42 del Codice. L'art. 42 si applica infatti a tutto il personale e ai soggetti che partecipano alle attività connesse alle procedure di affidamento ed esecuzione del contratto, a partire innanzitutto

proprio dal RUP. Non può pertanto ricoprire tale posizione il dipendente che si trovi in una delle ipotesi descritte al citato art. 42, co. 2. Si richiama l'attenzione sulla necessità che il superiore gerarchico, competente alla nomina, valuti la sussistenza di eventuali situazioni di conflitto di interessi che emergano dalla relativa dichiarazione resa dal soggetto interessato, in conformità alle indicazioni formulate da ANAC nella Parte speciale "Conflitti di interessi in materia di contratti pubblici" del presente PNA, cui si rinvia, sulle misure da adottare per la gestione del conflitto di interessi nei contratti pubblici;

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

Quanto ai compiti, il RUP vigila sullo svolgimento delle fasi di progettazione, affidamento ed esecuzione di ogni singolo intervento, tenendo conto dei costi e dei tempi previsti, della qualità della prestazione, della manutenzione programmata, della sicurezza e salute dei lavoratori e di altre disposizioni in materia. Il RUP è dunque il principale soggetto coinvolto nei processi delle singole fasi dell'appalto nelle quali possono presentarsi situazioni di rischio corruttivo a pregiudizio del corretto e imparziale svolgimento dell'azione amministrativa⁷¹.

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

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

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

3.2 LA GESTIONE DEL RISCHIO

3.2.1. Linee generali

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

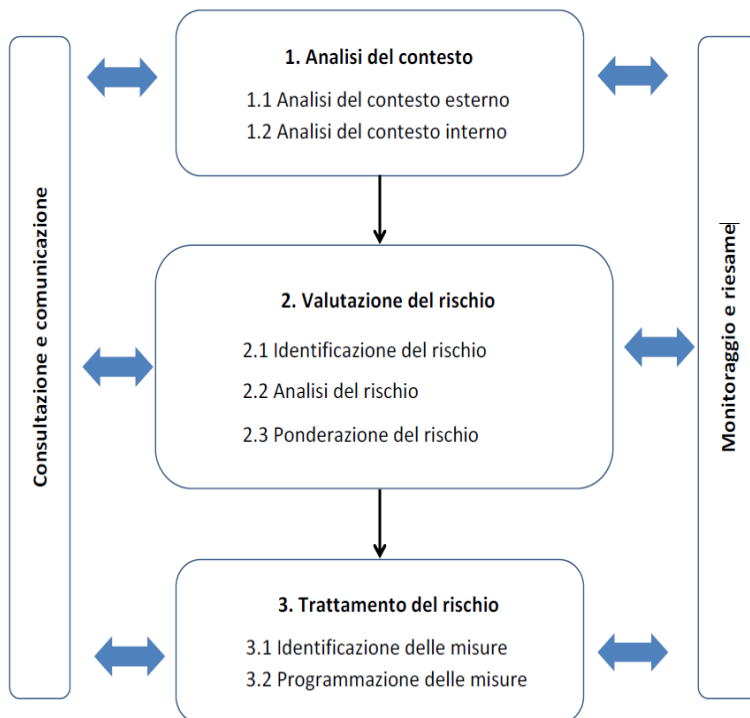
Pertanto, si procederà nel corso dell'anno 2021 nei termini suindicati, utilizzando il nuovo approccio valutativo (di tipo qualitativo), in modo graduale.

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

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

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

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



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

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

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

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

Sulla base delle informazioni relative al proprio contesto l'Azienda intende:1

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

Identificare i processi sensibili in modo sufficientemente analitico e dettagliato

Identificare i rischi di corruzione

Analizzare i rischi e ponderare i rischi di corruzione

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

43/100

PUNTEGGIO MEDIO GLOBALE

50/100

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

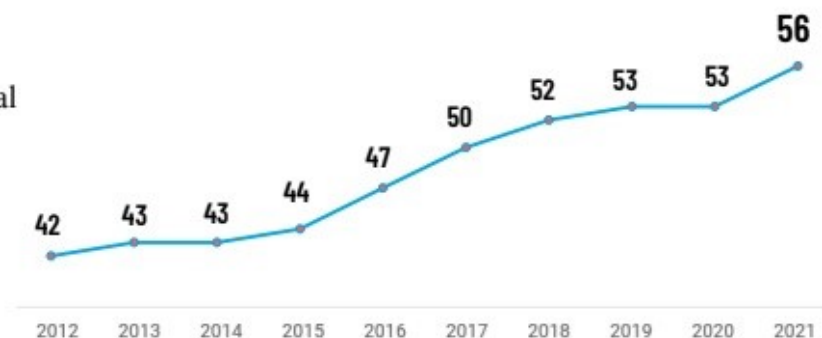
Il quadro generale e lo slancio italiano

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

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

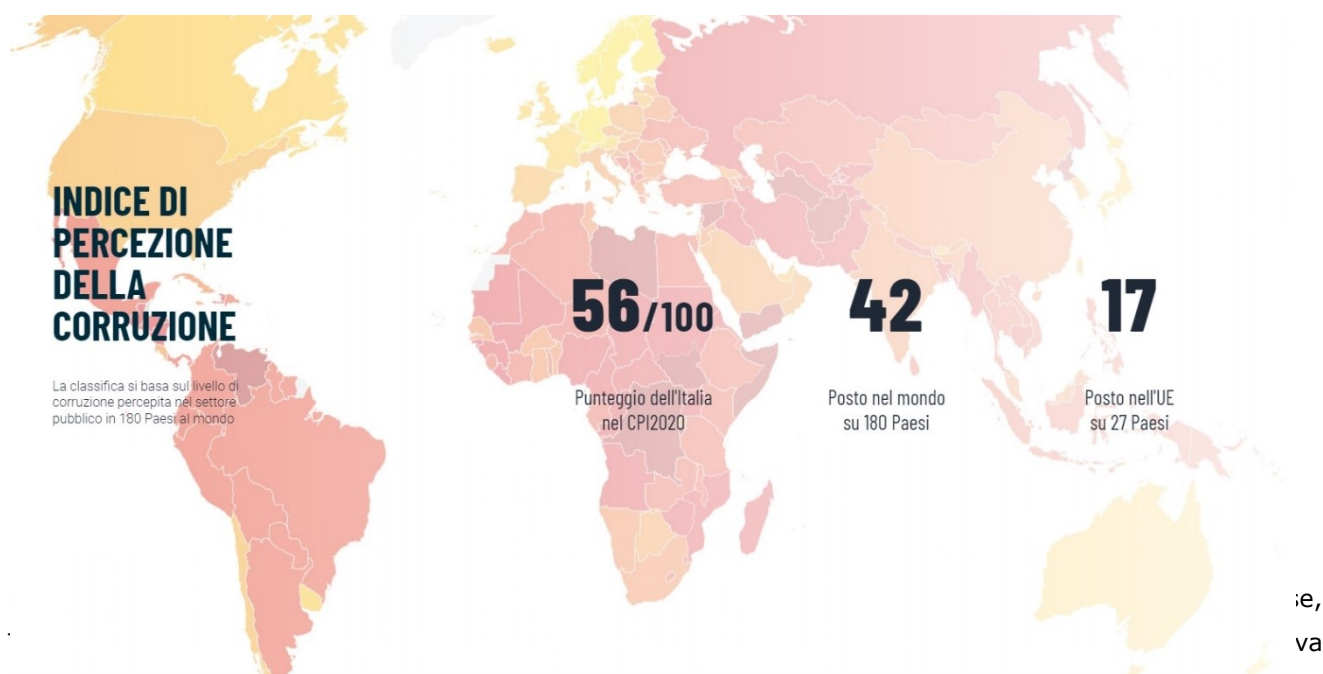
Continua il trend positivo dal
2012 ad oggi:

+ 14 PUNTI



to
dei

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



...e,
va

europea 2019/1937 in materia di whistleblowing che consentirebbe di integrare la disciplina contenuta nella legge 179/2017; la pubblicazione del registro dei titolari effettivi - introdotto con il recepimento della V Direttiva europea anticiclaggio - che non ha ancora visto la luce in assenza dei decreti attuativi necessari; l'emanazione della disciplina sul lobbying il cui testo è stato di recente approvato, in prima seduta, dalla Camera dei Deputati e che ora attende il vaglio del Senato della Repubblica; infine lo sviluppo di nuove piattaforme informative.

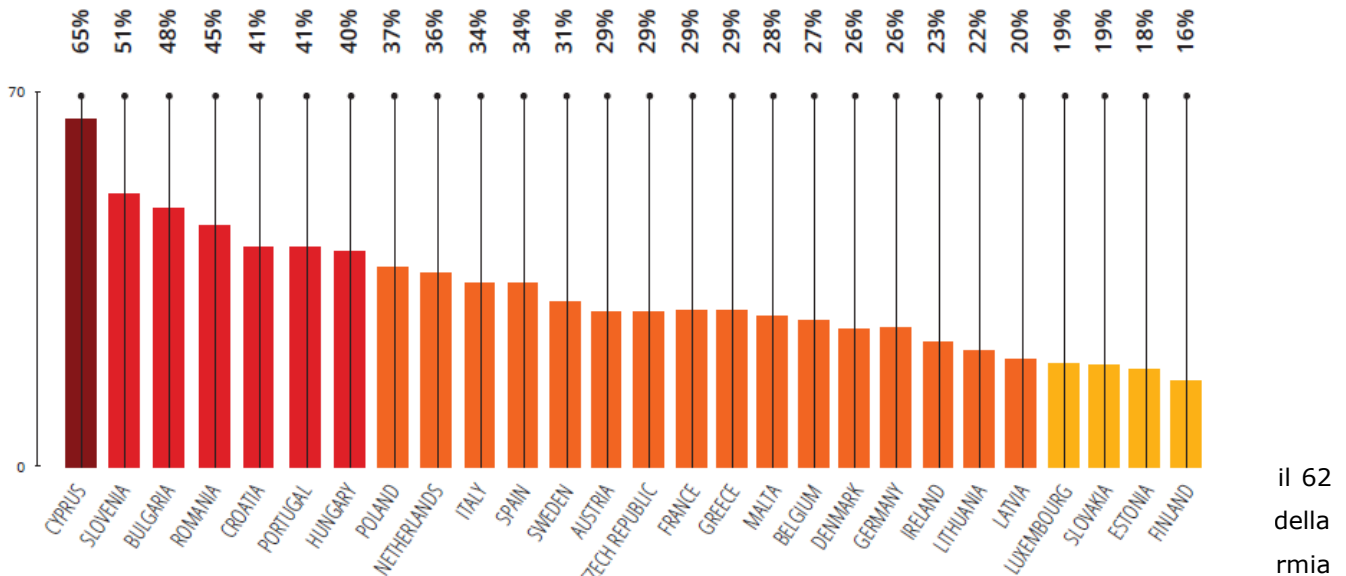
Percezione della corruzione: la svolta dal 2020 al 2021

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

Se i paesi europei sono sempre stati considerati ricchi, stabili e democratici, il Global Corruption Barometer (GCB), seppur rilevato durante un periodo particolarmente stressante per la comunità, fotografa la scarsa

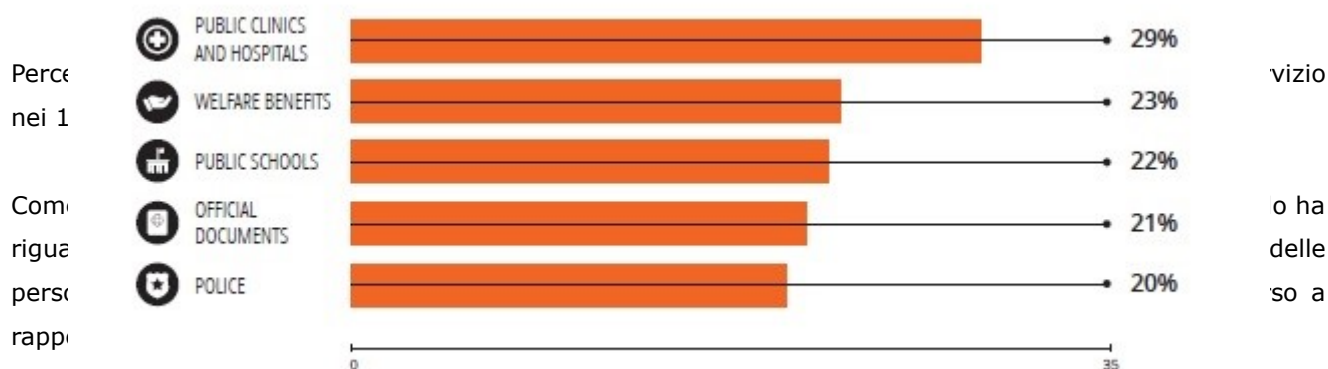
fiducia dei cittadini nei confronti delle istituzioni pubbliche a favore della percezione di una crescente disparità socio-economica e dell'aumento dei fenomeni corruttivi.

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



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

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



Gli appalti pubblici nell'ambito del PNRR

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

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

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

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



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

Anche se gli esiti del progetto sperimentale europeo e il background acquisito dimostrano come il Patto di integrità rappresenti per i governi una leva per proteggere gli investimenti pubblici da frodi, cattiva gestione e corruzione grazie anche alla partecipazione attiva della cittadinanza, è necessario lavorare perché questo strumento non si trasformi - o comunque non venga percepito - come mero adempimento burocratico con

l'unico effetto di appesantire procedure già complesse e in continua mutazione, ma sia davvero un supporto alle pubbliche amministrazioni per prevenire rischi corruttivi.



3.2.4 La “mappatura” dei processi

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

Nelle more della riorganizzazione aziendale, così come già previsto nel PIAO 2023-2025, in questo paragrafo si integrano e diventano parte integrante di questo piano le mappature dei processi di cui al PTPCT ex AOMN e ex ASUR, come di seguito riepilogati e contenuti rispettivamente negli allegati 1A e 1B

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

Tabella- Aree di rischio e processi

Aree di rischio	Processi
Contratti pubblici (ex Acquisizione beni, servizi e affidamento lavori)	Processo di Acquisto di Beni tramite procedura aperta ex art 60 del D.lgs n. 50/2016 smi
	Procedura per affidamento fornitura dispositivi medici infungibili ex art 63 del d. lgs 50/2016 smi comma 2, n. 2).
	Affidamento di contratti pubblici di lavori
	Esecuzione del contratto
Acquisizione e gestione del personale (ex Gestione risorse umane)	Programmazione fabbisogno personale
	Procedura di reclutamento Assunzioni a tempo indeterminato
	Procedura di reclutamento Assunzioni a tempo

	determinato
	Mobilità tra Azienda ed Enti
	Rilevazione Presenze (da mappare)
	Progressioni di carriera
	Valutazione del personale
	Gestione Stipendiale (da mappare)
Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Ciclo attivo
	Ciclo passivo
	Donazioni
	Comodati d'uso
	Gestione del patrimonio
Controlli, verifiche, ispezioni, sanzioni	(da mappare)
Incarichi e nomine	Incarichi extraistituzionali
	Incarichi professionali, di consulenza, di collaborazione
	Incarichi di docenza
	Incarichi dirigenziali strutture complesse e semplici
Affari legali e contenzioso	Affidamento incarichi a legali esterni (da mappare)
Attività Libero professionale	Gestione attività libero professionale
Liste di attesa	gestione delle liste di attesa
Farmaceutica e dispositivi e altre tecnologie: sperimentazioni e sponsorizzazioni	Gestione del magazzino/movimentazione delle scorte
	Sperimentazioni cliniche
Attività conseguenti ai decessi in ambito ospedaliero	(da mappare)
	concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati

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

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

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

concernenti l'ambito del Servizio Sanitario Nazionale che dovranno essere correlate alle caratteristiche organizzative e funzionali proprie della nuova Azienda.

3.2.5 La valutazione del rischio

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

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

3.2.6 Identificazione degli eventi rischiosi

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

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

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

A) Definizione dell'oggetto di analisi

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

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

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

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

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

B) Selezione delle tecniche e delle fonti informative

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

In particolare, saranno utilizzate le seguenti fonti informative:

le risultanze dell'analisi del contesto interno e esterno;

le risultanze dell'analisi della mappatura dei processi;

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

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

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

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

le indicazioni fornite da ANAC per il comparto sanitario;

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

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

Surveys: questionari per sollecitare opinioni

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

C) Individuazione e formalizzazione dei rischi

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

3.2.6 L'analisi del rischio

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

A) Analisi dei fattori abilitanti

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

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

il livello minimo trasparenza;

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

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

la scarsa responsabilizzazione interna;

l'inadeguatezza del personale addetto ai processi;

l'inadeguata diffusione della cultura della legalità.

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

B) Stima del livello di esposizione al rischio

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

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

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

a) Scelta dell'approccio valutativo

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

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

Le tecniche che si intendono adottare sono le seguenti:

Brainstorming: Tecnica utilizzata per incoraggiare il pensiero immaginativo

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

b) Individuazione dei criteri di valutazione

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

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

grado di discrezionalità dei decisori aziendali;

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

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

grado di attuazione delle misure di trattamento.

c) Rilevazione dei dati e delle informazioni

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.2.8 La ponderazione del rischio

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

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

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

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

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

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

	Criteri	Valore
Probabilità	Discrezionalità	1 = se esiste una discrezionalità molto bassa (tutti i parametri o la fase / azione sono ben definiti e scrivono in documenti e procedure sia in PA) 4 = se esiste un'elevata discrezionalità (esiste un alto livello di discrezione, non ci sono procedure da seguire o regole generali)
	Rilevanza Esterna	1 = se esiste una rilevanza esterna molto elevata (cioè esiste un altro soggetto diverso da una PA) 4 = se esiste una rilevanza esterna estremamente bassa (nessun altro è coinvolto, ad eccezione di un PA)
	Complessità del processo	1 = se esiste una complessità molto bassa del processo (cioè il processo ha semplici passaggi e procedure facilmente verificabili) 4 = se esiste un'elevata complessità del processo (cioè il processo è così complesso che è molto difficile verificare la correttezza di tutti i passaggi)
	Valore Economico	1 = se esiste un valore economico molto basso (cioè il processo ha un valore economico molto basso) 4 = se esiste un valore economico molto elevato (cioè il processo è così complesso che è molto difficile verificare la correttezza di tutti i passaggi)
	razionalità del processo)	1 = se esiste un'elevata segmentazione del processo (cioè ci sono diversi passaggi che devono essere passati e diversi dipendenti che devono essere coinvolti) 4 = se c'è una segmentazione molto bassa del processo (solo pochi passi possono essere fatti per arrivare alla fine del processo)
	Livello di Controllo	1 = se ci sono livelli molto elevati di controlli (cioè controlli frequenti e dettagliati) 4 = se vi sono livelli molto bassi di controlli (solo pochi

		passaggi)
	Valore Medio	
Impatto	Impatto Organizzativo	se si verifica un evento di corruzione, l'organizzazione ha un effetto molto basso -1 o molto alto -4
	Impatto Economico	se si verifica un evento di corruzione, si ha un impatto molto basso -1 o molto alto -4 dal punto di vista economico
	Impatto Reputazionale	se si verifica un evento di corruzione c'è un impatto molto basso -1 o molto alto -4 dal punto di vista reputazionale
	Valore Medio	
Indice di rischio	Rischio trascurabile	inserire valore min e max
	Rischio medio basso	inserire valore min e max
	Rischio rilevante	inserire valore min e max
	Rischio critico	inserire valore min e max

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

3.2.7 Determinazione della classe di rischio

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

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

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

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

Probabilità				
4	4	8	12	16
3	3	6	9	12
2	2	4	6	8
1	1	2	3	4
	1	2	3	4
	impatto			

La scala di priorità degli interventi è riportata nella seguente tabella

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

3.2.8 Il trattamento del rischio

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

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

3.3 L'individuazione delle misure

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

- controllo;
- trasparenza;

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

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

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

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

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

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

Gradualità delle misure rispetto al livello di esposizione del rischio residuo. L'implementazione delle misure esistenti verrà opportunamente graduata tenendo presente che maggiore è il livello di esposizione dell'attività al rischio corruttivo non presidiato dalle misure già esistenti, più analitiche e robuste dovranno essere le nuove misure.

3.3.1 La programmazione delle misure

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

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

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

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

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

Tabella - Indicatori di monitoraggio per tipologia di misura

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

3.4 Monitoraggio e riesame

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

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

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

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

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

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

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

3.4.1 Il monitoraggio sull'attuazione delle misure

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.4.2 Il monitoraggio sull'attuazione delle misure

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

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

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

3.5 LE MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

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

3.5.1 Doveri di comportamento. Il Codice di comportamento.

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

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

Così come previsto nella DGRM 1718/2022 nella fase di prima operatività e nelle more dell'adozione dell'atto aziendale, il codice di comportamento dell'Azienda Marche Nord adottato con determina n. 69 del 31/01/2022, e quello dell'Azienda ASUR adottato con determina del Direttore Generale ASUR n. 234 del 24/03/2022 hanno validità ed efficacia.

Successivamente con il recente D.P.R. n. 81 del 13 giugno 2023 "*Regolamento concernente modifiche al decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62, recante: «Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165»*" sono state apportate delle modifiche al Codice di Comportamento Nazionale che richiedono l'aggiornamento dei codici adottati dalle Pubbliche Amministrazioni.

Alla luce delle suddette modifiche aziendali e normative l'RPCT, in qualità di Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) ha organizzato n. 2 incontri volti alla revisione dei Codici di Comportamento Aziendali (ex AORMN ed ex AV1) finalizzati all'adozione di un unico documento AST.

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

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

E' in attesa l'aggiornamento della propria di codice di comportamento adottato con determina n. 1351/2023 e sottoposto a consultazione entro il febbraio 2024.

Tabella di Monitoraggio: Attuazione Codice di comportamento

MISURE	FASI/ATTIVITA' /MODALITA' DI ATTUAZIONE	TEMPI/TERMINI	RESPONSABILITA'
Attività di verifica sull'attuazione del del Codice	compilazione di apposita check list di verifica	30 novembre	Direttori/Dirigenti di ciascuna struttura
Codice di comportamento	Adozione del codice di comportamento AST Pesaro Urbino	Entro febbraio 2024	R.P.C.T. in raccordo con UPD/ UO Gestione ed amministrazione Risorse Umane e Dipartimento delle professioni Sanitarie e Rappresenza della dirigenza medica/sanitaria
Formazione sul codice di comportamento	Partecipazione formazione FAD	n.ro di personale partecipante alla formazione fad/totale del personale	Almeno il 90% entro il biennio 2024-2026

3.5.2. Conflitto di interessi e obbligo di astensione

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

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

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

l'astensione del dipendente in caso di conflitti di interessi;

le ipotesi di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso enti privati in controllo pubblico, disciplinate dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 (cfr. par. 3.5.3 "Inconferibilità e incompatibilità di incarichi");

l'adozione dei codici di comportamento (cfr. par. 11);

il divieto di pantouflage (cfr. par. 3.5.5 "Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro pantouflage – revolving doors ");

l'autorizzazione a svolgere incarichi extra istituzionali (cfr. par. 12.4 "Svolgimento di incarichi d'ufficio – attività ed incarichi extra-istituzionali");

l'affidamento di incarichi a soggetti esterni in qualità di consulenti ai sensi dell'art. 53 del d.lgs. n. 165 del 2001.

La stessa normativa europea emanata per l'attuazione del PNRR assegna un particolare valore alla prevenzione dei conflitti di interessi. In proposito, l'art. 22, co. 1, del Regolamento UE 241/202177 prevede espressamente: "Nell'attuare il dispositivo gli Stati membri, in qualità di beneficiari o mutuatari di fondi a

titolo dello stesso, adottano tutte le opportune misure per tutelare gli interessi finanziari dell'Unione e per garantire che l'utilizzo dei fondi in relazione alle misure sostenute dal dispositivo sia conforme al diritto dell'Unione e nazionale applicabile, in particolare per quanto riguarda la prevenzione, l'individuazione e la rettifica delle frodi, dei casi di corruzione e dei conflitti di interessi”.

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

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

Così come suggerito da ANAC nel PNA 2022-2024,

Pertanto, occorre considerare la dichiarazione da rendere al dirigente all’atto dell’assegnazione all’ufficio, secondo quanto previsto dal Codice di comportamento¹⁰⁴ e del RUP per ogni gara.

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

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

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

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

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

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

In ogni caso, nel Piano della formazione aziendale anno 2024 sono stati individuati specifici percorsi formativi e prevedere un’analisi dei potenziali conflitti d’interesse in ambito sanitario strutturato come segue:

1. sensibilizzazione del personale sul fenomeno “Conflitto d’interessi”

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

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

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

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

Sarà cura del RPCT - con il supporto delle Unità operative interessate dall'applicazione delle disposizioni normative e di attuazione in materia ed in primis della UO Gestione e Amministrazione delle Risorse Umane, della UO Approvvigionamento di beni, servizi, logistica e della UO Servizio tecnico e manutenzioni in ragione degli ambiti di operatività interessati - elaborare apposito documento disciplinante gli aspetti di cui alle precedenti lett. a), b), c) e d).

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

3.5.2.1 Conflitto di interessi e incarichi a consulenti e collaboratori

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

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

- ☐ predisposizione di modulo di dichiarazione di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi, con indicazione dei soggetti (pubblici o privati) presso i quali l'interessato ha svolto o sta svolgendo incarichi/attività professionali o abbia ricoperto o ricopra cariche;
- ☐ rilascio della dichiarazione di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi da parte del diretto interessato, prima del conferimento dell'incarico di collaborazione o di consulenza;
- ☐ aggiornamento, con cadenza periodica (da definire in fase di predisposizione/perfezionamento del contratto in relazione alla durata dell'incarico), della dichiarazione di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi;
- ☐ previsione, in fase di predisposizione/perfezionamento del contratto, del dovere dell'interessato di comunicare tempestivamente la situazione di conflitto di interessi insorta successivamente al conferimento dell'incarico;
- ☐ la verifica delle suddette dichiarazioni è effettuata a cura della Unità operativa cui è affidata l'istruttoria dell'atto di incarico e, di norma, la UO Gestione ed Amministrazione delle Risorse Umane;
- ☐ la verifica è effettuata mediante consultazione di banche dati liberamente accessibili a tal fine e, comunque, tramite acquisizione di informazioni da parte dei soggetti indicati nelle dichiarazioni presso i quali gli interessati hanno svolto o stanno svolgendo incarichi/attività professionali o abbiano ricoperto o ricoprano cariche, previa informativa all'interessato;
- ☐ audizione degli interessati per chiarimenti sulle informazioni contenute nelle dichiarazioni o acquisite nell'ambito delle verifiche;
- ☐ controllo a campione da parte del RPCT della avvenuta verifica delle dichiarazioni di insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi e della relativa pubblicazione delle stesse ai sensi dell'art. 53, co. 14, d.lgs. 165/2001.

3.5.2.2 Verifiche delle dichiarazioni di assenza di conflitto d'interesse

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

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

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

Tabella Monitoraggio: Conflitti di interessi

MISURE	FASI/ATTIVITA' /MODALITA' DI ATTUAZIONE	TEMPI/TERMINI	RESPONSABILITA'
Definizione delle fattispecie di conflitto di interessi (specificative	Elaborazione documento	Nel biennio 2025-2026	RPCT Aree omogenee Personale, Appalti e manutenzioni tecniche e

di quelle generali) ed eventuale adeguamento di relativa modulistica Sviluppo di una procedura Informatizzata di acquisizione delle dichiarazioni di conflitto di interesse			informatiche, Affari legali e Formazione e Direzione Amministrativa Ospedaliera e Territoriale
--	--	--	---

3.5.3 Inconferibilità e incompatibilità di incarichi

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A) Dichiarazione sulla insussistenza di cause di inconferibilità

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

B) Dichiarazione sulla insussistenza di cause di incompatibilità

1. Relativamente agli incarichi dirigenziali afferenti al ruolo Professionale, Tecnico e Amministrativo (esclusa, quindi, la Dirigenza Medica e Sanitaria), sempreché riferiti a soggetti titolari di competenze di amministrazione e gestione, nonché all'incarico di Direttore Sanitario e di Direttore Amministrativo, la UO Gestione ed Amministrazione delle Risorse Umane, con cadenza annuale (entro il 20 gennaio di ciascun anno), acquisisce dall'interessato - ai sensi e per gli effetti di cui all'art.20 del D.lgs. n. 39/2013 - apposita dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità previste dal medesimo decreto;
2. Relativamente all'incarico di Direttore Generale, la predetta dichiarazione di cui all'art.20 del D.lgs. n. 39/2013 è resa dall'interessato alla Regione quale Ente conferente l'incarico e parte contrattuale di riferimento, entro il medesimo termine del 20 gennaio di ciascun anno, salvo diverse indicazioni da parte della stessa Regione.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

MISURE	FASI/ATTIVITA' /MODALITA' DI ATTUAZIONE	TEMPI/TERMINI	RESPONSABILITA'
Acquisizione dichiarazione sull'insussistenza di cause di inconferibilità	Acquisizione della dichiarazione dal personale dirigenziale interessato e controlli sulla veridicità	Acquisizione al momento di conferimento dell'incarico Controllo annuale	UO Gestione ed amministrazione Risorse Umane e UO Gestione del Personale
Acquisizione dichiarazione sull'insussistenza di cause di incompatibilità	Acquisizione della dichiarazione dal personale dirigenziale e controlli sulla veridicità	Acquisizione annuale (entro il 31 gennaio/anno) Controllo annuale	UO Gestione ed amministrazione Risorse Umane e UO Gestione del Personale
Elaborazione procedura operativa finalizzata a disciplinare i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni	Elaborazione procedura operativa finalizzata a disciplinare i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni	Entro 31/12/2024	UO Gestione ed amministrazione Risorse Umane e UO Gestione del Personale e RPCT
Trasmissione esiti attività controllo al RPCT	Relazione annuale	Entro il 15 dicembre	UO Gestione ed amministrazione Risorse Umane e UO Gestione del Personale

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

L'art. 53 del d.lgs. 165/2001 disciplina lo svolgimento di incarichi e prestazioni non compresi nei doveri d'ufficio da parte dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni di cui all'art.1, comma 2, nonché del personale in regime di diritto pubblico di cui all'art. 3 del medesimo decreto.

E' principio indefettibile che i dipendenti pubblici con rapporto di lavoro a tempo pieno e indeterminato non possano intrattenere altri rapporti di lavoro dipendente o autonomo o svolgere attività che presentano i caratteri dell'abitudine e professionalità o esercitare attività imprenditoriali,

secondo quanto stabilito agli articoli 60 e seguenti del D.P.R. 10 gennaio 1957, n. 3, Testo unico delle disposizioni concernenti lo statuto degli impiegati civili dello Stato.

La possibilità per i dipendenti pubblici di svolgere incarichi retribuiti conferiti da altri soggetti pubblici o privati è regolata dalle disposizioni dell'art.53 che prevede un regime di autorizzazione da parte dell'amministrazione di appartenenza, sulla base di criteri oggettivi e predeterminati che tengano conto della specifica professionalità e del principio di buon andamento della pubblica amministrazione; e ciò – come anche sottolineato da ANAC nel PNA 2019 (PARTE III – par.1.7) e in più occasioni ripreso dalla Corte dei Conti - allo scopo di evitare che le attività extra istituzionali impegnino eccessivamente il dipendente a danno dei doveri d'ufficio o che possano interferire con i compiti istituzionali.

La legge 190/2012 è intervenuta a modificare l'art. 53 in ragione della connessione con il sistema di prevenzione della corruzione ove si consideri che lo svolgimento di incarichi extraistituzionali può determinare situazioni idonee a compromettere il buon andamento dell'azione amministrativa per favorire interessi contrapposti a quelli pubblici affidati alla cura del dirigente o funzionario.

Il rilievo delle disposizioni dell'art.53 ai fini della prevenzione della corruzione emerge anche considerando che il legislatore ha previsto una specifica misura di trasparenza all'art. 18 del d.lgs. 33/2013, ai sensi del quale le amministrazioni sono tenute a pubblicare i dati relativi agli incarichi conferiti o autorizzati ai propri dipendenti, con l'indicazione della durata e del compenso spettante.

Il dipendente è tenuto a comunicare formalmente all'amministrazione anche l'attribuzione di incarichi gratuiti, ai quali è esteso l'obbligo per le amministrazioni di comunicazione al Dipartimento della funzione pubblica (art. 53, co. 12).

Resta comunque estraneo al regime di autorizzazione l'espletamento degli incarichi menzionati nelle lettere da a) ad f-bis) del comma 6 dell'art. 53 del d.lgs. 165/2001, per i quali il legislatore ha compiuto a priori una valutazione di non incompatibilità.

È, inoltre, disciplinata esplicitamente un'ipotesi di responsabilità erariale per il caso di mancato versamento del compenso da parte del dipendente pubblico indebito percettore, con espressa indicazione della competenza giurisdizionale della Corte dei conti (art. 53, comma, 7-bis).

Alla disciplina prevista all'art. 53 del d.lgs. 165/2001 si aggiungono le prescrizioni di cui al comma 58-bis dell'art. 1 della l. 662/1996, a mente del quale: «Ferma restando la valutazione in concreto dei singoli casi di conflitto di interessi, le amministrazioni provvedono, con decreto del Ministro competente, di concerto con il Ministro per la funzione pubblica, ad indicare le attività che in ragione della interferenza con i compiti istituzionali, sono comunque non consentite ai dipendenti con rapporto di lavoro a tempo parziale con prestazione lavorativa non superiore al 50 per cento di quella a tempo pieno.

In considerazione di quanto sopra, si rappresenta che l'Azienda si è dotata di specifica disciplina in materia già a far tempo dalla determina DG n.638 del 23 settembre 2014 con cui è stato approvato il Regolamento in materia di incarichi extraistituzionali. A tale Regolamento è seguito relativo aggiornamento adottato con determina del Direttore Generale n.366 del 26 giugno 2019.

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

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

Il controllo a campione si svolge secondo i seguenti criteri:

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

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

Tabella Monitoraggio: Incarichi extra-istituzionali

MISURE	FASI/ATTIVITA' /MODALITA' DI ATTUAZIONE	TEMPI/TERMINI	RESPONSABILITA'
Adozione Regolamento Unico AST Pesaro Urbino e predisposizione della modulistica unica	adozione	31/12/2024 bozza Regolamento 2025 adozione regolamento	UO Gestione ed amministrazione Risorse Umane e UO Gestione del Personale

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

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

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

Come chiarito da ANAC, la ratio della norma, che disciplina una fattispecie di "incompatibilità successiva", espressamente richiamata nel testo del d.lgs. n. 39/2013, va ricercata nella finalità di contenimento del rischio di situazioni di corruzione connesse all'impiego del dipendente successivo alla cessazione del rapporto di lavoro, ossia del rischio che, durante il periodo di servizio, il dipendente possa artatamente preconstituire situazioni lavorative vantaggiose e in tal modo sfruttare a proprio fine la sua posizione ricoperta all'interno dell'amministrazione, al fine di ottenere un lavoro per lui attraente presso l'impresa o il soggetto privato con cui entra in contatto. Il divieto è anche volto allo stesso tempo a ridurre il rischio che soggetti privati possano esercitare pressioni o condizionamenti nello svolgimento dei compiti istituzionali, prospettando al dipendente di un'amministrazione opportunità di assunzione o incarichi una volta cessato dal servizio (PNA 2018).

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

Sul punto ANAC, nell'ambito del PNA 2019, ha precisato che i dipendenti con poteri autoritativi e negoziali, cui si riferisce l'art. 53, comma 16-ter, sono i soggetti che esercitano concretamente ed effettivamente, per conto della pubblica amministrazione, i poteri sopra accennati, attraverso l'emanazione di provvedimenti amministrativi e il perfezionamento di negozi giuridici mediante la stipula di contratti in rappresentanza

giuridica ed economica dell'ente. Rientrano pertanto in tale ambito, a titolo esemplificativo, i dirigenti, i funzionari che svolgono incarichi dirigenziali, coloro che esercitano funzioni apicali o a cui sono conferite apposite deleghe di rappresentanza all'esterno dell'ente (cfr. anche l'orientamento ANAC n. 2 del 4 febbraio 2015).

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

Come già chiarito nel bando-tipo n. 2 del 2 settembre 2014 adottato dall'Autorità, le pubbliche amministrazioni sono tenute a inserire nei bandi di gara o negli atti prodromici all'affidamento di appalti pubblici, tra i requisiti generali di partecipazione previsti a pena di esclusione e oggetto di specifica dichiarazione da parte dei concorrenti, la condizione che il soggetto privato partecipante alla gara non abbia stipulato contratti di lavoro o comunque attribuito incarichi a ex dipendenti pubblici, in violazione dell'art. 53, comma 16-ter, del d.lgs. n. 165/2001 (cfr. pareri ANAC AG/8/ del 18 febbraio 2015 e orientamento ANAC n. 2 del 4 febbraio 2015 cit.).

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

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

In particolare, nel bando tipo n. 1, approvato con delibera del 22 novembre 2017²⁵, § 6, è previsto che «Sono esclusi dalla gara gli operatori economici per i quali sussistono cause di esclusione di cui all'art. 80 del Codice. Sono comunque esclusi gli operatori economici che abbiano affidato incarichi in violazione dell'art. 53, comma 16-ter, del d.lgs. del 2001 n. 165». Il bando tipo specifica pertanto che il concorrente compila il documento di gara unico europeo-DGUE, di cui allo schema allegato al D.M. del Ministero delle Infrastrutture e Trasporti del 18 luglio 2016 o successive modifiche, rendendo la dichiarazione di insussistenza delle cause ostative alla partecipazione indicate al cit. par. 6, in conformità a quanto previsto all'art. 85 del Codice. Il possesso del requisito generale relativo all'assenza di violazione del divieto di pantouflage è anche richiamato nella nota illustrativa del bando tipo, par. 3 e 9.

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

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

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

- a) inserimento negli atti/contratti di assunzione del personale di specifiche clausole che prevedono il divieto di pantouflage (ossia divieto di prestare attività lavorativa - a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo - per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente);
- b) dichiarazione del dipendente da sottoscrivere al momento della cessazione dal servizio o dall'incarico, con cui lo stesso si impegna al rispetto del divieto di pantouflage (e ciò al fine di evitare eventuali contestazioni in ordine alla conoscibilità della norma);

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

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

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

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

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

MISURE	FASI/ATTIVITA' /MODALITA' DI ATTUAZIONE	TEMPI/TERMINI	RESPONSABILITA'
Inserimento negli atti/contratti di assunzione del personale di specifiche clausole che prevedono il divieto di pantouflage	Adeguamento contratti	Continuo	UO Gestione ed amministrazione Risorse Umane e UO Gestione del Personale
Inserimento di specifica clausola nei bandi e negli atti prodromici all'affidamento di contratti pubblici recante l'obbligo per l'operatore economico concorrente di dichiarare di non avere stipulato contratti di lavoro o comunque attribuito incarichi a ex dipendenti pubblici in violazione del predetto divieto, in conformità a quanto previsto nei	Adeguamento contratti	Continuo	U.O.C.Acquisti E Logistica U.O.C. Gestione Approvvigionamento Di Bene, Servizi E Logistica U.O.C. Servizio Tecnico E Manutenzione U.O.C.Patrimonio Nuove Opere E Attivia' Tecniche U.O.C.Gestione Amm/Va Personale Convenzionato E Strutture Accreditate U.O.C. Direzione Amministrativa Ospedaliera

bandi-tipo adottati dall'Autorità ai sensi dell'art. 71 del d.lgs. n. 50/2016			U.O.C. Direzione Amministrativa Di Presidio
Acquisizione informativa sul pantouflage dai dipendenti dirigenti che cessano dal rapporto di servizio	Acquisizione informativa	Un mese prima della cessazione del rapporto	UO Gestione ed amministrazione Risorse Umane e UO Gestione del Personale
Verifiche della violazione art. 53, comma 16-ter, del d.lgs. 30 marzo 2001, n. 165, a seguito di segnalazioni ed esposti	Verifiche e trasmissione esiti ad A.N.AC., uffici responsabili, O.I.V., U.P.D., Corte dei conti	In caso di ricezione di segnalazione ed esposti	RPCT

3.5.6 Rotazione del personale

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La rotazione va quindi vista come una condizione prospettica da costruire attraverso la messa a punto di meccanismi aziendali orientati verso questa direzione (es. pianificazione pluriennale delle esigenze formative attraverso piani mirati a contrastare le tendenze di esclusività delle competenze e a favorire l'intercambiabilità) e collegati ai sistemi di gestione interni all'azienda sanitaria (quali ad esempio il sistema di valutazione delle performance ed il sistema di analisi dei potenziali delle risorse umane ovvero del "capitale professionale effettivo" e non quello legato alla rigida attribuzione delle funzioni).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- ☐ rafforzare le misure di trasparenza – anche prevedendo la pubblicazione di dati ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione obbligatoria – in relazione al processo rispetto al quale non è stata disposta la rotazione;
- ☐ prevedere modalità operative che favoriscano una maggiore compartecipazione del personale alle attività del proprio ufficio;
- ☐ nelle aree relative ai Contratti Pubblici e di Acquisizione e Gestione del personale, potrebbero essere attuati meccanismi di condivisione delle fasi procedurali. Ad esempio, il funzionario istruttore può essere affiancato da un altro funzionario, in modo che, ferma restando l'unitarietà della responsabilità del procedimento a fini di interlocuzione esterna, più soggetti condividano le valutazioni degli elementi rilevanti per la decisione finale dell'istruttoria;

☐ equilibrata articolazione dei compiti e delle competenze per evitare che l'attribuzione di più mansioni e più responsabilità in capo ad un unico soggetto esponga l'amministrazione a rischi di errori o comportamenti scorretti;

☐ potrebbe essere programmata all'interno dello stesso ufficio una rotazione "funzionale" mediante la modifica periodica di compiti e responsabilità, anche con una diversa ripartizione delle pratiche secondo un criterio di causalità;

☐ "doppia sottoscrizione" degli atti, dove firmano, a garanzia della correttezza e legittimità, sia il soggetto istruttore che il titolare del potere di adozione dell'atto finale.

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

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

per pianificare l'assegnazione dei procedimenti amministrativi ai Responsabili del procedimento in funzione delle competenze dei propri collaboratori e dei requisiti professionali;

per verificare lo stato di avanzamento delle attività di competenza alla luce delle scadenze stabilite;

per valutare le cause /criticità che hanno determinato scostamenti dai termini fissati.

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

3.5.7 – La Rotazione "straordinaria"

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

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

a) alla identificazione dei reati, presupposto da tener in conto ai fini dell'adozione della misura; b) al momento del procedimento penale in cui l'Amministrazione deve adottare il provvedimento di valutazione della condotta del dipendente, adeguatamente motivato, ai fini dell'eventuale applicazione della misura.

L'Azienda – per il tramite della UO Gestione ed Amministrazione delle risorse umane - assicura l'applicazione della norma assumendo, con immediatezza, provvedimenti motivati in relazione all'avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva, operando riferimento alle indicazioni fornite da ANAC con le richiamate Linee Guida.

Tabella monitoraggio: rotazione del personale

MISURE	FASI/ATTIVITA' /MODALITA' DI ATTUAZIONE	TEMPI/TERMINI	RESPONSABILITA'
Monitoraggio rotazione incarichi	Relazione	Annuale	U.O.C.Acquisti E Logistica

nelle aree a rischio corruzione (P.N.A.)			U.O.C. Gestione Approvvigionamento Di Bene, Servizi E Logistica U.O.C. Servizio Tecnico E Manutenzione U.O.C. Patrimonio Nuove Opere E Attivia' Tecniche U.O.C. Gestione Amm/Va Personale Convenzionato E Strutture Accreditate U.O.C. Direzione Amministrativa Ospedaliera U.O.C. Direzione Amministrativa Di Presidio UO Gestione ed amministrazione Risorse Umane e UO Gestione del Personale U.O.C. Ingegneria Clinica Ed Information And Communication Technology Uoc Sistemi Informativi U.O.C. Servizio Informatico
---	--	--	---

3.5.8 Patti di integrità negli affidamenti

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

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

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

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

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

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

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

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

Con il presente Piano, pertanto, l'AST PU approva il citato aggiornamento nella versione allegata (allegato 2).

Si precisa che lo schema approvato è da intendersi indicativo nei contenuti (strutturati già per essere alternativi ed eventuali) e vincolante per le finalità che si pone.

3.5.9 Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (whistleblower)

L'articolo 54 bis del Decreto legislativo 30 marzo 2001, n.165, introdotto dalla Legge Anticorruzione n.190/2012 e poi modificato dalla Legge n.179/2017, ha contemplato un primo sistema di garanzie a tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato, il cosiddetto *whistleblowing*.

Con l'approvazione del D.Lgs. 24/2023 il quadro di protezione offerto dall'ordinamento giuridico alla persona che segnala violazioni risulta ancor più ampliato e consolidato. Tale nuova disciplina contribuisce ad incrementare il livello delle azioni di contrasto ai fenomeni corruttivi garantendo, al contempo, la manifestazione della libertà di espressione e di informazione.

Come ulteriore misura per prevenire il rischio di corruzione, l'Azienda, ha adottato apposito *"regolamento per la tutela del soggetto che segnala violazioni di cui sia venuto a conoscenza in ragione del proprio rapporto lavorativo con l'azienda (whistleblower)"* con determina del Direttore Generale dell'AST Pesaro Urbino n. 1168 del 20/10/2023 in coerenza con il D.Lgs. 24/2023 e delle Linee guida ANAC di cui alla Delibera n. 311 del 12 luglio 2023.

L'Azienda, aderendo al progetto WhistleblowingPA di Transparency International Italia e del Centro Hermes per la Trasparenza e i Diritti Umani e Digitali, mette a disposizione del segnalante apposita piattaforma informatica dotata di tecnica di crittografia; ciò per assicurare la riservatezza dell'identità del segnalante stesso e dei contenuti della relativa segnalazione.

Le caratteristiche di questa modalità di segnalazione sono le seguenti:

- la segnalazione viene fatta attraverso la compilazione di un questionario e può essere inviata in forma anonima. Se anonima, sarà presa in carico solo se adeguatamente circostanziata;
- la segnalazione viene ricevuta dal Responsabile per la Prevenzione della Corruzione (RPC) e da lui gestita mantenendo il dovere di confidenzialità nei confronti del segnalante;
- nel momento dell'invio della segnalazione, il segnalante riceve un codice numerico di 16 cifre che deve conservare per poter accedere nuovamente alla segnalazione, verificare la risposta dell'RPC e dialogare rispondendo a richieste di chiarimenti o approfondimenti;
- la segnalazione può essere fatta da qualsiasi dispositivo digitale (pc, tablet, smartphone) sia dall'interno dell'ente che dal suo esterno. La tutela dell'anonimato è garantita in ogni circostanza.

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

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

MISURE	FASI/ATTIVITA' /MODALITA' DI ATTUAZIONE	TEMPI/TERMINI	RESPONSABILITA'
Adeguamento del Regolamento per la tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti	Elaborazione proposta di Regolamento e relativa determina di adozione	Determina del Direttore Generale dell'AST Pesaro Urbino n. 1168 del 20/10/2023	RPCT RTD RPD e Affari Generali e Istituzionali
Analisi delle segnalazioni pervenute	Report consuntivo anche ai fini della predisposizione della relazione annuale A.N.AC.	Annuale	RPCT

3.5.10 Incarichi dirigenziali

Va evidenziato che già il PNA 2016 poneva attenzione sulle procedure di conferimento degli incarichi dirigenziali (valutazione, revoca o conferma degli stessi), evidenziando che tale ambito si configura, nel servizio sanitario, tra le aree a "rischio generale" come peraltro già rilevato nella precedente determinazione ANAC del 28 ottobre 2015, n. 12.

Nel richiamare le diverse tipologie di incarichi previsti dai CCNL della dirigenza sanitaria, ANAC si è soffermata sui Direttori di Dipartimento e sui Responsabili di strutture semplici.

Riguardo ai Direttori di Dipartimento ed alle relative procedure di conferimento dell'incarico, le aziende sanitarie sono invitate ad orientare le opportune misure di prevenzione seguendo alcune indicazioni:

- a) esplicitazione della conformità del procedimento alle previsioni dell'Atto aziendale ed agli indirizzi di programmazione regionale;
- b) predeterminazione dei criteri di scelta;

- c) esplicitazione, negli atti di nomina, della motivazione della scelta in relazione ai requisiti professionali, ai compiti affidati e alla pregressa performance della struttura dipartimentale;
- d) pubblicazione degli atti del procedimento.

Relativamente agli incarichi di struttura semplice, le indicazioni riguardano:

- a) verifica della conformità del procedimento alle previsioni dell'Atto aziendale ed agli indirizzi di programmazione regionale;
- b) pubblicazione delle unità operative semplici per le quali va conferito l'incarico;
- c) avvio della procedura selettiva tramite pubblicazione di avviso/bando pubblico indicante i requisiti soggettivi richiesti;
- d) costituzione di apposita Commissione di valutazione;
- e) predeterminazione dei criteri di selezione;
- f) esplicitazione, negli atti di nomina, della motivazione sottesa alla scelta in relazione ai requisiti di partecipazione e ai criteri di selezione;
- g) pubblicazione degli atti del procedimento.

Per tutti i casi in cui si avvii una procedura selettiva pubblica, con costituzione di apposita Commissione, ANAC ha evidenziato altresì la necessità di applicare il criterio di rotazione ai fini della nomina dei componenti della Commissione richiedendo agli stessi dichiarazione di insussistenza di incompatibilità o di conflitto di interesse.

Si ritiene che vengono pubblicati tutti gli incarichi, in linea con quanto riportato testualmente nella linea guida ANAC 241/2027 che al paragrafo 2.3 recita testualmente - Il co. 1-bis dell'art. 14 estende gli obblighi di trasparenza di cui al co. 1, lett. da a) ad f) anche ai titolari di incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione.- L'obbligo è da intendersi riferito ai dirigenti con incarichi amministrativi di vertice, ai dirigenti interni e a quelli "esterni" all'amministrazione, compresi i titolari di incarichi di funzione dirigenziale nell'ambito degli uffici di diretta collaborazione pur non muniti della qualifica di dirigente pubblico o comunque non dipendenti di pubbliche amministrazioni. La disposizione è riferita anche ai dirigenti ai quali non sia affidata la titolarità di uffici dirigenziali ma che svolgono funzioni ispettive, di consulenza, studio e ricerca o altri incarichi specifici previsti dall'ordinamento-

Tale misura prevista già nei Piani precedenti è stata ritenuta obbligatoria, nelle more di un regolamento AST di Pesaro Urbino sull'assegnazione di incarichi di facente funzione per cui tale misura di trasparenza, risulta adeguata a ridurre il rischio, del precesso affidamento incarico, identificato da ANAC nel PNA 2015 (delibera ANAC n. 12/2015 allegato 6 pag 44)- mancata messa a bando della posizione dirigenziale per ricoprirla tramite incarichi ad interim o utilizzando lo strumento del facente funzione – quale misura più efficace dal punto di vista organizzativo nel contesto interno dell'ex Azienda Marche Nord.

Al riguardo è opportuno infatti che i Piani introducano misure di trasparenza ulteriori, per ridurre i rischi, a quelle già previste dall'art. 41, co. 2 del d.lgs. 33/2013, ai sensi del quale sussiste l'obbligo di pubblicare tutte le informazioni e i dati concernenti le procedure di conferimento degli incarichi di direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo, responsabile di dipartimento e di strutture semplici e complesse, , nonché gli atti di conferimento.

In Tale Piano si intende avviare l'implementazione di ulteriori misure a presidio della correttezza amministrativa, tese ad evitare carenze di motivazione nell'individuazione dei titolari degli incarichi, al fine di determinare una procedura atta a garantire le condizioni di un trasparente ed imparziale esercizio dell'attività amministrativa con un uso adeguatamente motivato dell'esercizio del potere discrezionale di scelta..

Nello specifico verrà mappato il processo “conferimenti incarichi dirigenziali di struttura complessa, semplice e semplice a valenza dipartimentale e facenti funzione, nonché gli incarichi a soggetti esterni”, a rischio alto, con l’indicazione dei fattori rischio, i soggetti responsabili e le relative misure specifiche e le tempistiche.

In particolare,

Rischi: Uso non trasparente e adeguatamente motivato dell’esercizio del potere discrezionale di scelta.

Misure: Adozione di apposito Regolamento dell’AST che preveda l’Esplicitazione, e le motivazioni della conformità dell’incarico alle previsioni dell’atto aziendale ed agli indirizzi di programmazione regionale; Predeterminazione dei criteri di scelta in coerenza con la normativa di settore; Esplicitazione, della motivazione sottesa alla scelta in relazione ai requisiti professionali, ai compiti affidati e alla pregressa performance individuale e di performance organizzativa al fine di delineare il perimetro di valutazione rispetto anche al raggiungimento degli obiettivi di miglioramento che la struttura si pone; pubblicazione degli atti del procedimento; Monitoraggio di 2 livello da parte dell’RPCT degli incarichi attribuiti tramite la predisposizione di un report annuale degli incarichi dirigenziali affidati senza procedura (con indicazione del soggetto individuato, dell’oggetto, dell’importo del compenso e della motivazione che hanno condotto al mancato espletamento della procedura selettiva), nonché dell’evidenza di eventuali sostituzioni della dirigenza (Delibera ANAC 982/2019)

Rischio: Assenza di presupposti programmatori e/o di una verifica delle effettive carenze organizzative con il rischio di frammentazioni di unità operative ed aumento artificioso delle posizioni da ricoprire; Mancata messa a bando della posizione dirigenziale da ricoprire ricorrendo all’incarico ad interim; Accordi per l’attribuzione; Eccessiva discrezionalità nella valutazione.

Misure specifiche: Pubblicità dei bandi e dei criteri specifici di valutazione; Trasparenza attraverso pubblicazione sul sito aziendale criteri di individuazione dei membri delle commissioni esaminatrici ove previste e verifica delle dichiarazioni di assenza di incompatibilità e conflitto di interesse; Controllo sulle dichiarazioni di assenza di incompatibilità e conflitti di interesse.

Quanto sopra proposto è raccomandato da ANAC, nell’aggiornamento del PNA 2015 e nel PNA 2016, indicando che il principio a cui ogni Azienda deve tendere è quello di dare evidenza dei processi di nomina e di conferimento degli incarichi in modo da assicurare il massimo livello di trasparenza e l’utilizzo di strumenti di valutazione che privilegino il merito e l’integrità del professionista aspirante all’incarico, al fine di garantire la tutela ed il perseguimento del pubblico interesse; ove non sia previsto di norma il ricorso a procedure di selezione comparativa, l’organo nominante deve dotarsi di tutti gli strumenti interni che consentano la massima pubblicizzazione delle esigenze alla base del conferimento, delle caratteristiche e competenze professionali funzionali allo svolgimento dell’incarico, al fine anche di consentire opportune verifiche sul possesso dei requisiti e sul rispetto dei principi di trasparenza, rotazione ed imparzialità.

Tabella Monitoraggio: incarichi dirigenziali

MISURE	FASI/ATTIVITA’ /MODALITA’ DI ATTUAZIONE	TEMPI/TERMINI	RESPONSABILITA’
Mappatura processo affidamento incarichi dirigenziali	Mappatura processo con individuazione e pesatura dei rischi e correlate misure di riduzione del rischio	entro II semestre 2024	UO Gestione ed amministrazione Risorse Umane e UO Gestione del Personale RPCT e gruppo di Supporto

3.5.11 Monitoraggio del rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti

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

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

Tabella Monitoraggio - rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti

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

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

Quest'area, già ritenuta di prioritaria importanza nell'aggiornamento del PNA 2015, era stata rilevata come tale nell'ambito dei precedenti PTPC aziendali, con l'impegno di effettuare un'attenta disamina in merito tenuto conto delle rilevanti implicazioni sia di natura etica che economica – anche coinvolgenti gli operatori sanitari – connesse alla commistione di molteplici interessi (anche esterni) incidenti su questo particolare ambito.

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

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

Le misure, sia nel caso di gestione esternalizzata che internalizzata, devono essere rivolte a rafforzare gli strumenti di controllo nei confronti degli operatori coinvolti (interni ed esterni) in ordine alla correttezza, legalità ed eticità nella gestione del servizio. Al riguardo, una possibile misura rivolta agli operatori interni è costituita dalla rotazione del personale direttamente interessato e dall'adozione di specifiche regole di

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

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

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

3.5.13 Adozione di strumenti operativi di antiriciclaggio

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

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

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

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

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

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

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

Anche il sistema sanzionatorio viene modificato con puntualizzazione dei poteri sanzionatori di Banca d'Italia, IVASS e CONSOB, con il coordinamento dei poteri sanzionatori di tutti i soggetti competenti, e

l'attribuzione al MEF del potere di irrogare ogni altra sanzione amministrativa pecuniaria non espressamente attribuita ad altra Autorità od Organismo.

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

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

- a) procedimenti finalizzati all'adozione di provvedimenti di autorizzazione o concessione;
- b) procedure di scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi secondo le disposizioni di cui al codice dei contratti pubblici;
- c) procedimenti di concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzioni di vantaggi economici di qualunque genere a persone fisiche ed enti pubblici e privati.»

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

MISURE	FASI/ATTIVITA' /MODALITA' DI ATTUAZIONE	TEMPI/TERMINI	RESPONSABILITA'
Elaborazione regolamento aziendale antiriciclaggio	Adozione regolamento	Entro 30/06/2025	RPCT U.O.C. Affari Istituzionali E Generali

3.5.14 Controlli nelle strutture convenzionate

Il servizio sanitario pubblico ha l'obiettivo e la necessità di garantire il benessere delle persone e di fornire cure sanitarie universali. La collaborazione pubblico/privato si basa principalmente sulle convenzioni stipulate con strutture accreditate per prestazioni con livello assistenziale e tariffario predeterminato con specifica Delibera regionale.

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

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

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

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

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

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

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

L'attività ispettiva per il rilascio delle autorizzazioni è eseguita dai soggetti indicati nell'art. 9, comma 2 della L.R. 21/2016 per le strutture di cui all'art. 7 della stessa legge.

Per quanto riguarda i convenzionamenti tra strutture accreditate ed ex ASUR, essi avvengono:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Il controllo è rivolto a garantire in particolare:

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

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

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

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

La legge del 05/08/2022, n. 118 "Legge annuale per il mercato e la concorrenza 2021", all'art. 15 prevede alcune modifiche al decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. Per ciò che concerne le modifiche apportate all'art. 8 quinquies del D. Lgs 502/1992 si precisa che i soggetti privati interessati agli accordi contrattuali devono essere individuati, mediante procedure trasparenti, eque e non discriminatorie, previa pubblicazione da parte delle regioni di un avviso contenente criteri oggettivi di selezione, che valorizzino prioritariamente la qualità delle specifiche prestazioni sanitarie da erogare. La selezione di tali soggetti deve essere effettuata periodicamente, tenuto conto della programmazione sanitaria regionale e sulla base di verifiche delle eventuali esigenze di razionalizzazione della rete in convenzionamento e, per i soggetti già titolari di accordi contrattuali, dell'attività svolta. L'approvazione del Decreto Ministero della Salute del 19 dicembre 2022 ha perimetrato il campo di

applicazione, e ha dettagliato le attività finalizzate all'individuazione del soggetto privato contraente nell'accordo quadro, con particolare riferimento alle verifiche per la selezione dei soggetti privati di cui all'allegato B del predetto decreto. La Regione Marche con DGRM n. 900 del 26 giugno 2023 ha approvato le fasi preliminari per l'adeguamento alle disposizioni di cui all'art. 8 quater e 8 quinquies del d. lgs 502/1992 e per l'attuazione del Decreto del Ministero della Salute 19 dicembre 2022 contenute nell'allegato A alla DGRM citata.

Misure definite:

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

3.5.15 Controlli PNRR

L'art. 22 del Regolamento (UE) 2021/241, istitutivo del Dispositivo per la Ripresa e la Resilienza, al fine di garantire la prevenzione, l'individuazione e la rettifica delle frodi, dei casi di corruzione, dei conflitti di interessi ed evitare il doppio finanziamento, impone agli Stati Membri di adottare tutte le opportune misure volte a tutelare gli interessi finanziari dell'Unione e l'utilizzo dei fondi in conformità alla normativa europea e nazionale applicabile.

Allo scopo di assicurare il rispetto dei requisiti, delle condizionalità e dei principi trasversali del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), ivi incluso il principio di non arrecare danno significativo all'ambiente (DNSH), lungo la filiera di attuazione delle Misure è emersa la necessità di consolidare degli elementi di monitoraggio e controllo sotto la responsabilità dei diversi attori coinvolti (Amministrazione centrale titolare dell'intervento, Soggetto Attuatore e Soggetto delegato).

In tal senso questa Amministrazione, in qualità di delegato dal soggetto attuatore del PNRR, ha proceduto al processo di autocontrollo e verifica degli elementi sopra citati destinati alle attività propedeutiche, alla predisposizione e approvazione di un Avviso/Bando ovvero di altra documentazione di gara tramite strumenti (Checklist e/o modelli di Attestazioni e Dichiarazioni) di riferimento a Misure finanziate in tutto o in parte con il PNRR.

Pertanto, in linea con le disposizioni di cui al D.L. n. 77/2021, convertito con legge n. 108 del 20/07/2021, nonché con le disposizioni di cui alla circolare n.30 dell'11/08/2022 emanata dal Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato, in fase di predisposizione ed approvazione di un Avviso/ Bando di gara, si è proceduto ad inserire specifiche prescrizioni /requisiti/condizionalità utili ad orientare le soluzioni tecniche e amministrative delle attività da realizzare, al fine di garantire il rispetto dei requisiti e delle specifiche condizionalità PNRR nell'ambito dell'intervento assegnato.

Al riguardo si riportano le misure adottate dalla scrivente AST Pesaro Urbino finalizzate al rispetto dei principi sotto riportati.

Rispetto delle condizionalità PNRR

- Monitoraggio circa la coerenza con gli elementi della programmazione previsti in sede di gara con il cronoprogramma dell'Intervento e del Progetto di riferimento (es. tempistiche di realizzazione, scadenza delle attività, tempi di rilascio prodotti);
- monitoraggio *in itinere* del corretto avanzamento dell'attuazione dell'intervento per la precoce individuazione di scostamenti e la messa in campo di azioni correttive.

Rispetto del DNSH

- acquisizione obbligatoria in sede di gara, di specifica check- list in ordine al rispetto del principio DNSH (Do No Significant Harm") di "non arrecare danno significativo all'ambiente" così come espressamente previsto dall'art. 18 comma 4 lett. d) del Regolamento UE 241/2021;

Rispetto dei principi trasversali

- acquisizione obbligatoria, in sede di gara, di attestazioni e/o relazioni in riferimento ai principi trasversali PNRR relativi al Progetto (parità di genere, politiche per i giovani, quota SUD ove applicabile), nonché previsione di specifiche sezioni del disciplinare dedicate all'inclusione di giovani e donne nella progettazione e realizzazione dei progetti.

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

- acquisizione obbligatoria, in sede di gara, delle seguenti dichiarazioni:

Dichiarazione assenza conflitto di interessi per gli O.E (cfr. attestazione inserita nell'ambito della **dichiarazione integrativa** dell'O.E.);

Dichiarazione assenza conflitto di interesse soggetti/attori del processo di acquisto (cfr. specifico modulo);

Dichiarazione contenente i dati necessari per **l'identificazione del titolare effettivo** (specifico modulo titolare effettivo dell'O.E.).

Modalità di controllo delle Misure Adottate

A questo punto, sulla scorta misure sopra esposte, la stazione appaltante, quale soggetto delegato, procede all'attività di controllo a carattere oggettivo e formale sulla regolarità delle procedure di gara per l'aggiudicazione ed esecuzione degli appalti attraverso le seguenti azioni:

1.Compilazione Checklist di autocontrollo e caricamento delle stesse sul sistema Regis

La "Checklist di autocontrollo per il Soggetto Attuatore" è stata strutturata al fine di consentire la verifica degli elementi necessari volti ad assicurare la conformità alla normativa comunitaria e nazionale di riferimento alla predisposizione degli Avvisi/Bandi ed altra documentazione di gara. Nello specifico, la stessa si articola nei seguenti ambiti di controllo:

- verifica elementi minimi che assicurano il rispetto dei principi e degli obblighi del PNRR;
- verifica elementi minimi della procedura di gara;
- verifica di specifici aspetti e principi di carattere etico-giuridici;
- verifica elementi minimi della sezione "Obblighi del Soggetto Realizzatore";

2. Controllo presso le autorità competenti (tramite un sistema informativo aziendale) delle autodichiarazioni di assenza di conflitto di interessi (cfr format Attestazione) rese a cura dei soggetti/professionisti, aziendali e non, con funzioni tecniche svolte nell'ambito della procedura di gara e successiva esecuzione della fornitura.

Successivo caricamento delle attestazioni nell'apposita sezione del sistema Regis.

3.Controllo, a cura dei professionisti aziendali, di quanto attestato dall'O.E. sul rispetto del principio DNSH (cfr Check- list DNSH).

Nella fase attuativa degli interventi è necessario dimostrare che le attività siano state effettivamente realizzate senza arrecare un danno significativo agli obiettivi ambientali, in linea con l'articolo 17 del Regolamento (UE) 2020/852. Tali evidenze devono essere prodotte sia in sede procedure di affidamento che

in sede di verifica e controllo della spesa. Operativamente, la stazione appaltante garantisce gli elementi di coerenza con gli orientamenti tecnici sull'applicazione del principio DNSH (2021/C58/01) facendo a tal proposito riferimento alla "Guida operativa per il rispetto del principio di non arrecare danno significativo all'ambiente (cd. DNSH)" e relative Checklist schede tecniche, come previsto dalla recente Circolare.

Per assicurare il rispetto dei vincoli DNSH in fase di attuazione è opportuno che i Soggetti Attuatori/delegati: -indirizzino, già nelle fasi di ideazione progettuale, gli interventi in maniera che essi siano conformi, inserendo gli opportuni richiami e indicazioni specifiche nell'ambito degli atti programmatici di propria competenza;

- adottino criteri conformi nelle gare di appalto per assicurare una progettazione e realizzazione adeguata;
- attestino, nelle fasi di rendicontazione delle spese e delle Milestone e Target, il rispetto delle condizioni collegate al principio del DNSH e producano la documentazione necessaria per eventuali controlli.

Controllo dei principi trasversali PNRR

In merito ai principi trasversali (uguaglianza di genere, pari opportunità, tutela dei diversamente abili, protezione e valorizzazione dei giovani e superamento dei divari territoriali), il Soggetto delegato acquisisce le attestazioni inerenti al rispetto dei suddetti principi relativamente al progetto/proposta e prevede apposite sezioni su tali elementi di attenzione all'interno dell'Avviso/Bando ovvero altra documentazione di gara. Viene previsto un monitoraggio in itinere del corretto avanzamento dell'attuazione per la precoce individuazione di scostamenti e la messa in campo di azioni correttive.

Rispetto a tali principi occorre distinguere tra elementi di obbligatorietà, premialità e deroga. Le Linee guida prevedono l'applicazione di misure premiali e modelli di clausole all'interno dei bandi di concorso, differenziati in base a settore, tipologia e natura del progetto. Tra le decisioni più importanti si evidenzia l'obbligo di riservare il 30% delle assunzioni funzionali all'attuazione del contratto ai giovani con meno di 36 anni e alle donne.

Tutta la documentazione prodotta dall'Operatore Economico è conservata presso gli Uffici anche al fine di comprovare le attività svolte (in conformità al relativo procedimento amministrativo posto in essere) e, su richiesta dell'Amministrazione centrale titolare di intervento e/o dei competenti Organi di audit/controllo, metterla a disposizione e/o trasmetterla.

Inoltre, vige l'obbligo di provvedere al caricamento della stessa sul sistema informativo ReGIS.

Controllo sull'identificazione per l'identificazione del "Titolare effettivo" (cfr attestazione titolare effettivo)

Come sopra accennato, secondo quanto previsto dall'Allegato alla Circolare MEF-RGS n. 30 dell'11 agosto 2022 - "Linee Guida per lo svolgimento delle attività di controllo e rendicontazione delle Misure PNRR di competenza delle Amministrazioni centrali e dei Soggetti attuatori", il Soggetto Attuatore, prima della pubblicazione dell'Avviso/Bando o altra documentazione di gara, deve accertarsi che il bando di gara per l'aggiudicazione degli appalti, preveda esplicitamente l'obbligo, da parte dei soggetti partecipanti, di fornire i dati necessari per l'identificazione del **titolare effettivo mediante la compilazione di apposito modulo**

Nella disciplina in materia di contrasto al riciclaggio e al finanziamento del terrorismo, la raccolta di informazioni accurate e aggiornate sul titolare effettivo riveste una fondamentale importanza per risalire ad attività illecite che potrebbero nascondersi dietro strutture societarie.

Detta attività rappresenta una delle principali misure per la mitigazione di alcuni rischi in materia di compliance/antifrode tra cui il rischio di infiltrazioni mafiose o il rischio di riciclaggio di denaro, nonché un elemento fondamentale a supporto della verifica di eventuali conflitti d'interessi.

CRITERI PER L'INDIVIDUAZIONE DEL TITOLARE EFFETTIVO

In tema di individuazione del titolare effettivo è necessario fare riferimento al d.lgs. n. 231/2007 (art. 2 Allegato tecnico) e al d.lgs. n.125 del 2019. Comunemente è possibile identificare l'applicazione di 3 criteri alternativi per l'individuazione del titolare effettivo:

1. **criterio dell'assetto proprietario:** sulla base del presente criterio si individua il titolare/i effettivo/i quando una o più persone detengono una partecipazione del capitale societario superiore al 25%. Se questa percentuale di partecipazione societaria è controllata da un'altra entità giuridica non fisica, è necessario risalire la catena proprietaria fino a trovare il titolare effettivo;
2. **criterio del controllo:** sulla base di questo criterio si provvede a verificare chi è la persona, o il gruppo di persone, che tramite il possesso della maggioranza dei voti o vincoli contrattuali, esercita maggiore influenza all'interno del panorama degli shareholders.

Questo criterio è fondamentale nel caso in cui non si riuscisse a risalire al titolare effettivo con l'analisi dell'assetto proprietario (cfr. punto 1);

3. **criterio residuale:** questo criterio stabilisce che, se non sono stati individuati i titolari effettivi con i precedenti due criteri, quest'ultimo vada individuato in colui che esercita poteri di amministrazione o direzione della società.

Solo ed esclusivamente nel caso in cui, anche attraverso l'applicazione dei tre criteri sopradescritti, non sia possibile risalire al titolare effettivo, si potrà valutare di utilizzare la casistica definita quale "assenza di titolare effettivo".

MISURE	FASI/ATTIVITA' /MODALITA' DI ATTUAZIONE	TEMPI/TERMINI	RESPONSABILITA'
Monitoraggio sistematico del rispetto dei tempi di progettazione della gara e della fase realizzativa dell'intervento	Verifica a campione dei casi anomali	Almeno semestrale	U.O.C.Acquisti E Logistica U.O.C. Gestione Approvvigionamento Di Bene, Servizi E Logistica U.O.C. Servizio Tecnico E Manutenzione U.O.C.Patrimonio Nuove Opere E Attivia' Tecniche U.O.C. Ingegneria Clinica Ed Information And Communication Technology Uoc Sistemi Informativi U.O.C. Servizio

			Informatico
--	--	--	-------------

3.5.16 Sviluppo di Sistemi di Misurazione delle misure di prevenzione relative al processo di acquisizione di beni e servizi.

L'Azienda ritiene importante presidiare con misure di prevenzione adeguate gli affidamenti per l'acquisizione di beni e servizi attraverso la misurazione di indicatori che possano misurare come vengono spesi i soldi pubblici in quali opere e in quali servizi attraverso quali e quanti fornitori.

Nella tabella che segue sono identificate, possibili criticità e misure per mitigarle e misurare la loro adeguatezza.

Norma	Possibili eventi rischiosi	Possibili Misure	Responsabilità e modalità del Controllo
Art. 50, d.lgs. 36/2023 Appalti sotto soglia comunitari a In particolare fattispecie di cui al comma 1: per gli appalti di servizi e forniture di importo fino a 140 mila € e lavori di importo inferiore 150 mila € affidamenti o diretto, anche senza consultazione di più OO.EE.	<p>Possibile incremento del rischio di frazionamento artificioso oppure che il calcolo del valore stimato dell'appalto sia alterato in modo tale da non superare il valore previsto per l'affidamento diretto.</p> <p>Possibili affidamenti ricorrenti al medesimo operatore economico della stessa tipologia di <i>Common procurement vocabulary</i> (CPV), quando, in particolare, la somma di tali affidamenti superi la soglia di 140 mila euro.</p>	<p>Misurazione di indicatori di anomalia elaborati attraverso la predisposizione delle basi dati:</p> <p>1) analisi di tutti gli affidamenti il cui importo è appena inferiore alla soglia minima a partire dalla quale non si potrebbe più ricorrere all'affidamento diretto. Ciò al fine di individuare i contratti sui quali esercitare maggiori controlli anche rispetto alla fase di esecuzione e ai possibili conflitti di interessi (nro affidamenti diretti di beni e servizi/totale degli acquisti di beni e servizi);</p> <p>2) analisi degli operatori economici per verificare quelli che in un determinato arco temporale risultano come gli affidatari più ricorrenti (Valore economico affidamento diretto del 1 decile di fornitore/totale valore economico degli acquisti diretti);</p> <p>3) analisi, in base al <i>Common procurement vocabulary</i> (CPV), degli affidamenti posti in essere avvalendosi del sottosistema areas che del Portale dei dati aperti di ANAC, con specificazione di quelli fuori MePA e della piattaforma Maggioli per appalti di servizi e forniture. Ciò al fine di verificare se gli operatori economici aggiudicatari siano sempre i medesimi e se gli affidamenti della stessa natura siano stati artificiosamente frazionati.</p> <p>individuare i contratti sui quali esercitare maggiori controlli anche rispetto alla fase di esecuzione e ai possibili conflitti di interessi (ad esempio, tramite un campione rappresentativo del 10% di quegli affidamenti di valore appena inferiore alla soglia minima per intercettare eventuali frazionamenti e/o</p>	<p>RPCT e Gruppo di supporto</p> <p>Verifiche a campione al fine di individuare i contratti sui quali esercitare maggiori controlli anche rispetto alla fase di esecuzione e ai possibili conflitti di interessi (ad esempio, tramite un campione rappresentativo del 10% di quegli affidamenti di valore appena inferiore alla soglia minima per intercettare eventuali frazionamenti e/o affidamenti ripetuti allo stesso fornitore e verificare anche il buon andamento della fase di esecuzione.</p>

		affidamenti ripetuti allo stesso o.e. e verificare anche il buon andamento della fase esecutiva).	
	Condizionamento dell'intera procedura di affidamento ed esecuzione dell'appalto attraverso la nomina di un Responsabile Unico di Progetto (RUP) non in possesso di adeguati requisiti di professionalità ai sensi dell'art. 15, d.lgs. 36/2023 e allegato I.2 al medesimo decreto.	<i>Link</i> alla pubblicazione del CV del RUP, se dirigenti o titolari di posizione organizzativa, ai sensi dell'art. 14 del d.lgs. n. 33/2013 per far conoscere chiaramente i requisiti di professionalità. Dichiarazione da parte del soggetto che ricopre l'incarico di RUP, o del personale di supporto, delle eventuali situazioni di conflitto di interessi ai sensi dell'art. 16, d.lgs. 36/2023.	Direttore UOC Acquisizione Beni e Servizi e Servizio tecnico Rendicontazione all'RPCT
	Affidamento degli incarichi di RUP al medesimo soggetto per favorire specifici operatori economici	Previsione di procedure interne che individuino criteri oggettivi di rotazione nella nomina del RUP	
Nella scelta degli OO.EE. affidatari tramite l'affidamento diretto e la procedura negoziata si applica un criterio di rotazione degli affidamenti NB: La rotazione non si applica quando l'indagine di mercato sia stata effettuata senza porre limiti al numero di operatori economici in possesso dei requisiti richiesti da invitare alla successiva procedura negoziata (art. 49, comma 5).	Mancata rotazione degli operatori economici, secondo il criterio dei successivi due affidamenti ex art. 49, commi 2 e 4 del Codice, chiamati a partecipare e formulazione di inviti alla procedura ad un numero di soggetti inferiori a quello previsto dalla norma al fine di favorire determinati operatori economici a discapito di altri.	Verifica da parte della SA circa la corretta attuazione del principio di rotazione degli affidamenti al fine di garantire la parità di trattamento in termini di effettiva possibilità di partecipazione alle gare anche delle micro, piccole e medie imprese tracciamento degli operatori economici per verificare quelli che in un determinato arco temporale risultano come gli affidatari più ricorrenti (Rotazione dei fornitori da procedure in affidamento diretto/ proporzione di contratti aggiudicati alla stessa azienda)	Direttore UOC Acquisizione Beni e Servizi e Servizio tecnico RPCT e Gruppo si supporto

MISURE	FASI/ATTIVITA' /MODALITA' DI ATTUAZIONE	TEMPI/TERMINI	RESPONSABILITA'
Mappatura processo acquisizione di beni e servizi sotto soglia	Mappatura processo con individuazione e pesatura dei rischi e correlate misure di riduzione del rischio	entro II semestre 2024	U.O.C.Acquisti E Logistica U.O.C. Gestione Approvvigionamento Di Bene, Servizi E Logistica RPCT e gruppo di Supporto
Monitoraggio indicatori misure di conformità processo di acquisizione di beni e servizi	Monitoraggio periodico	Entro 30/03/2024	U.O.C.Acquisti E Logistica U.O.C. Gestione Approvvigionamento Di Bene, Servizi E Logistica RPCT e gruppo di Supporto

3.6 LA TRASPARENZA

3.6.1 La misura della trasparenza

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

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

In particolare sono specificati i responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti e delle informazioni relative alla normativa sulla trasparenza, organizzati secondo uffici periferici ed evidenzia le proposte operative per il prossimo triennio, tenendo conto delle ultime Linee Guida emanate dall'ANAC.

I responsabili dell'elaborazione e della pubblicazione dei dati dovranno osservare i criteri di qualità delle informazioni pubblicate sul nuovo Sito istituzionale ai sensi dell'art. 6, co. 3 del D.Lgs. 97/2016:

- integrità, costante aggiornamento, completezza, tempestività, semplicità di consultazione, comprensibilità, omogeneità, facile accessibilità, conformità ai documenti originali, indicazione della provenienza e riutilizzabilità.

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

Restano valide le indicazioni già fornite nell'allegato 2 della delibera ANAC n. 50/2013 con riferimento ai requisiti di completezza, formato e dati di tipo aperto.

Per quanto riguarda la durata ordinaria di pubblicazione, è fissata in 5 anni, decorrenti dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione (co.3), fatti salvi i diversi termini previsti dalla normativa per specifici obblighi (art. 14, co. 2 e art. 15, co.4) e quanto già previsto in materia di tutela dei dati personali e sulla durata della pubblicazione collegata agli effetti degli atti pubblicati.

Trascorso il quinquennio o i diversi termini sopra richiamati, gli atti, i dati e le informazioni non devono essere conservati nella sezione archivio del sito, ma possono essere oggetto di istanza accesso civico ai sensi dell'art. 5 del D.Lgs. n.33/2013.

L'implementazione e l'aggiornamento delle informazioni nelle singole sotto-sezioni della sezione "Amministrazione Trasparente" sono a cura sia degli Uffici Periferici dell'AST PU per le parti di rispettiva competenza, come già previsto dai precedenti Programmi triennali dell'es ASUR e dell'ex AOMN, secondo la Griglia allegata degli obblighi di pubblicazione ulteriormente aggiornata con l'indicazione delle strutture responsabili rispetto allo schema generale di riferimento di cui all'allegato 1 della Delibera ANAC n. 1310 del 28/12/2016, che aggiorna l'elenco di cui al D.Lgs. n. 33/2013 (all. 3 A uffici periferici ex AOMN e 3B uffici periferici ex AV1).

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

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

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

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

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

Creazione all'interno di ogni sottosezione di amministrazione trasparente del sito istituzionale www.asur.marche.it di nuove corrispondenti cartelle per l'anno 2023;

Gli editor di ex AOMN continueranno - ognuno per gli ambiti di competenza di cui all'allegato 3° - ad effettuare le proprie pubblicazioni nelle specifiche sottosezioni del sito web www.ospedalimarchenord.it accessibili attraverso apposito link creato nella corrispondente cartella di cui al punto 1;

Gli editor di ex AV1 dovranno - ognuno per gli ambiti di competenza di cui all'allegato 3B - effettuare le proprie pubblicazioni nelle specifiche cartelle di cui al punto 1 accessibili attraverso apposito link creato nelle corrispondenti sottosezioni del sito www.ospedalimarchenord.it.

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

Nella Tabella sono indicati i dati la cui pubblicazione obbligatoria è prevista dal d.lgs.33/2013, come modificato dal d.lgs. 97/2016. Rimane anche il riferimento ai dati che, in virtù del citato decreto legislativo,

non sono più da pubblicare obbligatoriamente oltre a quelli che non sono di pertinenza dell'Azienda Sanitaria Territoriale in relazione all'organizzazione ed alle funzioni proprie della stessa.

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

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

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

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

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

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

per aggiornamento tempestivo, deve intendersi che l'aggiornamento sia effettuato entro 30 giorni dalla data di disponibilità dell'informazione, salvo diverse tempistiche espressamente previste dalle norme ovvero indicate nella tabella allegata al PIAO;

per aggiornamento semestrale/trimestrale, deve intendersi la pubblicazione dei dati entro 30 giorni dalla data di scadenza del semestre di riferimento, salvo diverse tempistiche espressamente previste dalle norme ovvero indicate nella tabella allegata al PIAO;

per aggiornamento annuale, deve intendersi la pubblicazione dei dati entro 30 giorni dalla data di scadenza dell'annualità di riferimento, salvo diverse tempistiche espressamente previste dalle norme ovvero indicate nella tabella allegata al PIAO.

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

3.6.2.1 La Trasparenza dei contratti pubblici a seguito dell'entrata in vigore del D.lgsn. 36/2023

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

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

- che le informazioni e i dati relativi alla programmazione di lavori, servizi e forniture, nonché alle procedure del ciclo di vita dei contratti pubblici, ove non considerati riservati ovvero secretati, siano tempestivamente trasmessi alla Banca dati nazionale dei contratti pubblici (BDNCP) presso l'ANAC da parte delle stazioni appaltanti e dagli enti concedenti attraverso le piattaforme di approvvigionamento digitale utilizzate per svolgere le procedure di affidamento e di esecuzione dei contratti pubblici (art. 28);
- che spetta alle stazioni appaltanti e agli enti concedenti, al fine di garantire la trasparenza dei dati comunicati alla BDNCP, il compito di assicurare il collegamento tra la sezione «Amministrazione trasparente» del sito istituzionale e la stessa BDNCP, secondo le disposizioni di cui al d.lgs. 33/2013;
- la sostituzione, ad opera dell'art. 224, co. 4 del Codice, dell'art. 37 del d.lgs. 33/2013 rubricato "Obblighi di pubblicazione concernenti i contratti pubblici di lavori, servizi e forniture" con il seguente: "1. Fermo restando quanto previsto dall'articolo 9-bis e fermi restando gli obblighi di pubblicità legale, le pubbliche amministrazioni e le stazioni appaltanti pubblicano i dati, gli atti e le informazioni secondo quanto previsto dall'articolo 28 del codice dei contratti pubblici di cui al decreto legislativo di attuazione della legge 21 giugno 2022, n. 78. 2. Ai sensi dell'articolo 9-bis, gli obblighi di pubblicazione di cui al comma 1 si intendono assolti attraverso l'invio dei medesimi dati alla Banca dati nazionale dei contratti pubblici presso l'ANAC e alla banca dati delle amministrazioni pubbliche ai sensi dell'articolo 2 del decreto legislativo 29 dicembre 2011, n. 229, limitatamente alla parte lavori."
- che le disposizioni in materia di pubblicazione di bandi e avvisi e l'art. 29 del d.lgs. 50/2016 recante la disciplina di carattere generale in materia di trasparenza (cfr. Allegato 9 al PNA 2022) continuano ad applicarsi fino al 31 dicembre 2023;
- che l'art. 28, co. 3 individua i dati minimi oggetto di pubblicazione e che in ragione di tale norma è stata disposta l'abrogazione, con decorrenza dal 1°luglio 2023, dell'art. 1, co. 32 della legge n. 190/2012.

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

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

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

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

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

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

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

In riferimento a quanto previsto per l'assolvimento degli obblighi di trasparenza relativamente alla fase di aggiudicazione e di esecuzione per le procedure avviate fino al 31/12/2023 (assoggettate al decreto legislativo n. 50/2016 o al decreto legislativo n. 36/2023), la AST di Pesaro e Urbino, nelle more della definizione della nuova organizzazione e nelle more del processo di inserimento dei dati nel sistema Simog, come previsto dalla Delibera ANAC n. 582 del 13 dicembre 2023, rende il dato disponibile attraverso la pubblicazione, costantemente aggiornata, delle tabelle riassuntive, rese liberamente scaricabili in formato digitale standard aperto, che includono nello specifico: Codice Identificativo Gara (CIG), struttura proponente, oggetto del bando, procedura di scelta del contraente, elenco degli operatori invitati a presentare offerte/numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, aggiudicatario, importo di aggiudicazione, tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, importo delle somme liquidate.

3.6.3 Qualità dei dati pubblicati

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

Integrità - insieme delle caratteristiche di un documento informatico che ne dichiarano la qualità di essere completo ed inalterato (ex DPCM 13 novembre 2014, allegato 1).

Costante aggiornamento – Dapprima si rileva la necessità che per ogni dato, o categoria di dati, sia indicata, in corrispondenza di ciascun contenuto, la data di pubblicazione e, conseguentemente, la data di aggiornamento, distinguendo quella di "iniziale" pubblicazione da quella del successivo aggiornamento.

Si focalizza, in particolare, l'attenzione – così come segnalato da ANAC - sul significato del termine aggiornamento in base al quale non si intende necessariamente la modifica del dato, essendo talvolta sufficiente un controllo dell'attualità delle informazioni pubblicate, anche a tutela di eventuali interessi individuali coinvolti. Le strutture/soggetti preposti all'assolvimento degli obblighi di pubblicazione sono dunque tenuti a controllare l'attualità delle informazioni pubblicate e a modificarle, ove necessario, anche nei casi in cui l'interessato ne richieda l'aggiornamento, la rettifica e/o l'integrazione ai sensi dell'art. 7, co. 3, lett. a) del D.Lgs. 196/2003.

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

- a) Cadenza annuale, per i dati che, per loro natura, non subiscono modifiche frequenti o la cui durata è tipicamente annuale;
- b) Cadenza semestrale, per i dati che sono suscettibili di modifiche frequenti ma per i quali la norma non richiede espressamente modalità di aggiornamento eccessivamente onerose in quanto la pubblicazione implica per l'amministrazione un notevole impegno, a livello organizzativo e di risorse dedicate;
- c) Cadenza trimestrale, per i dati soggetti a frequenti cambiamenti;
- d) Aggiornamento tempestivo, per i dati che è indispensabile siano pubblicati nell'immediatezza della loro adozione (e comunque entro il termine di 30 giorni).

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

Completezza - in coerenza con quanto stabilito dalla determinazione ANAC 50/2013, all'allegato 2, paragrafo 1, un dato è da ritenersi pubblicato in maniera completa se la pubblicazione è esatta, accurata e riferita a tutti gli uffici. Per quanto concerne l'esattezza, quest'ultima è da intendersi riferibile alla capacità del dato di rappresentare correttamente il fenomeno che intende descrivere. L'accuratezza, invece, indica la capacità del dato di riportare tutte le informazioni richieste dalle previsioni normative.

Tempestività - l'art. 8, comma 1, del D.Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii. stabilisce che i documenti contenenti dati oggetto di pubblicazione obbligatoria nei termini di legge vengano pubblicati tempestivamente sul sito istituzionale dell'Amministrazione, intendendosi, in tal senso, il rispetto del termine di trenta giorni;

Semplicità di consultazione/F) Comprensibilità - al fine di rendere il dato maggiormente comprensibile e di semplice consultazione si consiglia la rappresentazione dello stesso, ove possibile, in tabelle. In ogni caso, si segnala che l'utilizzo di tabelle è obbligatorio laddove previsto nel PTPCT;

Omogeneità – sulla base delle definizioni fornite con l'allegato 1 al DPCM 13 novembre 2014, al fine di favorire una maggior comprensibilità dei dati pubblicati, si richiama l'attenzione sulla necessità di aggregare

ed organizzare i medesimi per aree e categorie omogenee, attraverso una gestione unitaria e coordinata delle attività di pubblicazione all'interno delle strutture;

H) Facile accessibilità – in aderenza ai principi contenuti nella Legge 9 gennaio 2004, n. 9 e ss.mm.ii., nel D.Lgs. del 7 marzo 2005, n. 82 e ss.mm.ii., nel Decreto 20 marzo 2013 del Ministero dell'Università e della Ricerca e nella Circolare n. 61/2013 dell'Agenzia per l'Italia Digitale, è opportuno che i dati pubblicati possano essere facilmente fruiti e trasformati secondo le necessità dell'utenza, senza che si verifichino ingiustificati disagi o vincoli al momento dell'accesso ai dati stessi;

I) Conformità ai documenti originali – si richiamano, al riguardo, i principi indicati dalle Linee Guida (maggio 2016) dell'Agenzia per l'Italia Digitale, in materia di pubblicità legale dei documenti e sulla conservazione dei siti web delle P.A., evidenziando la necessità di assicurare che i dati mantengano i requisiti di autenticità, inalterabilità ed immodificabilità rispetto ai documenti originali in possesso delle strutture/soggetti preposti all'assolvimento degli obblighi di pubblicazione;

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

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

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

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

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

3.6.4 Decorrenza e durata dell'obbligo di pubblicazione

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

Al riguardo, la durata ordinaria della pubblicazione rimane fissata in cinque anni, decorrenti dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione (come previsto all'art. 8, comma 3, del D.Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii.), fatti salvi i diversi termini previsti dalla normativa per specifici obblighi (come previsto all'art. 14, co. 2 e art. 15 co. 4, del D.Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii.) nonché quanto già stabilito in materia di tutela dei dati personali e sulla durata della pubblicazione collegata agli effetti degli atti pubblicati.

Trascorso il quinquennio o i diversi termini sopra richiamati, gli atti, i dati e le informazioni non devono essere conservati nella sezione archivio del sito web aziendale. Decorsi i predetti termini, la trasparenza viene assicurata mediante la possibilità di presentare l'istanza di accesso civico di cui all'art. 5 della citata norma.

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

3.6.5 Monitoraggio

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

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

3.6.6 Le "Giornate della trasparenza"

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

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

L'Azienda valuterà l'opportunità della realizzazione di alcune giornate informative alla presenza delle organizzazioni di volontariato e delle associazioni di tutela del cittadino-utente; ciò anche con la finalità di

promuovere la cultura della legalità e della cittadinanza responsabile in linea con le previsioni della recente legge regionale n. 27/2017 e che potranno agevolare sinergie tra Amministrazioni operanti sul territorio. Nel contesto della diffusione della cultura della trasparenza pare poi opportuno tenere conto di quanto precisato nelle Linee guida n. 4/2019 del Dipartimento della Funzione Pubblica in merito alla "valutazione partecipativa nelle amministrazioni pubbliche" di cui all'art. 19-bis del D.Lgs. n. 150/2009 volte quindi a rafforzare il ruolo dei cittadini e degli utenti nel ciclo di gestione della performance.

4- SEZIONE ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO -

4.1 Struttura Organizzativa

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

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

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

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

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

4.2 Organizzazione del Lavoro Agile

4.2.1 Normativa di riferimento

- ✓ Art. 14 della legge 7 agosto 2015, n. 124, recante "Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche" e, in particolare, il comma 3, secondo cui "Con direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri, sentita la Conferenza unificata di cui all'art. 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sono definiti indirizzi per l'attuazione dei commi 1 e 2

del presente articolo e linee guida contenenti regole inerenti l'organizzazione del lavoro finalizzate a promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dipendenti”;

- ✓ Direttiva n. 3/2017 del Presidente del Consiglio dei Ministri recante Linee Guida contenenti regole inerenti all'organizzazione del lavoro finalizzate a promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti;
- ✓ L. 22 maggio 2017 n. 81 recante “Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato” con specifico riferimento agli artt. 18 ss. in materia di “Lavoro agile”;
- ✓ Circolare INAIL 48 del 2 novembre 2017 avente ad oggetto: “Lavoro agile. Legge 81/2017 artt. 18-23. Obbligo assicurativo e classificazione tariffaria, retribuzione imponibile, tutela assicurativa, tutela della salute e sicurezza dei lavoratori. Istruzioni operative”;
- ✓ Direttiva Presidenza del consiglio dei Ministri del 1 luglio 2017 avente ad oggetto “Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri recante gli indirizzi per l'attuazione dell'art. 14 della legge 7 agosto 2015 n. 124 e linee guida contenenti regole inerenti all'organizzazione del lavoro finalizzate a promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti”;
- ✓ Art. 2 “Lavoro agile” del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 25 febbraio 2020;
- ✓ Art. 3 “Modalità di svolgimento della prestazione lavorativa” della Direttiva 2/2020 del 12 marzo 2020 della Presidenza del Consiglio dei Ministri avente ad oggetto “Indicazioni in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da Covid-19 nelle PPAA di cui all'art.1 D.Lgs 165/2001”;
- ✓ Art. 18 co. 5 del D.L. n. 9 del 2 marzo 2020, che modifica l'articolo 14 della Legge n. 124/2015, prima previsione del superamento del regime sperimentale per il lavoro agile nella pubblica amministrazione; ,
- ✓ Art. 87 co 1 e 2 del D.L. n. 18 del 17 marzo 2020 e successive modificazioni e integrazioni, il quale individua il lavoro agile quale modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa nelle pubbliche amministrazioni, con lo scopo di limitare la presenza del personale negli uffici per le sole attività indifferibili o che richiedono necessariamente la presenza in sede, prescindendo dagli accordi individuali e dagli obblighi informativi di cui alla L 81/2017 e anche utilizzando strumenti informatici nella disponibilità del dipendente qualora non siano forniti dall'amministrazione; ,
- ✓ Art. 2 della Circolare esplicativa 2/2020 del 2 aprile 2020 della Presidenza del Consiglio dei Ministri avente ad oggetto “Misure recate dal decreto-legge 17 marzo 2020 n. 18, recante “Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori ed imprese connesse all'emergenza epidemiologica da Covid-19”;
- ✓ Art. 263 comma 4 bis D.L. n. 34 del 19 maggio 2020 che introduce la redazione da parte delle pubbliche amministrazioni del P.O.L.A., quale strumento di programmazione del lavoro agile, entro il 31 gennaio di ciascun anno, sentite le organizzazioni sindacali; ,
- ✓ Legge 77 del 17 luglio 2020: Conversione in legge, con modificazioni, del Decreto Legge 19 maggio 2020, n. 34, recante misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da Covid-19; ,
- ✓ Decreto del Ministro della Pubblica Amministrazione del 19 ottobre 2020 con il quale sono state individuate le misure di organizzazione del lavoro pubblico nel periodo emergenziale; ,
- ✓ Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 9 dicembre 2020 attraverso il quale sono state approvate le Linee Guida per l'adozione del POLA; ,
- ✓ Direttiva n. 3/2020 “Modalità di svolgimento della prestazione lavorativa nell'evolversi della situazione epidemiologica da parte delle pubbliche amministrazioni”; ,

- ✓ Linee guida sul Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) e indicatori di performance della Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento Funzione Pubblica, dicembre 2020 versione 1.0;
- ✓ Art. 1 "Disposizioni urgenti in materia di lavoro agile" del D.L. n. 56 del 30/04/2021 "Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi" - dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23 settembre 2021, adottato ai sensi dell'art. 87 comma 1 del D.L. 17 marzo 2020, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27, attraverso il quale è superato l'impiego del lavoro agile come modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa nelle Pubbliche Amministrazioni, a decorrere dal 15 ottobre 2021;
- ✓ Decreto del Ministro della Pubblica Amministrazione dell'8 ottobre 2021, adottato in attuazione dell'art. 1 comma 1, del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23 settembre 2021, attraverso il quale si dispone che le Pubbliche Amministrazioni riorganizzino il rientro in presenza del personale dipendente, con contestuale regolamentazione, attraverso accordi individuali, dei rapporti dei dipendenti in lavoro agile, in attesa della contrattazione collettiva nazionale;
- ✓ Linee guida in materia di lavoro agile nelle amministrazioni pubbliche del 30 novembre 2021 nel quale si delineano gli aspetti fondamentali della regolamentazione del lavoro agile e da remoto in attesa della disciplina definitiva derivante dalla contrattazione collettiva.
- ✓ Circolare del 5 gennaio 2022, a firma congiunta del Ministro per la Pubblica Amministrazione e del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali, il cui scopo è stato di sensibilizzare le Pubbliche Amministrazioni e i datori di lavoro privati ad utilizzare appieno gli strumenti di flessibilità.

4.2.2 Principi generali

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

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

Di non meno importanza la Circolare del 5 gennaio 2022, a firma congiunta del Ministro per la Pubblica Amministrazione e del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali, il cui scopo è stato di sensibilizzare le Pubbliche Amministrazioni e i datori di lavoro privati ad utilizzare appieno gli strumenti di flessibilità rapportati, ovviamente, alla situazione organizzativa di ciascuna Azienda e alle contingenze dei dipendenti della stessa. Pertanto, il ricorso al lavoro agile, seppur inizialmente sviluppatosi per questioni di natura emergenziale, può aprire la strada a concetti innovativi nell'ottica di un lavoro sempre più svincolato da una

sede fisica di lavoro e da orari definiti ma non per questo meno professionale ed efficiente. Anzi, tale flessibilità, se ben organizzata, potrà essere in grado di migliorare la produttività attraverso l'incremento di autonomia, responsabilità nonché soddisfazione dei dipendenti.

In applicazione dell'ultimo rinnovo del CCNL Comparto Sanità firmato il 2.11.2022 l'Azienda ha avviato il percorso volto ad integrare la propria organizzazione con la modalità operativa di cui al Titolo VI del suddetto CCNL derubricato "Lavoro a distanza" (artt. 76 – 82).

Proseguendo il percorso tracciato dalle esperienze vissute durante il periodo pandemico, l'intento dell'AST Pesaro Urbino è quello di adeguarsi alle necessità ed alle esigenze attuali adattando il proprio contesto al recente quadro normativo che consente che la prestazione lavorativa per processi e attività di lavoro previamente individuati dall'azienda e per i quali sussistano i necessari requisiti organizzativi e tecnologici possa svolgersi nella modalità del lavoro agile.

A tal fine è stato costituito un tavolo tecnico per avviare i lavori di pianificazione dello smart working e del lavoro da remoto, in occasione del quale l'Azienda ha predisposto una bozza di regolamento già condivisa con le organizzazioni sindacali le quali stanno fornendo le proprie osservazioni.

Nel rispetto della contrattazione collettiva nazionale la suddetta bozza disciplina le finalità del lavoro agile (promozione dello sviluppo della trasformazione digitale e delle conoscenze digitali, incremento della produttività e del benessere organizzativo e di miglioramento dei servizi ai cittadini, conciliazione delle esigenze di benessere e flessibilità dei lavoratori), l'individuazione da parte dell'azienda dei requisiti delle attività compatibili e che possono essere svolte in modalità agile e i criteri di priorità per l'accesso allo smart working nel rispetto di quanto previsto dalla normativa di cui alla L. 81/2017.

Il regolamento disciplina altresì le modalità di adesione allo stesso il cui accesso avviene sempre in forma consensuale e volontaria e si attiva tramite accordo individuale in forma scritta tra il lavoratore ed il Dirigente responsabile.

Il suddetto accordo andrà a disciplinare nel vivo la materia in quanto dovrà contenere tutti gli elementi essenziali relativi all'articolazione della prestazione lavorativa, all'individuazione delle giornate di lavoro agile, le fasce di contattabilità e inoperabilità, l'indicazione della strumentazione utilizzata dal dipendente ecc.

L'accordo individuerà anche gli obiettivi specifici della prestazione resa in modalità agile che saranno oggetto di monitoraggio da parte del Dirigente responsabile attraverso lo strumento della rendicontazione mensile dei risultati conseguiti.

Allo smart worker verranno inoltre fornite le informative sulla salute e sicurezza sui luoghi di lavoro, in materia di utilizzo delle dotazioni tecnologiche e di sicurezza informatica, nonché l'informativa sulla riservatezza dei dati.

Al fine di accompagnare il percorso di introduzione e consolidamento del lavoro agile AST Pesaro Urbino promuoverà specifiche iniziative formative con la finalità di formare il personale con riguardo all'utilizzo delle piattaforme digitali e degli altri strumenti informatici che permettono di lavorare in modalità agile, alla promozione del lavoro in autonomia ed alla salute e sicurezza sul luogo di lavoro.

Tuttavia corre l'obbligo di rilevare che lo strumento del lavoro agile è a tutt'oggi non utilizzato in Azienda mentre sono attivi sporadici casi di unità con attività in telelavoro, autorizzato in relazione allo stato di salute.

4.3 Piano triennale dei fabbisogni del personale

La programmazione triennale del fabbisogno del personale, trasmessa dagli uffici competenti con nota ID. n. 1052757 del 31/01/2024, rappresenta uno degli adempimenti principe per le amministrazioni pubbliche, finalizzato alla ottimizzazione dell'impiego delle risorse pubbliche disponibili per il perseguimento degli obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini.

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

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

A tal proposito, per quanto attiene al contenimento della spesa del personale del SSR, la Regione Marche, tenuto conto di quanto previsto anche all'art. 3, comma 2 lett. c) punto 3 della legge regionale n.13/2003, ovvero che la Giunta regionale impartisca direttive vincolanti ai direttori generali, con particolare riguardo al controllo della spesa, da ultimo con propria deliberazione n.630 del del 15 maggio 2023 ha provveduto alla rideterminazione definitiva del tetto di spesa del personale degli enti del SSR, a decorrere dall'esercizio 2022, operando un incremento stabile del tetto di spesa del personale regionale - pari ad € 932.841.000 - in applicazione dell'art.11 del D.L.35 del 30 aprile 2019, convertito in legge n.60 del 25 giugno 2019 e ss.mm., che, pur confermando l'intento del contenimento della spesa del personale (rif. D.L.98/2011, convertito in L.111/2011, come modificato dalla L.190/2014 e dall'art.1, comma 454 della Legge 27 dicembre 2017 n.205), ne aggiorna i termini e i criteri di determinazione.

Con Legge Regionale n. 19 dell'08/08/2022 - *"Organizzazione del servizio sanitario regionale"* - la Regione Marche ha inteso attuare una profonda riforma del Sistema Sanitario Regionale. Invero, dal punto di vista organizzativo - dal 1 gennaio 2023 - viene superata l'Azienda Sanitaria Unica Regionale e la relativa declinazione in Aree Vaste per istituire cinque nuove Aziende Sanitarie Territoriali a valenza provinciale e l'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord" viene incorporata nell'AST di Pesaro e Urbino.

Ciò detto, nelle more dell'adozione dell'Atto aziendale di cui all'art. 3, comma 1bis, del DLGS 502/1992 ss.mm., nel quale saranno disciplinati il funzionamento e l'organizzazione aziendale, si rende necessario procedere alla definizione della programmazione triennale del fabbisogno aziendale di personale nei relativi Piani Occupazionali, che saranno aggiornati annualmente alla luce delle linee di programmazione sanitaria regionale ed in particolare della rideterminazione del tetto di spesa delle Aziende ed Enti regionali.

Quindi, in attesa della definizione del nuovo tetto di spesa per il personale, l'Azienda, intendendo agire nel rispetto degli obiettivi di finanza pubblica nonché dei vincoli assegnati, procede alla definizione della programmazione in parola in coerenza con la sommatoria dei tetti di spesa assegnati alle Aziende confluite in AST, indicando che per quanto riguarda la ex Area Vasta 1, il riferimento economico è il limite assegnato con determina del Commissario Straordinario ASUR n. 988 del 30/12/2022, mentre per la ex AORMN è il tetto definito nella DGRM 630/2023 .

In merito alla definizione del Piano triennale del fabbisogno di personale di AST si ritiene di non poter avviare il percorso istruttorio senza tener conto dei previgenti atti di programmazione (anni 2022-2024), redatti dalle Aziende che sono confluite in AST, ed analizzare l'attuale contesto di riferimento aziendale, che si trova ad affrontare l'avvio di un percorso di profonda riorganizzazione. Per tale ragione la Direzione Generale ha indicato le linee di definizione del fabbisogno del personale dell'anno in corso, da dettagliare nel Piano Occupazionale 2024, ed in via programmatica dei Piani Occupazionali 2025-2026.

Sostanzialmente nella redazione del Piano Triennale dei fabbisogni di Personale 2024-2026, si tengono in considerazione i seguenti ambiti di azione:

1. Andamento del turn over: monitoraggio delle cessazioni del personale di cui tener conto in maniera preventiva, qualora la data di cessazione sia già prevista o prevedibile perché collegata ad eventi o procedure in corso o puntuale, qualora la data di cessazione sia già certa;
2. Esigenze delle diverse articolazioni organizzative: il fabbisogno complessivo annuo di personale deve essere coerente con le esigenze manifestate dalle diverse articolazioni organizzative aziendali in relazione alla programmazione delle attività e degli obiettivi di *Performance*;
3. Modalità con le quali l'Azienda intende soddisfare il fabbisogno di personale: tali modalità sono riferite alla natura dei rapporti di lavoro dipendente ovvero prioritariamente a tempo indeterminato o, in casi limitati e specifici, a tempo determinato, nonché alle assunzioni obbligatorie di lavoratori disabili od appartenenti alle categorie protette (ai sensi della Legge n. 68/1999);
4. Processi di superamento del precariato secondo le linee di indirizzo regionali.

Tutto ciò nel rispetto della capacità assunzionale aziendale derivante dalla capienza della dotazione organica e dalla disponibilità presente nei bilanci di competenza, nel rispetto dei vincoli normativi.

Piano Triennale dei fabbisogni di personale 2024-2025-2026

Nell'approcciarsi alla definizione della programmazione del fabbisogno di personale, giova ricordare che la legge regionale n.19/2022 all'art. 20, comma 4 lett. c) ha previsto il superamento della forma del concorso unificato regionale, avviati dalla legge regionale n.7/2017, introducendo dal 1 gennaio 2023 la gestione diretta delle procedure concorsuali di nuova indizione da parte delle Aziende Sanitarie Territoriali e l'intervento della Giunta regionale nell'individuazione delle procedure "aggregate". Al riguardo la Giunta regionale con DGRM n. 450 del 04/04/2023 ha approvato, in applicazione dell'art. 20 comma 4 lett. c) della L.R. 19/2022, le modalità di espletamento delle procedure concorsuali aggregate per l'assunzione a tempo indeterminato di personale del comparto e della dirigenza professionale tecnica amministrativa del SSR e le indicazioni per il reclutamento della dirigenza sanitaria e delle professioni sanitarie del SSR.

Di qui l'avvio da parte di AST - PU delle nuove procedure di reclutamento finalizzate all'attuazione della programmazione 2022-2024. In particolare già dal secondo semestre dell'anno 2023 sono stati attivati quindici concorsi pubblici per l'acquisizione di personale medico nelle varie discipline, il cui espletamento si sta realizzando gradatamente nel rispetto delle tempistiche tecnico-giuridiche previste dalla normativa in materia concorsuale (DPR 483/1997). La difficoltà nel reperire personale medico non solo per la rete emergenziale, ma in molte altre discipline specialistiche ha avuto un impatto significativo nelle politiche di reclutamento del personale, mettendo l'Azienda nella condizione di dover ricorrere all'utilizzo di personale con contratti di lavoro flessibile ai sensi del DL 18/2020, le cui disposizioni derogatorie si sono protratte anche nell'anno 2023 e 2024. Infatti il decreto legge n. 215 del 30/12/2023 (Milleproroghe 2024), ha confermato anche per l'anno 2024 la possibilità per le Aziende ed Enti del SSN di ricorrere al conferimento incarichi individuali a tempo determinato anche ai medici in formazione specialistica, nonchè l'opportunità di mantenere attivi fino al 31/12/2024 anche i contratti di collaborazione professionale con personale

medico e sanitario in quiescenza e/o laureato e abilitato nell'ottica di ampliare quanto maggiormente possibile i canali di reclutamento e ciò in deroga ai vincoli ed ai canali imposti dalla legislazione ordinaria (id est: D.Lgs. 165/2001, artt. 7, 35 e 36).

Un focus particolare è riservato alle discipline dell'area dell'emergenza-urgenza, rispetto alle quali l'Azienda non ha mai smesso di emettere bandi, non solo di concorso ma per qualsivoglia selezione, volta all'acquisizione di personale medico dedicato al fine di contenere il ricorso alle cooperative/operatori economici esterni. Anche per l'anno 2024 l'Azienda intende impegnarsi nel reclutamento di personale medico dipendente, e qualora non si realizzasse la copertura del fabbisogno, anche attraverso l'applicazione di misure derogatorie previste per la rete di emergenza dal decreto legge 34/2023 che all'art. 12, commi 1 e 2, recita:

1. "Fino al 31 dicembre 2025, allo scopo di garantire la continuità nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e valorizzare l'esperienza professionale acquisita, il personale medico, che alla data di pubblicazione del presente decreto, nel periodo intercorrente tra il 1° gennaio 2013 ed il 30 giugno 2023, abbia maturato, presso i servizi di emergenza-urgenza del Servizio sanitario nazionale, almeno tre anni di servizio, anche non continuativo, con contratti a tempo determinato, con contratti di collaborazione coordinata e continuativa, con contratti di convenzione o altre forme di lavoro flessibile, ovvero abbia svolto un documentato numero di ore di attività, equivalente ad almeno tre anni di servizio del personale medico del Servizio sanitario nazionale a tempo pieno, anche non continuative, presso i predetti servizi, è ammesso a partecipare ai concorsi per l'accesso alla dirigenza medica del Servizio sanitario nazionale nella disciplina di Medicina d'emergenza-urgenza, ancorché non in possesso di alcun diploma di specializzazione. Il servizio prestato ai sensi del presente comma è certificato, su istanza dell'interessato, dalla struttura presso la quale è stato svolto, entro 30 giorni dal ricevimento della domanda. 2. Fino al 31 dicembre 2025, in via sperimentale, in deroga alle incompatibilità previste dall'articolo 40 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368 ed in deroga alle disposizioni di cui all'articolo 7 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, fermo restando quanto previsto dall'articolo 11, comma 1, del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 giugno 2019, n. 60, i medici in formazione specialistica regolarmente iscritti al relativo corso di studi possono assumere, su base volontaria e al di fuori dell'orario dedicato alla formazione, incarichi libero-professionali, anche di collaborazione coordinata e continuativa, presso i servizi di emergenza-urgenza ospedalieri del Servizio sanitario nazionale, per un massimo di 8 ore settimanali.

La programmazione prevista pone massima attenzione anche alla copertura delle esigenze assunzionali emerse per i servizi ospedalieri e territoriali delle aree geografiche disagiate, a favore delle quali sono stati previsti posti a concorso specifici nelle discipline di interesse.

Ciò al fine di contrastare la grave difficoltà di reclutamento del personale medico, non superata neppure dall'apertura all'ammissione ai concorsi di medici in formazione specialistica.

Per quanto concerne la programmazione assunzionale del personale dell'area del comparto, l'Azienda ha avuto il mandato dalla Regione di espletare il primo concorso aggregato regionale per il reclutamento di personale infermieristico. La conclusione della complessa procedura espletata nel rispetto del DPR 220/2001 e delle indicazioni regionali di cui alla DGRM 450/2023 è prevista entro il trimestre del 2024. Dall'esito della procedura, scaturiranno sette specifiche graduatorie, una per ogni Azienda/Ente regionale, dalle quali l'AST potrà attingere personale infermieristico a tempo indeterminato per la copertura del fabbisogno.

Nonostante l'impegno dedicato a tale procedura, la programmazione non trascura l'acquisizione di altre figure professionali come tecnici di laboratorio e di radiologia medica, o personale della riabilitazione come fisioterapisti, audiometristi ecc.....;

Infine per quanto riguarda l'area amministrativa e tecnica del personale, si rappresenta che attualmente non sono vigenti in ambito regionale graduatorie esitate da concorsi pubblici e l'uscita dal sistema di tale personale per pensionamento e/o mobilità viene al momento sopperito con azioni organizzative, volte alla semplificazione amministrativa. Si sottolinea al riguardo come lo sforzo anche a livello nazionale di rendere più snello e adeguato l'apparato burocratico richieda sempre più insistentemente conoscenze informative-informatiche, evidenziando in tal senso un crescente fabbisogno di tali figure.

Quindi, tenuto conto delle esigenze delle singole unità operative di erogazione dei servizi, sia in ragione del personale cessante che del fabbisogno eveniente dalle modalità - in termini di volumi e complessità assistenziale - di attività svolta e da svolgere, è stato avviato il percorso di definizione del Piano triennale dei fabbisogni relativi agli anni 2024, 2025 e 2026. L'attenzione maggiore è stata posta nella definizione del Piano Occupazionale 2024 nelle more dell'adottando Atto aziendale e dell'assegnazione da parte della Regione del tetto di spesa del personale.

Nello specifico l'Azienda ha cercato di dare risposte alle esigenze emerse, garantendo, ove possibile, la copertura del turn-over con personale a tempo indeterminato, oltre all'acquisizione di personale, la cui assunzione era già stata prevista nell'anno 2023 e le cui procedure di reclutamento sono in corso di espletamento.

Il Piano Occupazionale anno 2024 riporta nel dettaglio l'andamento delle assunzioni e cessazioni con indicazione del relativo costo. Al riguardo si rappresenta che l'Azienda intende privilegiato il reclutamento di personale a tempo indeterminato.

Piano triennale e Superamento precariato

Nell'ambito della programmazione del fabbisogno di personale, di cui al precedente paragrafo, è stata valutata anche la dimensione del superamento del precariato. Nel corso degli ultimi anni è stato attuato quanto previsto dall'art. 20 del D.Lgs 75/2017. I "Piani di stabilizzazione" previsti nelle precedenti programmazioni sono stati completati, sia quello riferito all'art. 20 del D.Lgs 75/2017, comma 1, sia quello al comma 2, portando a termine le apposite procedure selettive secondo le Linee di indirizzo regionali (vedasi le DGRM n. 626 del 25 maggio 2020, DGRM 581 del 10.05.2021).

L'Azienda ha, altresì, intrapreso già dal 2023 il nuovo percorso di stabilizzazione che il Legislatore ha introdotto all'art. 1- comma 268 L. 234 del 30/12/2021 (Legge Finanziaria 2022).

Si tratta di una disciplina speciale di "stabilizzazione" del personale precario *"al fine di rafforzare strutturalmente i servizi sanitari regionali anche per il recupero delle liste di attesa, e di consentire la valorizzazione della professionalità acquisita dal personale che ha prestato servizio durante l'emergenza da Covid-19"*, prevedendo a tal fine, alla lett. b): *"ferma restando l'applicazione dell'articolo 20 del decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75, dal 1° luglio 2022 e fino al 31 dicembre 2023 possono assumere a tempo indeterminato, in coerenza con il piano triennale dei fabbisogni di personale, il personale del ruolo sanitario e gli operatori socio-sanitari, anche qualora non più in servizio, che siano stati reclutati a tempo determinato con procedure concorsuali, ivi incluse le selezioni di cui all'articolo 2-ter del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27, e che abbiano maturato al 30 giugno 2022 alle dipendenze di un ente del Servizio sanitario nazionale almeno diciotto mesi di servizio, anche non continuativi, di cui almeno sei mesi nel periodo intercorrente tra il 31 gennaio 2020 e il 30 giugno 2022, secondo criteri di priorità definiti da ciascuna regione. Alle iniziative di stabilizzazione del personale assunto mediante procedure diverse da quelle sopra indicate si provvede previo espletamento di prove selettive"*.

Successivi provvedimenti normativi, in considerazione della proroga dell'efficacia dei canali di reclutamento emergenziali di cui al DL 18/2020, hanno esteso la portata applicativa della norma succitata, intervenendo

sia sul termine per la maturazione dei requisiti che su quello per l'espletamento delle procedure di stabilizzazione nonché ampliando l'ambito soggettivo degli aventi diritto.

Alla luce delle modifiche ed integrazioni progressivamente intervenute nel dettato normativo, con documenti n. 22/14/CR7a/C7 e successivamente n. 23/77/CR/06/C/ la Conferenza delle Regioni e Province Autonome ha emanato gli indirizzi applicativi in ossequio ai quali la Regione Marche ha approvato lo schema di protocollo di intesa con le Aziende del SSR e le OO.SS. della Dirigenza sanitaria, professionale, tecnica ed amministrativa e del Comparto Sanità (rif. DGRM 946 del 26/06/2023), sottoscritto dalle parti, con il quale sono state aggiornate le linee di indirizzo precedentemente fissate.

Quindi in coerenza con i PTFP 2022-2024, riproposti anche nell'ambito del PIAO 2023-2025, di cui alla determina n.345 del 31.03.2023, approvato dalla Regione Marche con atto n.778 del 05.06.2023 è stato definito il programma di stabilizzazione (determina n.1214 del 30/10/2023, integrato con determina n.1308 del 21/11/2023), che viene riproposto ed integrato nell'ambito della presente programmazione ed è stato avviato il processo.

Alla data del 31/12/2023 il percorso di "stabilizzazione" ha visto il passaggio al rapporto di lavoro a tempo indeterminato di 136 unità di personale precario.

Il Piano di stabilizzazione viene rappresentato nel dettaglio nell'allegato "Piano di stabilizzazione". Trattasi complessivamente di 160 unità tra personale già con contratto a tempo determinato e contratto flessibile.

Dotazione organica

Per quanto attiene strettamente alla dotazione organica, occorre premettere che le DGRM 1385/2022 e 1718/2022 individuano la dotazione organica dell'AST di Pesaro e Urbino nella sommatoria delle due dotazioni organiche riferite ad AORMN e ad Area Vasta 1 – 5.2 *"nelle more dell'adozione dell'atto aziendale e dei regolamenti di organizzazione della AST di Pesaro-Urbino, la dotazione organica di quest'ultima è determinata dalla sommatoria delle dotazioni organiche relative alla ex ASUR/AV1 ed alla incorporanda Azienda ospedaliera "Ospedali riuniti Marche Nord;"* "5.3 *nelle more dell'approvazione dell'atto aziendale di cui all'art. 24, la dotazione organica provvisoria dell'AST è costituita: 1. dalla dotazione corrispondente al numero ed ai profili professionali del personale in servizio a tempo indeterminato e determinato su posti di dotazione organica; 2. dai posti vacanti previsti dal piano di fabbisogno triennale 2022-2024 approvato con deliberazione della Giunta Regionale."*

Quindi, preso atto della definizione delle dotazioni organiche delle ex AORMN e Area Vasta 1, contemplate nei rispettivi atti di Programmazione, ovvero determina del Commissario Straordinario AORMN n. 658 del 16/12/2022 *"Programmazione triennale dei Piani di fabbisogno del personale (2022-2024). Aggiornamento dotazione organica"* e determina del Commissario Straordinario ASUR n. 988 del 30/12/2022, *"Piano triennale dei fabbisogni del personale (2022-2024): ritiro e riproposizione alla luce delle disposizioni regionali in applicazione della LR 19/2022"*, nonché quanto indicato nella DGRM 1718/2022, ai paragrafi 2.8 e 3.1, si rappresenta nell'allegato il dettaglio della dotazione organica dell'Azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro Urbino. Resta comunque inteso che tale dotazione organica sarà ridefinita in coerenza con la organizzazione indicata dall'adottando Atto Aziendale, ex art. 3, comma 1-bis, del D.lgs.502/1992, in seguito alla sua adozione.

In chiusura si rappresenta che, per facilità di lettura, il Piano dei fabbisogni viene illustrato negli allegati "Piano Occupazionale 2024", "Piano Occupazionale 2025", "Piano Occupazionale 2026", dai quali si evince il percorso intrapreso per la determinazione della spesa per il personale nel triennio 2024/2026. In particolare

la spesa prevista dal fabbisogno del personale del triennio è stata calcolata, partendo dalla rideterminazione del costo effettivamente sostenuto nell'anno 2023 e del suo impatto nell'anno 2024 (trascinamento). A ciò è stato aggiunto il saldo della spesa che si prevede si realizzi tra assunzioni e cessazioni degli anni 2024, 2025 e 2026, compreso il percorso di superamento del precariato ex art. 1- comma 268 L. 234 del 30/12/2021 (Legge Finanziaria 2022), nonché il valore dei relativi costi di trascinamento.

La dinamica e l'impatto della spesa del personale nel triennio 2024 e 2025-2026, derivante dalla Programmazione triennale dei Piani di fabbisogno, viene così esposta nell'allegato "AST_PU_Impatto Piano Occupazionale 2024".

Si precisa infine che, in riferimento alla compatibilità economica, per quanto riguarda l'anno 2024 è coerente con il Bilancio di previsione di cui alla DGRM 2074 del 29/12/2023. Il Piano, così definito, rientra altresì nel tetto di spesa preso a riferimento e indicato nella sommatoria dei tetti di spesi assegnati alle previgenti AORMN e ASUR-Area Vasta 1 (determina/CS/ASUR/988/2022) nell'ambito della DGRMN 630/2023

1.4 ATTIVITA' FORMATIVA

4.4.1 Introduzione

Il Sistema delle attività formative è un insieme unitario di azioni ed elementi interconnessi in aderenza a principi e regole generali, volti a garantire il perseguimento degli obiettivi individuati dalla Direzione Strategica e dalle normative di settore vigenti.

Esso è connotato da una dimensione organizzativa e da una dimensione funzionale intimamente collegate, nell'ambito delle quali i diversi soggetti, a vario titolo coinvolti, sono chiamati ad assicurare il corretto svolgersi delle fasi di pianificazione, progettazione, programmazione e realizzazione delle attività formative nonché a valutarne l'efficacia in termini di qualità e di ricadute sull'organizzazione complessivamente intesa. L'AST PU ha una collaborazione permanente con l'Università di Ancona con la sede del Corso di Laurea in Infermieristica della sede di Pesaro, rendendo alcuni percorsi clinici e organizzativi integrati e coerenti con i laboratori esperienziali ospedalieri e territoriali rivolti agli studenti. Esiste inoltre anche in ambito medico un reciproco scambio tra la formazione universitaria e quella rivolta ai professionisti aziendali e l'Azienda collabora nell'identificazione dei problemi, nella progettazione degli ambiti di apprendimento e nella valutazione pedagogica della loro efficacia e appropriatezza.

E' inoltre annualmente rinnovata la collaborazione con l'Università degli Studi di Urbino, con la realizzazione di corsi di riqualificazione manageriale o corsi professionalizzanti.

4.4.2 Principi e obiettivi

La formazione continua è una leva strategica fondamentale per lo sviluppo del sistema sanitario e deve essere considerata come un investimento per il patrimonio di conoscenze e competenze che stanno alla base della valorizzazione della componente umana, principale valore e risorsa del sistema stesso.

La formazione continua assume un ruolo centrale favorendo e consentendo - senza soluzione di continuità - l'aggiornamento e la revisione del sistema nonché contribuendo alla gestione dei cambiamenti organizzativi e professionali al suo interno.

Sul piano dello sviluppo professionale, l'Azienda promuove un sistema formativo direttamente finalizzato alla qualificazione professionale del personale medico, del personale sanitario, tecnico ed amministrativo, anche convenzionato, rivolgendo attenzione alla ricerca scientifica e all'evoluzione delle attività e delle metodologie cliniche di cura e di assistenza sia ospedaliere che territoriali, della prevenzione, della medicina di base, della medicina veterinaria, della salute mentale, delle dipendenze patologiche, della riabilitazione, delle attività socio-sanitarie, preferibilmente descritte come Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali.

Sul piano dello sviluppo organizzativo, l'Azienda promuove percorsi formativi finalizzati ad affrontare le relative dinamiche, la gestione della complessità nonché i processi di crescita dell'intera struttura aziendale e del sistema sanitario nel suo complesso.

In riferimento alle suddette finalità, ai diversi livelli organizzativi preposti alla pianificazione e programmazione delle attività formative compete principalmente lo sviluppo di percorsi formativi, fondati sulla condivisione delle esperienze, nell'ottica sia dell'aggiornamento e della revisione delle tecniche e delle pratiche cliniche, sia dello studio di nuovi modelli organizzativi maggiormente flessibili e adeguati alle nuove esigenze del cittadino e dei processi assistenziali e di cura.

L'Azienda promuove l'interscambio culturale e tecnico-scientifico con le altre Aziende Sanitarie nonché con le Università e con il sistema delle Istituzioni e delle organizzazioni a carattere scientifico, pubbliche e private, anche sulla base di formali specifici accordi-quadro/protocolli d'intesa.

Sul piano dei contenuti, le logiche di programmazione e progettazione formativa favoriscono percorsi di apprendimento condivisi sia in termini interdisciplinari che interprofessionali e, quindi, fortemente sensibili e connessi alle complessità organizzative e allo sviluppo ed al consolidamento dei livelli di integrazione Ospedale-Territorio.

Sempre sul piano dei contenuti, le linee portanti della programmazione e progettazione formativa sono complessivamente orientate alla promozione della salute, alla conoscenza diffusa dell'organizzazione socio sanitaria nella sua complessità, al governo clinico e a quello economico-gestionale, all'innovazione scientifica ed organizzativa, investendo anche sulle nuove tecnologie al fine di assicurare l'implementazione degli scambi culturali, scientifici ed assistenziali.

Sul piano delle metodologie formative, assumono rilievo prioritario lo sviluppo di conoscenze condivise che nascono dall'esperienza (Formazione sul campo) o che derivino dall'utilizzo di strumenti, quali la formazione a distanza (FAD), che permettono di creare un patrimonio culturale aziendale accessibile e fruibile in qualsiasi momento.

In ogni caso le azioni formative devono ispirarsi e conformarsi a presupposti concettuali, a principi e a valori condivisi al fine di garantire, attraverso l'etica della responsabilità aziendale e stimolando attitudini nonché sviluppando competenze professionali per la comprensione del sapere sanitario che cresce con i progressi scientifici e tecnologici, un'equilibrata formazione nei tre diversi ambiti dell'insegnamento-apprendimento: del sapere, del saper fare e del saper essere.

I processi formativi oltre ad essere considerati come processi di acquisizione, sviluppo di abilità e di competenze professionali, costituiscono anche strumento primario di trasmissione di valori di riferimento e di norme comportamentali; per tale ragione presuppongono una costante e forte sinergia con le strategie globali aziendali e con le politiche di gestione delle risorse umane.

Il Comitato Tecnico Scientifico ha il compito, insieme al Direttore UOC Qualità, Accreditamento e Formazione, di supportare il Direttore Generale nel definire gli obiettivi formativi ritenuti strategici, formulare pareri in merito all'utilizzo dei fondi destinati alla formazione, alla coerenza con gli obiettivi strategici delle proposte formative avanzate dai Dipartimenti tramite i Referenti per la Formazione e di collaborare con il Direttore della UOC: Qualità, Accreditamento e Formazione per valutare il ritorno in termini di efficacia ed efficienza della formazione erogata. Il CTS ha il compito di valutare e approvare o rifiutare eventuali richieste di formazione interna od esterna extra PAF di valore od impatto non strategico; quelle di elevato valore o impatto strategico sono sempre ed esclusivamente proposte e valutate dalla Direzione Generale.

L'Azienda, in qualità di *Provider*, sulla base di formale riconoscimento della Regione Marche, relativamente agli aspetti organizzativi e funzionali conforma le proprie azioni alla disciplina nazionale e regionale in materia di Educazione Continua in Medicina.

Infine come da delibera regionale n. 398 del 27/03/2023, l'Azienda ha ricompreso nelle sue linee strategiche aziendali, gli eventi formativi sulle infezioni correlate all'assistenza (ICA) in ambito ospedaliero, legati alla missione 6 del PNRR.

4.4.3 Organizzazione: l'Azienda Sanitaria Territoriale in qualità di Ente erogatore

L'AST, in qualità di ente erogatore di formazione, assume il governo strategico del sistema delle attività formative, volto a valorizzare ed indirizzare la formazione verso maggiori livelli di professionalità, sicurezza, efficacia, efficienza, qualità e innovazione del sistema sanitario complessivamente inteso, dotandosi, a tal fine, di una costruttiva politica aziendale per la formazione.

La Direzione Generale, quale struttura di vertice dell'Azienda, provvede alla:

a) definizione ed approvazione, nel rispetto della normativa nazionale e regionale nonché delle disposizioni contenute nella contrattazione collettiva nazionale di lavoro, delle **linee strategiche** per le attività di formazione ed aggiornamento del personale, con il supporto del Comitato Tecnico Scientifico;

b) assegnazione della **quota di budget** generale di Azienda da destinare alle attività di formazione ed aggiornamento professionale, nel rispetto delle vigenti normative.

c) adozione del **Piano delle attività formative e di aggiornamento del personale**, predisposto dalla UOC: Qualità, Accreditamento e Formazione sulla base della rilevazione, analisi e valutazione del fabbisogno formativo effettuate a cura dei Referenti della Formazione nonché delle proposte e valutazioni di competenza del Comitato Tecnico Scientifico;

d) integrazione del PAF di qualsiasi altra iniziativa di valore strategico non prevista nel Piano annuale di cui al punto c), correlata a specifici obiettivi o rispondente ad eventuali esigenze sopravvenute o, comunque, successivamente rilevate. Eventuali richieste extra PAF di valore od impatto non strategico sono valutate e approvate o rifiutate dal CTS.

All' Area Formazione competono le seguenti principali funzioni/attività:

- definizione di regole e procedure per l'organizzazione ed il funzionamento del sistema delle attività formative;
- partecipazione in qualità di componente al Comitato Tecnico Scientifico, anche con funzioni di supporto amministrativo;
- elaborazione, secondo gli indirizzi della Direzione Generale ed in collaborazione con il Comitato Tecnico Scientifico, delle linee strategiche per le attività di formazione ed aggiornamento del personale;
- coordinamento dei Referenti della formazione per le attività di rilevazione, analisi e valutazione del fabbisogno formativo;
- predisposizione del Piano di formazione aziendale (fase di pianificazione);
- attuazione del Piano di formazione aziendale (fasi di progettazione e di organizzazione: supporto nella progettazione dei percorsi formativi e relativa consulenza metodologica nonché validazione dei progetti formativi elaborati; organizzazione dei singoli percorsi formativi con conseguente attività di monitoraggio e verifica della qualità e della rispondenza ai contenuti e agli obiettivi formativi);
- gestione di ogni adempimento necessario per garantire il regolare svolgimento delle attività formative;
- gestione del budget annuale destinato alle attività formative;
- applicazione, in funzione del ruolo aziendale di Provider Regionale ECM, delle procedure di accreditamento nonché dei relativi conseguenti adempimenti;

4.4.4 I Referenti della Formazione

A livello organizzativo l'Azienda, nel rispetto di quanto previsto dalle disposizioni regionali in materia, nomina i Referenti della Formazione.

I Referenti della formazione provvedono alle seguenti funzioni/attività:

- a) partecipazione alle attività di formazione ed aggiornamento, coordinate dalla UOC Qualità, Accreditamento e Formazione nonché a gruppi di lavoro a carattere trasversale e/o regionale;
- b) rilevazione, analisi e valutazione del fabbisogno di formazione ed aggiornamento del personale, ivi compresi beni librari e riviste scientifiche, con redazione di apposite relazioni, laddove richiesto;
- c) supporto di carattere metodologico nella progettazione, sia generale che specifica, delle iniziative di formazione proposte ed approvate, valutandone anche l'opportunità di realizzazione delle stesse in ambito aziendale ed interaziendale e comunicazione a livello dipartimentale del sistema delle attività formative e della pianificazione/programmazione annuale delle iniziative formative nonché degli ulteriori strumenti di aggiornamento professionale con tracciabilità dell'avvenuta comunicazione;
- d) collaborazione nella valutazione della qualità del sistema delle attività formative, laddove richiesto, utili alla valutazione dell'efficacia dei programmi formativi attuati.

4.4.5 Il Comitato Tecnico Scientifico

Il Comitato Tecnico Scientifico è organismo propositivo e consultivo di cui si avvale l'Azienda per il governo del sistema delle attività formative, conformemente alle specifiche disposizioni normative e di attuazione di livello statale e regionale vigenti in materia.

Il Comitato Tecnico Scientifico, costituito da professionisti esperti nelle discipline di riferimento, è nominato con determina del Direttore Generale, su proposta del Direttore UOC Qualità, Accreditamento e Formazione, secondo la seguente composizione:

- a) il Direttore UOC: Qualità, Accreditamento e Formazione, componente di diritto, con funzioni di Presidente e Coordinatore, con competenze andragogiche come da DGRM 1501/2017;
- b) un delegato della Direzione Sanitaria
- b) un delegato della Direzione Amministrativa
- b) un delegato della Direzione Socio-Sanitaria
- f) il Direttore della UOC Professioni Sanitarie IOTR, componente di diritto;
- x) il Responsabile UOS Formazione, componente di diritto
- c) il coordinatore/posizione organizzativa infermieristico della Formazione, componente di diritto;
- d) un rappresentante del Collegio di Direzione, individuato in seno allo stesso;
- e) due rappresentanti dei Referenti della Formazione per l'area della Dirigenza e due per l'area del Comparto;
- f) il Dirigente della Direzione Amministrativa di Presidio, componente di diritto.

Il Comitato Tecnico Scientifico è preposto allo svolgimento delle seguenti funzioni:

- a) supporto alla Direzione Generale nella definizione delle linee strategiche per le attività di formazione ed aggiornamento del personale, in coerenza alle disposizioni nazionali e regionali in materia nonché agli obiettivi generali dell'Azienda;
- b) individuazione delle iniziative formative e di aggiornamento, tenuto conto della rilevazione, analisi e valutazione preliminare dei bisogni formativi effettuata dai Referenti della Formazione, ivi compresa la selezione di beni librari e riviste scientifiche;
- c) validazione del Piano di Formazione aziendale in riferimento agli aspetti tecnico-scientifici;
- d) valutazione della opportunità di acquisizione di sponsorizzazioni riferite al Piano di Formazione aziendale o a parte di esso ovvero a singoli eventi/progetti formativi aziendali;

e) valutazione e validazione di integrazioni e/o modifiche delle proposte formative non contenute nel Piano delle attività formative;

f) approvazione dei responsabili scientifici e di progetto per ciascun percorso formativo, così come definiti nel Piano della Formazione aziendale, con modalità indicate ai successivi art. 6 e 7.

g) disamina dei risultati delle valutazioni dei singoli eventi, anche ai fini della loro eventuale riproposizione in relazione alla qualità dei contenuti e delle evidenze scientifiche;

h) supporto alla Direzione Generale nella elaborazione di indirizzi e direttive per la creazione e gestione di un Centro di documentazione aziendale e relativo coordinamento a seguito della sua costituzione.

4.4.6 I Referenti della qualità

Al fine di assicurare il miglioramento continuo della qualità delle attività formative, i Referenti per la Qualità della dirigenza e del comparto individuati per ogni UO/Servizio collaborano attivamente con i Referenti per la Formazione per:

1. l'elaborazione delle criticità emerse durante il riesame annuale della direzione di UO/Servizio, che diventano bisogno formativo in quanto possono trovare nella formazione una forte leva per colmare lacune e migliorare la qualità dei servizi erogati;
2. l'analisi e la valutazione dell'efficacia delle attività realizzate in riferimento agli obiettivi individuati;
3. lo sviluppo di azioni correttive e preventive;
4. il monitoraggio sulla "formazione" relativa alla partecipazione agli eventi formativi sia interni che esterni dei professionisti afferenti alla UO di appartenenza.

4.4.7 Budget annuale e modalità di riparto

1. L'AST PU provvede, annualmente, all'individuazione della quota del budget generale da destinare alla formazione ed all'aggiornamento professionale del personale dipendente, suddividendolo in due macro aree: la formazione programmata e la formazione sia interna che esterna non programmata.

2. La quota annuale di budget assegnata alle attività formative programmate è, quindi, assegnata e ripartita sulla base della pianificazione contenuta nel Piano di formazione aziendale per la sostenibilità economica delle iniziative da realizzare internamente all'Azienda, ovvero da acquisire all'esterno della stessa nonché per ulteriori strumenti di aggiornamento professionale.

La quota di budget residua, sarà destinata a coprire i costi della formazione non programmabile sia interna che esterna, derivante da mutate condizioni organizzative o normative nell'ambito del SSN/SSR e dell'AST non previste e non prevedibili all'atto di redazione del piano di formazione annuale.

4.4.8 Pianificazione

La Direzione Generale avvalendosi del supporto del Comitato Tecnico Scientifico, definisce, le linee strategiche di indirizzo in materia di formazione continua e di aggiornamento professionale.

La traduzione degli obiettivi e degli indirizzi strategici in azioni, percorsi e progetti di formazione coerenti allo sviluppo professionale ed organizzativo aziendale avviene nel Piano della Formazione, a seguito della rilevazione, analisi e valutazione del fabbisogno formativo.

4.4.9 Rilevazione, analisi e valutazione del fabbisogno formativo

Le linee strategiche di indirizzo sono comunicate ai Referenti della Formazione in apposita riunione finalizzata a dare corso all'iter di rilevazione del fabbisogno formativo ed organizzata dalla UOC Qualità,

Accreditamento e Formazione. Le linee di indirizzo sono, quindi, illustrate dal Direttore UOC Qualità, Accreditamento e Formazione ai Comitati di Dipartimento nell'ambito di specifiche sedute.

In ogni caso, l'elaborazione delle proposte formative assume a parametro di riferimento i seguenti obiettivi generali finalizzati:

a) allo sviluppo delle competenze e delle conoscenze tecnico professionali individuali nel settore specifico di attività, anche acquisendo crediti formativi inerenti eventi specificatamente rivolti alla professione o alla disciplina di appartenenza (*obiettivi formativi tecnico-professionali*)

b) allo sviluppo delle competenze e delle conoscenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza degli specifici processi di produzione delle attività sanitarie e socio-sanitarie. Questi obiettivi si rivolgono dunque ad operatori ed équipe che intervengono in un determinato segmento di produzione (*obiettivi formativi di processo*);

c) allo sviluppo delle conoscenze e competenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza dei sistemi sanitari. Questi obiettivi si rivolgono, di norma, a tutti gli operatori avendo quindi caratteristiche interprofessionali (*obiettivi formativi di sistema*).

Gli obiettivi formativi da ricondurre nel Piano di Formazione aziendale sono individuati nelle “**aree di riferimento**” stabilite dall'Accordo-Stato Regioni vigente, nonché in coerenza alla specifica pianificazione di livello regionale.

La **rilevazione** del fabbisogno formativo è effettuata, a cura dei Referenti della Formazione ed in collaborazione con i Referenti per la Qualità di UUOO/Servizio.

L'**analisi** del fabbisogno formativo rilevato è effettuata, a cura del Comitato di Dipartimento e dei Referenti della Formazione, tenendo conto della coerenza dei bisogni espressi alle linee di indirizzo e di orientamento fornite dalla Direzione Strategica.

La **valutazione** del fabbisogno formativo complessivo è effettuata a cura del Comitato Tecnico Scientifico in apposita seduta collegiale convocata dalla UOC Qualità, Accreditamento e Formazione. In tale occasione, sono illustrate le singole proposte dipartimentali e valutate mediante l'utilizzo di apposita griglia di valutazione, verificando anche le possibili interconnessioni e/o integrazioni. Ciò al fine di valutare:

a) le aree tematiche/gli ambiti disciplinari oggetto di intervento formativo ovvero gli eventi formativi, con specificazione delle relative priorità;

b) gli obiettivi formativi riferiti agli interventi di cui al precedente punto a);

c) le figure professionali coinvolte per ciascuna delle aree tematiche/ambiti disciplinari di cui al precedente punto a);

d) le modalità organizzative (formazione interna o formazione esterna), tenuto anche conto del numero degli operatori coinvolti;

e) le spese presunte per ciascun percorso formativo individuato;

f) gli strumenti di aggiornamento professionale da acquisire ed i relativi costi presunti.

g) il miglioramento atteso e le ricadute positive sulla organizzazione, sulla sicurezza e sulla qualità delle prestazioni erogate a fronte delle risorse da impegnare.

4.4.10 Progettazione e programmazione

La “progettazione” e la “programmazione” si collocano in fase immediatamente successiva a quella di pianificazione e ricomprendono ogni attività utile ad individuare e definire gli elementi specifici caratterizzanti gli eventi pianificati. Nello specifico, tali attività sono volte a rendere operativi gli indirizzi

espressi traducendoli in progetti e programmi formativi efficaci, anche con riferimento a metodologie innovative di formazione e di apprendimento.

Con Determina di Direttore generale n. 1546 del 29/12/2023 l'Azienda ha adottato il Piano della Formazione aziendale per l'anno 2024.

Nel rispetto della normativa nazionale e regionale, nonché delle disposizioni contenute nella contrattazione collettiva nazionale di lavoro oltre che della disciplina regolamentare interna, il PAF ha Il suddetto Piano ha definito i percorsi formativi interni- aventi carattere obbligatorio – nonché l'acquisizione degli ulteriori strumenti di aggiornamento professionale, determinandone i relativi aspetti di natura organizzativa ed economica. Al riguardo, si evidenzia che il Piano di formazione aziendale per l'anno 2024 include 297 eventi formativi così suddivisi:

FORMAZIONE RESIDENZIALE n° 118 di cui:

Sezione A: Percorsi Formativi Strategici (PFS) n° 18

Sezione B: Percorsi Formativi prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro (PFSP) n° 10

Sezione C: Percorsi Formativi Trasversali (PFT) n° 8

Sezione D: Percorsi Formativi Emergenza n° 17

Sezione E: Percorsi Formativi Dipartimentali (PFD) n° 65

FAD: n° 18

FORMAZIONE SUL CAMPO (FSC) n° 161

4.4.11 Tipologie di formazione

In coerenza agli indirizzi regionali relativi al sistema di accreditamento di eventi / progetti formativi ECM, le tipologie di formazione previste dalla DGRM 520/2013, ed aggiornate nella DGRM 1501 del 18/12/2017, per la progettazione attengono all'Area Formazione sono:

1) RESIDENZIALE:

1.a) Formazione Residenziale: attività in cui uno, o più docenti, si rivolgono a molti discenti ed il livello di interattività è limitato alla possibilità di fare domande e partecipare alla discussione.

1.b) Formazione Residenziale Interattiva: attività in cui i partecipanti svolgono un ruolo attivo ed il livello di interazione tra loro e con i docenti è ampio;

2) FORMAZIONE SUL CAMPO: attività formativa in cui vengono utilizzati direttamente per l'apprendimento i contesti, le occasioni di lavoro e le competenze degli operatori impegnati nelle attività assistenziali (training individualizzato, gruppi di miglioramento, attività di ricerca);

3) FAD Formazione a distanza: partecipazione a sessioni formative remote attraverso una piattaforma multimediale dedicata, tramite connessione ad Internet, fruibile durante tutto l'anno anche a domicilio, senza necessità di presenza in aula ma con valutazione finale dell'apprendimento e rilascio crediti ECM;

4) BLENDED: attività formativa che si articola in percorsi formativi strutturati che prevedono momenti in aula e momenti a distanza, oppure momenti in aula ed esperienze di formazione sul campo, oppure momenti di formazione residenziale, a distanza e sul campo.

11. Qualora il CTS si esprima favorevolmente in ordine alla richiesta di cui al precedente comma 1, sottoscrive apposita autorizzazione, tenuto conto del budget a disposizione, nonché di ulteriori risorse disponibili; in caso di riscontro negativo il diniego deve essere comunque motivato.

12. Una volta autorizzato, il dipendente provvede autonomamente alla pre-iscrizione e/o alla iscrizione seguendo le varie modalità previste dall'ente formativo, mentre sarà cura della UOC: Qualità, Accreditamento e Formazione, predisporre ed inviare l'ordine d'acquisto servizi, secondo le procedure previste in Azienda.

13. L'eventuale mancata partecipazione all'evento formativo obbligatorio deve essere motivata e giustificata da parte del dipendente con comunicazione formale alla UOC Qualità, Accreditamento e Formazione, ai fini della regolarizzazione della posizione con particolare riguardo all'eventuale addebito in busta paga delle somme anticipate. Qualora la mancata partecipazione sia conseguente ad esigenze di servizio, detta comunicazione deve essere effettuata a cura del Direttore/Responsabile/Coordinatore della Unità operativa di appartenenza del dipendente. In analogia a quanto sopra, il dipendente comunica alla UOC Qualità, Accreditamento e Formazione l'eventuale modifica delle date di svolgimento dell'evento e/o la cancellazione dell'evento stesso, da parte dell'Ente organizzatore.

FAD - Realizzazione di eventi formativi a distanza

1. La Formazione a Distanza (FAD) rappresenta una modalità che permette a tutti i dipendenti, mediante l'accesso ad una apposita piattaforma aziendale, di fruire in qualsiasi momento della giornata, anche a domicilio, di contenuti formativi soprattutto a carattere trasversale (come ad esempio importanti nozioni in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro, conoscenze organizzative, etc.) con l'acquisizione di crediti ECM.
2. La FAD permette di trasmettere ogni anno, potenzialmente a tutti i dipendenti, nozioni su diversi argomenti senza che si renda necessaria la presenza in aula, senza limiti di tempo se non l'anno solare per la fruizione e senza sottrarre risorse all'assistenza.

Istituzione e tenuta Albo formatori

Anche per assicurare il pieno adeguamento ai principi informatori dell'Atto aziendale, l'Azienda conforma l'affidamento degli incarichi di docenza/tutoraggio ai canoni generali di trasparenza, pubblicità, efficacia, economicità, non discriminazione e proporzionalità, provvedendo ad istituire apposito "*Albo di professionisti per la formazione*" sulla base delle relative manifestazioni di interesse raccolte a seguito della pubblicazione di appositi Avvisi pubblici recanti l'indicazione di requisiti, condizioni e modalità di conferimento degli eventuali incarichi.

In particolare, l'istituzione dell'Albo consente all'Azienda di preselezionare i professionisti cui affidare attività di docenza/tutoraggio sulla base di riscontrate qualificazioni ed esperienze professionali risultanti dai curricula.

E' fatta salva la possibilità dell'Azienda di avvalersi di professionisti dipendenti in possesso di qualificati ed adeguati curricula ovvero di ricorrere motivatamente a professionalità qualificate non ricomprese nell'Albo. In particolare, ciò potrà avvenire laddove siano richieste conoscenze ed esperienze eccedenti le normali competenze del personale dipendente e/o di carattere specialistico, oppure nei casi in cui risulti impossibile l'assolvimento dell'incarico per mancanza o non disponibilità di personale idoneo.

4.4.12 Monitoraggio e verifica dell'offerta formativa

Il monitoraggio e la verifica dell'offerta formativa rappresentano fasi indispensabili per una corretta gestione della formazione in termini di investimento di risorse finalizzate al raggiungimento dei risultati attesi.

La valutazione è volta ad osservare, analizzare, interpretare e giudicare aspetti rilevanti della formazione che riguardano tanto i destinatari diretti che partecipano all'intervento formativo, quanto l'organizzazione. Essa consente di monitorare variabili chiave in funzione di criteri di efficienza, efficacia e qualità della formazione.

In particolare, la valutazione attiene i seguenti aspetti:

- a) valutazione di "sistema" che riguarda l'assetto organizzativo, i livelli di responsabilità e di competenza, nonché le regole e le procedure operative;
- b) valutazione di "processo" che riguarda le fasi di pianificazione, progettazione, programmazione, erogazione delle attività formative;

c) valutazione di “esito” che riguarda l’efficacia delle attività formative sia in riferimento ai destinatari che in termini di ricadute sull’organizzazione.

4. Ai fini della effettuazione della valutazione negli ambiti indicati alle lettere a), b) e c), si fa riferimento agli specifici requisiti e relativi indicatori nonché agli strumenti individuati in apposita procedura aziendale (POformT002_ORG_Valutazione e verifica della qualità delle attività formative).

4.4.13 Le misure volte ad incentivare e favorire l'accesso a percorsi di istruzione

Per quanto riguarda la Formazione, le misure volte a favorire il professionista all’accesso a progetti di formazione/eventi sono:

1 - la creazione di una rete capillare di referenti per la formazione, per la qualità e per il rischio clinico ai quali vengono forniti gli strumenti culturali, organizzativi e procedurali per potere svolgere appieno i compiti loro assegnati.

2 - la predisposizione di una modalità formativa a distanza (FAD) attraverso una piattaforma dedicata. La FAD si avvale di un insieme di attività didattiche identificate all'interno di un Piano Formativo annuale che prevede la non compresenza di docenti e discenti nello stesso luogo e attraverso l’accessibilità nella modalità asincrona tramite contenuti multimediali, piuttosto che sincrona. Tale modalità rende l’apprendimento e le informazioni libere da vincoli temporali, consentendo la partecipazione di professionisti che hanno difficoltà a frequentare i corsi in aula e la possibilità di consultare il materiale erogato anche a distanza di tempo. Durante la pandemia da Covid 19 questa strategia formativa ha permesso di aggiornare e formare i professionisti sulle tecniche e le tematiche legate all’emergenza, garantendo percorsi di formazione.

Il PNRR (Piano Nazionale per la Ripresa e la Resilienza) in ambito formazione prevede, tra i suoi obiettivi prioritari, la promozione dello sviluppo di un sistema efficiente di formazione e istruzione digitale tramite investimenti mirati riguardanti dispositivi digitali, connettività e infrastrutture. In linea con questo obiettivo risulta il potenziamento costante dell’offerta formativa in modalità e-learning.

4.4.14 Gli obiettivi e i risultati attesi della formazione

In base al Piano Formativo per l’anno in corso deliberato, al termine viene realizzato un report dal Direttore UOC Qualità, Accreditamento e Formazione che dimostra le attività svolte secondo le modalità previste. Il report evidenzia la percentuale dei corsi erogati, i partecipanti, i formati rispetto agli iscritti. Inoltre si sta perseguendo l’obiettivo di produrre una valutazione qualitativa dei percorsi/eventi formativi attraverso l’utilizzo degli indicatori di processo e di esito. Sono state poste le basi per implementare un sistema che già durante la progettazione del singolo progetto formativo identifichi la strategia di valutazione delle competenze acquisite attraverso la definizione della tipologia di valutazione (prova pratica, orale, scritta, questionario, project work), e identifichi gli indicatori di processo e di esito da parte dei progettisti. La misurazione avviene utilizzando strumenti che possano restituire una valutazione delle ricadute dell’evento formativo e quindi la loro eventuale riprogettazione. A supporto di tale evidenza, in occasione dei prossimi riesami della direzione della UOC Qualità, Accreditamento e Formazione, sarà elaborato il report “valutazione degli eventi/progetti formativi”. Il report attraverso l’analisi di un campione selezionato di corsi (rappresentato da tutte le tipologie formative utilizzate) restituirà una visione di coerenza tra i corsi erogati e l’adesione alle procedure di realizzazione. L’analisi metterà in evidenza eventuali criticità rilevate e porrà le basi per proporre suggerimenti di miglioramento, che andranno presi in considerazione e discussi all’interno dell’incontro di monitoraggio semestrale del Comitato Scientifico.

5 Piano delle azioni positive

L'allegato Piano di azioni positive (allegato 5) trasmesso dal Presidente del Comitato Unico di Garanzia aziendale con nota prot. 5911 del 30.01.2024, è un documento programmatico integrato quale allegato del PIAO che indica obiettivi e risultati attesi per riequilibrare le situazioni di non equità di condizioni tra uomini e donne che lavorano nell'Ente. Si ritiene utile riepilogare i principali interventi del Legislatore in tale materia. Il D. Lgs. n. 198 dell'11.4.2006, all'art. 48, prevede azioni positive nella pubblica amministrazione per la realizzazione delle pari opportunità fra uomo e donna, abrogando al contempo pari norme del D. Lgs. n. 196/2000 e Legge n. 125/1991 con il disposto dell'art. 57; in particolare, le azioni positive devono mirare al raggiungimento dei seguenti obiettivi: - condizioni di parità e pari opportunità per tutto il personale dell'Ente; - uguaglianza sostanziale fra uomini e donne per quanto riguarda le opportunità di lavoro e di sviluppo professionale; - valorizzazione delle caratteristiche di genere. L'art. 19 del C.C.N.L. 14.09.2000, inoltre, stabilisce: "Al fine di attivare misure e meccanismi tesi a consentire una reale parità nell'ambito delle più ampie previsioni dell'art. 2, comma 6 della Legge 125/1991 e degli artt. 7, comma 1 e 61 del D. Lgs. 29/93, saranno definiti, con la contrattazione decentrata integrativa, interventi che si concretizzino in "azioni positive a favore delle lavoratrici/lavoratori". Richiamata la Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri n. 2 in data 26 giugno 2019 a firma del Ministro per la Pubblica Amministrazione e del Sottosegretario delegato alle pari opportunità, con la quale sono state definite le linee di indirizzo in materia di promozione della parità e delle pari opportunità, la quale: - sostituisce la precedente direttiva 23 maggio 2007 "Misure per attuare parità e pari opportunità tra uomini e donne nelle amministrazioni pubbliche"; - aggiorna alcuni degli indirizzi forniti con la direttiva 4 marzo 2011 sulle modalità di funzionamento dei "Comitati Unici di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni"; Partendo dal presupposto che le discriminazioni possono manifestarsi in tutti i momenti della vita lavorativa e possono annidarsi nelle stesse regole che disciplinano l'organizzazione del lavoro e la gestione dei rapporti, si ritiene importante che la valutazione dell'effetto discriminatorio di una regola o di un criterio venga valutato a monte, ovvero prima che la regola o il criterio abbiano potuto produrre una discriminazione. Il piano triennale di azioni positive si prefigge quindi di individuare quelle azioni che, incidendo significativamente nell'organizzazione dell'ente, possano guidare l'ente nel raggiungimento di un clima di benessere organizzativo e di assenza di discriminazioni. Con le medesime finalità, il Legislatore ha previsto la costituzione del Comitato Unico di Garanzia. L'art. 57 del Decreto Legislativo n. 165/2001, come novellato dall'art. 21 della Legge 4 novembre 2010 n. 183, stabilisce infatti che presso le Pubbliche Amministrazioni venga costituito un Comitato Unico di Garanzia (C.U.G.) per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni; in tale ambito, va menzionata anche la direttiva del 4 marzo 2011 con la quale il Ministro per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione e il Ministro per le Pari Opportunità hanno adottato le linee guida sulle modalità di funzionamento dei CUG, ora aggiornate dalla Direttiva 2/2019, come precedentemente esposto. Il Piano di azioni positive si propone di favorire il riequilibrio della presenza femminile/maschile nelle attività e nelle posizioni gerarchiche ove esiste un divario fra generi e di promuovere l'inserimento delle donne nei settori e nei livelli professionali nei quali esse sono sottorappresentate. Le azioni positive sono impennate sulla regola espressa dell'uguaglianza sostanziale, regola che si basa sulla rilevanza delle differenze esistenti fra le persone di sesso diverso. Realizzare pari opportunità fra uomini e donne nel lavoro, quindi, significa eliminare le conseguenze sfavorevoli che derivano dall'esistenza di differenze. La funzione dell'azione positiva, intesa come strategia destinata a stabilire l'uguaglianza delle opportunità, grazie a misure che permettano di contrastare e correggere discriminazioni che sono il risultato di pratiche o di sistemi sociali, non si limita al campo del lavoro, anche se questo è l'ambito più di intervento. Azioni Positive possono essere svolte nel campo dell'informazione, della formazione professionale e in altri campi della vita sociale e civile.

6 MONITORAGGIO

Il monitoraggio si sviluppa nell'Azienda attraverso una serie di strumenti già attivi e normati dal livello regionale:

- scheda di budget;
- relazione della performance;
- report economico mensile e trimestrale;
- report periodici interni ai Centri di Responsabilità aziendali;
- scheda di valutazione individuale;
- relazione annuale dell'RPCT;
- autovalutazione periodica Centri di Responsabilità aziendali in tema di prevenzione e corruzione e trasparenza;
- valutazione a campione a cura dell'RPCT in tema di prevenzione e corruzione e trasparenza;
- monitoraggio piano triennale del fabbisogno del personale in termini di teste ed in termini economici.

Tali strumenti di monitoraggio sono incardinati nei processi aziendali sopra definiti, ed in particolare nel ciclo della Performance e nel processo di Prevenzione alla Corruzione e Trasparenza.

In tal modo è possibile garantire una coerenza complessiva tra la programmazione ed il monitoraggio, assicurando però al sistema la necessaria flessibilità per tenere conto delle nuove esigenze o di aspetti specifici.

La Scheda di budget viene utilizzata anche come strumento di monitoraggio interno: articolata in diverse sezioni, è riconducibile agli ambiti di valutazione di performance e di prevenzione alla corruzione e trasparenza.

Gli obiettivi includono la declinazione operativa delle linee di indirizzo aziendali e le progettualità strategiche aziendali.

La performance viene monitorata durante l'anno mediante l'elaborazione di una reportistica periodica messa a disposizione della Direzione Generale e delle singole strutture per un confronto tra i servizi, i dipartimenti e la Direzione aziendale. Questo consente di gestire in corso d'anno gli scostamenti da quanto programmato e, se necessario, di ridefinire il percorso per il perseguimento degli obiettivi.

Altro importante strumento di monitoraggio aziendale è costituito dalla Relazione sulla Performance, prevista dal D.lgs. 150/2009.

La Relazione sulla Performance è un documento annuale orientato sia verso l'esterno, per la rappresentazione ai diversi portatori di interesse dei risultati conseguiti in riferimento alle priorità strategiche (accountability) declinate nel Piano della performance, che verso l'interno, per rendere conto ai vari livelli organizzativi dell'esito dell'attività gestionale orientata al raggiungimento degli obiettivi assegnati annualmente dalla Regione.

La Relazione sulla performance dà evidenza a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, del livello di raggiungimento degli obiettivi e degli indicatori definiti nel Piano della performance.

Per quanto riguarda la Sezione Prevenzione della corruzione, nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT), è stato definito un sistema di monitoraggio annuale volto alla verifica dell'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza.

Nel corso del 2024, si ritiene di procedere alla verifica sull'attuazione delle misure di prevenzione previste nel PTPCT attraverso un monitoraggio di primo e di secondo livello. L'esito dell'attività di monitoraggio delle singole articolazioni organizzative costituisce un indicatore sintetico di budget rispetto alla realizzazione di

quanto programmato nel PTPCT vigente in merito all'attuazione delle misure in atto e/o ulteriori inerenti la prevenzione del rischio per i processi mappati; alla verifica di tutte le misure di prevenzione della corruzione previste dal Piano; alla costante implementazione del sito Amministrazione Trasparente. Inoltre, la Relazione annuale del Responsabile della Prevenzione della corruzione e della trasparenza, redatta sulla base delle indicazioni dell'ANAC, rappresenta un ulteriore importante strumento per il monitoraggio dell'efficacia delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza attuate dall'Azienda.

In merito al piano triennale dei fabbisogni di personale si specifica che mensilmente si procede ad una ricognizione delle teste del personale dipendente, per valutare il grado di realizzazione del piano assunzionale, con contestuale verifica del relativo costo sostenuto, mediante proiezione e previsione dei dati registrati in contabilità analitica e verifica di congruità rispetto al piano e rispetto al budget.

Il Direttore Generale

Dott.ssa Nadia Storti

Allegati:

Allegato 1A – mappatura processi ex MN

Allegato 1B – mappatura processi ex AV1

Allegato 2 – Patto d'integrità

Allegato 3A – Obblighi di pubblicazione ex MN

Allegato 3B – Obblighi di pubblicazione ex AV1

Allegato 3C – Obblighi di pubblicazione bandi di gara e contratti AST

Allegato 4 – Obiettivi operativi 2024

Allegato 5 – Piano Azioni Positive

Allegato 6.A.1

Allegato 6.A.2

Allegato 6.A.3

Allegato 6.B

Allegato 6.C

Allegato 6.D