



Allegato 1

**PIANO TRIENNALE
PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE
E PER LA TRASPARENZA**

Anni 2021 - 2023

Sommario

| | |
|---|-----------|
| Premessa | 4 |
| Definizione di Corruzione..... | 5 |
| 1. Modello organizzativo e funzioni dell'ASUR Marche | 6 |
| 2. Il processo di elaborazione del PTPC: soggetti interni, ruoli e responsabilità | 9 |
| 3. Obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza ed il collegamento con il Piano della Performance | 17 |
| Il collegamento con il Piano della Performance | 17 |
| 4. Integrazione tra il PTPC e i sistemi di controllo interno | 18 |
| 5. Metodologia di analisi del rischio: gli affinamenti effettuati | 19 |
| Mappatura dei processi e criteri di valutazione del rischio | 19 |
| Schede di valutazione e trattamento del rischio | 20 |
| La valutazione e l'analisi del rischio di corruzione..... | 20 |
| 6. Analisi del contesto esterno | 23 |
| La normativa contratti pubblici, anticorruzione e trasparenza..... | 23 |
| Situazione economica del contesto esterno..... | 26 |
| I soggetti che interagiscono con l'ASUR Marche | 27 |
| 7. Analisi del contesto interno | 27 |
| Analisi della struttura organizzativa | 27 |
| Mappatura dei processi e formazione specifica | 28 |
| La Rete Ospedaliera | 29 |
| Assistenza Territoriale | 29 |
| 8. Identificazione, analisi e valutazione del rischio in Sanità | 30 |
| La Corruzione in Sanità | 30 |
| Aree di rischio generali, si tratta delle aree relative a: | 32 |
| 9. Trattamento del rischio: obiettivi e misure generali | 32 |
| 10. Ulteriori misure per prevenire la corruzione | 33 |
| 11. Misure generali da rinnovare per il triennio | 35 |
| Codice di comportamento | 35 |
| La gestione dei conflitti di interesse - dichiarazioni pubbliche di interessi | 37 |
| Conferimento incarichi dirigenziali | 39 |
| Rotazione degli incarichi..... | 40 |
| Incompatibilità e inconfiribilità..... | 42 |
| Formazione obbligatoria generale e specifica..... | 44 |
| Whistleblowing..... | 46 |
| 12. Area di rischio Contratti Pubblici in Sanità | 47 |
| Analisi del contesto interno: Patto di Integrità e RASA | 47 |
| Procedure di gara e affidamenti diretti | 48 |
| Programmazione | 49 |
| Progettazione..... | 50 |
| Selezione del contraente | 53 |
| Aggiudicazione e stipula del contratto | 55 |
| Esecuzione del contratto | 56 |
| Rendicontazione del contratto..... | 56 |
| Procedure di gara per la fornitura di farmaci e presidi | 57 |
| Procedure di acquisto di materiale economale..... | 61 |
| Procedure di acquisto di hardware, software e licenze d'uso..... | 61 |
| Procedure di gara per le tecnologie sanitarie | 62 |
| 13. Area Patrimonio e Servizi Manutentivi | 62 |

| | |
|--|-----------|
| Analisi del contesto interno ed esterno | 62 |
| 14. Area Bilancio e Gestione dei pagamenti | 63 |
| 15. Attività ALPI..... | 64 |
| Liste di attesa | 66 |
| 16. Controlli nelle strutture convenzionate | 67 |
| 17. Attività di vigilanza, controlli, ispezioni | 70 |
| 18. Spesa farmaceutica convenzionata ed interna | 70 |
| 19. Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero..... | 72 |
| 20. Coordinamento con il PTPCT 2021-2023..... | 74 |
| 21. Il Procedimento di attuazione della Trasparenza | 75 |
| Obiettivi strategici in materia di trasparenza | 75 |
| Il collegamento con il Codice di Comportamento | 76 |
| 22. Iniziative di comunicazione della Trasparenza..... | 77 |
| Iniziative di diffusione della Trasparenza e dei dati pubblicati | 77 |
| Giornate della Trasparenza | 77 |
| 23. I soggetti della Trasparenza | 78 |
| Il Responsabile per la Trasparenza | 78 |
| I Referenti per la Trasparenza nelle Aree Vaste | 79 |
| I Responsabili della pubblicazione ed aggiornamento dei dati..... | 79 |
| Il Sistema di monitoraggio e verifiche..... | 80 |
| L'OIV..... | 81 |
| 24. L'istituto dell'Accesso Civico..... | 82 |
| 25. La Formazione del personale in materia di Trasparenza | 83 |
| 26. Dati ulteriori..... | 83 |
| Griglia degli Obblighi di Pubblicazione - modulo di accesso civico e assenza di conflitto interessi..... | 83 |
| Società partecipate dall'ASUR | 84 |
| Carta dei servizi dell'ASUR | 84 |
| 27. Cronoprogramma delle attività trasparenza e anticorruzione..... | 86 |
| Nominativi responsabili e referenti di struttura delle Aree Vaste | 87 |

Premessa

Il presente documento definisce il **Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione (PTPC)** per gli **anni 2021-2023**, e aggiorna quello approvato con Determina ASUR n. **50 del 31/01/2020**, ai sensi dell'art. 1, co. 8 della L. n. 190/2012. Il PTPCT costituisce un **atto organizzativo fondamentale** in cui è definita la strategia di prevenzione all'interno dell'ASUR; è destinato a coloro che prestano a qualunque titolo servizio presso l'amministrazione. La violazione delle misure di prevenzione previste è fonte di responsabilità disciplinare (art. 1, co. 14 L. 190/2012).

Il nuovo PTPCT, oltre a contenere la **sezione specifica** dedicata all'attuazione della **trasparenza ed integrità** quale misura fondamentale di prevenzione della corruzione, si inserisce in un contesto amministrativo caratterizzato da una riorganizzazione aziendale di tutte le attività, non solo dell'area Amministrativa-tecnico-logistica (ATL), ma anche dei processi sanitari e professionali.

In particolare il PTPCT è rafforzato dall'istituzione della funzione di **Internal Audit e PAC Compliant** e dall'adozione del relativo manuale dei controlli interni, approvato con Determina n. 671 del 21/11/2019.

La stesura del presente PTPCT è avvenuta in attuazione dei Piani Nazionali Anticorruzione (PPNAA), adottati dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), ed in particolare tenendo conto dell'ultima Delibera n. 1064 del 13/11/2019, che integra in un unico atto tutte le indicazioni precedenti, integrandole con gli orientamenti maturati nel corso del tempo, oggetto anche di appositi atti regolatori.

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

Dal 2013 al 2018 sono stati adottati due PNA e tre Aggiornamenti ai PNA (Delibera CIVIT n. 72 del 11/09/2013, Determinazione n. 12 del 28/10/2015, Delibera n. 831 del 03/08/2016, Delibera n. 1208 del 22/11/2017, Delibera n. 1074 del 21/11/2018). Nel 2019 il **nuovo PNA** adottato dall'ANAC con Delibera n. 1064 del 13/11/2019 consolida in un **unico atto** di indirizzo tutte le indicazioni date finora, integrandole con orientamenti maturati nel corso del tempo, anche oggetto di appositi atti regolatori.

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

Nell'elaborazione della strategia di prevenzione della corruzione per il triennio 2021-2023 sono stati presi in considerazione i seguenti fattori principali:

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

Definizione di Corruzione

Per **corruzione** si intende il caso di **abuso** da parte del dipendente del **potere** a lui affidato al fine di ottenere indebiti vantaggi privati.

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

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

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

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

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

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

La Corte dei Conti ribadisce un ulteriore concetto importante :

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

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

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

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

1. Modello organizzativo e funzioni dell'ASUR Marche

L'Azienda Sanitaria Unica Regionale Marche (ASUR) è stata **istituita** con Legge Regionale n. 13 del 20 giugno 2003 ("Riorganizzazione del Servizio Sanitario regionale").

Successivamente con le Leggi Regionali n. 17/2010, n. 17/2011 e n. 8/2017, il processo di unificazione si è rafforzato ulteriormente con l'articolazione dell'ASUR in cinque Aree Vaste in sostituzione delle precedenti 13 Zone territoriali e con la previsione ultima di concorsi unici e di uniformità di trattamento economico. Complessivamente nell'Azienda operano oltre 17.000 dipendenti, di cui 13.950 a tempo indeterminato.

E' la prima e più grande esperienza di un'unica azienda sanitaria in Italia, con un dimensionamento territoriale che corrisponde all'intera Regione ed una popolazione assistita di oltre un milione e mezzo di abitanti.

L'ASUR, dotata di personalità giuridica pubblica e di autonomia imprenditoriale -ai sensi delle disposizioni regionali- è parte del **Servizio Sanitario Regionale** delle Marche. La sua sede legale è in Ancona, Via Oberdan, 2. Il suo territorio di riferimento insiste su quello della Regione Marche.

L'ASUR nel rispetto degli obiettivi assegnati e delle direttive impartite dalla Giunta regionale, esercita a livello centralizzato le funzioni di indirizzo, coordinamento e controllo dell'attività aziendale e di **Area Vasta**. L'Area Vasta costituisce l'entità di riferimento per l'ottimizzazione dei servizi, per la programmazione integrata e il coordinamento tra ex-zone confinanti, al cui vertice è nominato un Direttore.

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

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

Le attività aziendali sono svolte nelle Macrostrutture Sanitarie (Presidi Ospedalieri, Dipartimenti, Distretti), Tecniche, Amministrative e nelle Aree di Staff.

Il **patrimonio** dell'ASUR è costituito da tutte le risorse, materiali ed immateriali che concorrono allo svolgimento delle attività aziendali e al perseguimento delle sue finalità istituzionali e da tutti i beni mobili e immobili iscritti nei suoi libri contabili.

Organi aziendali dell'ASUR Marche sono il Direttore Generale (organo di governo strategico) e il Collegio Sindacale (organo di controllo interno). Il Direttore Generale è l'organo di vertice della struttura organizzativa aziendale, alla quale competono tutti i poteri di gestione, nonché la rappresentanza legale dell'Azienda ai sensi dell'art. 3 comma 6 del D.Lgs n. 502/92, come da ultimo modificato dall'art. 3 del D.Lgs n. 229/99. Il Direttore Generale è coadiuvato nell'esercizio delle proprie funzioni da un Direttore Amministrativo e da un Direttore Sanitario.

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

Area Acquisti e Logistica: Dott. Matteo Biraschi;

Area Affari Generali e Contenzioso: Avv. Lucia Cancellieri;

Area Bilancio: Dott.ssa Maria Francesca Grechi;

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

Area Controllo di Gestione: Dott.ssa Sonia Piercamilli;

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

Area Ingegneria Clinica: Dott.ssa Antonella Pianosi;

Area Patrimonio Nuove Opere ed Attività Tecniche: Dott.ssa Antonella Pianosi;

Area Politiche del Personale: Dott. Fabrizio Trobbiani;

Area Sistemi Informativi: Dott.ssa Cristiana Sisti;

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

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

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

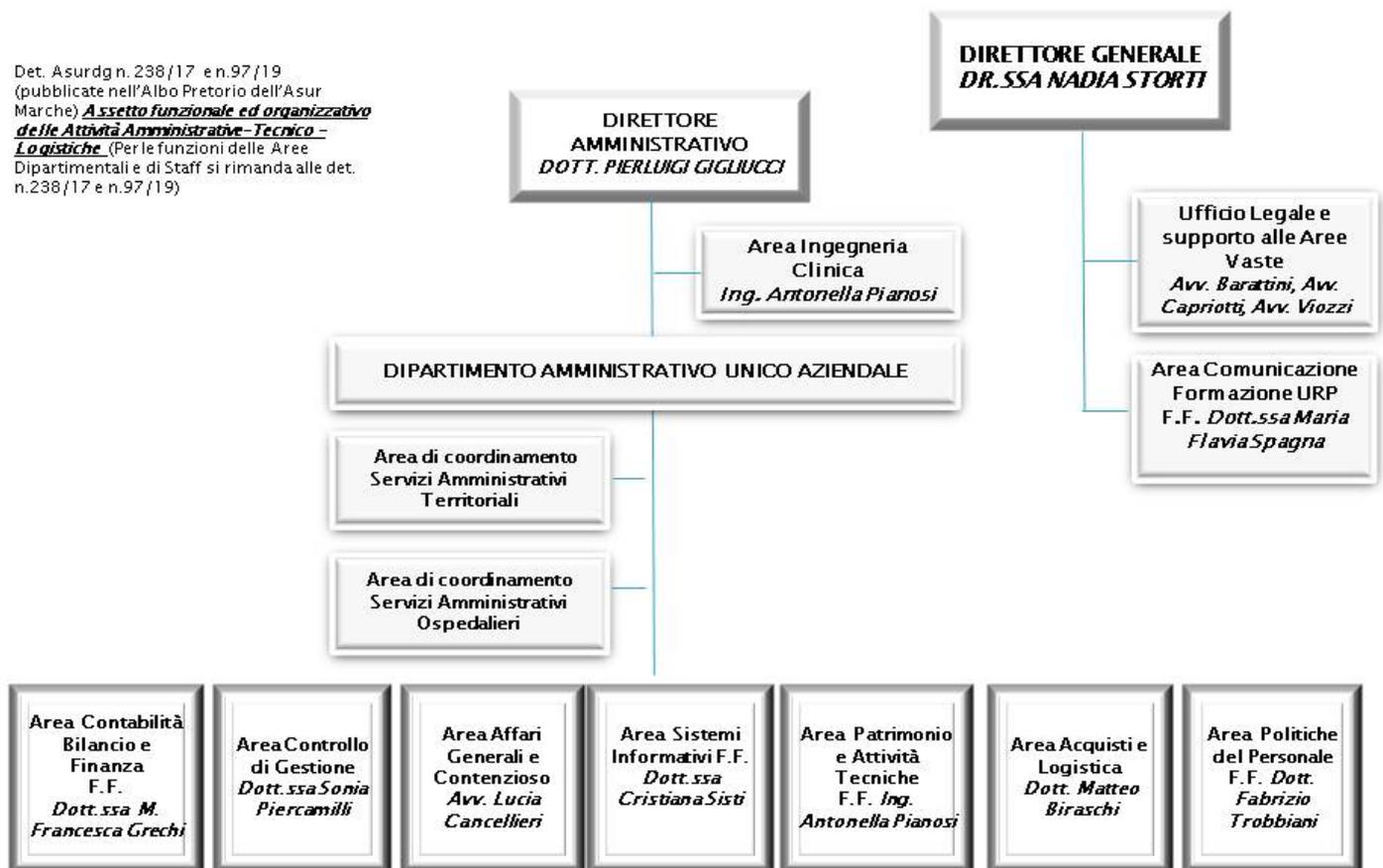
L'atto aziendale è stato aggiornato con le successive determinazioni ASUR di ridefinizione dell'assetto organizzativo e funzionale sia nell'area Amministrativa-Tecnico-Logistica (ATL) sia nell'area sanitaria e dell'integrazione socio-sanitaria (n. 350/2015; n. 157/2016; n. 481/2016; n. 238/2017; n. 264-265-266/2017;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

La struttura organizzativa complessiva dell'ASUR Marche e nel dettaglio dell'Area ATL possono essere rappresentate dagli schemi qui di seguito esposti:

L'ORGANIZZAZIONE ASUR MARCHE



Det. Asurdg n. 238/17 e n.97/19
 (pubblicate nell'Albo Pretorio dell'Asur
 Marche) **Assetto funzionale ed organizzativo
 delle Attività Amministrative - Tecnico -
 Logistiche** (Per le funzioni delle Aree
 Dipartimentali e di Staff si rimanda alle det.
 n.238/17 e n.97/19)



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

2. Il processo di elaborazione del PTPC: soggetti interni, ruoli e responsabilità

La centralità del RPCT

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

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

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

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

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

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

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

Nello stesso atto è stata individuata anche la dott.ssa Cristina Omenetti quale referente a livello aziendale per il supporto al RPCT, per l'espletamento delle attività di riconciliazione dati ed informazioni, reportistica, raccordo dei flussi informativi, monitoraggio, formazione specifica ed organizzazione di relativi eventi formativi e di aggiornamento, oltre a tutte le attività amministrative connesse, volte a consentire al RPCT di assicurare la corretta applicazione, e/o revisione e/o integrazione del PTPCT e di adottare le azioni ed iniziative necessarie a garantire la coerenza e correttezza dell'azione aziendale rispetto agli obblighi di legge.

Poteri di interlocuzione e di controllo

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

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

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

È imprescindibile, infatti, un forte coinvolgimento dell'intera struttura in tutte le fasi di predisposizione e soprattutto di attuazione delle misure anticorruzione. Il Codice di Comportamento dei Dipendenti Pubblici dell'ASUR Marche è stato adottato con determina n. 795 del 21/11/2014, inserito nel Piano Triennale 2017-2019 e pubblicato sull'apposita sezione del link "Amministrazione Trasparente" (vedi apposita sezione Trasparenza al paragrafo 21).

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

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

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

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

Nell'aggiornamento del Codice di Comportamento verranno imposti tempi di report su richiesta del RPCT che, in carenza rappresenteranno responsabilità disciplinare in capo a:

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

Supporto conoscitivo e operativo al RPCT

L'interlocuzione con gli uffici e la disponibilità di elementi conoscitivi idonei non sono condizioni sufficienti per garantire una migliore qualità dei PTPC. Occorre che il RPCT sia dotato di una **struttura organizzativa di supporto adeguata**, per qualità del personale e per mezzi tecnici, al compito da svolgere (Circolare n. 1/2013, PNA 2015 par. 4.2 e PNA 2016 par. 2.2).

Ferma restando l'**autonomia organizzativa** di ogni amministrazione o ente, la struttura a supporto del RPCT potrebbe non essere esclusivamente dedicata a tale scopo ma, in una logica di integrazione delle attività, essere anche a disposizione di chi si occupa delle misure di miglioramento della funzionalità dell'amministrazione (si pensi, ad esempio, all'OIV/NdV, ai controlli interni, alle strutture che curano la predisposizione del Piano della Performance).

Referenti del RPCT

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

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

Inoltre, al fine di garantire un ulteriore supporto all'RPCT, è stato costituito un "**Team Working**" aziendale permanente per la prevenzione della corruzione e la trasparenza nella seguente composizione, oltre al RPCT (o al referente per la Direzione Generale se delegato):

- ✓ Dott. Matteo Biraschi
- ✓ Dott.ssa Maria Flavia Spagna
- ✓ Dott.ssa Adriana Carradorini
- ✓ Dott.ssa Cristina Arzeni
- ✓ Dott.ssa Maria Silvia Pesciarelli
- ✓ Dr. Remo Appignanesi
- ✓ Dott. Alberto Carelli
- ✓ Dott.ssa Dorianella Della Valle

Di seguito sono riportate le tabelle A, B, C, D, E, F e declinate le modalità operative dei Referenti e del team Working:

Direttori delle Aree ATL presso ASUR sede centrale

Tabella A

| Nominativo | Area/Struttura/Ufficio | Qualifica |
|------------------------------|--|----------------------|
| Dott. Matteo Biraschi | Area Dipartimentale Acquisti e Logistica | Dirigente ammin. |
| Dott. Maria Francesca Grechi | Area Dipartimentale Contabilità e Bilancio | Dirigente ammin |
| Dott. Fabrizio Trobbiani | Area Dipartimentale Politiche del Personale | Dirigente ammin FF |
| Dott.ssa Cristiana Sisti | Area Dipartimentale Servizi Informativi | Dirigente -resp.temp |
| Dott.ssa Sonia Piercamilli | Area Dipartimentale Controllo di Gestione | Dirigente ammin |
| Ing. Antonella Pianosi | Area Ingegneria Clinica | Dirigente ammin |
| | Area Dipartimentale Patrimonio e Nuove opere | Dirigente ammin FF |

Direttori delle Aree di Coordinamento presso ASUR sede centrale Tabella B

| Nominativo | Area/Struttura/Ufficio | Qualifica |
|-------------------------|--|---------------------|
| Dr.ssa Angela Ruschioni | Area di Coordinamento funzionale Direzione Tecnica della Prevenzione primaria e collettiva – area medica. | Dirigente |
| Dr. Alberto Tibaldi | Area di Coordinamento funzionale Direzione Tecnica della Prevenzione primaria e collettiva – area veterinaria. | Dirigente |
| Dr. Remo Appignanesi | Area di Coordinamento funzionale specialistica ambulatoriale, libera professione, liste d'attesa. | Direttore Sanitario |
| Dr.ssa Anna Maria Resta | Dipartimento funzionale del farmaco | Dirigente |

Dirigenti Area Socio Sanitaria ASUR Tabella C

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

Direttori/Responsabili di Strutture di Area Vasta Tabella D

| Nominativo | Area/Struttura/Ufficio | Qualifica |
|-----------------------------|---|--------------------------------|
| Dott.ssa Anna Olivetti | Presidio Ospedaliero Unico Area Vasta 1 | Dirigente Amministrativo FF |
| Dott. Emanuele Rocchi | Presidio Ospedaliero Unico Area Vasta 2 | Dirigente Amministrativo |
| Dott. Alberto Carelli | Presidio Ospedaliero Unico Area Vasta 3 | Dirigente Amministrativo FF |
| Dott.ssa Maria Rita Gambino | Presidio Ospedaliero Unico Area Vasta 4 | Dirigente Amministrativo |
| Dott. Massimo Esposito | Presidio Ospedaliero Unico Area Vasta 5 | Dirigente Amministrativo FF |

Direttori/Responsabili di Strutture ATL di Area Vasta Tabella E

| | | |
|------------------------------|--|--------------|
| Dott. Paolo Pierella | UOC Funzioni Generali di Supporto alla Direzione e al Dipartimento di Prevenzione AV 1 | Dirigente FF |
| Dott.ssa Cristina Arzeni | UOC Supporto all'Area AA.GG e Contenzioso AV 2 | Dirigente FF |
| Dott.ssa Adriana Carradorini | UOC Supporto all'Area AA.GG e Contenzioso AV 3 | Dirigente |
| Dott. Simone Aquilanti | UOC Supporto all'Area AA.GG e Contenzioso AV 4 | Dirigente |
| Dott. Marco Ojetti | UOC Supporto all'Area AA.GG e Contenzioso AV 5 | Direttore |

Referenti per la Trasparenza Tabella F

| | | |
|------------------------------|--|----------------------|
| Dott.ssa Maria Flavia Spagna | Area Comunicazione Formazione e URP ASUR | Dirigente Resp. Temp |
|------------------------------|--|----------------------|

| | | |
|-----------------------------------|--|------------------------------------|
| Dott. Claudio Montalbini | UOC URP – Comunicazione e Servizi Amministrativi Territoriali AV 1 | Dirigente FF |
| Dott.ssa Maria Silvia Pesciarelli | UOC Supporto all'Area AA.GG e Contenzioso AV 2 | Collaboratore Amministrat. Esperto |
| Dott. Milco Coacci | URP AV 3 | Dirigente |
| Dr. Licio Livini | URP AV 4 | Direttore di AV |
| Dott. Massimo Esposito | URP AV 5 | Dirigente |

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

COMPITI DEI REFERENTI DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA

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

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

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

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

- di presentare al Responsabile con cadenza annuale (entro il 15 novembre di ogni anno) una relazione riportante le risultanze dell'attività di verifica dell'efficacia delle misure già poste in essere per prevenire i fenomeni corruttivi;
- di presentare al Responsabile una relazione annuale (15 novembre), a partire dall'approvazione del Piano, che sulla base dei monitoraggi periodici eseguiti durante l'anno che attesti il rispetto dei tempi di conclusione e la correttezza dei procedimenti amministrativi di competenza e, in caso di inosservanza, le connesse motivazioni, nonché

l'indicazione di ogni criticità eventualmente affrontata e ogni fattispecie per cui sia ravvisata la necessità di segnalazione;

- di indicare al Responsabile, i dipendenti operanti nei settori maggiormente a rischio da avviare a specifici percorsi formativi (art. 1 c. 5 L.190/2012);
- di fornire al Responsabile tutte le informazioni necessarie per permettere la vigilanza dell'osservanza del Piano;
- di evidenziare l'attività svolta specificandone modalità e contenuti in merito alla verifiche in materia di incompatibilità e inconfiribilità ed alle azioni intraprese.

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

COMPITI DEI REFERENTI SPECIFICAMENTE INDIVIDUATI PER GLI ADEMPIMENTI IN MATERIA DI TRASPARENZA (TABELLA F)

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

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

TEAM WORKING DEDICATO

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

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

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

Delle riunioni e degli incontri viene dato atto in apposito verbale con funzione proattiva e propositiva rispetto alle iniziative e le azioni da intraprendere ed alle soluzioni alle problematiche e criticità rilevate. Nel 2018 si è riunito due volte, dando seguito a indicazioni e miglioramento di procedure.

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

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

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

MECCANISMI DI RACCORDO E COMUNICAZIONE

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

Per le dette finalità è stato istituito l'indirizzo e – mail : referenti_rpct.asur@sanita.marche.it da utilizzare quale prioritario canale di comunicazione.

RESPONSABILITA'

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

La sezione Trasparenza del PTPCT 2021-2023 riporta, in forma tabellare, i nominativi e le strutture responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati nella sezione "Amministrazione Trasparente", sia presso la Direzione Generale dell'ASUR che presso le Aree Vaste per le parti di rispettiva competenza e garantisce:

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

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

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

La citata ricognizione dei rischi eseguita pertanto nel rispetto delle previsioni contenute nel PNA, è parte sostanziale del PTPC 2021-2023 ed ha consentito di evidenziare:

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

In particolare, sono state sottoposte a "valutazione del rischio da reato presupposto" le aree generali indicate nel citato PNA (provveditorato/economato, bilancio, gestione del personale, prevenzione-vigilanza-controlli), nonché le aree specifiche (attività libero-professionale intramuraria e liste d'attesa; privato accreditato; farmaceutica; SPP; attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero). Sulla base della matrice di rischio generata dai questionari validati sono stati adottati gli interventi correttivi riportati come misure anticorruzione nel Piano per ogni Area/settore/Ufficio (Allegato 1 sub. b).

Sulla base delle informazioni trasmesse dai Referenti di ogni Area/struttura/servizio, è stata predisposta la bozza del "Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza – anni 2021-2023" che è stata poi pubblicata in data 28/12/2020:

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

Tutte le osservazioni e suggerimenti, pervenuti entro la data indicata del 21 gennaio 2021, sono stati attentamente valutati al fine di apportare gli opportuni aggiustamenti al Piano stesso. All'interno del PTPCT è allegato anche il **cronoprogramma** delle attività da espletare annualmente prevedendo i relativi responsabili della predisposizione, trasmissione e pubblicazione dei documenti obbligatori (paragrafo 27).

Inoltre a completamento della sezione Trasparenza è allegata la Griglia degli obblighi di pubblicazione, contenente i dati oggetto di pubblicazione, aggiornata con l'indicazione delle strutture operative competenti e la tempistica prevista dal novellato D.Lgs. 33/2013, evidenziando in grigio le sotto-sezioni abrogate o le informazioni non pertinenti per l'ASUR (Allegato 1 sub. c).

La proposta di PTPCT così elaborata ed aggiornata dal RPCT, quale parte integrante e sostanziale della presente determina, è stata sottoposta alla Direzione Generale dell'ASUR per l'esame della documentazione, la condivisione del percorso e l'approvazione definitiva dell'atto.

3. Obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza ed il collegamento con il Piano della Performance

Il collegamento con il Piano della Performance

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

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

La Direzione Generale ASUR con determina n. **70** del 01/02/**2021** ha adottato il nuovo Piano triennale della Performance per il triennio **2021-2023**; come tutti gli anni è stato previsto il raccordo con il presente Piano ed in particolare con la sezione Trasparenza, attraverso la previsione degli obiettivi strategico-gestionali in materia di prevenzione della corruzione dell'ASUR.

Le azioni sono specificate ai paragrafi **5.1** e **5.2** (obiettivi strategici e specifici), ai sensi dell'art. 1, co. 8 della L. 190/2012, al fine di garantire la coerenza e l'effettiva sostenibilità degli obiettivi posti. Il dettaglio è riportato nell'allegato 1 per l'Area Amministrativa Tecnico-Logistica.

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

- ✚ trasmissione da parte dei Referenti di A.V. dei report periodici sullo stato dell'arte della pubblicazione dei dati di competenza sulla sezione "Amministrazione Trasparente";
- ✚ verifica degli adempimenti di pubblicazione da parte dei responsabili degli Uffici Centrali dell'ASUR e nelle Aree Vaste di competenza (v. griglia allegata);
- ✚ aggiornamento della mappatura dei rischi per il nuovo PTPC anni 2021-2023;
- ✚ invio dei questionari ANAC per la predisposizione della Relazione annuale sull'attività di prevenzione della Corruzione.

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

4. Integrazione tra il PTPC e i sistemi di controllo interno

Con determina n. 671 del 21/11/2019 è stato approvato il Manuale dell'Internal Audit e P.A.C. compliant, al fine di istituire una funzione di controllo indipendente preposta alla verifica dell'adeguatezza dei sistemi di controllo aziendali.

L'Internal Audit risulta avere un ruolo chiave nella gestione dei rischi di natura amministrativo-contabile dell'Azienda, con l'obiettivo principale di consentire l'identificazione, la misurazione, la gestione ed il monitoraggio dei principali rischi nei processi aziendali, nonché con il fine di garantire.

1. la salvaguardia del patrimonio aziendale;
2. la conformità a leggi e regolamenti;
3. l'attendibilità delle informazioni;
4. l'efficacia ed efficienza delle operazioni gestionali.

L'istituzione della funzione di Internal Audit all'interno dell'organizzazione delle aziende sanitarie è non solo un obbligo normativo, previsto nel Percorso attuativo di certificabilità dei Bilanci (P.A.C.), ma soprattutto una necessaria attività di controllo di terzo livello preposta al miglioramento dei processi aziendali e alla riduzione dei rischi di gestione di ogni attività.

In particolare l'ASUR Marche si è impegnata a seguire il Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC) dei dati e dei bilanci dell'azienda fino al suo completamento, secondo le indicazioni della Regione Marche di cui alla DGRM n. 536/2015. Tale percorso è stato riprogrammato con DGRM n. 1576 del 19/12/2016 e successivamente con DGRM n. 1618 del 28/12/2017, prevedendo la realizzazione definitiva entro il 31/12/2020. Tutte le disposizioni regionali in materia sono state recepite dall'ASUR con Determina n. 804 del 29/12/2017, con cui sono state approvate le procedure PAC di verifica definite dai gruppi di lavoro interaziendali ed è stato nominato il Direttore Amministrativo quale Responsabile del Coordinamento (Dott. Pierluigi Gigliucci).

Nella stessa determina di approvazione del Manuale di Internal Audit, sono state individuate sulla base dell'istruttoria, giuste le risultanze agli atti, anche alla luce di quanto stabilito nel PTPCT, le seguenti aree prioritarie di intervento:

- patrimonio aziendale e inventario straordinario (rispetto delle procedure PAC);
- appalti di lavori, servizi e forniture (rispetto delle procedure di acquisizione CIG);
- accordi e contratti con strutture private accreditate (verifiche del Nucleo di Controllo).

Con Determina ASUR n. 740 del 30/12/2019 è stato predisposto il Piano di Audit, al fine di prevedere nel dettaglio le aree, i tempi, le strutture coinvolte e le attività di controllo da effettuarsi nell'anno 2020.

Nel corso dell'anno sono stati effettuati controlli nei settori previsti, pur se, a seguito delle disposizioni nazionali e regionali per contenere la diffusione dell'epidemia da SARS-COV2, non è stato possibile effettuare tutte le verifiche necessarie in presenza, ma prevedendo incontri in modalità online.

Con rapporti trasmessi alla Direzioni sono state rendicontate le attività svolte, gli obiettivi raggiunti rispetto al Piano Audit e le proposte di miglioramento dei processi organizzativi e metodologici.

Con Determina n. 778 del 31/12/2021 ASUR è stato approvato il nuovo Piano di Internal Audit per l'anno corrente, prevedendo approfondimenti per i settori già controllati, in esito al processo di analisi del rischio svolto in sede di mappatura per il presente PTPCT.

5. Metodologia di analisi del rischio: gli affinamenti effettuati

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

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

Mappatura dei processi e criteri di valutazione del rischio

L'ASUR MARCHE ha avviato un'attività di mappatura dei processi aziendali ed ha messo a punto una griglia che identifica i processi, le relative attività e le eventuali procedure operative, classificate per dipartimento e struttura aziendale di riferimento (Allegato 1 sub. b).

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

Tali attività possono essere così distinte:

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

Schede di valutazione e trattamento del rischio

Già nei piani precedenti era stata elaborata nell'ASUR MARCHE la valutazione del rischio di tutte le attività svolte nelle seguenti macrostrutture e Servizi:

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

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

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

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

Gli esiti vengono riportati in calce al presente piano, al fine della determinazione della c.d. "Matrice di Reato", sulla quale verranno implementate le misure correttive di prevenzione da spalmarsi nel corso del triennio 2021-2023 (Allegato 1 sub. b).

La valutazione e l'analisi del rischio di corruzione

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

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

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

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

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

VALORI E FREQUENZE DELLA PROBABILITÀ:

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

VALORI E IMPORTANZA DELL'IMPATTO:

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

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

Indice di Valutazione della Probabilità

Criterio della discrezionalità:

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

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

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

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

Criterio della rilevanza esterna:

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

Criterio della complessità del Processo:

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

Criterio del Valore economico:

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

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

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

Criteri di frazionabilità del processo:

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

Criteri dei controlli:

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

Indice di Valutazione dell'impatto

Criterio dell'Impatto organizzativo.

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

Criterio impatto economico

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

Criterio impatto reputazionale

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

Impatto organizzativo economico e d'immagine

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

Trattamento del rischio

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

Il trattamento del rischio avverrà secondo uno specifico cronoprogramma (vedi paragrafo 27). In base a tale programmazione, è previsto il trattamento dei processi a:

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

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

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

A tal proposito si precisa che la mancata partecipazione che avverrà, verosimilmente, anche attraverso report periodici, genera reato di "*elusione fraudolenta del piano*" e, potrà esser perseguita penalmente - d'ufficio o mediante querela di parte, oltre a generare responsabilità disciplinare, così come meglio descritto nel capo "Centralità del RPCT".

L'attività può essere svolta con l'ausilio di un gruppo di lavoro multidisciplinare.

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

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

Rischio basso (priorità BASSA)

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

6. Analisi del contesto esterno

La normativa contratti pubblici, anticorruzione e trasparenza

Premesso che l'attività di prevenzione della corruzione rappresenta un processo i cui risultati si giovano della maturazione dell'esperienza e si consolidano con il tempo, la redazione e l'adozione del Piano di Prevenzione triennale rappresenta lo strumento attraverso il quale sono individuate e

definite le strategie prioritarie per la prevenzione ed il contrasto della corruzione.

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

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

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

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

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

Ulteriori strumenti legislativi di riferimento:

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

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

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

delle pubbliche amministrazioni di cui al D.Lgs. 33/2013 (Delibera n. 1310 del 28/12/2016);

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

Situazione economica del contesto esterno

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

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

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

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

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

Successivamente sono stati istituiti:

3. l'Istituto Nazionale di Riposo e Cura per Anziani "I.N.R.C.A." di Ancona (istituto di ricovero e cura a carattere scientifico) con legge regionale n. 21 del 21 dicembre 2006;
4. l'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord" con legge regionale n. 21 del 22 settembre 2009, incorporando l'Azienda Ospedaliera San Salvatore di Pesaro e la struttura ospedaliera S. Croce di Fano.

L'ASUR riunificando le precedenti 13 ASL, è **la prima in Italia**, con un **dimensionamento territoriale** che corrisponde all'intero territorio **regionale**, suddivisa in **5 Aree Vaste**, con una popolazione assistita di **1.525.271 cittadini**, distribuita in **226 Comuni** e in **13 Distretti**, con una densità media di **162 abitanti** per Km².

Ulteriori informazioni sono disponibili sulla Relazione della performance 2019, disponibile sulla sezione "Amministrazione trasparente" e pubblicata nell'apposita sottosezione "Performance".

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

I soggetti che interagiscono con l'ASUR Marche

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

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

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

7. Analisi del contesto interno

Analisi della struttura organizzativa

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

Prestano servizio in Azienda oltre 14.000 dipendenti, oltre a circa 3.000 medici in convenzione.

Più precisamente, dal Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale (PTFP 2020-2022) approvato con Determina ASUR DG n. 43 del 21/01/2021 nell'Allegato B della Relazione del Direttore Generale il valore programmato del personale dipendente per l'attività istituzionale risulta così suddiviso alle date del:

| 31/12/2019 (Fonte: PTFP ASUR) | DIRIGENZA | COMPARTO | Totale |
|---|-----------|----------|--------|
| DIPENDENTI A TEMPO INDETERMINATO (Dati Allegato B) | 2.410 | 10.338 | 12.748 |
| DIPENDENTI A TEMPO DETERMINATO (Dati Allegato B) | 224 | 846 | 1.070 |
| Totale | 2.634 | 11.184 | 13.818 |

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

Mappatura dei processi e formazione specifica

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

Nel 2021 si procederà all'organizzazione di ulteriori mirati eventi formativi e di incontri tra i dirigenti dei diversi settori in modo trasversale, al fine di affinare le soluzioni organizzative e procedurali per garantire una maggiore partecipazione di tutti i dirigenti delle singole strutture al complesso percorso di predisposizione e soprattutto di realizzazione delle misure anticorruzione.

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

Il modello organizzativo adottato intende procedere a:

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

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

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

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

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

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

La Rete Ospedaliera

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

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

L'ospedale di Comunità è nato proprio con l'obiettivo di fornire una risposta più efficiente ed integrata a questi nuovi bisogni riorganizzando il sistema sanitario in funzione del crescente numero di pazienti che necessitano di cure intermedie.

L'ospedale di Comunità, oltre alle cure intermedie, offre ai cittadini attività diagnostiche e, come punto di assistenza territoriale, garantisce continuità giornaliera e notturna (H24), prestazioni ambulatoriali e di primo intervento con accesso diretto.

Assistenza Territoriale

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

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

dipendenze di altre realtà (alcolismo, gioco, etc.).

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

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

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

8. Identificazione, analisi e valutazione del rischio in Sanità

La Corruzione in Sanità

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

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

La **Dichiarazione Universale dei diritti dell’uomo delle Nazioni Unite** all’art. 25 afferma: “Ogni individuo ha diritto ad un tenore di vita sufficiente a garantire la salute e il benessere proprio e della sua famiglia, con particolare riguardo all’alimentazione, al vestiario, all’abitazione e alle cure mediche e ai servizi sociali necessari”. Anche in questo caso un’affermazione impegnativa, che vede nella **salute** e nel **benessere** uno degli obiettivi più qualificanti da perseguire a livello individuale e collettivo. La **salute** è un bene che va preservato da ogni contaminazione e da ogni opacità. È un bene “di tutti e di ciascuno”, “di cui tutti godono e a cui tutti concorrono”; “un bene che trascende e insieme comprende quello delle singole persone”. In questo senso potrebbe essere considerato un **“bene comune”**, come l’aria, l’acqua, la conoscenza, il territorio e il paesaggio.

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

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

Secondo l'**ONU**, la sanità è uno dei settori dell'economia legale maggiormente interessati dalla corruzione. Ogni anno nel mondo 1 trilardo di dollari viene pagato in tangenti, mentre si stima che 2,6 trilardi di dollari vengano rubati annualmente attraverso la corruzione, un volume pari al 10%

del PIL mondiale. Il segretario generale ONU, BanKi-moon, la definisce “malattia globale”, e precisa: «La corruzione sopprime la crescita economica aumentandone i costi e minaccia la gestione sostenibile dell'ambiente e delle risorse naturali. Viola i diritti umani fondamentali, esaspera la povertà, aumenta l'ineguaglianza deviando i fondi dall'assistenza sanitaria, dall'educazione e altri servizi essenziali. Gli effetti maligni della corruzione vengono subiti da miliardi di persone ovunque».

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

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

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

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

In Italia, la Corte dei Conti certifica che nel settore sanitario “si intrecciano con sorprendente facilità veri e propri episodi di malaffare con aspetti di cattiva gestione, talvolta favoriti dalla carenza dei sistemi di controllo” (Ristuccia 2011, 128-129). Numerose indagini hanno accertato la diffusione di corruzione e frode, attraverso schemi criminali di diversa complessità e sofisticazione. In particolare, i fenomeni patologici riguardano soprattutto l'esternalizzazione – e quindi gli appalti – dei servizi, le consulenze esterne e i fenomeni delle transazioni.

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

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

“La Relazione Garofalo sulla corruzione ha evidenziato gli alti livelli di rischio corruttivo che imperversano nel settore sanitario menzionando le molteplici situazioni che danno adito a tentativi di condizionamento illecito: spese inutili, contratti conclusi senza gara, competizioni svolte in modo illegale, assunzioni e inquadramenti illegittimi, falsità e irregolarità nella prescrizione di farmaci e

simili, inadempimenti e irregolarità nell'esecuzione dei lavori e nella fornitura di beni." (Relazione Garofalo 2012).

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

Aree di rischio generali, si tratta delle aree relative a:

- contratti pubblici (si rinvia al paragrafo 12);
- incarichi e nomine;
- gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio (si rinvia ai paragrafi 13-14);
- controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni (si rinvia al paragrafo 17).

9. Trattamento del rischio: obiettivi e misure generali

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

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

I principali **strumenti** di prevenzione della corruzione, previsti dalla normativa di riferimento, applicati dall'ASUR MARCHE e descritti nel presente Piano sono i seguenti:

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

10. Ulteriori misure per prevenire la corruzione

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

Ridurre il rapporto tra politica e sanità

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

Rendere trasparenti le forme di utilizzo delle risorse pubbliche

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

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

Per attuare tale disposizione, l'ASUR nei termini di legge (entro sei mesi dall'entrata in vigore del decreto sopra citato) provvederà a pubblicare sul proprio sito istituzionale, in una parte chiaramente identificabile della sezione "Amministrazione trasparente", i dati sui propri pagamenti, al fine di permetterne la consultazione in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari.

Aumentare l'efficienza ed intensificare i controlli

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

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

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

Etica quale azione di contrasto a forme di corruzione non percepite

Nel 2021 saranno attuati ulteriori corsi specifici e monotematici sulle tematiche attinenti la prevenzione della corruzione e lo strumento della trasparenza, con particolare approfondimenti del nuovo istituto dell'accesso civico semplice e generalizzato, del nuovo codice dei contratti pubblici e dei recenti obblighi di pubblicazione per la trasparenza.

Aumentare controlli sulle procedure di appalto e sulla esecuzione dei contratti

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

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

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

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

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

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

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

La realizzabilità della presente proposta è relativamente alta visto che numerose forme di controllo sono già in vigore. Nel paragrafo 11 sono proposte iniziative concrete e aggiuntive per il 2021.

Pubblicare indicatori di attività e di outcome

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

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

Rafforzare i controlli sulle strutture accreditate

La realizzazione di questa proposta ha come condizione necessaria la presenza di valutatori preparati ed indipendenti. La complessità consiste nel fatto che non è sufficiente fondare le verifiche solo sul numero delle prestazioni effettuate; è necessaria anche una valutazione complessiva che prenda in considerazione in primo luogo l’efficacia e la qualità delle prestazioni.

Il punto di forza di questa proposta è rappresentato dalla possibilità di realizzare importanti economie senza danneggiare i servizi.

Con riferimento alla fase del convenzionamento risulta indispensabile:

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

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

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

Promuovere il Whistleblowing

ASUR promuove il Whistleblowing (vedi paragrafo 11) nel rispetto della legge n. 179 del 30 novembre 2017 e degli obblighi verso tutti i prestatori di lavoro, tra cui quelli sanciti dall'art. 2087 del codice civile ed altresì nel rispetto del principio costituzionale di uguaglianza sancito dall'art. 3 della Costituzione e del diritto di difesa sancito dall'art. 24 della Costituzione.

Rendere pubblici i pagamenti effettuati

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

Prevenire il rischio di infiltrazione del crimine organizzato negli appalti

La realizzazione di questa proposta può avvenire solo attraverso un costante aggiornamento degli strumenti di prevenzione, visto l'utilizzo di sistemi mutevoli nel tempo da parte del crimine organizzato. I principali strumenti sono la riduzione delle stazioni appaltanti, la standardizzazione dei costi, i controlli di merito sulla spesa ed il rafforzamento nella partnership tra magistratura e forze dell'ordine. L'incentivazione alla segnalazione di comportamenti illeciti attraverso strutture dedicate e sicure può eliminare lo scoglio dell'omertà presente nelle nostre strutture riducendo fortemente i tentativi d'infiltrazione. L'attuazione di questa proposta può avere grande impatto sulla qualità dei servizi e sulla riduzione del debito pubblico.

11. Misure generali da rinnovare per il triennio

Codice di comportamento

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

Il Codice, approvato con Decreto del Presidente della Repubblica, 16 aprile 2013, n. 62 (pubblicato sulla G.U. il 4 giugno 2013 e quindi in vigore a far data dal 19 giugno 2013), costituisce una fonte regolamentare che integra tutti i contratti individuali di lavoro e pone già problemi applicativi di rapporto tra fonte normativa generale ed i singoli contratti di lavoro di ciascun dipendente pubblico. Tale codice è finalizzato a dettare regole di lealtà, imparzialità, servizio esclusivo a cura dell'interesse pubblico, che trovano nella Costituzione la più importante fonte. L'ASUR ha adottato il proprio codice di comportamento con determina n. 795/2014.

Particolare attenzione deve essere rivolta al rispetto del Codice di comportamento sottolineando che:
l'art. 2, comma 3, del Codice prevede l'estensione degli **obblighi di condotta** anche nei confronti di tutti i collaboratori dell'amministrazione, dei titolari di organi e di incarichi negli uffici di diretta collaborazione delle autorità, nonché nei confronti di collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni o servizi o che realizzano opere in favore dell'amministrazione.

Applicabilità del Codice

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

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

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

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

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

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

Strumenti di informazione e pubblicità

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

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

Sanzioni degli obblighi derivanti dal Codice di Comportamento

La violazione degli obblighi previsti dal Codice è fonte di responsabilità disciplinare.

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

A tal fine, il Codice di Comportamento dell'ASUR vigente, all'art. 17 prevede in particolare quanto segue.

"1. La violazione degli obblighi previsti dal Codice Generale e dal presente Codice integra comportamenti contrari ai doveri d'ufficio. Ferme restando le ipotesi in cui la violazione delle disposizioni contenute nel presente Codice, nonché dei doveri e degli obblighi previsti dal Piano di Prevenzione della Corruzione, dà luogo anche a responsabilità penale, civile, amministrativa o contabile del pubblico dipendente, essa è fonte di responsabilità disciplinare accertata all'esito del procedimento disciplinare, nel rispetto dei principi di gradualità e proporzionalità delle sanzioni.

2. Ai fini della determinazione del tipo e dell'entità della sanzione disciplinare concretamente applicabile, la violazione è valutata in ogni singolo caso con riguardo alla gravità del comportamento ed all'entità del pregiudizio, anche morale, derivatone al decoro o al prestigio dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale Marche.

3. Le sanzioni applicabili sono quelle previste dalla legge, dai regolamenti e dai contratti collettivi, incluse quelle espulsive che possono essere applicate esclusivamente nei casi, da valutare in relazione alla gravità, di violazione delle disposizioni di cui agli articoli:

- art. 4, qualora concorrano la non modicità del valore del regalo o delle altre utilità e l'immediata correlazione di questi ultimi con il compimento di un atto o di un'attività tipici dell'ufficio;
- art. 5 comma 3, qualora si verificano casi di costrizione o pressione verso altri dipendenti ad aderire ad associazioni od organizzazioni, promettendo vantaggi o prospettando svantaggi di carriera;
- art. 14 comma 2, primo periodo, divieto a contrarre con imprese con le quali abbia stipulato i contratti a titolo privato o ricevuto altre utilità nel biennio precedente;
- recidiva negli illeciti di cui all'art. 4, comma 5, 6, comma 2, esclusi i conflitti meramente potenziali e all'art. 13, comma 11, primo periodo.

4. I contratti collettivi possono prevedere ulteriori criteri di individuazione delle sanzioni applicabili in relazione alle tipologie di violazione del presente codice.

5. Resta ferma la comminazione del licenziamento senza preavviso per i casi già previsti dalla legge, dai regolamenti e dai contratti collettivi.

6. Restano fermi gli ulteriori obblighi e le conseguenti ipotesi di responsabilità disciplinare dei pubblici dipendenti previsti da norme di legge, di regolamento o dai contratti collettivi.”

In seguito all'approvazione del Codice di Comportamento dell'ASUR, come previsto agli articoli 5, 6 e 13, il dipendente, all'atto dell'assegnazione all'ufficio, rilascia la dichiarazione relativa alle situazioni di incompatibilità e conflitto di interessi in forma di autocertificazione.

Soggetti responsabili del monitoraggio della misura

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

La gestione dei conflitti di interesse - dichiarazioni pubbliche di interessi

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

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

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

Strumenti di interrelazione con altre misure di prevenzione della corruzione

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

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

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

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

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

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

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

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

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

I professionisti dovranno aggiornare la modulistica relativa alle attività **effettuate nel 2020** entro il **30/06/2021**.

Una sezione riservata dell'applicativo consente al RPCT di monitorare lo stato di avanzamento della compilazione da parte dei professionisti e di scaricare i moduli firmati elettronicamente. La modulistica è stata inserita la prima volta nel PNA 2015 e confermata negli anni successivi con gli aggiornamenti al PNA; gli allegati di riferimento sono disponibili anche sul sito AGENAS.

Conferimento incarichi dirigenziali

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

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

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

Incarichi dirigenziali di struttura complessa – area sanitaria

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

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

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

La selezione deve essere effettuata da una commissione composta dal direttore sanitario dell'azienda interessata e da tre direttori di struttura complessa nella medesima disciplina dell'incarico da conferire, individuati tramite sorteggio da un elenco nazionale nominativo costituito dall'insieme degli elenchi regionali dei direttori di struttura complessa. Almeno un componente della commissione deve appartenere ad una regione diversa da quella dove ha sede l'azienda. Il presidente della commissione, il cui voto prevale in caso di parità, deve essere eletto dalla commissione stessa fra i tre membri sorteggiati.

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

La coerenza delle caratteristiche dei candidati con le caratteristiche dell'incarico viene apprezzata anche attraverso un apposito colloquio. La terna dei candidati deve essere formata sulla base dei migliori punteggi attribuiti. Il direttore generale individua il candidato da nominare nell'ambito della terna predisposta dalla commissione. Laddove, tuttavia, la sua scelta cada su uno dei due candidati che non hanno conseguito il migliore punteggio, il direttore deve motivare analiticamente la scelta.

A seguito di tale modifica normativa, la Conferenza delle Regioni il 28 febbraio 2013 ha approvato un documento di linee guida standard per garantire omogeneità della disciplina regionale di attuazione.

L'impianto risultante dal quadro appena descritto contiene diverse misure utili a garantire che il procedimento di individuazione del soggetto al quale affidare l'incarico di struttura complessa sia caratterizzato da profili di imparzialità: la commissione composta prevalentemente di soggetti esterni all'azienda, la presidenza della commissione affidata anch'essa ad un soggetto esterno, la selezione in luogo della semplice verifica di idoneità e il vincolo costituito dal punteggio attribuito dalla commissione, dal quale il direttore può parzialmente prescindere solo in maniera motivata.

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

Incarichi a soggetti esterni

Rischi e misure

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

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

Misure di trasparenza

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

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

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

Rotazione degli incarichi

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La rotazione “STRAORDINARIA” (ridefinita nella Delibera ANAC n. 1064/2019) è in ogni caso assicurata in caso di procedimento disciplinare e/o penale a carico dei dipendenti, per reati di natura corruttiva. In tale ipotesi, per il personale dirigenziale si può procedere con atto motivato alla revoca dell'incarico in essere ed il passaggio ad altro incarico ai sensi del combinato disposto dell'art. 16, comma 1, lett. l quater e dell'art. 55 ter, comma 1 del D.Lgs 165/2001.

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

Programmazione e monitoraggio della misura di rotazione nel PTPC dell'ASUR

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

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

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

Incompatibilità e inconferibilità

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

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

Art. 1- Procedura di contestazione

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

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

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

Art. 2- Controdeduzioni del dirigente

1. Con la lettera di contestazione il RPC deve assegnare cinque giorni, dalla data del ricevimento della contestazione, al dirigente per presentare eventuali argomentazioni a difesa circa l'insussistenza della causa di incompatibilità o di inconferibilità dell'incarico.

2. Il dirigente, in caso di incompatibilità, può anche comunicare, entro il termine di cui sopra, che intende rimuovere la causa esterna di incompatibilità, conservando l'incarico.

3. Restano ferme le disposizioni che prevedono il collocamento in aspettativa dei dipendenti delle PP.AA. di incompatibilità (art. 19, co. 2 del D.Lgs n. 39/2013).

Art. 3- Chiusura del procedimento

1. Se il RPC ritiene esaustive e accoglibili le argomentazioni del dirigente, il procedimento viene chiuso

con nota formale e motivata, indirizzata all'interessato entro il termine perentorio di 10 giorni dalla data di ricevimento della contestazione.

2. Se le argomentazioni sostenute dal dirigente non sono accolte o se il medesimo non fornisce alcun riscontro, il RPC informa, entro il termine di cui al punto 1, l'interessato confermandogli la incompatibilità o la sopraggiunta inconfiribilità dell'incarico di cui è titolare, permanendo comunque in capo al medesimo la facoltà di dimettersi.

3. In ogni caso, per non decadere dall'incarico, il dirigente interessato, deve comunicare, dandone prova documentale, entro il termine perentorio di 15 giorni dal ricevimento della contestazione, di avere rimosso la causa esterna di incompatibilità.

4. Nel caso di cui al punto 2 e nel caso comunque che entro il 15° giorno dalla data di ricevimento della contestazione non giunga la comunicazione di cui al punto 3), il RPC informa le strutture competenti dell'ASUR, per l'adozione dei provvedimenti previsti dal D.Lgs. n. 39/2013.

5. Ai fini del rispetto dei termini del presente procedimento si tiene conto delle date di registrazione al Protocollo informatico dell'ASUR.

Art. 4 - Ulteriori contestazioni del RPC

1. Il RPC, nell'ambito del potere di vigilanza attribuitogli dall'art. 15 del D.Lgs. n. 39/2013 sul rispetto delle disposizioni contenute nel citato decreto da parte delle pubbliche amministrazioni, vigila anche sull'osservanza delle disposizioni di cui all'art. 20 del D.Lgs. n. 39/2013.

2. Il RPC, ferma restando ogni altra responsabilità, nel rispetto del diritto di difesa e del contraddittorio, è tenuto, ai sensi del comma 2 del citato art. 15, ad accertare ed eventualmente contestare all'interessato:

- a) l'assenza della dichiarazione di cui all'art. 20, comma 2, del D.Lgs. n. 39/2013, resa secondo le modalità stabilite dalla presente delibera;
- b) l'eventuale non veridicità della dichiarazione di cui sopra.

Art. 5 - Accertamento nullità dei conferimenti

1. Il RPC qualora accerti la nullità di un incarico conferito in violazione delle disposizioni di cui al D.Lgs. n. 39/2013 ne dà comunicazione all'organo conferente e al soggetto incaricato.

2. Entro 7 giorni dalla comunicazione di cui al punto precedente l'organo conferente può inviare eventuali note contro-deduttive, rispetto alle quali il RPC dovrà esprimersi entro i successivi 5 giorni, per accertare l'elemento soggettivo in capo all'organo conferente l'incarico.

3. Nel caso di conferma della contestazione di nullità, il RPC dà avvio alla procedura di recupero delle somme indebitamente percepite, nonché alla procedura sostitutiva dal momento che ai sensi dell'art. 18, comma 2 del D.Lgs. n. 39/2013 l'organo che ha conferito incarichi dichiarati nulli non può per tre mesi conferire gli incarichi di competenza.

4. L'organo che procede in via sostitutiva comunica le decisioni assunte al RPC e trasmette i relativi provvedimenti.

5. L'atto di accertamento della violazione delle disposizioni del D.Lgs. n. 39/2013 è pubblicato sul sito istituzionale dell'ASUR.

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

Art. 6 - Segnalazione violazioni

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

Formazione obbligatoria generale e specifica

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

Nei **Piano Formativo Annuale** dell'ASUR per l'anno 2021 (approvato con Determina n. 112 del 22/02/2021) sono stati esplicitati i relativi fabbisogni della Direzione Generale e delle singole AA.VV. prevedendo un'attività formativa anche in materia trasparenza e anticorruzione, caratterizzata da una centralizzazione dei corsi generali a livello di sede centrale, eliminando sovrapposizione di eventi formativi presso le altre sedi territoriali.

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

Negli anni precedenti sono stati realizzati i seguenti corsi:

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

Complessivamente sono stati formati oltre 650 dipendenti.

Per il 2021 sono previsti corsi generali di base per tutto il personale e ulteriori corsi specifici per le principali aree di rischio: acquisizione e progressione del personale, affidamento di lavori, servizi e forniture (D.Lgs. 50/2016).

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

- *contratti pubblici,*
- *incarichi e nomine,*
- *gestione entrate e spese,*
- *gestione patrimonio,*
- *controlli-verifiche-ispezioni-sanzioni,*
- *attività libero professionale intramuraria,*

- *liste di attesa,*
- *rapporti con il privato accreditato,*
- *servizio farmaceutico,*
- *dispositivi e altre tecnologie,*
- *attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero.*

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

Corso di formazione in materia Anticorruzione e Trasparenza

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

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

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

Sotto il profilo dei contenuti la formazione nel prossimo triennio dovrà concentrarsi, anche in materie specialistiche, in tutte le varie fasi di **costruzione del Piano** Triennale per la prevenzione della Corruzione e di **predisposizione delle Relazioni** annuali; in particolare i corsi dovranno trattare le metodologie per condurre l'analisi di contesto esterno e interno, la mappatura dei processi, l'individuazione e la valutazione del rischio, l'identificazione delle misure e le modalità di verifica, monitoraggio e controllo delle stesse.

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

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

I percorsi formativi già realizzati dall'ASUR dal 2014 ad oggi sono stati indirizzati sia al contesto normativo-specialistico che valoriale, in modo da accrescere le competenze e lo sviluppo del senso etico e, quindi, hanno riguardano tanto le norme penali in materia di reati contro la pubblica

amministrazione (norme in materia di trasparenza e integrità), quanto gli aspetti etici e della legalità dell'attività amministrativa, e ogni aspetto per prevenire e contrastare la corruzione in Azienda.

Whistleblowing

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

L'espressione whistleblower indica il dipendente di un ente o amministrazione che segnala agli organi legittimati a intervenire, violazioni commesse ai danni dell'interesse pubblico e dell'amministrazione di appartenenza. L'espressione "*whistleblowing policy*" denomina l'insieme delle procedure per la segnalazione e le azioni previste a tutela dei dipendenti che segnalano condotte illecite.

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

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

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

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

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

L'ASUR come previsto nel PTPCT, promuove il Whistleblowing nel rispetto della Legge n. 179 del 30 novembre 2017 e degli obblighi verso tutti i prestatori di lavoro, tra cui quelli sanciti dall'art. 2087 del codice civile ed altresì nel rispetto del principio costituzionale di uguaglianza sancito dall'art. 3 della Costituzione e del diritto di difesa sancito dall'art. 24 della Costituzione.

A tal fine è stata elaborata una procedura aziendale di segnalazione degli illeciti, con la finalità di fornire ai dipendenti dell'Azienda indicazioni chiare sull'oggetto, contenuti, destinatari e modalità di trasmissione delle segnalazioni nonché sulle tutele apprestate dall'articolo 54 bis del D.Lgs. 165/2001

ss.mm.ii. e sulle conseguenze in termini di responsabilità civile, penale e disciplinare, nel caso in cui la segnalazione costituisca un "*malicious report*".

Ciò in quanto se da un lato l'azione del Segnalante esprime un valore civico meritevole di tutela, dall'altro, la segnalazione risulta uno strumento particolarmente penetrante per l'insieme di attività correlate e la sfera personale e morale del segnalato e pertanto deve essere assistita da "buona fede" essendo inammissibili le strumentalizzazioni dell'istituto per fini diversi dal perseguimento del bene pubblico.

L'istituto in parola esclude per sua essenza l'anonimato e presuppone segnalazioni sottoscritte dal segnalante, il quale è tenuto ad indicare i propri dati anagrafici, a qualificarsi e ad allegare documento di identità in corso di validità, assumendo ogni responsabilità per quanto trascritto nella segnalazione.

La Policy apprestata è contenuta in apposito Regolamento approvato con Determina n. 280/ASURDG del 27/05/2019 e pubblicato sulla sezione "Amministrazione Trasparente", che persegue l'obiettivo di garantire le tutele ed al contempo di assicurare la serietà delle segnalazioni che devono essere effettuate esclusivamente "*nell'interesse all'integrità della pubblica amministrazione*".

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

- Invio del modulo all'indirizzo PEC: rpct.asur@emarche.it
- Invio del modulo all'indirizzo e-mail: rpct.asur@sanita.marche.it;
- consegna diretta del modulo al RPC;
- Invio del modulo a mezzo servizio postale, inserito in busta chiusa indirizzata esclusivamente al **Responsabile Prevenzione Corruzione** - ASUR Marche, Via Oberdan n. 2, 60122 – Ancona (AN), con la dicitura **RISERVATA PERSONALE – NON APRIRE.**

E' escluso l'uso del Servizio di Posta interna ed altre forme di trasmissione in quanto non idonei a garantire la riservatezza dell'identità del segnalante. Ulteriori informazioni sono consultabili nel citato Regolamento.

Il dipendente, che ritiene di aver subito una discriminazione per il fatto di aver effettuato una segnalazione di illecito, può darne notizia agli Uffici del Personale ed al RPCT, il quale può riferire della situazione di discriminazione all'Ispettorato della Funzione pubblica.

12. Area di rischio Contratti Pubblici in Sanità

Analisi del contesto interno: Patto di Integrità e RASA

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

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

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

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

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

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

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

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

Infine, con determina n. 450 del 31/07/2018, è stato aggiornato il **Regolamento per l’acquisizione** di beni e servizi di importo **inferiori alla soglia** di rilevanza comunitaria (anch’esso pubblicato tra gli Atti amministrativi generali della sezione “Amministrazione Trasparente”).

Procedure di gara e affidamenti diretti

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

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

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

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

Analisi per singola fase delle procedure di gara

Programmazione

L'art. 21 del codice dei contratti (Programma degli acquisti e programmazione dei lavori pubblici) prevede che le amministrazioni aggiudicatrici adottano il programma biennale degli acquisti di beni e servizi, e il programma triennale dei lavori pubblici, nonché i relativi aggiornamenti annuali.

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

Con Determina DG ASUR n. 135 del 13/03/2020 è stato approvato il nuovo programma biennale per gli anni 2020-2021 degli acquisti di beni e servizi, di importo unitario annuo stimato superiore ad un milione di euro; lo stesso è stato pubblicato sull'apposita sottosezione in "Amministrazione Trasparente", aggiornando i precedenti programmi approvati con determine n. 660 del 28/10/2016, n. 644 del 31/10/2017 e n. 161 del 1/04/2019, coerentemente con quanto previsto dall'art. 21 e dal Decreto di cui sopra.

Per la realizzazione di tale programma, estremamente complesso, l'Area Acquisti necessita di una struttura organizzativa i cui lineamenti fondamentali sono stati descritti nel **Piano Operativo** dell'Area, adottato con Determina DG ASUR n. 46 del 29/01/2018, a quale si fa espresso rinvio e riferimento. In tale piano sono indicate le maggiori criticità riscontrate e le possibili soluzioni organizzative, compresa l'implementazione della struttura in termini di risorse umane.

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

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

Per evitare i rischi specifici, occorre altresì evitare:

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

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

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

Ulteriori misure definite nel presente PTPC di competenza delle Aree Vaste:

- Obbligo di adeguata motivazione in fase di programmazione in relazione a natura, quantità e tempistica della prestazione, sulla base di esigenze effettive e documentate emerse da apposita rilevazione nei confronti degli uffici richiedenti;
- Per servizi e forniture standardizzabili, nonché lavori di manutenzione ordinaria, adeguata valutazione della possibilità di ricorrere ad accordi quadro e verifica delle convenzioni/ accordi quadro già in essere;
- Controllo periodico e monitoraggio dei tempi programmati mediante sistemi di controllo interno di gestione in ordine alle future scadenze contrattuali (prevedendo che le strutture interessate forniscano informazioni in relazione alle scadenze contrattuali ai soggetti deputati a programmare le procedure di gara);
- Utilizzo di modalità trasparenti per documentare il dialogo con gli operatori di mercato.

Progettazione

I principali rischi sono i seguenti:

- nomina di responsabili del procedimento in rapporto di contiguità con imprese concorrenti (soprattutto esecutori uscenti) o privi dei requisiti idonei e adeguati ad assicurare la terzietà e l'indipendenza;
- fuga di notizie circa le procedure di gara ancora non pubblicate, che anticipino solo ad alcuni operatori economici la volontà di bandire determinate gare o i contenuti della documentazione di gara;

- attribuzione impropria dei vantaggi competitivi mediante utilizzo distorto dello strumento delle consultazioni preliminari di mercato;
- procedure negoziate e affidamenti diretti per favorire un operatore;
- predisposizione di clausole contrattuali dal contenuto vago o vessatorio per disincentivare la partecipazione alla gara ovvero per consentire modifiche in fase di esecuzione;
- definizione dei requisiti di accesso alla gara e, in particolare, dei requisiti tecnico-economici dei concorrenti al fine di favorire un'impresa (es. clausole dei bandi che stabiliscono requisiti di qualificazione);
- prescrizioni del bando e delle clausole contrattuali finalizzate ad agevolare determinati concorrenti;
- abuso delle disposizioni in materia di determinazione del valore stimato del contratto al fine di eludere le disposizioni sulle procedure da porre in essere;
- formulazione di criteri di valutazione e di attribuzione dei punteggi (tecnici ed economici) che possono avvantaggiare il fornitore uscente, grazie ad asimmetrie informative esistenti a suo favore ovvero, favorire determinati operatori economici.

Misure da proseguire per il 2021:

- prevedere strategie di acquisto per assicurare la rispondenza della più ampia procedura di approvvigionamento al perseguimento del pubblico interesse, nel rispetto dei principi enunciati dall'art. 4 del nuovo Codice dei Contratti Pubblici;
- introdurre laddove opportuno consultazioni preliminari di mercato per la definizione delle specifiche tecniche;
- provvedere alla nomina del responsabile del procedimento con rotazione degli stessi ove possibile variazione del personale di supporto al RUP;
- porre particolare attenzione nella scelta della procedura di aggiudicazione al ricorso alla procedura negoziata;
- definire precisi criteri di partecipazione, criteri di aggiudicazione e criteri di attribuzione del punteggio;
- evitare di prevedere requisiti restrittivi di partecipazione;
- valutare con completezza la stima del valore dell'appalto;
- inibire la redazione di progetti e capitolati approssimativi e che non dettagliano sufficientemente ciò che deve essere realizzato in fase esecutiva;
- utilizzo di modalità stringenti ai quali attenersi nella determinazione del valore stimato del contratto avendo riguardo alle norme pertinenti e all'oggetto complessivo del contratto (es. incarichi di progettazione esterni);
- conformare i bandi e i capitolati ai bandi tipo redatti dall'ANAC, nel rispetto della normativa anticorruzione;
- dettagliare obbligatoriamente nel bando di gara in modo trasparente e congruo i requisiti minimi di ammissibilità delle varianti progettuali in sede di offerta;
- prevedere, nella sottoscrizione da parte dei soggetti coinvolti nella redazione della documentazione di gara, dichiarazioni in cui si attesta l'assenza di interessi personali in

relazione allo specifico oggetto della gara;

- Utilizzare clausole standard conformi alle prescrizioni normative con riguardo a garanzie a corredo dell'offerta, tracciabilità dei pagamenti e termini di pagamento agli operatori economici;
- Prevedere in tutti i bandi, gli avvisi, le lettere di invito o nei contratti adottati di una clausola risolutiva del contratto a favore della stazione appaltante in caso di gravi inosservanze delle clausole contenute nei patti di integrità;
- Inserire misure di trasparenza volte a garantire la nomina di RUP a soggetti in possesso dei requisiti di professionalità necessari;
- Pubblicare un avviso in cui la stazione appaltante avvia consultazioni preliminari di mercato per la redazione delle specifiche tecniche.

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

- Dare evidenza, da parte del RUP nel primo atto adottato, del ricorrere dei presupposti legali per indire procedure negoziate o procedere ad affidamenti diretti, secondo le direttive contenute nel Regolamento adottato dall'ASUR;
- Predeterminazione nella determina a contrarre dei criteri che saranno utilizzati per l'individuazione delle imprese da invitare;
- Impiego di sistemi informatizzati per l'individuazione degli operatori da consultare.
- Utilizzo di procedure improntate ai massimi livelli di trasparenza e pubblicità, anche con riguardo alla pubblicità delle sedute di gara e alla pubblicazione della determina a contrarre ai sensi dell'art. 37 del D.lgs. n. 33/2013;
- Check list di verifica degli adempimenti da porre in essere, anche in relazione al Regolamento interno, da trasmettersi periodicamente al RPCT;
- Verifica del rispetto del principio di rotazione degli operatori economici;
- Obbligo di comunicare al RPC la presenza di ripetuti affidamenti ai medesimi operatori economici in un dato arco temporale (definito in modo congruo dalla stazione appaltante);
- Verifica puntuale da parte dell'ufficio acquisti della possibilità di accorpate le procedure di acquisizione di forniture, di affidamento dei servizi o di esecuzione dei lavori omogenei;
- Direttive/linee guida interne che introducano come criterio tendenziale modalità di aggiudicazione competitive ad evidenza pubblica ovvero affidamenti mediante cottimo fiduciario, con consultazione di almeno 5 operatori economici, anche per procedure di importo inferiore a 40.000 euro;
- Obbligo di effettuare l'avviso volontario per la trasparenza preventiva. • Utilizzo di elenchi aperti di operatori economici con applicazione del principio della rotazione, previa fissazione di criteri generali per l'iscrizione.

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

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

Selezione del contraente

Principali rischi:

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

Possono rientrare in tale alveo:

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

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

- l'assenza di pubblicità del bando e dell'ulteriore documentazione rilevante;
- l'immotivata concessione di proroghe rispetto al termine previsto dal bando;
- il mancato rispetto delle disposizioni che regolano la nomina dell'ASUR (ad esempio, la formalizzazione della nomina prima della scadenza del termine di presentazione delle offerte o l'omessa verifica dell'assenza di cause di conflitto di interessi o incompatibilità);
- l'alto numero di concorrenti esclusi, la presenza di reclami o ricorsi da parte di offerenti esclusi;
- l'assenza di adeguata motivazione sulla non congruità dell'offerta, o l'accettazione di giustificazioni di cui non si è verificata la fondatezza.

Nel 2021 si prosegue nella prosecuzione delle seguenti misure già attivate nel 2016:

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

Le ulteriori misure da proseguire nell'anno 2021 sono le seguenti:

- Effettuare procedure di gara, in assenza di convenzioni CONSIP e disponibilità del prodotto/servizio sul MEPA, utilizzando le procedure telematiche avvalendosi, ove disponibili, di apposite piattaforme;
- Predisposizione di idonei ed inalterabili sistemi di protocollazione delle offerte;
- Conservazione della documentazione di gara per un tempo congruo al fine di consentire verifiche successive, per la menzione nei verbali di gara delle specifiche cautele adottate a tutela dell'integrità e della conservazione delle buste contenenti l'offerta ed individuazione di appositi archivi (fisici e/o informatici);
- Rilascio da parte dei commissari delle dichiarazioni (previste dal patto di integrità) attestanti l'esatta tipologia di impiego/lavoro, l'eventuale iscrizione in albi professionali (art. 77, co.8);
- Documentazione del procedimento di valutazione delle offerte anormalmente basse e verifica della congruità dell'anomalia, specificando espressamente le motivazioni nel caso in cui, all'esito del procedimento di verifica, la stazione appaltante non abbia proceduto all'esclusione;
- Nel caso in cui si riscontri un numero significativo di offerte simili o uguali o altri elementi, adeguata formalizzazione delle verifiche espletate in ordine a situazioni di controllo/collegamento/accordo tra i partecipanti alla gara, tali da poter determinare offerte "concordate";
- Tempestiva segnalazione all'ANAC in caso di accertata insussistenza dei requisiti di ordine generale e speciale in capo all'operatore economico;
- Adozione dello schema di patto di integrità (vedi paragrafo 12 sull'analisi del contesto interno).

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

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

Aggiudicazione e stipula del contratto

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

In questa fase i processi rilevanti sono:

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

Principali rischi:

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

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

Indicatori

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

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

Misure da adottare nell'anno 2021 in questa fase:

- Direttive interne che assicurino la collegialità nella verifica dei requisiti, sotto la responsabilità del dirigente dell'ufficio acquisti e la presenza dei funzionari dell'ufficio, coinvolgendoli nel rispetto del principio di rotazione;
- Check list di controllo sul rispetto degli adempimenti e formalità di comunicazione previsti dal Codice;
- Introduzione di un termine tempestivo di pubblicazione dei risultati della procedura di aggiudicazione;

- Formalizzazione e pubblicazione da parte degli operatori che hanno partecipato alla gestione della procedura di gara di una dichiarazione attestante l'insussistenza di cause di incompatibilità con l'impresa aggiudicataria e con la seconda classificata, avendo riguardo anche a possibili collegamenti soggettivi e/o di parentela con i componenti dei relativi organi amministrativi e societari, con riferimento agli ultimi 5 anni.

Esecuzione del contratto

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

Principali rischi:

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

Misure da adottare nell'anno 2021 in questa fase:

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

Rendicontazione del contratto

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

Principali rischi:

In questa fase è importante mappare il procedimento di nomina del collaudatore ed il procedimento di verifica della corretta esecuzione, per il rilascio del certificato di collaudo, del certificato di verifica di conformità ovvero dell'attestato di regolare esecuzione nonché le attività connesse alla rendicontazione dei lavori da parte del responsabile del procedimento.

Possono essere considerati elementi rivelatori di un'inadeguata rendicontazione:

- l'incompletezza della documentazione inviata dal RP o, viceversa,
- il mancato invio di informazioni al RP (verbali di visita; informazioni in merito alle cause del protrarsi dei tempi previsti per il collaudo);
- l'emissione di un certificato di regolare esecuzione relativo a prestazioni non effettivamente eseguite;

- la mancata acquisizione del CIG o dello smart CIG in relazione al lotto o all'affidamento specifico ovvero la sua mancata indicazione negli strumenti di pagamento.

Misure da adottare in questa fase:

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

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

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

Procedure di gara per la fornitura di farmaci e presidi

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

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

| | |
|--|-----------------------|
|  farmaci | (40.000); |
|  vaccini | (40.000); |
|  stent | (soglia comunitaria); |
|  ausili per incontinenza (ospedalieri e territoriali) | (40.000); |
|  protesi d'anca | (soglia comunitaria); |
|  medicazioni generali | (40.000); |
|  defibrillatori | (soglia comunitaria); |
|  pace—maker | (soglia comunitaria); |
|  aghi e siringhe | (40.000). |

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

In particolare occorre precisare che:

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

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

La tracciabilità dei farmaci/materiali sanitari nel loro percorso che va dalla richiesta, all'acquisto, alla ricezione/stoccaggio fino alla somministrazione deve necessariamente essere organizzata e proceduralizzata da parte dell'ASUR con il necessario coinvolgimento di tutti i soggetti coinvolti nelle fasi indicate. Occorre permettere di effettuare le movimentazioni ed i controlli di magazzino tramite l'uso dei lettori di codice a barre; avere evidenza informatica dell'avvenuta prescrizione e controllo di eventuali interazioni tra medicinali o incompatibilità per la situazione clinica del paziente; migliorare le anagrafiche dei dispositivi medici con le informazioni necessarie e senza duplicazioni.

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

In questa logica, al fine dell'attestazione della correttezza del **ciclo degli approvvigionamenti**, i soggetti destinatari devono documentare con particolare attenzione tutte le fasi del ciclo stesso:

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

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

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

Nel processo di graduale **informatizzazione** di tutti gli ambiti applicativi aziendali, uno degli elementi più delicati e da implementare, è il ciclo di erogazione delle terapie farmacologiche ai pazienti ricoverati. L'ASUR sta definendo un progetto che si prefigge lo scopo di colmare una lacuna di informatizzazione nei reparti ospedalieri e contemporaneamente adottare un meccanismo in grado di sincronizzare due importanti cicli aziendali:

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

Nell'ambito della **prescrizione** dei farmaci in ambito ospedaliero ed extra-ospedaliero, le attività a rischio, rendicontate nella tabella specifica (Allegato 1 sub b), con le corrispondenti azioni e misure per il monitoraggio possono essere così rappresentate:

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

Occorre altresì evitare:

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

| |
|---|
| <p>Indicatori adottati dall'ASUR e previsti quale monitoraggio nel PTPC:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ affidamenti diretti/sul totale degli acquisti (per valore economico); ➤ acquisti di beni infungibili/esclusivi/sul totale degli acquisti effettuati (per quantità e valore economico); ➤ affidamenti (quantità e valore) di beni infungibili/esclusivi sul totale delle richieste pervenute per unità di committenza; ➤ proroghe e rinnovi sul totale degli affidamenti (quantità e valore). |
|---|

Durante le attività di audit ed erogazione per la valutazione del rischio (eseguite a fine anno), è stata sottolineata la particolare criticità di alcuni acquisti effettuati con proroghe, a causa del ritardo nelle

procedure ad evidenza pubblica, fenomeno che dovrà essere assolutamente scongiurato nei prossimi anni (Allegato 1 sub. a).

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

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

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

Affidamenti servizi esternalizzati

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

- servizi di pulizia (40.000);
- servizi di lavanderia (40.000);
- servizi di ristorazione per pazienti e per dipendenti (40.000);
- servizi di smaltimento rifiuti sanitari (40.000);
- servizi integrati per gestione apparecchiature elettromedicali (40.000).

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

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

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

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

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

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

Misure previste nel 2021 per ridurre i rischi:

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

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

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

Procedure di acquisto di materiale economale

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

Anche nel 2021 tali procedure nell'ASUR MARCHE potranno essere effettuate solo attraverso il mercato elettronico (MEPA) o con adesione alle gare Consip, salvo quanto previsto dalla Legge di stabilità e nel rispetto dell'apposito Regolamento ASUR per gli acquisti sotto-soglia, aggiornato con determina n. 450/2018 per gli acquisti di beni e servizi sotto soglia comunitaria(vedi pag. 34).

Indicatori adottati dall'ASUR e previsti quale monitoraggio nel PTPC per le gare dei beni economali:

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

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

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

Tutte le procedure di acquisto per il 2021 saranno espletate con adesione alle Convenzioni attive CONSIP (Computer, Stampanti, Server, Scanner ed altro hardware), alle ulteriori convenzioni attive (Licenze Microsoft etc.) e attraverso procedure del Mercato Elettronico (MEPA) con RDO.

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

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

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

Procedure di gara per le tecnologie sanitarie

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

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

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

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

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

13. Area Patrimonio e Servizi Manutentivi

Analisi del contesto interno ed esterno

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

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

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

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

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

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

14. Area Bilancio e Gestione dei pagamenti

Le attività connesse ai pagamenti presentano rischi bassi di corruzione:

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

In questa area è necessario confermare:

1. la piena tracciabilità e trasparenza dei flussi contabili e finanziari è realizzata, per quanto riguarda la parte delle entrate, mediante il sistema di home-banking del servizio di Tesoreria; per gli incassi derivanti dagli sportelli cassa delle strutture sanitarie, viene effettuata mensilmente la quadratura tra il denaro versato in banca dagli addetti alla riscossione e le fatturazione emesse;
2. per quanto riguarda invece le spese, la piena tracciabilità e trasparenza dei flussi contabili e finanziari è realizzata mediante l'implementazione di un sistema informatico di work flow per la liquidazione delle fatture che, quindi, agevolano la verifica e il controllo sulla correttezza dei pagamenti effettuati;
3. tutti i mandati di pagamento hanno una doppia firma, al fine di realizzare un controllo incrociato;
4. la pubblicazione sul sito della trasparenza dell'indice trimestrale di tempestività dei pagamenti e del bilancio consuntivo secondo gli schemi ministeriali di conto economico;

5. la gestione contabile–patrimoniale trasparente delle risorse attraverso la corretta tenuta delle scritture contabili (registrazione di bilancio e rilevazioni veritiere);
6. l'impegno dell'ASUR Marche a seguire il **Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC)** dei dati e dei bilanci dell'azienda fino al suo completamento, secondo le indicazioni della Regione Marche (DGRM n. 536/2015). Tale percorso, è stato riprogrammato con DGRM n. 1576 del 19/12/2016 e successivamente con DGRM n. 1618 del 28/12/2017, prevedendo la realizzazione definitiva entro il 31/12/2019; le disposizioni regionali sono state poi recepite dall'ASUR con Determina n. 804 del 29/12/2017, con cui sono state approvate le procedure PAC di verifica definite dai gruppi di lavoro interaziendali ed è stato nominato il Direttore Amministrativo quale Responsabile del Coordinamento (Dott. Pierluigi Gigliucci);
7. il nuovo sistema di Internal Audit, il cui Manuale è stato approvato con Determina ASUR n. 671 del 21/11/2019 e il cui Piano per le attività del 2021 è stato predisposto con Determina n. 740 del 30/12/2019, come meglio specificato nel paragrafo 4.

15. Attività ALPI

Le Aree di rischio specifiche del settore sanitario, che tratteremo qui di seguito, sono riconducibili:

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

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

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

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

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

- inserimento totale dell'attività libero professionale in agende gestite dal sistema CUP regionale;

- aggiornamento del piano triennale aziendale dei volumi dell'attività istituzionale e libero professionale (ex DGR 106/2015):
 1. Area vasta 1: Determina n. 281/20
 2. Area vasta 2: Determina n. 2298/19
 3. Area vasta 3: Determina n. 30/21
 4. Area vasta 4: Determina n. 831/19
 5. Area vasta 5: Determina n. 1335/19

- istituzione e operatività della Commissioni paritetiche:
 1. Area vasta 1: Determina n. 1403/18
 2. Area vasta 2: Determina n. 1461/18
 3. Area vasta 3: Determina n. 674/19
 4. Area vasta 4: Determina n. 618/18
 5. Area vasta 5: Determina n. 1174/19

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

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

Possibili rischi relativi all'ALPI

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

Misure previste nel presente PTPC:

- a) false / imprecise dichiarazioni prodotte ai fini del rilascio dell'autorizzazione:
 - definizione di un format aziendale di richiesta con indicazione dell'offerta in regime istituzionale presente nel sistema CUP regionale;
 - negoziazione dei volumi di attività libero professionale nell'ambito del processo di budget;
- b) mancato rispetto della proporzionalità tra attività istituzionale e libero professionale:
 - attivazione di un cruscotto basato sui posti a CUP per centro di costo per il monitoraggio dell'offerta istituzionale e libero professionale;

- nei Direttori di Unità operativa complessa: è stato predisposto un format aziendale per la comunicazione del piano di lavoro dei titolari di Unità operativa complessa;

c) svolgimento della libera professione in orario di servizio:

- accesso dei referenti della libera professione delle Aree vaste al sistema rilevazione presenze per il controllo periodico della corretta registrazione dell'orario di attività libero professionale;
- completamento della dotazione di sistemi di rilevazione presenze nelle sedi di attività libero professionale;

d) anomalie nella gestione del supporto diretto nell'attività libero professionale:

- omogenizzazione aziendale della regolamentazione del personale di supporto diretto ed indiretto.

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

Liste di attesa

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

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

Infatti, al momento della prenotazione, in caso di mancanza di posti disponibili nell'ambito territoriale dell'Area vasta / AV limitrofa, il sistema CUP unico regionale mette a disposizione automaticamente delle agende aggiuntive finalizzate alla garanzia del posto entro i tempi previsti. Queste agende sono state attivate con la sinergia delle case di cura private accreditate sulla base dell'accordo regionale (DGR 978/19) e successivamente anche di altre strutture private (DGR n. 1330/19, n. 1331/19 e n. 1516/19). Qualora non fosse individuato un posto in grado di soddisfare la richiesta dell'utente, l'operatore che effettua la prenotazione propone allo stesso di essere inserito in liste di garanzia.

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

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

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

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

Misure previste per l'anno 2021:

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

16. Controlli nelle strutture convenzionate

Il servizio sanitario pubblico ha l'obiettivo e la necessità di garantire il benessere delle persone e di fornire cure sanitarie universali. La collaborazione pubblico/privato si basa principalmente sulle convenzioni stipulate con strutture accreditate per prestazioni con livello assistenziale e tariffario predeterminato con specifica Delibera regionale.

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

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

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

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

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

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

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

L'attività ispettiva per il rilascio delle autorizzazioni è eseguita dai soggetti indicati nell'art. 9, comma 2 della L.R. 21/2016 per le strutture di cui all'art. 7 della stessa legge.

Per quanto riguarda i convenzionamenti tra strutture accreditate ed ASUR, essi avvengono:

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

Le fasi di negoziazione, stipula ed esecuzione della convenzione costituiscono l'ambito nel quale si regolano i rapporti con il privato accreditato chiamato ad 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 extraospedaliere 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 extraospedaliere e socio-sanitarie, per effetto delle convenzioni/accordi contrattuali.

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

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

Misure definite nel presente PTPC:

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

17. Attività di vigilanza, controlli, ispezioni

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

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

- l'utilizzo di modelli standard di verbali con **check list**, già in uso presso le strutture territoriali con modellistica simile, la cui omogeneizzazione è iniziata nell'anno 2018;
- la **rotazione** del personale ispettivo, già in parte attuata, da applicare ove possibile e da rivalutare in occasione della riorganizzazione dei dipartimenti di prevenzione in area vasta;
- l'introduzione nel **codice di comportamento** aziendale, in sede di aggiornamento, di disposizioni in merito al personale dipendente con compiti di vigilanza.

E' opportuno a tal proposito prevedere frequenti verifiche ispettive interne da parte dei competenti uffici, senza preavviso, con criteri "random" sugli uffici coinvolti e sulle attività oggetto di verifica.

In questa area le misure previste sono state esplicitate nella sezione dedicata alla "rotazione del personale".

Si specifica che, tutti i servizi dell'Area Veterinaria e Sicurezza alimentare sono sottoposti periodicamente ad audit, in attuazione della normativa nazionale ed europea.

In particolare, nel sistema di audit implementato in tale Area, viene elaborato il piano strategico di verifica dell'efficacia di tutti i controlli ufficiali che sono a capo delle autorità competenti (ossia i direttori dei servizi in ogni Area Vasta), al fine di rendere omogeneo il sistema dei controlli su tutto il territorio regionale.

18. Spesa farmaceutica convenzionata ed interna

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

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

In questo ambito, è stato rilevato il pagamento di tangenti a medici e ricercatori affinché falsificassero le informazioni al fine di creare allarme su un determinato problema, fenomeno o pandemia. Inoltre, a volte i ricercatori manipolano i dati – ad esempio selezionando i soli indicatori di esito – o omettono alcuni risultati della ricerca per mostrare i soli benefici di un nuovo farmaco.

Nel settore farmaceutico, possibili truffe si realizzano nel:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

In merito a quest'ultimo punto, è stato richiesto a tutti gli operatori interessati “la dichiarazione

pubblica di interessi da parte dei professionisti finalizzata al rafforzamento della trasparenza delle relazioni che possono coinvolgere i singoli professionisti nell'esercizio della loro professione, in particolare nei processi decisionali legati all'area dei farmaci, dei dispositivi, nonché alle attività di ricerca, sperimentazione e sponsorizzazione" (vedi paragrafo 11 sulle misure generali).

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

19. Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SEZIONE TRASPARENZA

20. Coordinamento con il PTPCT 2021-2023

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), l'ASUR Marche ha inserito la presente **Sezione Trasparenza** per il triennio 2021-2023 all'interno del **Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione** e la rende disponibile a cittadini, enti e soggetti interessati; in esso sono esplicitate le modalità d'accesso, previa pubblicazione sul sito istituzionale www.asur.marche.it, alla sezione "**Amministrazione Trasparente**", dei documenti, delle informazioni e dei dati concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni.

Ai sensi dell'art. 43 del Decreto sopra citato, nell'ASUR Marche il **Responsabile Aziendale per la Trasparenza** è anche Responsabile della prevenzione della corruzione, per consentire un migliore coordinamento delle funzioni, come suggerito dalla legge 190/12. Pertanto nell'ASUR è stato previsto dal 2013 un **unico soggetto** quale **RPCT**.

Secondo quanto previsto dalla Circolare n. 1/2013, par. 2.2, al fine di agevolare i percorsi connessi alla normativa in materia in un sistema organizzativo complesso come l'ASUR, sono stati individuati dalle rispettive Direzioni di A.V. i **Referenti Trasparenza individuati nella Tabella F sopra riportata**, che operano secondo le direttive impartite dal RPCT e sono periodicamente confermati o sostituiti.

I precedenti **Programmi triennali** di Trasparenza e Integrità **dal 2014** sono stati approvati rispettivamente con determinate DG/ASUR n. 73/2014, n. 491/2015, n. 639/2016, n. 48/2017, n. 56/2018, n. 33/2019 e n. 50/2020; tutti gli atti sono stati pubblicati sul nuovo sito istituzionale dell'ASUR, al link "Amministrazione Trasparente" organizzato in sottosezioni ai sensi del D.Lgs. n. 33/2013, in cui viene inserita ed aggiornata tutta la documentazione richiesta dalla normativa.

La presente **Sezione Trasparenza** aggiorna i precedenti Programmi ed, essendo parte del PTPC, costituisce l'atto organizzativo fondamentale dei flussi informativi necessari per garantire, per tutta l'ASUR nel triennio **2021-2023**, l'elaborazione, la trasmissione e la pubblicazione dei dati obbligatori prevedendo le azioni da intraprendere per migliorare la completezza delle informazioni richieste.

In particolare sono specificati i responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti e delle informazioni relative alla normativa sulla trasparenza ed evidenzia le proposte operative per il prossimo triennio, tenendo conto delle ultime Linee Guida emanate dall'ANAC.

I responsabili dell'elaborazione e della pubblicazione dei dati dovranno osservare i **criteri di qualità** delle informazioni pubblicate sul nuovo Sito istituzionale ai sensi dell'art. 6, co. 3 del D.Lgs. 97/2016:

- integrità, costante aggiornamento, completezza, tempestività, semplicità di consultazione, comprensibilità, omogeneità, facile accessibilità, conformità ai documenti originali, indicazione della provenienza e riutilizzabilità.

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

Restano valide le indicazioni già fornite nell'allegato 2 della delibera ANAC n. 50/2013 con riferimento ai requisiti di completezza, formato e dati di tipo aperto.

Per quanto riguarda la **durata** ordinaria di pubblicazione, è fissata in 5 anni, decorrenti dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione (co.3), fatti salvi i diversi termini previsti dalla normativa per specifici obblighi (art. 14, co. 2 e art. 15, co.4) e quanto già previsto in materia di tutela dei dati personali e sulla durata della pubblicazione collegata agli effetti degli atti pubblicati.

Trascorso il quinquennio o i diversi termini sopra richiamati, gli atti, i dati e le informazioni non devono essere conservati nella sezione archivio del sito, ma possono essere oggetto di istanza accesso civico ai sensi dell'art. 5 D.Lgs. 33/2013.

Al fine di raccogliere i suggerimenti e le osservazioni da parte dei cittadini e delle associazioni dei consumatori e utenti, l'iniziale bozza della sezione "Trasparenza" contenuta nel PTPC 2021-2023, è stata pubblicata, in data 28/12/2020, sul sito aziendale alla sezione apposita denominata "Amministrazione Trasparente", segnalando la presenza dello stesso con un avviso nella pagina "Home" del sito istituzionale per la prevista **consultazione pubblica**.

Successivamente, terminata la fase di consultazione interna, dopo l'accoglimento delle osservazioni ritenute opportune e la conseguente revisione del documento, il documento è stato trasmesso al nuovo **OIV**, per l'esame complessivo dello stesso ed infine presentato alla Direzione Generale per la sua definitiva approvazione.

L'implementazione e l'aggiornamento delle informazioni nelle singole sotto-sezioni della sezione "**Amministrazione Trasparente**" sono a cura sia degli Uffici Centrali dell'ASUR che delle Aree Vaste per le parti di rispettiva competenza, come già previsto dai precedenti Programmi triennali, secondo la Griglia allegata degli obblighi di pubblicazione ulteriormente aggiornata con l'indicazione delle strutture responsabili rispetto allo schema generale di riferimento di cui all'allegato 1 della Delibera ANAC n. 1310 del 28/12/2016, che aggiorna l'elenco di cui al D.Lgs. n. 33/2013 (Allegato 1 sub c).

21. Il Procedimento di attuazione della Trasparenza

Obiettivi strategici in materia di trasparenza

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

Infatti, come sopra già dichiarato, gli adempimenti relativi alla pubblicazione delle informazioni richieste dal D.Lgs. 33/2013, vengono inseriti negli **obiettivi di Budget** delle varie UU.OO. al fine di promuovere maggiori livelli di trasparenza.

Con determina n. 81/2020, l'ASUR ha assegnato obiettivi sanitari, organizzativi ed economici alle Direzioni di A.V. prevedendo specifiche responsabilità in termini di trasparenza e anticorruzione, declinando gli **obiettivi** con riferimento all'articolazione organizzativa ed alla complessità delle attività svolte nelle varie sedi sanitarie ed amministrative dell'ASUR Marche.

Ogni struttura dell'Azienda responsabile della pubblicazione dei dati (come indicato nella griglia allegata) provvede all'inserimento/aggiornamento dei documenti e degli atti di competenza sulla sezione "Amministrazione Trasparente" del sito ASUR, attraverso i soggetti a tal uopo profilati, presso gli Uffici Centrali e nelle Aree Vaste con il supporto dei Sistemi Informativi. I nominativi sono riportati in schede fornite dalle singole AA.VV. nel paragrafo 26, relativo ai Dati ulteriori.

La pubblicazione delle informazioni previste dal D.Lgs. 33/2013 è indispensabile per la conoscenza e la verifica delle azioni svolte dall'ASUR Marche e per la prevenzione di potenziali situazioni a rischio d'illecito e corruzione, rassicurando la diffusione di quei dati che già la Legge 150/2009 aveva parzialmente individuato.

Lo spirito della norma tende a favorire il rapporto ente/cittadini, sviluppare il "senso civico", porre le condizioni per azioni sinergiche dove la comunicazione possano integrarsi in un processo virtuoso di conoscenza dei percorsi utili al cittadino, sia in campo sanitario sia in campo amministrativo.

Il collegamento con il Codice di Comportamento

Sulla base del Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici di cui al Decreto del Presidente della Repubblica n. 62 del 16 aprile 2013, in data 09/06/2014 con determina n. 375 è stata approvata la **bozza** del Codice di Comportamento dell'ASUR Marche. Dal 17/06 al 01/07 sul sito ASUR alla sezione "News" è stato pubblicato l'avviso di al fine di acquisire proposte e osservazioni sullo stesso Codice Comportamentale.

In data 02/10/2014 con nota n. 21096, il **Codice di Comportamento dell'ASUR Marche**, integrato dalle osservazioni pervenute a seguito della consultazione pubblica e recepite nel documento finale, è stato trasmesso all'allora Nucleo di Valutazione aziendale per acquisire il parere obbligatorio prescritto in conformità con la normativa prevista (D.Lgs. 165/2001 e Delibera Civit n. 75/2013).

La Direzione Generale ASUR ha adottato il documento modificato con le osservazioni ritenute opportune, con determina n. 795 del 21/11/2014 recante "Approvazione Codice di Comportamento dei dipendenti dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale – ASUR Marche ai sensi dell'art. 54, comma 5, del D.Lgs. 30 marzo 2001 n. 165 e s.m.i.". In data 24/11/2014 la determina, pubblicata anche sull'Albo Pretorio Aziendale, è stata trasmessa alle Direzioni di A.V., ai Referenti per la Trasparenza, nonché ai dirigenti dell'ASUR per essere diffuso a tutto il personale dipendente.

Con determina n. 525 del 17/07/2015 è stata approvata la nuova bozza per l'aggiornamento del Codice di comportamento. Al termine della fase di consultazione pubblica on-line, sono state valutate le osservazioni pervenute. La Direzione, prima di sottoporre la nuova proposta all'OIV, ha ritenuto opportuno attendere l'emanazione delle nuove linee guida ANAC in materia, al fine di aggiornare il nuovo Codice alla luce delle stesse disposizioni. Il Codice attualmente in vigore (Det. n. 795/2014) è pubblicato sul link Amministrazione Trasparente.

Alla luce della nuove linee guida ANAC in materia di Codici di comportamento delle amministrazioni pubbliche, approvate con delibera n. 177 del 19 febbraio 2020, è in fase di aggiornamento l'attuale Codice dell'ASUR, prevedendo in maniera specifica disposizioni nei vari settori dell'Azienda.

La nuova bozza è attualmente in fase di valutazione presso l'UPD, mentre l'OIV ha già espresso parere favorevole.

22. Iniziative di comunicazione della Trasparenza

Iniziative di diffusione della Trasparenza e dei dati pubblicati

Tra le azioni necessarie alla fruizione e verifica dell'attuazione della Trasparenza vi è quella della sua più ampia diffusione.

Il presente PTPC approvato sarà trasmesso con apposita informativa alle Organizzazioni Sindacali del Comparto e della Dirigenza, a tutte le UU.OO. dell'ASUR, agli UU.RR.PP. aziendali e sarà pubblicato, una volta approvato con determina del Direttore Generale, sul sito Internet aziendale, all'interno della sezione "Amministrazione Trasparente". Della stessa pubblicazione sarà informata anche la segreteria regionale del CRCU.

All'iniziale proposta di Sezione per la Trasparenza è stata data già ampia divulgazione; la consultazione pubblica, come prevista dalla Delibera CIVIT n. 2/2012, è avvenuta attraverso la pubblicazione della proposta sulla rete intranet e sul sito istituzionale dell'ASUR al fine di raccogliere eventuali suggerimenti da parte dei soggetti interessati individuati dalle norme.

Con riferimento al coinvolgimento delle Associazioni dei consumatori e utenti, l'incontro sarà svolto nella prossima giornata della **trasparenza** in fase di programmazione entro settembre 2021, al fine di raccogliere osservazioni e suggerimenti alla presente bozza di Piano, e quindi migliorare la risposta dell'amministrazione ai numerosi problemi della comunità nell'ottica di allinearci alle migliori strutture sanitarie italiane.

La giornata sarà stata svolta in teleconferenza con le sedi presso le singole Aree Vaste, con la partecipazione sia dei dipendenti interni (valevole come e-learning), sia i cittadini in forma singola o associata, come i comitati di partecipazioni recentemente costituiti.

Giornate della Trasparenza

L'ASUR Marche organizza annualmente la Giornata della trasparenza prevista dall'art. 10, comma 6, del decreto legislativo n. 33/2013.

Con riguardo alle modalità di svolgimento della Giornata della trasparenza a livello centrale si ritiene di procedere nel 2021 con la presentazione dei principali documenti adottati dall'ASUR da parte dei Dirigenti responsabili delle Aree interessate, oltre alla diffusione e promozione degli strumenti utilizzati dall'Azienda per il raggiungimento dei propri fini istituzionali.

Tale modalità consente da un lato di portare l'attenzione degli utenti sulle principali attività e servizi dell'ASUR, inclusi gli aspetti delle performance, dell'integrità e della trasparenza e dall'altro di incoraggiare canali di dialogo con gli intervenuti.

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

Considerata l'emergenza COVID, si conferma lo svolgimento di una giornata unica in teleconferenza con le sedi territoriali dell'azienda, presidiate dai singoli Referenti per la Trasparenza, con la presenza dei Direttori di Area Vasta.

I contenuti delle due tipologie di giornate vengono preventivamente definiti anche con il contributo di organismi, portatori di interesse qualificati e associazioni di consumatori, per una più efficace finalizzazione delle iniziative ed affronteranno tematiche legate al ciclo della performance, alla trasparenza e all'integrità - con particolare riferimento al Programma - con modalità che favoriscano il dialogo e il confronto.

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

23. I soggetti della Trasparenza

Il Responsabile per la Trasparenza

Nell'ASUR Marche, considerata la possibilità di optare per la concentrazione delle responsabilità, il Responsabile della Trasparenza e della Prevenzione della Corruzione coincidono in unico Dirigente dipendente che si avvale, in prima istanza, di cinque **Referenti** per la Trasparenza (uno per ogni Area Vasta) all'uopo individuati dalle rispettive Direzioni, oltre ai cinque per l'Anticorruzione nelle UU.OO. Affari Generali e Contenzioso (vedi paragrafo 2).

In considerazione della mole di dati da produrre ed aggiornare, nonché della complessa articolazione organizzativa dell'Azienda, sono state ampliate le reti informative sugli adempimenti di pubblicazione.

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

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

Infine, cura l'istruttoria per l'applicazione delle eventuali sanzioni amministrative di cui all'art. 47 del D.Lgs. 33/2013.

Secondo quanto indicato dalla norma, quindi, procede alle necessarie verifiche, almeno semestrali, circa lo **stato d'attuazione** delle disposizioni contenute nella presente sezione e dell'adempimento, da parte degli Uffici competenti, della pubblicazione degli obblighi previsti dalla normativa vigente, ferme restando le responsabilità, le competenze e l'autonomia operativa di ciascun Dirigente di struttura preposta alle attività indicate nello schema allegato (Allegato 1 sub c).

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

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

- referenti-rpct.asur@sanita.marche.it;
- rpct.asur@sanita.marche.it.

I Referenti per la Trasparenza nelle Aree Vaste

In linea con quanto già previsto dalla Circolare n. 1/2013 del Dipartimento della Funzione Pubblica, nonché dall'Intesa della Conferenza Unificata del 24/07/2013, al fine di assicurare il più efficace svolgimento della funzione, sono stati individuati i referenti per la "Trasparenza" sia a livello centrale sia nelle Aree Vaste, che costituiscono punto di riferimento fondamentale per il coordinamento delle attività di cui trattasi nel territorio di competenza.

Oltre a quanto già previsto al paragrafo 2 del presente PTPCT, i referenti per la Trasparenza assicurano il collegamento con il Dirigente Trasparenza Aziendale, con cui collaborano all'attuazione della presente Sezione, sono responsabili dell'organizzazione dei flussi di pubblicazione all'interno della loro Area Vasta, coadiuvano e supportano il personale assegnato al servizio di riferimento nell'adempimento degli obblighi di pubblicazione e segnalano al Dirigente Aziendale per la Trasparenza le eventuali disfunzioni che dovessero verificarsi nel sistema di loro riferimento.

Inoltre, sulla base delle indicazioni fornite dal Dirigente Responsabile Aziendale della Trasparenza, essi promuovono incontri, stabiliscono modalità, richiedono approfondimenti presso le strutture di riferimento.

Possono altresì proporre al Dirigente Trasparenza Aziendale iniziative di varia natura nel campo della Trasparenza e richieste di ulteriori nominativi per garantire il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare.

Il mancato rispetto degli adempimenti sopra riportati da parte del Referente comporterà un primo **sollecito** ad ottemperare alla richiesta.

Qualora, quest'ultima rimanesse inevasa, il RPCT provvederà ad inviare segnalazione formale alla Direzione Generale dell'Azienda e al Direttore dell'Area Vasta interessata, con proposta di **sostituzione** del Referente stesso, ferme restando le conseguenze relative alla responsabilità disciplinare.

I Responsabili della pubblicazione ed aggiornamento dei dati

La pubblicazione dei dati di cui al D.Lgs. 33/2013 sul Sito Internet dell'ASUR Marche è un processo continuo e prefigura la necessità di revisioni e verifiche costanti, sia per quanto riguarda la ridefinizione delle aree di competenza, sia per monitorare il percorso di pubblicazione previsto.

Le eventuali modifiche di attribuzione delle varie competenze saranno aggiornate nell'apposita griglia allegata, di cui al D.Lgs. 33/2013, dal Dirigente Responsabile aziendale della Trasparenza e dai relativi **Referenti** in Area Vasta, su richiesta formale del dirigente della singola struttura interessata.

Come già accennato, i dati e le informazioni pubblicate sul sito istituzionale (in ottemperanza alle prescrizioni di legge in materia) sono quelle indicate nella griglia allegata del D.Lgs. 33/2013 e seguono il quadro normativo inerente gli obblighi di pubblicazione on-line delle amministrazioni.

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

Tali disposizioni sono state recepite e adattate alla struttura organizzativa dell’ASUR con proprio **Regolamento organizzativo aziendale Privacy** approvato con Determina n. 349/2018 (pubblicato nella sottosezione “Atti Amministrativi” tra i Regolamenti approvati dalla Direzione Generale).

Al fine di rendere sempre più ‘accessibile’ e ‘trasparente’ tutta l’attività dell’ASUR al cittadino/utente, si è finalmente concluso il percorso, avviato negli anni precedenti, per la creazione del **nuovo sito aziendale**, unico ed innovativo, in collaborazione con i Sistemi Informativi Aziendali.

Il Dirigente della singola struttura preposta alla pubblicazione dei rispettivi dati (individuate nell’apposito schema allegato – Allegato 1 sub c), in qualità di “fonte di produzione” del documento di competenza **è responsabile** dell’individuazione, dell’elaborazione, della pubblicazione e dell’aggiornamento nonché dell’esattezza e completezza **dei dati di ogni notizia/informazione** di rispettiva competenza. Inoltre è responsabile della mancata pubblicazione dei documenti di competenza.

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

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

Per ogni necessità, il Dirigente Aziendale per la Trasparenza, il Dirigente dell’Area Sistemi Informativi dell’ASUR e i Servizi Informativi delle Aree Vaste forniscono il supporto necessario.

La mancata collaborazione al RPCT (e ai suoi Referenti) da parte dei Dirigenti e Responsabili della pubblicazione dei dati sarà considerata ai fini delle **sanzioni disciplinari** previste dalle norme e per la **valutazione negativa** della performance.

I **nominativi** dei responsabili e dei referenti di struttura sono aggiornati annualmente ed elencati nelle singole schede fornite dalle AA.VV. nel paragrafo 26 sui Dati Ulteriori.

Il Sistema di monitoraggio e verifiche

L’attuazione della Trasparenza richiede un’attività di monitoraggio costante e periodica per la verifica dell’assolvimento da parte dell’ASUR degli adempimenti agli obblighi imposti dalle norme in materia di

trasparenza ed integrità (art. 43 D.Lgs. 33/2010).

Per quanto già posto in capo del Dirigente Aziendale per la Trasparenza, lo stesso (anche attraverso i suoi Referenti in Area Vasta) provvede ad effettuare periodiche verifiche presso le varie Strutture responsabili della pubblicazione dei dati mediante:

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

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

L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)

Sulla base di quanto stabilito dalle Delibere CIVIT prima e ANAC ora (n. 77/2013 e n. 148/2014 e ss.mm.ii.), gli organi di verifica del Piano Triennale per la Trasparenza nelle PP.AA. sono gli Organismi Indipendenti di Valutazione o altre strutture interne con funzioni analoghe (Art. 44 D.Lgs. 33/2013).

Nell'ASUR Marche, il nuovo OIV è stato nominato con Determina del Direttore Generale n. 220 dell'8/05/2020; tra le funzioni svolte la prima ha riguardato l'attestazione dell'*assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità*, al quale il Dirigente Responsabile Trasparenza e Anticorruzione invia report di monitoraggio.

I risultati delle verifiche che l'OIV effettua, confluiscono nella relazione annuale che lo stesso organismo presenta alla Direzione dell'Azienda, comprensiva dei risultati del processo di realizzazione della trasparenza e delle misure adottate.

L'OIV, inoltre, verifica **l'attività svolta** dal Responsabile della Trasparenza e della Prevenzione della Corruzione per riscontrare l'adempimento degli obblighi di pubblicazione, anche attraverso la verifica della scheda di Relazione da compilare e pubblicare sull'apposita sotto-sezione del link "Amministrazione Trasparente".

Sulla base delle indicazioni annuali dettate dall'ANAC per l'attestazione periodica sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione, l'OIV nel 2020, ha effettuato la verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato dei documenti e dei dati elencati nella griglia di rilevazione, secondo i criteri previsti nelle delibere ANAC n. 1310/2016 e n. 213/2020. Al termine degli accertamenti svolti sulla sezione "Amministrazione Trasparente", attraverso l'utilizzo di supporti informatici, l'OIV ha rilasciato **l'attestazione** della veridicità e attendibilità dei dati, completa della griglia di rilevazione e della scheda di sintesi che specifica le procedure e le modalità seguite. Tali documenti sono stati pubblicati entro il 31/07/2020, data di scadenza stabilita dall'ANAC.

In data 28/12/2020 è stata pubblicata la bozza del "Piano Triennale per Prevenzione della Corruzione" contenente la sezione Trasparenza per gli anni 2021-2023, unitamente all'avviso per la prevista consultazione pubblica sulla pagina "home" del sito istituzionale.

La stessa è stata trasmessa anche all'OIV, per l'esame del documento ed il rilascio delle eventuali osservazioni in proposito, prima di sottoporlo all'approvazione definitiva da parte della Direzione Generale dell'ASUR. Il PTPCT è stato anche integrato e modificato dopo attenta valutazione di tutte le osservazioni pervenute sia dai dipendenti interni, sia dagli utenti esterni.

L'OIV ha verificato anche, ai fini della validazione della Relazione sulla performance, la coerenza dei piani triennali per la prevenzione della corruzione con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale ed in particolare nel Piano della Performance.

L'Organismo medesimo riferisce infine all'Autorità nazionale anticorruzione sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza (art. 1, co. 8-bis L. 190/2012 come modificato dall'art. 41 del D.lgs. n. 97 del 2016).

24. L'istituto dell'Accesso Civico

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

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

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

Nel provvedimento sono definite, in maniera vincolante, le norme e le sanzioni relative ai mancati adempimenti. Sono inoltre individuate le disposizioni che regolamentano e fissano i limiti della pubblicazione, nel nuovo Sito istituzionale, di dati ed informazioni relative all'organizzazione e alle attività delle pubbliche amministrazioni; tali informazioni sono pubblicate in formato idoneo a garantire l'integrità del documento; deve essere inoltre, curato l'aggiornamento, di semplice consultazione e devono indicare la provenienza; devono infine risultare riutilizzabili.

L'ASUR, nell'evasione delle istanze di accesso civico, incluse quelle di accesso civico generalizzato, oltre a seguire le disposizioni contenute nelle Linee guida ANAC di cui alla Delibera n. 1309 del 20/12/2016, ha adottato con Determina n. 778 del 27/12/2017 un proprio Regolamento, aggiornato con la recente revisione approvata con Determina n. 689 del 26/11/2018.

E' stato evaso un accesso civico generalizzato relativo alle indagini di customer satisfaction; pur non costituendo dati obbligatori da pubblicare, sono stati resi pubblici gli esiti di tali analisi di mercato.

Tale "**Regolamento** per l'esercizio del **diritto di accesso** agli atti e ai documenti amministrativi, del diritto di accesso civico e del diritto di accesso civico generalizzato" è stato trasmesso alle Aree interessate e pubblicato sulla sotto-sezione apposita del link "Amministrazione Trasparente" tra gli Atti

Generali. Inoltre è stato pubblicato sulla sotto-sezione “Altri Contenuti” il **Registro degli accessi civici**, che viene aggiornato semestralmente, sia dalla Direzione Generale sia dalle Aree Vaste.

25. La Formazione del personale in materia di Trasparenza

La formazione in materia di Trasparenza è da sempre considerata un obiettivo strategico per l’ASUR, in modo particolare nel percorso della normativa anticorruzione di cui trattasi. Aspetto ribadito in ogni occasione da ANAC e rafforzato ulteriormente dalla stessa Autorità nel PNA 2015 e negli aggiornamenti fino al 2019, ove è ritenuto un obiettivo strategico indispensabile.

L’Azienda, quindi, nel pieno rispetto delle indicazioni in tema di formazione, prosegue i percorsi formativi (generali e specifici) sulla normativa in tema di Trasparenza e Prevenzione della Corruzione, in analogia a quelli già realizzati e descritti nei precedenti Piani triennali.

In particolare, in continuità con il primo corso generale realizzato nel 2013 per 160 dirigenti, nel 2016 per ulteriori 300 addetti, nel 2017 e 2018 per oltre 300 dirigenti e funzionari, per l’anno 2019 sono stati formati circa 60 dipendenti sul **whistleblowing** e nell’anno 2020 l’ASUR ha aderito ai corsi INPS “Trasparenza e Anticorruzione” per il proprio personale.

Nel 2021 sono previsti ulteriori corsi formativi in tema di Trasparenza/Anticorruzione ASUR, con modalità a distanza (**FAD**) per l’aggiornamento sulle materie comuni e generali. L’emergenza COVID ha costretto l’ASUR a ridefinire le priorità secondo le direttive dell’ARS, , causando l’adeguamento delle modalità e delle proposte formative.

Con questo percorso, s’intende ampliare ancora il livello interno di sensibilizzazione sull’argomento, raggiungendo fasce professionali non coinvolte in precedenza (es. P.O.). Le principali tematiche che saranno trattate nel Corso di formazione sono: disciplina della prevenzione della corruzione, metodologie e tecniche per la valutazione del rischio, obblighi di trasparenza, responsabilità all’interno dell’ente, tutela giurisdizionale e accesso civico.

Per quanto concerne i dettagli dei corsi di formazione si rinvia al paragrafo 11 sulle misure generali.

26. Dati ulteriori

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

Come più volte sopra specificato, l’aggiornamento delle singole sotto-sezioni del link “**Amministrazione Trasparente**” è a cura sia degli Uffici Centrali dell’ASUR (DG) che delle Aree Vaste (AA.VV.) per le parti di rispettiva competenza, secondo la **griglia** degli obblighi di pubblicazione contenente i dati oggetto di pubblicazione, aggiornata con l’indicazione delle strutture operative competenti e la tempistica prevista per gli obblighi normativi, di cui al novellato D.Lgs. 33/2013 (Allegato 1 sub c).

Per dettagliare le modifiche intervenute a seguito dell’entrata in vigore del nuovo D.Lgs. n. 97/2016, sono esposte con il colore grigio le sotto-sezioni abrogate dallo stesso o le non pertinenti per l’ASUR, secondo quanto previsto nell’allegato 1 alle Linee guida ANAC (delibera n. 1310 del 28/12/2016).

Nella stessa griglia sono indicati i casi in cui non è possibile pubblicare i dati previsti dalla normativa in quanto non pertinenti rispetto alle caratteristiche organizzative o funzionali dell'Amministrazione.

Tra i dati ulteriori, come informazioni aggiuntive rispetto agli obblighi di legge, sono pubblicati:

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

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

Società partecipate dall'ASUR

L'ASUR, nell'ambito degli obblighi di pubblicazione di cui all'art. 22 del D.Lgs. 33/2013:

- pubblica sul proprio sito istituzionale l'elenco delle società di cui detiene quote di partecipazione anche minoritaria, indicandone l'entità, la rappresentazione grafica che evidenzia i rapporti tra l'azienda e le società partecipate, la durata dell'impegno, l'onere complessivo gravante sul bilancio, il numero dei rappresentanti dell'azienda negli organi di governo, gli incarichi di amministratore dell'ente, il trattamento economico spettante e i risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari;
- effettua le verifiche sulle inconferibilità nei confronti degli amministratori la cui nomina sia stata proposta o effettuata dalle P.A. controllanti e sull'adozione del PTPC;
- segnala le violazioni degli obblighi di pubblicazione ed avvia il procedimento sanzionatorio previsto dall'art. 47 c.2 del D.Lgs. 33/2013.

Carta dei servizi dell'ASUR

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

- la Guida ai Servizi
- la Carta dei servizi

La **Guida** si pone l'obiettivo di consentire un'adeguata conoscenza delle attività offerte e delle modalità di accesso alle cure presenti nelle strutture e nei territori di riferimento.

Premesso che L'ASUR Marche presenta attualmente una realtà piuttosto frammentata, dovuta ad un processo di ristrutturazione ancora in corso (Determine n. 238-264/2017, n. 97/2019) e con percorsi di omogeneizzazione dei servizi offerti non ancora completati, si sta lavorando per addivenire ad un modello unico di Guida ai Servizi, al fine di agevolare ai cittadini l'accesso alle informazioni, la

comprensibilità, la verificabilità e il confronto tra i servizi offerti.

Nell'anno 2020, l'implementazione della Guida Unica ai Servizi è giunta alla sua fase finale. Un gruppo appositamente individuato e formato da operatori degli Uffici Relazioni con il Pubblico provenienti da tutto il territorio regionale; ha provveduto a definire le informazioni necessarie da inserire.

Ogni Area Vasta ha pubblicato la propria Guida (sia nella sua interezza, sia nelle sue parti singole appositamente richiamate per argumentum) disponibile all'apposita sottosezione nel sito aziendale: www.asur.marche.it.

Nel frattempo, le Guide ai Servizi presenti in questa sezione sono costantemente aggiornate a cura delle singole Aree Vaste, in vista di un loro sostituzione con la banca dati sopra indicata.

La **Carta dei servizi** (o Carta degli impegni) costituisce una significativa occasione di miglioramento gestionale dei servizi, attraverso la pubblicazione degli standard di qualità dei servizi e degli obiettivi di miglioramento a breve/medio/lungo termine degli stessi. Un impegno forte nei confronti dei cittadini che saranno in grado di verificare il raggiungimento di quanto dichiarato. Tenuto conto, pertanto che:

- negli anni 2017-2019, viste le differenze sostanziali esistenti nelle modalità di erogazione dei medesimi servizi nell'ambito del territorio regionale, l'Azienda ha provveduto ad individuare, dopo un processo di condivisione con le Aree Vaste, otto indicatori di qualità comuni, appartenenti alla classe di due delle macroaree analitiche previste (accessibilità ai servizi e tempestività dell'erogazione) e riferiti ad alcune tipologie di strutture sanitarie;
- l'ASUR a seguito di un'intensa attività (con la Regione Marche) avviata con l'obiettivo dell'azzeramento delle liste d'attesa, si è altresì impegnata con i cittadini a migliorare e monitorare l'efficacia della risposta alla loro domanda sanitaria, elaborando 4 indicatori aggiuntivi;
- l'ASUR partecipa, dal 2017 altresì al tavolo regionale coordinato dall'Agenzia Regionale appositamente creato per l'individuazione di obiettivi di qualità comuni con tutte le altre Aziende Sanitarie della Regione Marche. Tale attività è in via di elaborazione di altri indicatori.

Tenuto conto di ciò, nell'anno 2019, l'Azienda ha fornito indicazioni alle proprie Aree Vaste di avviare, in collaborazione con i rispettivi Comitati di Partecipazione, un'attività finalizzata all'elaborazione di ulteriori indicatori riferiti in modo maggiormente specifico alle particolarità territoriali di riferimento.

Nel 2020 ogni Area Vasta, a seguito di una ricognizione sullo stato dell'arte promossa dalla Direzione Generale, ha confermato di aver adottato gli standard di qualità comuni forniti dall'ASUR, allineandosi agli indicatori generali della Carta dei Servizi aziendale.

Nel corso del 2021, ogni Area Vasta proseguirà ad aggiornare la propria **Carta dei servizi**, definendo indicatori specifici, grazie al lavoro svolto con i propri Comitati di partecipazione, istituendo gruppi di lavoro con attivo interessamento delle Assemblee delle Associazioni.

Tali informazioni saranno pubblicate sulle sezioni di ogni Area Vasta all'interno del sito Amministrazione Trasparente.

27. Cronoprogramma delle attività trasparenza e anticorruzione

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

| Attività | Soggetto/i | Tempi |
|---|--|---|
| Relazione annuale strutture e mappatura processi | Dirigenti responsabili | Entro il 15 novembre di ogni anno |
| Presentazione proposte per aggiornamento | Dirigenti responsabili | Entro il 15 novembre di ogni anno |
| Predisposizione bozza aggiornamento Piano Triennale Prevenzione della Corruzione e Trasparenza | Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza | Entro il 31 dicembre di ogni anno |
| Adozione aggiornamento Piano Triennale Prevenzione della Corruzione e Trasparenza | Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza / Direttore Generale | Entro il 31 gennaio di ogni anno (nel 2021 entro il 31/03) |
| Pubblicazione Piano Triennale Prevenzione della Corruzione e Trasparenza | Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza | Entro il 28 febbraio di ogni anno (nel 2021 entro il 30/04) |
| Relazione annuale sull'attività svolta in materia di prevenzione della corruzione | Responsabile della Prevenzione della Corruzione | Entro il 31 gennaio di ogni anno o secondo le indicazioni ANAC (nel 2021 entro il 31/03) |
| Acquisizione nominativi dipendenti da formare | Dirigenti responsabili RPC | Entro il 31 marzo di ogni anno |
| Definizione percorsi e iniziative formative da inserire nel Piano della formazione per l'anno succ. | RPC Dirigenti responsabili | Entro il 31 dicembre di ogni anno (nel 2021 entro il 28/02) |
| Verifica rispetto obblighi pubblicazione dati - 1° semestre | Dirigenti responsabili | Entro il 31 luglio di ogni anno |
| Verifica rispetto obblighi pubblicazione dati - 2° semestre | Dirigenti responsabili | Entro il 31 gennaio di ogni anno (nel 2021 entro il 28/02) |

NOMINATIVI RESPONSABILI E REFERENTI DI STRUTTURA - AV 1

| STRUTTURA/U.O./SEVIZIO | DIRIGENTE/RESPONSABILE | E-MAIL | REFERENTE DI STRUTTURA | E-MAIL |
|---|---|--|--|--|
| DISTRETTO DI PESARO | Dr.ssa Elisabetta Esposto | elisabetta.esposto@sanita.marche.it | Dott.ssa Daniela Marsili | daniela.marsili@sanita.marche.it |
| DISTRETTO DI FANO | FF Dr. Pierluigi Fraternali - FF Dr. Giuseppe Bonafede | pierluigi.fraternali@sanita.marche.it giuseppe.bonafede@sanita.marche.it | Monteverde Laura | laura.monteverde@sanita.marche.it |
| DISTRETTO DI URBINO | F.F. Dr. Paolo Marchionni | paolo.marchionni@sanita.marche.it | Dr. Michele Cartaginese | michele.cartaginese@sanita.marche.it |
| PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO | Dr. Andrea Cani | andrea.cani@sanita.marche.it | Dr.ssa M.Elisabetta Pertosa | melisabetta.pertosa@sanita.marche.it |
| DIPARTIM. DI PREVENZIONE | Dr. Eugenio Carlotti | eugenio.carlotti@sanita.marche.it | Dott. Lorenzo Serafini | lorenzo.serafini@sanita.marche.it |
| DIPARTIM. SALUTE MENTALE | F.F. Dr.ssa Maria Elena Ridolfi | mariaelena.ridolfi@sanita.marche.it | Dr.ssa Enrica Casoli | enrica.casoli@sanita.marche.it |
| DIPARTIM. DIPENDENZE PATOL. | Dr.ssa Giovanna Diotallevi | giovanna.diotallevi@sanita.marche.it | Vasari Giuseppina | giuseppina.vasari@sanita.marche.it |
| ATL - GEST. AMM. PERSONALE CONVENZ. E STRUTT. ACCREDIT. | FF. Dott.ssa Anna Maria Lisi | annamaria.lisi@sanita.marche.it | Dott.ssa Anna Maria Lisi | annamaria.lisi@sanita.marche.it |
| ATL - URP – COMUN. - SERVIZI AMMINISTRATIVI TERRITORIALI | FF. Dott. Claudio Montalbini | claudio.montalbini@sanita.marche.it | Gerboni Patrizia | patrizia.gerboni@sanita.marche.it |
| ATL – DIR. AMM. OSPEDALIERA | FF. Dott.ssa Anna Olivetti | anna.olivetti@sanita.marche.it | Dott. Gaetano Panebianco | gaetano.panebianco@sanita.marche.it |
| ATL - GESTIONE RISORSE UMANE | Dott. Paolo Pierella | paolo.pierella@sanita.marche.it | Paolo Pierella Dott.ssa Tamara Balduini | paolo.pierella@sanita.marche.it tamara.balduini@sanita.marche.it |
| ATL – SUPP. DIREZ. E DIP. PREV. | FF Dott. Paolo Pierella | paolo.pierella@sanita.marche.it | Dott. Giovanni Neri | giovanni.neri@sanita.marche.it |
| ATL - ACQUISTI E LOGISTICA | FF Dott. Claudio Montalbini | claudio.montalbini@sanita.marche.it | Dott.ssa Ombretta Baldassarri | ombretta.baldassarri@sanita.marche.it |
| ATL – UFFICIO LEGALE | Avv. Marisa Barattini | marisa.barattini@sanita.marche.it | Dott.ssa Elena Tontini | elena.tontini@sanita.marche.it |
| ATL - BILANCIO | Dott.ssa Laura Cardinali | laura.cardinali@sanita.marche.it | Dott.ssa Cinzia Gregorini | cinzia.gregorini@sanita.marche.it |
| ATL – SUPP. CONTR. GESTIONE | Dott.ssa Anna Olivetti | anna.olivetti@sanita.marche.it | Dott.ssa Anna Olivetti | anna.olivetti@sanita.marche.it |
| ATL - FORMAZIONE | Dott.ssa Maria Grazia Luzzini | mariagrazia.luzzini@sanita.marche.it | Dott.ssa Augusta Franci | augusta.franci@sanita.marche.it |
| ATL – PATRIM. -N.OP.-ATT.TECN. | Ing. Alessandro Giuggioli | alessandro.giuggioli@sanita.marche.it | Cesarini Patricia | patricia.cesarini@sanita.marche.it |
| ATL - SISTEMI INFORMATIVI | Ing. Alessandro Giuggioli | alessandro.giuggioli@sanita.marche.it | Ing. Alberto Rosotti | alberto.rosotti@sanita.marche.it |

NOMINATIVI RESPONSABILI E REFERENTI DI STRUTTURA - AV 2

| STRUTTURA/VO/SERVIZIO | DIRIGENTE/RESPONSABILE | E-MAIL | REFERENTE DI STRUTTURA | E-MAIL |
|--|---|--|---|--|
| DISTRETTO DI ANCONA | FF DOTT. FRANCO DOLCINI | franco.dolcini@sanita.marche.it | DOTT. FRANCO DOLCINI | franco.dolcini@sanita.marche.it |
| DISTRETTO DI FABRIANO | FF DR.SSA ROSSELLA CARLETTI | rossella.carletti@sanita.marche.it | FF DR.SSA ROSSELLA CARLETTI | rossella.carletti@sanita.marche.it |
| DISTRETTO DI JESI | DR. CORRADO CECI | corrado.ceci@sanita.marche.it | DR. CORRADO CECI | corrado.ceci@sanita.marche.it |
| DISTRETTO DI SENIGALLIA | DR. ALESSANDRO MARINI | alessandro.marini@sanita.marche.it | DR. ALESSANDRO MARINI | alessandro.marini@sanita.marche.it |
| PRESIDIO OSPEDALIERO SENIGALLIA | DOTT.SSA STEFANIA MANCINELLI | stefania.mancinelli3@sanita.marche.it | DOTT.SSA STEFANIA MANCINELLI | stefania.mancinelli3@sanita.marche.it |
| PRESIDIO OSPEDALIERO JESI | | | | |
| PRESIDIO OSPEDALIERO FABRIANO | | | | |
| DIPARTIMENTO PREVENZIONE | FF DR.SSA DANIELA CIMINI | daniela.cimini@sanita.marche.it | SIG.ra SIMONA ROMAGNOLI | simona.romagnoli@sanita.marche.it |
| DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE | DOTT. MASSIMO MARI | massimo.mari@sanita.marche.it | SIG.ra LUCIA GIOVAGNOLI | lucia.giovagnoli@sanita.marche.it |
| DIP. DIPENDENZE PATOLOGICHE | DOTT. CARLO CICCIOI in aspett. Sost. Dr.ssa MARELLA TARINI | marella.tarini@sanita.marche.it | DOTT. STEFANO FORNAROLI | stefano.fornaroli@sanita.marche.it |
| ATL - DIREZIONE AMM.VA TERR.LE E MEDICINA CONVENZIONATA | FF DR.SSA MARINELLA CARDINALETTI | marinella.cardinaletti@sanita.marche.it | DR.SSA VALERIA TINTI | valeria.tinti@sanita.marche.it |
| ATL - DIREZIONE AMM.VA OSPEDAL. E FUNZIONI DI FRONT-BACK OFFICE | DR. EMANUELE ROCCHI | emanuele.rocchi@sanita.marche.it | DR.SSA TIZIANA GIAMPIERI | tiziana.giampieri@sanita.marche.it |
| ATL- CONVENZ. STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE E TRASPORTI SANITARI | DR.SSA FIAMMETTA MASTRI | fiammetta.mastri@sanita.marche.it | DR.SSA CRISTINA BERLUTI | cristina.berluti@sanita.marche.it |
| ATL - SUPPORTO ALL'AREA POLITICHE DEL PERSONALE | DR.SSA ROSARIA CIANCAIONE | rosaria.ciancaione@sanita.marche.it | DR. MICHELE ALLEGREZZA SIG.RA CINZIA GIORGI | michele.allegrezza@sanita.marche.it cinzia.giorgi@sanita.marche.it |
| ATL - SUPPORTO ALL'AREA CONTROLLO DI GESTIONE | DR.SSA M. LETIZIA PARIS | letizia.paris@sanita.marche.it | DR.SSA M. LETIZIA PARIS | letizia.paris@sanita.marche.it |
| ATL – SUPPORTO SISTEMI INFORMATIVI AZIEND. | DR. GIOVANNI GUIDI | giovanni.guidi@sanita.marche.it | SIG. FABRIZIO FARDELLA SIG. ENRICO CIARUFFOLI | fabrizio.fardella@sanita.marche.it enrico.ciaruffoli@sanita.marche.it |
| ATL – SUPPORTO AREA PATRIMONIO NUOVE OPERE E ATTIVITA' TECNICHE | ING. CLAUDIO TITTARELLI | claudio.tittarelli@sanita.marche.it | SIG.RA SARA TONTINI ING. FRANCESCO ROSSETTI ING. LUCA BALDINI SIG. ROBERTO GERINI SIG.RA FRANCESCA UBERTINI SIG. ALESSANDRO ANIBALDI SIG. EUGENIO GHERGO SIG. EUGENIO PESARESI SIG. AUGUSTO BERLUTI SIG.RA PAMELA SERINI | sara.tontini@sanita.marche.it francesco.rossetti@sanita.marche.it luca.baldini@sanita.marche.it roberto.gerini1@sanita.marche.it francesca.ubertini@sanita.marche.it alessandro.anibaldi@sanita.marche.it eugenio.ghergo@sanita.marche.it eugenio.pesaresi@sanita.marche.it augusto.berluti@sanita.marche.it pamela.serini@sanita.marche.it |

| | | | | |
|---|-----------------------------|--|---|--|
| ATL – SUPPORTO AREA ACQUISTI E LOGISTICA | DR. CARLO SPACCIA | carlo.spaccia@sanita.marche.it | DR. R. COLARIZI GRAZIANI DR.SSA SARA PANTALONI SIG.RA CRISTIANA FREZZOTTI | ranieri.colarizi@sanita.marche.it sara.pantaloni@sanita.marche.it cristiana.frezzotti@sanita.marche.it |
| ATL – SUPPORTO ALL’AREA AFFARI GENERALI E CONTENZIOSO | FF DOTT.SSA CRISTINA ARZENI | cristina.arzeni@sanita.marche.it | DR.SSA M.SILVIA PESCIARELLI | silvia.pesciarelli@sanita.marche.it |
| ATL - FORMAZIONE | DR.SSA MANUELA SILVESTRINI | manuela.silvestrini@sanita.marche.it | SIG.RA MARIELLA BRAVI | mariella.bravi@sanita.marche.it |
| ATL – SUPP. AMM. RISCHIO CLINICO – SPERIMENT – LP E RECUP.CRED.SAN. | DR.SSA LORELLA PIETRELLA | lorella.pietrella@sanita.marche.it | DR.SSA LAURA SANTONI | laura.santoni@sanita.marche.it |
| ATL - URP E COMUNICAZIONE | DR. GIOVANNI GUIDI | giovanni.guidi@sanita.marche.it | DR. LUIGI SFREDDA | luigi.sfreda@sanita.marche.it |

NOMINATIVI RESPONSABILI E REFERENTI DI STRUTTURA - AV 3

| STRUTTURA | RESPONSABILE | EMAIL | REFERENTE | EMAIL |
|--|------------------------------------|--|-------------------------------|--|
| DISTRETTO SANITARIO MACERATA | Dr.ssa Giovanna Faccenda | giovanna.faccenda@sanita.marche.it | Dr.ssa Giovanna Faccenda | giovanna.faccenda@sanita.marche.it |
| PRESIDI OSPEDALIERI | Dr. Carlo Di Falco | carlo.difalco@sanita.marche.it | Dr. Carlo Di Falco | carlo.difalco@sanita.marche.it |
| DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE | Dr. Alberto Tibaldi (Direttore) | alberto.tibaldi@sanita.marche.it | Dr. Gianni Mercuri | gianni.mercuri@sanita.marche.it |
| GESTIONE TRASPORTI SANITARI | Paolo Gubbinelli | paolo.gubbinelli@sanita.marche.it | Laura Benedetti | laura.benedetti@sanita.marche.it |
| DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE | Dr. Stefano Nassini | Stefano.nassini@sanita.marche.it | Dr. Stefano Nassini | stefano.nassini@sanita.marche.it |
| DIPARTIMENTO DIPENDENZE PATOLOGICHE | Dr. Gianni Giuli | gianni.giuli@sanita.marche.it | Dr. Gianni Giuli | gianni.giuli@sanita.marche.it |
| ATL – SUPP. AREA ACQUISTI E LOGISTICA | Dr Zelinda Giannini | zelinda.giannini@sanita.marche.it | Dr.ssa Martina Orlandi | martina.orlandi@sanita.marche.it |
| DIPARTIMENTO DEI SERVIZI | Dr.ssa Clelia perfetti | clelia.perfetti@sanita.marche.it | Dr. Gianni Giuli | clelia.perfetti@sanita.marche.it |
| DIPARTIMENTO IMMUNO TRASFUSIONALE REG.LE | Dr. Giovanni Ribichini | giovanni.ribichini@sanita.marche.it | Dr. Giovanni Ribichini | giovanni.ribichini@sanita.marche.it |
| ATL – SUPP. AREA POLITICHE PERSONALE | Dr. Fabrizio Trobbiani | fabrizio.trobbiani@sanita.marche.it | Dr. Fabrizio Trobbiani | fabrizio.trobbiani@sanita.marche.it |
| ATL – SUPP. AREA SISTEMI INFORMATIVI | Dr. Antonio Agostini | antonio.agostini2@sanita.marche.it | Silvia Pazzelli | silvia.pazzelli@sanita.marche.it |
| ATL – SUPP. AREA PATRIMONIO, NUOVE OPERE E ATTIVITÀ TECNICHE | Ing. Fulvia Dini | fulvia.dini@sanita.marche.it | Dr.ssa Cristiana Valerii | cristiana.valeri@sanita.marche.it |
| DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE | Dr. Alberto Carelli | alberto.carelli@sanita.marche.it | Dr.ssa Donatella Rinaldelli | donatella.rinaldelli@sanita.marche.it |
| DIREZIONE AMMINISTRATIVA OSPEDALIERA | Dr. Alberto Carelli F.F. | alberto.carelli@sanita.marche.it | Dr.ssa Valchiria Capozucca | valchiria.capozucca@sanita.marche.it |
| URP E QUALITÀ | Dr. Alberto Carelli F.F. | alberto.carelli@sanita.marche.it | Dr. Alberto Carelli | alberto.carelli@sanita.marche.it |
| ATL -SUPPORTO LEGALE, CONTENZIOSO E ASSICURATIVO | Dr.ssa Adriana Carradorini | adriana.carradorini@sanita.marche.it | Dr.ssa Adriana Carradorini | adriana.carradorini@sanita.marche.it |
| FARMACIA OSPEDALIERA | Dr. Adriano Giglioni | adriano.giglioni@sanita.marche.it | Dr. Adriano Giglioni | adriano.giglioni@sanita.marche.it |
| FARMACIA TERRITORIALE | Dr.ssa Giulia Maria Marino | giuliamaria.marino@sanita.marche.it | Dr.ssa Giulia Maria Marino | giuliamaria.marino@sanita.marche.it |
| DIPARTIMENTO MEDICINA INTERNA EGGERIATRICA | Dott.ssa Minnucci Maria Luisa | marialuisa.minnucci@sanita.marche.it | Dott.ssa Minnucci Maria Luisa | marialuisa.minnucci@sanita.marche.it |
| DIPARTIMENTO SPECIALITÀ MEDICHE | Dr. Franco Sopranzi | franco.sopranzi@sanita.marche.it | Dr. Franco Sopranzi | franco.sopranzi@sanita.marche.it |

NOMINATIVI RESPONSABILI E REFERENTI DI STRUTTURA - AV 4

| STRUTTURA | RESPONSABILE | EMAIL | REFERENTE | | EMAIL |
|--|-------------------------|--|--------------|-----------|--|
| Acquisti e logistica | dr. Fulvio De Cicco | fulvio.decicco@sanita.marche.it | Pagliari | Silvana | silvana.pagliari@sanita.marche.it |
| Acquisti e logistica | dr. Fulvio De Cicco | fulvio.decicco@sanita.marche.it | De Cicco | Fulvio | fulvio.decicco@sanita.marche.it |
| Anestesia Rianimazione | dr.ssa Luisanna Cola | luisanna.cola@sanita.marche.it | Cola | Luisanna | luisanna.cola@sanita.marche.it |
| Attività Tecniche | Ing. Alberto Franca | alberto.franca@sanita.marche.it | Franca | Alberto | alberto.franca@sanita.marche.it |
| Bilancio | dr. Luigi Stortini | luigi.stortini@sanita.marche.it | Ricucci | Riccardo | riccardo.ricucci@sanita.marche.it |
| Chirurgia | dr. Silvio Guerriero | silvio.guerriero@sanita.marche.it | Bernetti | Francesco | gabriele.corradini@sanita.marche.it |
| Direzione Amministrativa Ospedaliera | dr. Valter Pazzi | valter.pazzi@sanita.marche.it | Brasili | Luigi | luigi.brasili@sanita.marche.it |
| Direzione Medica Ospedaliera | FF dr. Luca Polci | luca.polci@sanita.marche.it | Padovani | Fiorenza | fiorenza.padovani@sanita.marche.it |
| Direzione Amministrativa Territoriale | dr. Luigi Stortini | luigi.stortini@sanita.marche.it | Paletti | Francesco | francesco.paletti@sanita.marche.it |
| Distretto sanitario | dr. Vittorio Scialè | vittorio.sciale@sanita.marche.it | Paci | Sabina | sabina.paci@sanita.marche.it |
| DSM | dr.ssa Mara Palmieri | mara.palmieri@sanita.marche.it | Palmieri | Mara | mara.palmieri@sanita.marche.it |
| DSM Area Territoriale | dr.ssa Mara Palmieri | mara.palmieri@sanita.marche.it | Palmieri | Mara | mara.palmieri@sanita.marche.it |
| Farmacia | dr. Massimo Fioretti | massimo.fioretti@sanita.marche.it | Fioretti | Massimo | massimo.fioretti@sanita.marche.it |
| | | | Palmarocchi | Augusta | augusta.palmarocchi@sanita.marche.it |
| | | | Santarelli | Emanuela | emanuela.santarelli@sanita.marche.it |
| Gestione Risorse Umane | dr. Michele Gagliani | michele.gagliani@sanita.marche.it | Gagliani | Michele | michele.gagliani@sanita.marche.it |
| Igiene e sanità pubblica | dr. Giuseppe Ciarrocchi | giuseppe.ciarrocchi@sanita.marche.it | Ciarrocchi | Giuseppe | giuseppe.ciarrocchi@sanita.marche.it |
| medicina Chirurgia d'urgenza | dr. Antonio Ciucani | antonio.ciucani@sanita.marche.it | Giostra | Fabrizio | fabrizio.giostra@sanita.marche.it |
| Pediatria | dr. Emanuela Lanfranchi | emanuela.lanfranchi@sanita.marche.it | Lanfranchi | Emanuela | emanuela.lanfranchi@sanita.marche.it |
| Protezione e sicurezza ambienti lavoro | FF dr. Maria Nicolazzo | antonietta.sollini@sanita.marche.it | Borraccini | Alfredo | alfredo.borraccini@sanita.marche.it |
| Servizio Dipendenze Patologiche Servizio Dipendenze Patologiche | dr. Giorgio Pannelli | Giorgio.pannelli@sanita.marche.it | Sacchini | Gianna | gianna.sacchini@sanita.marche.it |
| | | | Pieragostini | Francesca | francesca.pieragostini@sanita.marche.it |
| Sistemi informativi | Ing. Stefano Intorbida | stefano.intorbida@sanita.marche.it | Intorbida | Stefano | stefano.intorbida@sanita.marche.it |
| URP | FF dr. Licio Livini | licio.livini@sanita.marche.it | De Vecchis | Barbara | barbara.devecchis@sanita.marche.it |

NOMINATIVI RESPONSABILI E REFERENTI DI STRUTTURA - AV 5

| Struttura | Direttore/Responsabile | E-mail | Referente | E-mail |
|--|-----------------------------|--|-----------------------------|--|
| Distretto di San Benedetto del Tronto | Dr.ssa Maria Teresa Nespeca | mariateresa.nespeca@sanita.marche.it | Dr.ssa Maria Teresa Nespeca | mariateresa.nespeca@sanita.marche.it |
| Distretto di Ascoli Piceno | Dr.ssa Giovanna Picciotti | giovanna.picciotti@sanita.marche.it | Dr.ssa Giovanna Picciotti | giovanna.picciotti@sanita.marche.it |
| Direzione Medica del Presidio ospedaliero | Dott. Giancarlo Viviani | giancarlo.viviani@sanita.marche.it | Dott. Giancarlo Viviani | giancarlo.viviani@sanita.marche.it |
| DIPARTIMENTO di Prevenzione | Dott. Claudio Angelini | claudio.angelini@sanita.marche.it | Dott. Antonio Agostini | antonio.agostini1@sanita.marche.it |
| DIPARTIMENTO Salute Mentale | Dott. Marco Giri | marco.giri@sanita.marche.it | Dott. Marco Canaletti | marco.canaletti@sanita.marche.it |
| DIPARTIMENTO Dipendenze Patolog. | Dr. Claudio Cacaci | claudio.cacaci@sanita.marche.it | Dott. Marco Quercia | marco.quercia@sanita.marche.it |
| DIPARTIMENTO Medico | Dr. Mario Sfrappini | mario.sfrappini@sanita.marche.it | Dr. Mario Sfrappini | mario.sfrappini@sanita.marche.it |
| DIPARTIMENTO Chirurgico | Dr. Concetto Battiato | concetto.battiato@sanita.marche.it | Dr. Concetto Battiato | concetto.battiato@sanita.marche.it |
| DIPARTIMENTO Emergenza-Urgenza | Dr.ssa Tiziana Principi | tiziana.principi@sanita.marche.it | Dr.ssa Tiziana Principi | tiziana.principi@sanita.marche.it |
| DIPARTIMENTO Materno Infantile | Dr. Andrea Chiari | andrea.chiari@sanita.marche.it | Dr. Andrea Chiari | andrea.chiari@sanita.marche.it |
| DIPARTIMENTO dei Servizi | Dr. Carlo Marinucci | carlo.marinucci@sanita.marche.it | Ivan Rapetta | ivan.rapetta@sanita.marche.it |
| Supporto Area Affari Generali e Contenzioso | Dr. Marco Ojetti | marco.ojetti@sanita.marche.it | Dr. Marco Ojetti | marco.ojetti@sanita.marche.it |
| Supporto Area Politiche del Personale | Dr. Silvio Maria Liberati | silviomaria.liberati@sanita.marche.it | Emidia Luciani | emidia.luciani@sanita.marche.it |
| Supp. Area Patrimonio Nuove Opere e Attivita' Tecniche | Ing. Giovanni Ferrari | giovanni.ferrari@sanita.marche.it | Ing. Giovanni Ferrari | giovanni.ferrari@sanita.marche.it |
| Direzione Amministrativa Territoriale | Dott. Marco Canaletti | marco.canaletti@sanita.marche.it | Dr.ssa Marina Tombesi | marina.tombesi@sanita.marche.it |
| | | | Dr.ssa Benedetta Capriotti | benedetta.capriotti@sanita.marche.it |
| Direzione Amministrativa Ospedaliera | Dott. Massimo Esposito | massimo.esposito@sanita.marche.it | Dott. Massimo Esposito | massimo.esposito@sanita.marche.it |
| Urp | Dott. Massimo Esposito | massimo.esposito@sanita.marche.it | Dott. Massimo Esposito | massimo.esposito@sanita.marche.it |
| Formazione | Dott. Massimo Esposito | massimo.esposito@sanita.marche.it | Dott. Massimo Esposito | massimo.esposito@sanita.marche.it |
| Supporto Area Acquisti e Logistica | Dott. Pietrino Maurizi | pietrino.maurizi@sanita.marche.it | Dott. Pietrino Maurizi | pietrino.maurizi@sanita.marche.it |
| UOC Farmacia | Dott. isidoro Mazzoni | isidoro.mazzoni@sanita.marche.it | Dr.ssa Giovanna Acciarri | giovanna.acciarri@sanita.marche.it |
| | | | Dr.ssa Vita Maria Laterza | vitamaria.laterza@sanita.marche.it |
| | | | Dr.ssa Maria Chiara Romani | mariachiara.romani@sanita.marche.it |
| | | | Dr.ssa Anita Vagnoni | anita.vagnoni@sanita.marche.it |
| | | | Dr.ssa Isabella Brandimarti | isabella.brandimarti@sanita.marche.it |
| | | | Dr.ssa Stefania Rafaiani | stefania.rafaiani@sanita.marche.it |

NOMINATIVI RESPONSABILI DI STRUTTURA E REFERENTI PER LA PUBBLICAZIONE – DIREZIONE GENERALE

| STRUTTURA/U.O./SEVIZIO | DIRIGENTE/ RESPONSABILE | E-MAIL | REFERENTE | EMAIL |
|--|------------------------------------|--|------------------------------|--|
| AREA AFFARI GENERALI | Avv. Lucia Cancellieri | lucia.cancellieri@sanita.marche.it | Dott. Gabriele Ricciotti | gabriele.ricciotti@sanita.marche.it |
| AREA INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA | Dr. Firmani Nazzareni | nazzareno.firmani@sanita.marche.it | Dr.ssa Doriana Della Valle | doriana.dellavalle@sanita.marche.it |
| AREA DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE. | Dr. Alberto Tibaldi | alberto.tibaldi@sanita.marche.it | Dr. Alberto Tibaldi | alberto.tibaldi@sanita.marche.it |
| AREA POLITICHE DEL PERSONALE. | Dott. Fabrizio Trobbiani | fabrizio.trobbiani@sanita.marche.it | Dott.ssa Laura Anselmi | alberto.caiozzo@sanita.marche.it |
| AREA ACQUISTI E LOGISTICA | Dott. Matteo Biraschi | matteo.biraschi@sanita.marche.it | Dott. Stefano Simoncini | stefano.simoncini@sanita.marche.it |
| DIPARTIMENTO UNICO DEL FARMACO | Dr.ssa Anna Maria Resta | anna.resta@sanita.marche.it | Dr.ssa Anna Maria Resta | anna.resta@sanita.marche.it |
| AREA CONTROLLO DI GESTIONE | Sonia Piercamilli | sonia.piercamilli@sanita.marche.it | Dr.ssa Laura Donnini | laura.donnini@sanita.marche.it |
| AREA CONTABILITA' BILANCIO E FINANZA. | Dott.ssa Maria Francesca Grechi | francesca.grechi@sanita.marche.it | Dott. Stefano Barbabietolini | stefano.barbabietolini@sanita.marche.it |
| AREA SISTEMI INFORMATIVI | Dott.ssa Cristiana Sisti | cristiana.sisti@sanita.marche.it | Ing. Luigi Lella | luigi.lella@sanita.marche.it |
| AREA PATRIMONIO E ATTIVITA' TECNICA-INGEGNERIA CLINICA | Dott.ssa Antonella Pianosi | antonella.pianosi@sanita.marche.it | Dr. Fabrizio Germoni | fabrizio.germoni@sanita.marche.it |
| AREA COMUNICAZIONE/URP FORMAZIONE | Dott.ssa Maria Flavia Spagna | mariaflavia.spagna@sanita.marche.it | Dott.ssa Cristina Omenetti | cristina.omenetti@sanita.marche.it |