



Allegato 1

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

Anni 2019 - 2021

Sommario

1. Introduzione - Premessa.....	4
Definizione di Corruzione.....	4
2. La normativa	6
3. Centralità del RPCT e soggetti aziendali coinvolti.....	9
4. Obiettivi e strumenti per combattere la corruzione.....	16
5. Ulteriori misure proposte per prevenire la corruzione.....	17
6. Procedure e misure da rinnovare per il triennio.....	18
Codice di Comportamento	14
La gestione dei conflitti di interesse e le dichiarazioni.....	16
Rotazione degli incarichi	17
Inconferibilità e incompatibilità.....	19
7. Formazione obbligatoria	25
Programma dei Corsi dell'ASUR MARCHE	27
8. Whistleblowing	27
9. Analisi dei Rischi.....	29
Mappatura dei processi e criteri di valutazione del rischio.....	29
Schede di valutazione e trattamento del rischio.....	30
La valutazione e l'analisi del rischio di corruzione	30
10. Area di rischio Contratti Pubblici in Sanità.....	30
Analisi del contesto interno	30
Procedure di gara e affidamenti diretti.....	35
Programmazione	35
Progettazione.....	36
Selezione del contraente	39
Esecuzione del contratto	40
Rendicontazione del contratto.....	41
Procedure di gara per la fornitura di farmaci e presidi	42
Affidamenti servizi esternalizzati	41
Procedure di acquisto di materiale economale.....	45
Procedure di acquisto di hardware, software e licenze d'uso.....	46
Procedure di gara per le tecnologie sanitarie	46
11. Area Patrimonio e Servizi manutentivi.....	44
Analisi del contesto interno ed esterno	47
12. Area Bilancio e Gestione dei pagamenti.....	48
13. Area di Rischio SPECIFICO in Sanità	48
La Corruzione in Sanità	48
Analisi del contesto esterno	50
Analisi del contesto interno	51
La Rete Ospedaliera.....	52
Assistenza Territoriale	52
14. AMBITI più frequenti di CORRUZIONE in Sanità.....	53
Aree di rischio generali.....	53
Incarichi e nomine.....	50
Incarichi dirigenziali di struttura complessa	50
Incarichi a soggetti esterni	54
Aree di rischio specifiche del settore sanitario	55
15. Attività ALPI	55
Liste di attesa	56

16. Controlli nelle strutture accreditate.....	58
17. Attività di vigilanza, controlli, ispezioni.....	61
18. Spesa farmaceutica convenzionata ed interna.....	62
19. Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero.....	60

SEZIONE TRASPARENZA

1. Introduzione: Organizzazione e funzioni dell'Amministrazione.....	66
2. Le principali Novità.....	67
Sezione Trasparenza e coordinamento con il PTPC.....	67
3. Il Procedimento di attuazione della Trasparenza.....	68
Obiettivi strategici in materia di trasparenza.....	68
Il collegamento con il Codice di Comportamento.....	69
Il collegamento con il Piano della Performance.....	70
4. Iniziative di comunicazione della Trasparenza.....	70
Iniziative di diffusione della Trasparenza e dei dati pubblicati.....	70
Organizzazione delle Giornate della Trasparenza.....	71
5. Processo di attuazione della Trasparenza.....	72
Il Dirigente ASUR Trasparenza e Anticorruzione.....	72
I Referenti per la Trasparenza nelle Aree Vaste.....	72
I Responsabili della pubblicazione ed aggiornamento dei dati.....	73
Il Sistema di monitoraggio e verifiche.....	74
Il Nucleo di Valutazione Aziendale.....	75
6. L'istituto dell'Accesso Civico.....	76
7. La Formazione del personale in materia di Trasparenza.....	76
8. Dati ulteriori.....	77
Griglia degli Obblighi di Pubblicazione.....	77
Società partecipate dall'ASUR.....	78
Carta dei servizi dell'ASUR.....	79
Nominativi responsabili e referenti di struttura delle Aree Vaste.....	81

1. Introduzione

Premessa

Il presente documento definisce il **Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione (PTPC)** per gli **anni 2019-2021**, e aggiorna quello redatto con la determina ASUR n. 56 del 31/01/2018, ai sensi dell'art. 1, co. 8 della L. n. 190/2012. In attuazione di quanto previsto dagli aggiornamenti al Piano Nazionale Anticorruzione (PNA), adottati dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), si conferma la trasparenza quale misura fondamentale di prevenzione della corruzione.

Il PTPC contiene infatti una **sezione specifica** dedicata all'attuazione della **trasparenza ed integrità** con l'indicazione dei dirigenti responsabili per la pubblicazione dei dati obbligatori sul sito.

Le disposizioni contenute nei vari aggiornamenti al primo PNA (Delibera CIVIT n. 72 del 11/09/2013) predisposti dall'ANAC dal 2015 al 2018 (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) costituiscono **atti di indirizzo** ai sensi dell'art. 1, co. 2 bis della L. n. 190/2012, in virtù degli interventi normativi introdotti con il D.Lgs. n. 97/2016, che hanno fortemente inciso sul sistema di prevenzione della corruzione a livello istituzionale.

L'attenzione del legislatore è sempre più incentrata sull'effettiva attuazione di misure in grado di incidere sui fenomeni corruttivi, come dimostra la disciplina introdotta dal D.L. n. 90 del 24/06/2014 recante il trasferimento completo delle competenze sulla prevenzione della corruzione e sulla trasparenza dal Dipartimento della Funzione Pubblica (DFP) all'**ANAC**, nonché la rilevante riorganizzazione dell'ANAC e l'assunzione delle funzioni e delle competenze della soppressa Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici (AVCP).

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.

La Circolare n. 1 del 25 gennaio 2013 del Dipartimento della Funzione Pubblica amplia il concetto di corruzione ai fini dell'ambito di applicazione della legge 6 novembre 2012, n. 190 chiarendo che 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.

Si conferma la definizione del fenomeno contenuta nel PNA, non solo più ampia dello specifico reato di corruzione e del complesso dei reati contro la pubblica amministrazione, ma coincidente con la "maladministration", intesa come assunzione di decisioni (di assetto di interessi a conclusione di procedimenti, di determinazioni di fasi interne a singoli procedimenti, di gestione di risorse pubbliche) devianti dalla cura dell'interesse generale a causa del condizionamento improprio da parte di interessi particolari.

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.

2. La normativa

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 come 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 nucleo del 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. 235 del 31/12/2012 denominato “Testo unico delle disposizioni in materia di incandidabilità e divieto di ricoprire cariche elettive e di Governo conseguenti a sentenze definitive di condanna per delitti non colposi, a norma dell'articolo 1, comma 63, della legge 6 novembre 2012, n. 190;
- ✓ Decreto Legislativo n. 97 del 25/05/2016 denominato “Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, 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;
- le Linee guida in materia di Codici di Comportamento delle pubbliche amministrazioni, Delibera ANAC n. 75 del 24/10/2013;
- 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 tutela del whistleblower, Determinazione n. 6 del 28/04/2015;
- 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 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:
 - ✓ n. 1 "Indirizzi generali sull'affidamento dei servizi attinenti architettura e ingegneria" (Delibera n. 973 del 14/09/2016);
 - ✓ n. 2 "Offerta economicamente più vantaggiosa" (Delibera n. 1005 del 21/09/2016);
 - ✓ n. 3 "Nomina, ruolo e compiti del responsabile unico del procedimento per l'affidamento di appalti e concessioni" (Delibera n. 1096 del 26/10/2016);
 - ✓ n. 4 "Procedure per l'affidamento dei contratti pubblici di importo inferiore alle soglie di rilevanza comunitaria, indagini di mercato e formazione e gestione degli elenchi di operatori economici" (Delibera n. 1097 del 26/10/2016);
 - ✓ n. 5 "Criteri di scelta dei commissari di gara e di iscrizione degli esperti nell'Albo nazionale obbligatorio dei componenti delle commissioni giudicatrici" (Delibera n. 1190 del 16/11/16);
 - ✓ n. 6 "Indicazione dei mezzi di prova adeguati e delle carenze nell'esecuzione di un precedente contratto di appalto che possano considerarsi significative per la dimostrazione delle circostanze di esclusione di cui all'art. 80, comma 5, lett. c) del Codice" (Delibera n. 1293 del 16/11/2016);
 - ✓ n. 7 "Linee Guida per l'iscrizione nell'Elenco delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori che operano mediante affidamenti diretti nei confronti di proprie società in house previsto dall'art. 192 del d.lgs. 50/2016" (Delibera n. 235 del 15/02/2017) aggiornate al D.lgs. n. 56/17 con deliberazione del Consiglio n. 951 del 20/09/2017;
 - ✓ n. 8 "Ricorso a procedure negoziate senza previa pubblicazione di un bando nel caso di forniture e servizi ritenuti infungibili" (Delibera n. 950 del 13/09/2017);
- 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'articolo 3 della legge 13 agosto 2010, n. 136 -aggiornamento determinazione n. 4 del 7/7/2011 al D.Lgs. 56/2017 (Delibera n. 556 del 31/05/2017);
- "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);
- Linee guida n. 12 Affidamento dei servizi legali - Delibera numero 907 del 24 ottobre 2018;
- 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;

- 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;
- 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;
- 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.

3. Centralità del RPCT e soggetti aziendali coinvolti.

Ai sensi dell'art. 1, co. 7 della L. n. 190/2012, come modificato dall'art. 41, co. 1, lett. f), del D.Lgs. n. 97/2016, l'organo di indirizzo ha individuato il Responsabile della **Prevenzione della Corruzione** e della **Trasparenza** (RPCT), tra i dirigenti di ruolo in servizio, prevedendo le modifiche organizzative necessarie per assicurare funzioni e poteri idonei per lo svolgimento dell'incarico con piena autonomia ed effettività. La responsabilità per la Trasparenza è stata prevista, nell'ASUR, in aggiunta alla funzione di prevenzione della corruzione, come suggerito dall'ANAC: è presente un **unico soggetto** quale **RPCT**.

Il RPCT rappresenta uno dei soggetti fondamentali 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 sul ruolo e funzioni del RPCT si ribadisce quanto già espresso nell'aggiornamento 2016 al PNA.

Nell'ultima **Delibera n. 1074/2018** 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 (**Delibera ANAC n. 840 del 02/10/2018**). Inoltre con Delibera n. 657 del 18/07/2018 è stato approvato il Regolamento sull'intervento dell'ANAC per il riesame dei provvedimenti di **revoca** o di altre **misure discriminatorie** nei confronti del RPCT.

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

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

Poteri di interlocuzione e di controllo

All'art. 1 co. 9, lett. c) 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".

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 2019 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.

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). La condizione necessaria, però, è che tale struttura sia posta effettivamente al servizio dell'operato del RPCT.

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, con riferimento agli adempimenti sia in materia di anticorruzione che in materia di trasparenza.

A tal fine sono stati individuati i Referenti sotto indicati (vedasi Tabelle A, B, C, D, E, ed F) precisando che 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.

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, individuando nello stesso atto 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. Sono inoltre comprese 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.

Inoltre, al fine di garantire un ulteriore supporto all'RPCT, è stato approvato 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):

- ✓ Dr. Matteo Biraschi
- ✓ Dr. Alberto Lanari
- ✓ Dr.ssa Adriana Carradorini
- ✓ Dr. ssa Anita Giretti
- ✓ Dr.ssa Maria Flavia Spagna
- ✓ Dr.ssa Maria Silvia Pesciarelli
- ✓ Dr. Remo Appignanesi (succeduto a Giuseppe Andrisani in quiescenza)
- ✓ Dr. ssa Loredana Riccio
- ✓ Dr.ssa Doriana 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	Direttore
Dott. Luigi Stortini	Area Dipartimentale Contabilità e Bilancio	Direttore
Dott. Fabrizio Trobbiani	Area Dipartimentale Politiche del Personale	Direttore FF
Sig. Sergio Piersantelli	Area Dipartimentale Servizi Informativi	Direttore
Dott.ssa Sonia Piercamilli	Area Dipartimentale Controllo di Gestione	Direttore
Ing. Antonella Pianosi	Area Ingegneria Clinica	Direttore
	Area Dipartimentale Patrimonio e Nuove opere	Direttore FF

Direttori delle Aree di Coordinamento presso ASUR sede centrale

Tabella B

Nominativo	Area/Struttura/Ufficio	Qualifica
Dr. Giuliano Tagliavento	Area di Coordinamento funzionale Direzione Tecnica della Prevenzione primaria e collettiva - Area Medica.	Direttore
Dr. Alberto Tibaldi	Area di Coordinamento funzionale Direzione Tecnica della prevenzione primaria e collettiva - area veterinaria.	Direttore
Dr. Remo Appignanesi	Area di Coordinamento funzionale specialistica ambulatoriale, libera professione, liste d'attesa.	Direttore
Dr. Stefano Sagratella	Dipartimento funzionale del farmaco	Direttore

Dirigenti Area Socio Sanitaria ASUR

Tabella C

Dr. Nazzareno Firmani	Area Socio - sanitaria	Dirigente Amministrativo
Dr.ssa Dorianella Della Valle	Area Socio - sanitaria	Dirigente Amministrativo

Direttori/Responsabili di Strutture di Area Vasta

Tabella D

Nominativo	Area/Struttura/Ufficio	Qualifica
Dott. Francesco Angioni	Presidio Ospedaliero Unico Area Vasta 1	Direttore Amministrativo
Dott. Emanuele Rocchi	Presidio Ospedaliero Area Vasta 2	Direttore Amministrativo
Dott.ssa Loredana Riccio	Presidio Ospedaliero Unico Area Vasta 3	Direttore Amministrativo
Dott.ssa Maria Rita Gambino	Presidio Ospedaliero Unico Area Vasta 4	Direttore Amministrativo
Dott. Massimo Esposito	Presidio Ospedaliero Unico Area Vasta 5	Direttore Amministrativo FF

Direttori/Responsabili di Strutture ATL di Area Vasta**Tabella E**

Dott. Paolo Pierella	UOC Supporto all'Area AA.GG e Contenzioso AV 1	Direttore
Dott.ssa Anita Giretti	UOC Supporto all'Area AA.GG e Contenzioso AV 2	Direttore
Dott.ssa Adriana Carradorini	UOC Supporto all'Area AA.GG e Contenzioso AV 3	Direttore
Dott. Simone Aquilanti	UOC Supporto all'Area AA.GG e Contenzioso AV 4	Direttore
Dott. Marco Ojetti	UOC Supporto all'Area AA.GG e Contenzioso AV 5	Direttore

Referenti per la Trasparenza**Tabella F**

Dott. Alberto Lanari	Area Comunicazione Formazione e URP ASUR	Direttore
Dott. Tiziano Busca	UOC Anagrafe- CUP Front office – sistema delle prestazioni territoriali AV 1	Direttore
Dott.ssa Maria Silvia Pesciarelli	UOC Supporto all'Area AA.GG e Contenzioso AV 2	Collaboratore Amministrativo
Dott. Alberto Carelli	URP AV 3	Direttore
Dott.ssa Maria Flavia Spagna	URP AV 4	Dirigente URP
Dott. Massimo Esposito	URP AV 5	Direttore

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".

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

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

4. Obiettivi e strumenti per combattere la corruzione

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;
- ❖ formazione sulle norme ed in particolare in materia di etica, integrità ed altre tematiche attinenti alla prevenzione della corruzione;
- ❖ applicazione di criteri di selezione e rotazione del personale operante nelle aree a rischio;
- ❖ 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*).

5. Ulteriori misure proposte 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 e dei Direttori dei Servizi di rendersi autonomi dalla "Politica" che 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 assicurare che lo svolgimento delle funzioni di RPCT avvengano in condizione di **indipendenza e di garanzia**. In attesa dell'attuazione di quanto previsto dalla L. 124/2015, la Direzione Generale si impegna a regolare adeguatamente la materia, con atti organizzativi generali o nell'atto di nomina del RPCT, dato che è prevista la verifica dell'ANAC della coerenza di tali provvedimenti con la finalità sopra specificata.

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 2019 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 sull'esecuzione dell'appalto.

La realizzabilità della presente proposta è relativamente alta visto che numerose forme di controllo sono già in vigore. Nel paragrafo 10 sono proposte iniziative concrete e aggiuntive per il 2019.

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.

Promuovere il Whistleblowing

La promozione del Whistleblowing incontra delle difficoltà soprattutto di tipo culturale, a causa della percezione negativa dei colleghi che segnalano un evento corruttivo. E' dedicata una sezione specifica in merito al paragrafo 8.

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.

6. Procedure e misure 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 III (Sanitaria, professionale tecnica ed amministrativa) e dell'area area IV (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 prescrizioni del D.lgs. n. 39/2013 e 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 che 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 è stato 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 per l'anno 2018 entro il **31/01/2019**.

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 allegata al PNA 2015 e confermata nel PNA 2016, disponibile sul sito AGENAS.

Rotazione degli incarichi

Nell'ambito delle misure dirette a prevenire il rischio di corruzione, assume rilievo l'applicazione del principio di rotazione del personale addetto alle **aree a rischio**. La ratio delle previsioni normative ad oggi emanate e degli aggiornamenti ANAC al PNA è quella di evitare che possano consolidarsi posizioni di privilegio nella gestione diretta di attività e di evitare che il medesimo dipendente tratti lo stesso tipo di procedimento per lungo tempo, relazionandosi sempre con i medesimi utenti.

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.

I Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro per l'Area della Dirigenza Medica e Veterinaria e per l'Area della Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa, sottoscritti in data 08/06/2000, includono infatti, tra i criteri per l'attribuzione degli incarichi dirigenziali, anche il "criterio della rotazione ove applicabile".

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 degli incarichi non troverà 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.

In materia di rotazione di incarichi, si tiene conto altresì di quanto specificato dall'ANAC nei PNA, in particolare negli aggiornamenti 2015, 2016 e 2018, secondo cui:

- la rotazione è rimessa all'autonoma determinazione delle amministrazioni, che in tal modo potranno adeguare la misura alla concreta situazione dell'organizzazione dei propri uffici;
- la rotazione incontra dei limiti oggettivi, quali l'esigenza di assicurare il buon andamento e la continuità dell'azione amministrativa e di garantire la qualità delle competenze professionali necessarie per lo svolgimento di talune attività specifiche, con particolare riguardo a quelle con elevato rischio tecnico.

Pertanto non si deve dare luogo a misure di rotazione se esse comportano la sottrazione di competenze professionali specialistiche da uffici cui sono affidate attività ad elevato contenuto tecnico.

La rotazione è in ogni caso assicurata in caso di avvio di procedimento disciplinare a carico dei dipendenti, per fatti 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.

Inoltre per la particolare organizzazione aziendale, è possibile prevedere la rotazione degli incarichi più complessi, per volume di risorse gestite, tra le diverse Aree Vaste dei dirigenti apicali. Per il personale non dirigenziale invece si può procedere all'assegnazione ad altro servizio ai sensi del citato art. 16, comma 1, lett. l quater.

L'applicazione di tale misura può, all'opposto, subire deroghe se l'effetto diretto della rotazione comporta la sottrazione di profili professionali infungibili. 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", con l'attribuzione a soggetti diversi dei compiti di:

- ❖ svolgere istruttorie ed accertamenti
- ❖ adottare decisioni
- ❖ attuare decisioni prese
- ❖ effettuare verifiche.

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

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

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

Art. 2- Controdeduzioni del dirigente

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

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

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

Art. 3- Chiusura del procedimento

1. Se il RPC ritiene esaustive e accoglibili le argomentazioni del dirigente, il procedimento viene chiuso con nota formale e motivata, indirizzata all'interessato entro il termine perentorio di 10 giorni dalla data di ricevimento della contestazione.

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

3. In ogni caso, per non decadere dall'incarico, il dirigente interessato, deve comunicare, dandone

prova documentale, entro il termine perentorio di 15 giorni dal ricevimento della contestazione, di avere rimosso la causa esterna di incompatibilità.

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

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

Art. 4 - Ulteriori contestazioni del RPC

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

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

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

b) l'eventuale non veridicità della dichiarazione di cui sopra.

Art. 5 - Accertamento nullità dei conferimenti

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

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

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

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

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

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

Art. 6 - Segnalazione violazioni

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

7. Formazione obbligatoria

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 2019, approvato con Determina n. 752 del 21/12/2018, sono stati esplicitati i relativi fabbisogni della Direzione Generale e delle singole AA.VV.

prevedendo un' intensa attività formativa in materia trasparenza e anticorruzione.

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 scadenzario della P.A;
- ✓ E-procurement per l'area dei contratti pubblici;
- ✓ nuovi obblighi di trasparenza derivanti dalla Riforma "Madia".

Complessivamente sono stati formati oltre 550 dipendenti.

Per il 2019 sono previsti ulteriori corsi specifici per area di rischio: acquisizione e progressione del personale, affidamento di lavori, servizi e forniture (D.Lgs. 50/2016), provvedimenti con o privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario.

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 sarà predisposto anche un corso FAD in e-learning sui temi in generale della normativa anticorruzione e trasparenza.

Programma dei Corsi dell'ASUR MARCHE

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 al 2018 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 etc.), quanto gli aspetti etici e della legalità dell'attività amministrativa, oltre ad ogni altra tematica che si ritenga utile e opportuna per prevenire e contrastare la corruzione in Azienda.

8. Whistleblowing

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”).

In seguito alla nuova legge che ha modificato l'art. 54-bis, sono in corso di pubblicazione le nuove linee guida da parte dell'ANAC, che saranno recepite dall'ASUR, nel nuovo regolamento che si intende adottare al fine di promuovere azioni di sensibilizzazione, comunicazione e formazione sui diritti e gli obblighi relativi alla divulgazione delle azioni illecite.

Per il 2019, la nostra Azienda si è dotata del nuovo SITO istituzionale e di un nuovo indirizzo email per le segnalazioni, garantendo l'anonimato e la tutela del dipendente che effettua tali segnalazioni, tramite la previsione dell'obbligo di riservatezza da parte del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e delle persone da lui definite per gestire tali informazioni.

E' previsto pertanto un nuovo canale differenziato e criptato per ricevere tali segnalazioni, che possono avvenire via email alla casella di posta elettronica (rpct.asur@sanita.marche.it); le segnalazioni in forma anonima saranno prese in considerazione, ove queste si presentino adeguatamente circostanziate e rese con dovizia di particolari, tali da far emergere fatti e situazioni relazionandoli a contesti determinati.

In sintesi quindi vi sono tre tipi di tutele:

- a) la tutela della riservatezza dell'identità del dipendente che effettua la segnalazione;
- b) il divieto di discriminazione nei confronti del whistleblower;
- c) la previsione che la denuncia è sottratta al diritto di accesso.

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.

9. Analisi dei Rischi

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 2019-2021 (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>
Il processo è discrezionale? No, è del tutto vincolato 1 E' parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari) 2 E' parzialmente vincolato solo dalla legge 3 E' parzialmente vincolato solo da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari) 4 E' altamente discrezionale 5	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) Fino a circa il 20% 1 Fino a circa il 40% 2 Fino a circa il 60% 3 Fino a circa l'80% 4 Fino a circa il 100% 5

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

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

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

VALORI E FREQUENZE DELLA PROBABILITÀ:

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

VALORI E IMPORTANZA DELL'IMPATTO:

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

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

Indice di Valutazione della Probabilità

Criterio della discrezionalità:

L' ASUR, in considerazione del fatto che nell'ambito delle funzioni proprie della Pubblica Amministrazione non esiste attività che non sia in qualche modo regolamentata da norme di rango primario o secondario 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

Nell'ambito del criterio in questione l'ASUR ha ritenuto di fare riferimento non solo alle eventuali sentenze della Corte dei Conti emesse a carico dei dipendenti dell'ASUR ma altresì all'emissione di sentenze nei confronti di Amministrazioni del medesimo comparto o di altri comparti, laddove oggetto di analisi fossero processi di analoga tipologia (ad esempio personale, appalti e contratti).

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 allegato (Allegato 1 sub c).

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 Rotazione negli incarichi a rischio di corruzione, come già ampiamente descritto nella sezione ad esso dedicata.

La ratio delle previsioni normative è quella di evitare che possano consolidarsi posizioni di privilegio nella gestione diretta di attività e di evitare che il medesimo funzionario tratti lo stesso tipo di procedimento per lungo tempo, relazionandosi sempre con i medesimi utenti. 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 Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza si riserva di verificare e di approfondire le attività a rischio basso, prevalentemente facendo monitoraggio e verifiche a campione una volta l'anno.

10. Area di rischio Contratti Pubblici in Sanità

Analisi del contesto interno

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

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

A seguire è stato approvato, con determina n. 697 del 21/11/2016, lo schema di "**patto di integrità** in materia di contratti pubblici aventi ad oggetto beni e servizi", condiviso dai Dirigenti dei Servizi "Acquisti e Logistica" di tutte le Aree vaste. Si tratta di un documento snello eppure denso di contenuti che dovrà essere rispettato in tutti gli atti di gara, salvo nei casi in cui sono previsti specifici patti di integrità (adesioni alle convenzioni Consip SPA, acquisti sotto soglia mediante MEPA e procedure gestite dalla SUAM).

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

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

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

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

Infine, con determina n. 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

La programmazione annuale è contenuta nel **Bilancio Preventivo**, al fine di garantire la copertura finanziaria degli acquisti. Particolare attenzione dovranno porre gli attori del processo alla fase di programmazione scongiurando l'utilizzo improprio degli strumenti di intervento dei privati nella programmazione.

Con Determina ASUR n. 644 del 31/10/2017 è stato approvato il nuovo **programma biennale anni 2018-2019** degli acquisti di beni e servizi di importo unitario annuo stimato superiore ad un milione di euro (aggiornando il precedente – determina 660 del 28/10/2016); lo stesso è pubblicato sull'apposita sottosezione in "Amministrazione Trasparente".

Per quanto riguarda le **opere pubbliche**, sono aggiornate e pubblicate annualmente le schede relative ai Piani triennali sull'apposita sottosezione in "Amministrazione Trasparente" (si veda il paragrafo 11, dedicato all'Area Patrimonio e Servizi manutentivi).

In questa logica i soggetti destinatari devono documentare con particolare attenzione tutte le fasi del **ciclo degli approvvigionamenti**:

- 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 assicurarne 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 previste per il triennio 2019-2021:

- 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 per indire procedure negoziate o procedere ad affidamenti diretti;
- 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;
- Verifica del rispetto del principio di rotazione degli operatori economici.

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 triennio 2019-2021 si prosegue nell'adozione 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 attivare negli anni 2019-2021 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 pag. 30).

Ulteriori 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.

Esecuzione del contratto

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

Principali rischi:

- a) approvazione delle modifiche del contratto originario;
- b) autorizzazione al subappalto;
- c) ammissione delle varianti;
- d) 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);
- e) apposizione di riserve;

- f) 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 nel triennio 2019-2021 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.

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

- 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 2019 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.

Nel corso del 2019 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. 29).

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

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

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

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

Tutte le procedure di acquisto per il 2019 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.

11. 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.

12. Area Bilancio e Gestione dei pagamenti

Le attività connesse ai pagamenti presentano rischi concreti 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. la pubblicazione sul sito della trasparenza dell'indice trimestrale di tempestività dei pagamenti e del bilancio consuntivo secondo gli schemi ministeriali di conto economico;
4. la gestione contabile-patrimoniale trasparente delle risorse attraverso la corretta tenuta delle scritture contabili (registrazione di bilancio e rilevazioni veritiere);
5. 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 recentemente riprogrammato con la nuova DGRM n. 1618 del 28/12/2017, modificando la precedente Delibera n. 1576 del 19/12/2016.

13. Aree di Rischio SPECIFICO 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 ad ogni livello del sistema sanitario, 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).

Analisi del contesto esterno

Situazione economica

L’**ASUR**, istituita con L.R. 13/2003 che ha unificato le precedenti 13 ASL e riformato l’intero assetto istituzionale del sistema sanitario della Regione Marche, 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 più di **1.500.000 cittadini**, distribuita in **236 Comuni** e in **13 Distretti**, con una densità media di **165 abitanti** per Km².

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.

Ulteriori informazioni sono disponibili sulla Relazione della performance 2017, disponibile sulla sezione “Amministrazione trasparente” e pubblicata nell’apposita sottosezione “Performance”.

Analisi del contesto interno

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.

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 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. 356/2017; n. 361/2017).

Dai dati del Conto Annuale al 31/12/2017 sono presenti complessivamente nell'Azienda 14.426 dipendenti, di cui 12.986 a tempo indeterminato, (area dirigenza 2.479 e area comparto 10.507) e 1.440 a tempo determinato (area dirigenza 315 e area comparto 1.125). Dall'estrazione gestionale al 20/12/2018 risultano in ASUR 14.154 dipendenti, di cui 12.768 a tempo indeterminato, (area dirigenza 2.420 e area comparto 10.348) e 1.386 a tempo determinato (area dirigenza 313 e area comparto 1.073).

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.

L'assistenza specialistica, residenziale e semiresidenziale è assicurata dalle strutture contrattualizzate in possesso del requisito dell'accreditamento ex L.R. 20/2000, che sono attualmente 348 (vedi par. 16).

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

Le Cure Domiciliari sono assicurate dai 13 distretti sanitari. Rientrano tra le competenze dell'assistenza territoriale la gestione della Sanità penitenziaria e della Medicina Legale.

14. AMBITI più frequenti di CORRUZIONE in Sanità

Il Piano Nazionale Anticorruzione (PNA), con l'aggiornamento del 2016, ha previsto l'Approfondimento specifico per la Sanità, con particolare attenzione all'analisi del contesto sanitario, evidenziando quanto il concetto di rischio in questo settore sia strettamente legato al tema del risk management, in particolare quando connesso a cattiva amministrazione.

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

- contratti pubblici (si rinvia al paragrafo 10);
- incarichi e nomine;
- gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio (si rinvia ai paragrafi 11-12);
- controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni (si rinvia al paragrafo 17).

Incarichi e nomine

Il D.lgs. 39/2013 applicabile in ambito sanitario, come confermato dalla delibera 149/2014 dell'ANAC, si occupa esclusivamente delle inconfiribilità 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.

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.

Aree di rischio specifiche del settore sanitario

Le Aree di rischio specifiche del settore sanitario 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.

15. Attività ALPI

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

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

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 dei direttori generali, devono conseguentemente essere integrate nel sistema di valutazione della **performance** individuale e dell'organizzazione.

Possibili rischi relativi all'ALPI e al rispetto delle liste di attesa.

- a) l'errata indicazione al paziente delle modalità e dei tempi di accesso alle prestazioni in regime assistenziale;
- b) false dichiarazioni prodotte ai fini del rilascio dell'autorizzazione;
- c) lo svolgimento della libera professione in orario di servizio;
- d) il trattamento più favorevole dei pazienti trattati in libera professione.

Misure previste nel presente PTPC:

- preventiva e periodica verifica della sussistenza dei requisiti necessari allo svolgimento dell'ALPI;
- approfondita verifica dell'attività svolta in regime di *intramoenia allargata*;
- negoziazione dei volumi di attività in ALPI in relazione agli obiettivi istituzionali;
- ricognizione e verifica degli spazi utilizzabili per lo svolgimento dell'ALPI tra quelli afferenti al patrimonio immobiliare dell'azienda;

- blocco delle attività intramoenia se superano quelle istituzionali o se vengono sfiorati i tempi massimi di attesa previsti dalla normativa regionale per l'erogazione della prestazione;
- totale informatizzazione delle liste di attesa;
- obbligo di prenotazione di tutte le prestazioni attraverso il CUP regionale con gestione delle agende dei professionisti;
- aggiornamento periodico delle liste di attesa istituzionali;
- utilizzo di un sistema di gestione informatica dell'ALPI dalla prenotazione alla fatturazione;
- monitoraggio dell'attività dei Servizi Ispettivi di A.V. (art. 1, co. 62, L. 662/96), oltre all'operatività delle Commissioni paritetiche.

Un'azione operativa per garantire la coerenza tra l'offerta CUP e quella proposta in LP può essere quella di prevedere in fase di avvio di attività LP, la certificazione da parte del CUP dell'esistenza nell'ambito della stessa U.O. (e della consistenza) di un'offerta a CUP (modello in uso presso l'A.V. 5).

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 revoca delle autorizzazioni in caso di esiguo numero di prestazioni svolte.

Indicatori previsti nel PTPC dell'ASUR MARCHE:

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

Liste di attesa

Al fine di rafforzare la trasparenza nel sistema di accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, 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.

La lungaggine delle liste di attesa trova la sua spiegazione nelle seguenti problematiche:

- minore offerta di prestazioni da parte delle strutture ospedaliere per la carenza di personale medico con prevalente impegno per le attività di guardia e di emergenza;
- scelta dell'utente di particolari specialisti per i quali si registrano tempi lunghi che alterano la media;
- incompleta adozione da parte dei medici di medicina generale delle misure per l'indicazione dei criteri di priorità da apporre sulla ricetta del SSR (ciò comporta lo spostamento di tutte le prenotazioni nel regime ordinario).

Le misure previste sono:

- Richiesta alla struttura Regionale di potenziare la specialistica ambulatoriale;
- Separazione dei percorsi interni di accesso alle prenotazioni tra attività istituzionale e attività

libero professionale intramoenia (ALPI);

- Unificazione del sistema di gestione delle agende di prenotazione nell'ambito del Centro unico di Prenotazione su base regionale, facilmente accessibile tramite call center con l'integrazione tra pubblico e privato per quanto attiene la prima visita ed i follow up successivi;
- Fornitura ai medici di medicina generale di un software applicativo che consente l'indicazione obbligatoria del grado di priorità clinica sulle prescrizioni di prestazioni specialistiche secondo quanto previsto dalla DGRM n. 808/2015 "Piano regionale per il governo delle Liste di attesa" (Urgente a 72 ore, Breve a 10 giorni, Differibile a 30-90 giorni, Programmata a 180 giorni);
- Verifica dei carichi di lavoro dei medici specialisti;
- Potenziamento degli organici ospedalieri con maggiore offerta dell'attività ambulatoriale;
- Implementazione delle ricette dematerializzate per le prestazioni specialistiche.

Attualmente il sistema aziendale ha provveduto alla costruzione di **agende differenziate** per classi di **priorità** per le visite specialistiche ed esami strumentali relativamente ai primi accessi.

In tal senso nell'ASUR si provvede a verificare la corretta registrazione sul sistema informativo aziendale delle prenotazioni secondo il **grado di priorità clinica** utilizzato per l'accesso alle liste di attesa differenziate per tempo di attesa ed indicato dal medico prescrittore (specificando se si tratta di prima visita o controllo).

Tale obbligo, già disciplinato con decreti ministeriali e da specifici accordi Stato-Regioni, viene tuttavia monitorato ed implementato per evitare il rischio di classificazioni errate e/o opportunistiche. In tal senso è sperimentato in ASUR il modello dei raggruppamenti di attesa omogenei (**R.A.O.**) per alcune tipologie di prestazioni, con il coinvolgimento dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e degli specialisti ospedalieri.

La definizione di una procedura di controllo basata sull'incrocio tra le prenotazioni registrate nel CUP e l'erogato presente nel flusso dati, denominato "File C", può consentire di verificare il rispetto dei percorsi di accesso alle prestazioni ambulatoriali e per le strutture accreditate di verificare l'effettivo inserimento a CUP delle prestazioni erogate con impegnativa.

Un ulteriore rischio può essere legato al fenomeno del **drop out**, ovvero al caso delle prenotazioni regolarmente raccolte dal CUP ma che non vengono eseguite a causa dell'assenza dell'utente che ha prenotato. Al fine di evitare opportunistici allungamenti dei tempi di attesa in attività condotta in regime istituzionale, in ASUR è utilizzato lo strumento gestionale del **recall** automatico per le agende con tempi di attesa maggiormente critici, ovvero un sistema che ricorda all'utente l'appuntamento e dà la possibilità di confermare o cancellare l'appuntamento.

Con tale sistema nel 2017 a livello regionale sono state recuperate circa 14.000 prestazioni prenotate per un controvalore di circa 470.000 €.

A questo è stato aggiunto anche un sistema di cancellazione **on-demand**, in cui l'utente chiamando il centralino, e senza necessità di parlare con l'operatore, può, a tutte le ore della giornata, cancellare la prenotazione, anche con questo sistema sono state recuperate circa 43.000 prenotazioni.

Inoltre, in relazione all'obbligo di disdetta delle prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali, è allo studio a livello regionale la previsione dei casi in cui è possibile giustificare la mancata disdetta per impedimenti oggettivi e documentati.

Altre misure specifiche riguardano la previsione, all'interno del sito web aziendale (Area Comunicazione/Regolamenti di pubblico interesse), di una sezione dedicata ai **reclami** da parte dei

pazienti con modalità facilmente accessibili, attraverso la compilazione di un apposito **modulo** di segnalazione disservizi. Secondo quanto previsto dal **Regolamento di pubblica tutela**, vengono comunque prese in carico tutte le segnalazioni in qualsiasi forma pervenute, anche anonime. Da parte degli URP di ogni Area Vasta viene eseguita opportuna verifica su ogni reclamo e dato riscontro al cittadino richiedente con lo stesso mezzo di comunicazione usato dallo stesso.

16. Controlli nelle strutture accreditate

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 sull'accREDITAMENTO e sulla fornitura di prestazioni a prezzi concordati.

L'ambito dei rapporti tra le aziende sanitarie con gli erogatori privati di attività sanitarie si configura tra le aree di rischio specifiche (già individuate con la determinazione ANAC n. 12/2015) con riferimento particolare alla fase contrattuale con le strutture accreditate.

Il settore dell'accREDITAMENTO delle strutture private rappresenta 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 marchigiana, nel rispetto della normativa 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 della Regione che provvede al rilascio delle rispettive autorizzazioni.

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.

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 gli accordi contrattuali, essi avvengono nel rispetto del fabbisogno annuale definito dalla Regione con apposita DGR avente ad oggetto "Atto di fabbisogno"; tuttavia va evidenziato che i posti autorizzati ed accREDITATI alle strutture private (che erogano servizi sanitari,

socio-sanitari e sociali) sono contrattualizzati dall'ASUR nel limite delle disponibilità economico/finanziarie del proprio budget.

La fase di negoziazione, stipula ed esecuzione dei contratti, costituisce l'ambito nel quale si regolano i rapporti con il privato accreditato chiamato ad erogare prestazioni per conto e 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 e i soggetti accreditati, eventi rischiosi possono essere rappresentati:

- dal mancato rispetto delle previsioni contrattuali in merito alla tipologia e alla qualità delle prestazioni,
- da riconoscimenti economici indebiti per prestazioni inappropriate o non erogate,
- dall'assenza o 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 devono invero 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 considerazione della rilevanza essenzialmente pubblicistica dell'attività svolta dal privato accreditato contrattualizzato con il SSN, sono utilizzate le seguenti misure nei due ambiti che incidono sui requisiti di accreditamento e quindi sulla qualità dei servizi: acquisti e personale.

In particolare, per quanto attiene il **personale**:

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

Inoltre, per quanto attiene gli **acquisti**:

- si prevede, nei modelli contrattuali definiti a livello aziendale, l'impegno del soggetto privato accreditato e contrattualizzato ad assicurare livelli di qualità delle tecnologie e dei presidi sanitari che garantiscano i parametri di qualità, efficienza e sicurezza delle attività sanitarie.

Al fine di conferire maggiore cogenza agli obblighi in questione, l'ASUR ritiene necessario inserire nei contratti con i privati accreditati la **clausola di salvaguardia** per cui, la mancata sottoscrizione o il mancato rispetto di tali obblighi, costituiscano causa di revoca del contratto.

Possono verificarsi, inoltre:

1. prestazioni **"inutili"** che non svelano la patologia e provocano un danno economico allo Stato,
2. prestazioni **"non basate su evidenza dell'efficacia"** che possono addirittura provocare un danno biologico al paziente.

Queste prestazioni non appropriate generano:

- l'incremento del numero di prestazioni (e della spesa sanitaria),
- con conseguente "intasamento" delle liste d'attesa ,
- che "legittima" la necessità del ricorso a prestazioni effettuate in regime privato convenzionato o non convenzionato.

Le misure idonee a contrastare tali rischi sono:

- ✚ il rafforzamento dei **controlli** quali-quantitativi e di esito sulle prestazioni erogate in regime di contrattualizzazione,
- ✚ la definizione di modalità di controllo e vigilanza sul rispetto dei contenuti degli accordi contrattuali,
- ✚ l'attivazione di un sistema di monitoraggio per la valutazione delle attività erogate,
- ✚ la formazione e rotazione del personale addetto al controllo.

A fronte di questo, nello specifico, sono state determinate per le strutture sanitarie e socio-sanitarie gli **standard assistenziali** e le relative **tariffe**, sia dalla **DGRM n. 1331/2014**, recante "Accordo tariffe assistenza residenziale e semiresidenziale tra Regione Marche ed Enti Gestori - modifica della DGR 1011/2013", sia dagli **accordi** con le Organizzazioni sindacali di categoria (ARIS- AIOP) e dalla **DGRM n. 1221 del 30/12/2015** (accordo quadro Dipendenze patologiche) relativa alle prestazioni residenziali e semiresidenziali erogate a persone con dipendenza patologica.

Le attività demandate all'ASUR sono pertanto 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.

Per questo motivo il **controllo** dell'ASUR è limitato alla **verifica del possesso dei requisiti** di accreditamento e della sussistenza degli **standard assistenziali** all'atto della contrattualizzazione, da parte del personale impiegato; tuttavia, visto che i requisiti di accreditamento e degli **standard assistenziali** di ciascuna struttura potrebbero subire **modifiche nel "periodo contrattualizzato"**, sarebbe necessario un **controllo** più rigoroso anche in tale fase.

Il controllo del **livello qualitativo** assistenziale è fatto a livello di Area vasta dai Distretti sanitari e sul piano economico dalle Direzioni Amministrative Territoriali.

Contesto esterno dell'ASUR MARCHE

Nell'ASUR MARCHE sono attive numerose strutture accreditate, centri di dialisi, Hospice, Comunità per tossicodipendenti, case di cura con prestazioni di lungodegenza.

In particolare le strutture private convenzionate complessivamente sono 348, di cui 131 ambulatori o laboratori, 170 strutture residenziali e 35 semiresidenziali, suddivise per tipologia di assistenza come segue: assistenza agli anziani (107), assistenza ai disabili fisici (32), assistenza ai disabili psichici (9), assistenza AIDS (1), assistenza idrotermale (8), assistenza per tossicodipendenti (25), assistenza psichiatrica (31), attività clinica (60), attività di laboratorio (56), diagnostica strumentale e per immagini (19).

Le attività di controllo devono essere assicurate dai nuclei **CVPS** (Controllo e verifica prestazioni sanitarie), che dovrebbero implementare ulteriormente le verifiche su: ricoveri ripetuti, parti cesarei, casi di DRG complicati e di DRG particolarmente complessi, attività chirurgiche, day surgery, ecc.. Detti nuclei devono anche verificare la reale presenza degli ammalati ed il rispetto degli orari e dei turni del personale impiegato.

Per le attività di ricovero si provvede al controllo dell'appropriatezza delle prestazioni nelle Case di Cura con uno specifico **nucleo ispettivo** che si reca nelle stesse strutture verificando, sulla base di specifici indicatori, le cartelle cliniche.

Per quanto riguarda la parte **ambulatoriale** dei centri accreditati, il **controllo** viene effettuato sulla base dei dati dei file trasmessi e con verifica delle ricette (corrispondenza tra "File C" e ricetta). Successivamente vengono applicati i tetti di spesa, verificate le Capacità Operative Medie (COM). Analogo controllo viene effettuato sugli organici dichiarati e sulla presenza in più centri degli stessi specialisti.

Misure definite nel presente PTPC:

- incompatibilità tra componenti delle commissioni ed incarichi di liquidazione;
- lista rigorosa degli adempimenti e delle procedure ispettive;
- controlli continui sull'attuazione degli accordi contrattuali;
- rotazione del personale deputato al controllo.

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 6).

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.

Sul sistema di gestione di tale servizio, sono stati organizzati incontri con i referenti della polizia mortuaria presso le Aree vaste, per esaminare il tema al fine di uniformare le procedure sul territorio, tenuto conto delle forti implicazioni di natura morale, etica ed economica, connesse alla commistione di molteplici interessi che finiscono fatalmente per concentrarsi su questo particolare ambito e che possono coinvolgere anche gli operatori sanitari.

Nelle more di un auspicabile approfondimento, anche in sede legislativa, delle problematiche correlate a questa delicata fase collegata del decesso avvenuto nelle strutture sanitarie aziendali ma comunque collegato alla gestione e utilizzo delle camere mortuarie, occorre assicurare nel frattempo, dal punto di vista organizzativo e delle risorse a disposizione, la più appropriata modalità di gestione.

Come misura anticorruzione, è stato concordato nel 2018 di aggiornare nelle AA.VV. le procedure di polizia mortuaria con le indicazioni sotto riportate.

L'identificazione e la scelta dell'impresa di onoranze funebri è di esclusiva competenza dei familiari/congiunti. E' fatto divieto assoluto a tutto il personale di suggerire nominativi o indirizzi o procurare servizi alle imprese stesse.

Su richiesta degli utenti, è possibile mettere a disposizione un elenco telefonico pubblico per la ricerca degli operatori presenti sul territorio di competenza. Le AA.VV. che stanno utilizzando elenchi con le ditte presenti nel territorio in aggiunta agli elenchi telefonici potranno continuare ad usarli. 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. E' fatto divieto all'impresa di utilizzare per le proprie attività il personale dell'ASUR Marche o corrispondere allo stesso compensi sotto qualsiasi forma.

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. 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 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).

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

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

1. Introduzione: Organizzazione e funzioni dell'Amministrazione

L'Azienda Sanitaria Unica Regionale Marche (ASUR) è stata istituita con Legge Regionale n. 13 del 20 giugno 2003 ("Riorganizzazione del Servizio Sanitario regionale"), modificata con le successive LL.RR. nn. 17/2010 e 17/2011.

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.

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

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. Luigi Stortini;

Area Comunicazione, Formazione e URP : Dott. Alberto Lanari;

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 (direttore f.f.);

Area Politiche del Personale: Dott. Fabrizio Trobbiani (direttore f.f.);

Area Sistemi Informativi: Dott. Sergio Piersantelli;

Direzione Tecnica per la Prevenzione Collettiva: Dott. Giuliano Tagliavento;

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

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.

La sua **funzione pubblica** è quella di promuovere e tutelare la salute “come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività”. 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.

2. Le principali Novità

Sezione Trasparenza e coordinamento con il PTPC

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 2019-2021 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 al 2018** sono stati approvati rispettivamente con determinazioni DG/ASUR n. 73/2014, n. 491/2015, n. 639/2016, n. 48/2017 e n. 56/2018, e 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 **2019-2021**, 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 2019-2021, è stata pubblicata, in data 21/12/2018, 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 Responsabile aziendale per la Trasparenza lo ha trasmesso al **Nucleo di Valutazione** Aziendale (con funzioni di **OIV**) per l'esame complessivo ed il rilascio delle osservazioni in proposito, presentando infine l'intero documento così perfezionato 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 d).

3. 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. Già con determina n. 412/2016 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 8, 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, assicurando la diffusione di quei dati che già la Legge 150/2009 aveva parzialmente individuato.

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

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 al 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 al Nucleo di Valutazione, ha ritenuto opportuno attendere l'emanazione delle nuove linee guida ANAC in materia, in corso di adozione, 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.

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. 488/2014 ha adottato il primo Piano triennale anni **2014-2016**, pubblicato anche sull'Albo Pretorio Aziendale. Successivamente lo stesso percorso è stato affrontato per il secondo Piano triennale anni **2015-2017**, che dopo gli opportuni controlli ed incontri con le OO.SS. è stato adottato con determina n. 262/2015.

Per gli **anni 2016-2018** il Piano della Performance è stato approvato con determina n. 175/2016, per gli anni **2017-2019** con determina n. 95/2017 e infine per gli anni **2018-2020** con determina n. 151 del 09/03/2018. Anche per il prossimo triennio 2019-2021 è previsto il raccordo con la sezione della Trasparenza attraverso la previsione degli **obiettivi strategici-gestionali** in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza dell'ASUR.

Le azioni sono specificate nel **Piano della Performance 2019-2021** al paragrafo **D-3** "Piano degli indicatori e degli obiettivi", ai sensi dell'art. 1, co. 8 della L. 190/2012.

Ciò al fine di garantire la coerenza e l'effettiva sostenibilità degli obiettivi posti.

Tali obiettivi che saranno 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 2019-2021;
- ✚ invio dei questionari ANAC per la predisposizione della Relazione annuale sull'attività di prevenzione della Corruzione.

4. 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 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 sul sito istituzionale dell'ASUR al fine di raccogliere eventuali suggerimenti da parte dei soggetti interessati individuati dalle norme;
- l'organizzazione di un incontro con le Associazioni di volontariato iscritte nell'apposito Albo regionale, al fine d'illustrare i principali documenti prima dell'aggiornamento definitivo;
- l'inserimento nella procedura creata dal CRCU del link contenente la proposta, con invito alle Associazioni di Consumatori o Utenti iscritte al CRCU di fornire eventuali pareri.

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 dell'amministrazione a livello centrale si ritiene di procedere secondo diverse sessioni nell'ambito dello stesso giorno.

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

Una prima sessione sarà rivolta a diffondere, promuovere e far conoscere gli strumenti utilizzati dall'azienda sanitaria per il raggiungimento dei propri fini istituzionali. Quale importante momento di incontro e dialogo con gli Stakeholder, 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.

La seconda sessione è costituita dalla Conferenza istituzionale in cui la Direzione aziendale ed il Presidente del Nucleo di valutazione aziendale affronteranno i temi della Performance, Prevenzione della Corruzione e Trasparenza all'interno dell'Azienda.

Inoltre, considerato che ASUR è articolata in cinque Aree Vaste, al fine di dare spazio alle esigenze provenienti dalle diverse realtà territoriali anche i cittadini/utenti di Area Vasta, si conferma anche per il triennio di riferimento lo svolgimento di una giornata presso ciascuna Area Vasta.

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

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

5. Processo di attuazione della Trasparenza

Il Dirigente ASUR Trasparenza e Anticorruzione

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** (uno per ogni Area Vasta) all'uopo individuati dalle rispettive Direzioni.

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'Accesso civico, **segnala** i casi di inadempimento o di adempimento parziale degli obblighi in materia di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, all'Ufficio di disciplina, ai fini dell'eventuale attivazione del procedimento disciplinare, segnala altresì gli inadempimenti al vertice dell'Amministrazione, al Nucleo di Valutazione Aziendale (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 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 d).

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 (al paragrafo 2.2) del Dipartimento della Funzione Pubblica, nonché dall'Intesa della Conferenza Unificata del 24/07/2013 (al paragrafo 2), 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 3 della prima sezione 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)) recepite e adattate all'ASUR con proprio **Regolamento organizzativo aziendale Privacy** approvato con Determina n. 349/2018 (pubblicato nella sottosezione “Atti amministrativi”).

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 d), 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 elencati nelle singole schede fornite dalle AA.VV. nel paragrafo 8 – **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.

Il Nucleo di Valutazione Aziendale

Sulla base di quanto stabilito dalle Delibere CIVIT nn. 77/2013 e 148/2014 (ora A.N.AC. Autorità Nazionale Anticorruzione), 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).

Nel caso dell'ASUR Marche, è il Nucleo di Valutazione Aziendale l'organo *che attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità*, al quale il Dirigente Responsabile Trasparenza e Anticorruzione invia semestralmente un report di monitoraggio.

I risultati delle verifiche che il NVA effettua, confluiscono nella relazione annuale che lo stesso Nucleo presenta agli organi politico-amministrativi dell'Azienda, comprensiva dei risultati del processo di realizzazione della trasparenza e delle misure adottate.

Il NVA, in corso di definizione, 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, il Nucleo di Valutazione Aziendale, effettuerà la verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato dei documenti e dei dati elencati nella griglia di rilevazione.

Al termine degli accertamenti svolti sulla sezione "Amministrazione Trasparente", attraverso l'utilizzo di supporti informatici, il NVA rilascerà **l'attestazione** della veridicità e dell'attendibilità dei dati, completa della griglia di rilevazione e della scheda di sintesi che specifica le procedure e le modalità seguite. Tali documenti saranno pubblicati entro il mese successivo la verifica del NVA.

In data 21/12/2018 è stata pubblicata la bozza del "Piano Triennale per Prevenzione della Corruzione" contenente la sezione Trasparenza per gli anni 2019-2021, unitamente all'avviso per la prevista consultazione pubblica sulla pagina "home" del sito istituzionale. La stessa è stata trasmessa anche al Nucleo di Valutazione Aziendale, 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.

Successivamente il PTPCT è stato integrato e modificato dopo attenta valutazione delle osservazioni pervenute sia dalle associazioni appartenenti al CRCU, sia dai Dirigenti degli uffici centrali ASUR.

Tra i compiti principali dell'OIV si ricorda la verifica, anche ai fini della validazione della Relazione sulla performance, che i piani triennali per la prevenzione della corruzione siano coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza. L'OIV verifica i contenuti della Relazione di cui al comma 14 in rapporto agli obiettivi inerenti alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza. A tal fine, può chiedere al RPCT le informazioni e i documenti necessari per lo svolgimento del controllo e può effettuare audizioni di dipendenti.

L'Organismo medesimo riferisce 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).

6. 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.

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.

7. La Formazione del personale in materia di Trasparenza

Questo aspetto è da sempre considerato fondamentale per l'ASUR, in modo particolare nel relativo percorso delle norme di cui trattasi. Aspetto ribadito in ogni occasione da ANAC e rafforzato

ulteriormente dalla stessa Autorità nel PNA 2015 e negli aggiornamenti 2016, 2017 e 2018.

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 200 dirigenti e funzionari, per l'anno 2019 sono previsti ulteriori corsi formativi in tema di Trasparenza/Anticorruzione ASUR, sia con formazione su misura per le aree a rischio specifico, sia con modalità a distanza (FAD) per l'aggiornamento sulle materie comuni e generali.

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 7.

8. 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 d). In rosso sono evidenziate le modifiche apportate alle aree di competenza.

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 sono pubblicati:

- l'autodichiarazione di assenza di conflitto di interesse in uso presso l'ASUR;
- il manuale Triage del PS di Senigallia, pubblicato a seguito di accesso civico;
- il verbale dell'incontro con le Associazioni del CRCU.

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 avviare il procedimento sanzionatorio previsto dall'art. 47 c.2 del D.Lgs. 33/2013.

Carta dei servizi dell'ASUR

La Carta dei servizi è il documento che garantisce processi di informazione/ comunicazione per tutti i cittadini.

Essa si compone di due parti:

- la Guida ai Servizi e
- la Carta dei servizi propriamente detta.

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.

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.

Per questa parte, in modo speciale, la carta dei servizi diventa uno strumento strategico per il management e per gli operatori sanitari stessi in rapporto ad un uso corretto delle risorse disponibili, garantendo efficienza ed efficacia all'attività sanitaria svolta.

L'Azienda Sanitaria Unica Regionale presenta attualmente una realtà piuttosto frammentata, dovuta ad un processo di ristrutturazione ancora in corso (determine n. 238-264/2017), che prevede un percorso di omogeneizzazione dei servizi offerti nelle singole Aree Vaste.

Dopo vari anni di studio e ricerca, è stato attivato il nuovo SITO istituzionale dell'ASUR, in cui sono state unificate tutte le informazioni precedentemente disponibili sui singoli siti delle Aree vaste, omogeneizzando i dati e le modalità di pubblicazione, ad opera principalmente dell'Area Comunicazione centrale e degli UU.RR.PP. territoriali.

L'ASUR Marche sta lavorando ad un modello unico di riferimento per tutte le **Guide**, al fine di agevolare la comprensibilità, la verificabilità e il confronto tra i servizi offerti.

Oltre a questo, nell'ottica di costruire un'unica **Carta dei Servizi**, l'azienda ha provveduto, per la

prima volta, ad individuare una serie di indicatori di qualità comuni su tutto il territorio aziendale. Con questa azione, la Direzione dell'ASUR ha inteso evidenziare l'esigenza di costruire un patrimonio comune di indicatori validi per tutti i servizi e di assicurare un impegno da parte di tutti gli operatori aziendali a monitorarne il miglioramento. Così elaborati e condivisi, detti **indicatori** possono costituire una buona base di lavoro comune per tutto il suo territorio.

L'ASUR partecipa altresì al tavolo regionale appositamente creato per l'individuazione di obiettivi comuni con tutte le altre Aziende Sanitarie della Regione Marche.

Nell'anno 2017, infatti, la Direzione dell'Agenzia Regionale Sanitaria ha presentato, nel corso di incontri organizzati nei mesi di maggio e giugno presso l'ASUR e gli altri Enti del SSR, il programma operativo triennale relativo alla partecipazione dei cittadini.

Al fine di garantire e promuovere la consultazione dei cittadini e delle loro associazioni, come previsto dall'art. 24 della L.R. 20 giugno 2003 n. 13 (Organismo di partecipazione dei cittadini), sono stati invitati agli incontri suddetti i Comitati di partecipazione dei cittadini e i rappresentanti delle associazioni di volontariato e di tutela dei diritti dei cittadini iscritte all'Elenco Regionale delle associazioni operanti a livello regionale impegnate nella tutela del diritto alla salute.

Le linee di azione presentate dall'Agenzia e precedentemente condivise a livello regionale con i Presidenti dei Comitati di partecipazione e con gli Uffici Relazioni con il Pubblico riguardano, tra l'altro, anche la Carta dei Servizi.

La Direzione dell'Agenzia Regionale Sanitaria ha proposto di elaborare una Carta dei Servizi da implementare in ciascun ente del SSR basata su un "core di contenuti comuni".

A tal fine è stato richiesto:

- ai rappresentanti delle associazioni, di individuare un nucleo di informazioni comuni e di segnalare i contenuti informativi delle Carte dei Servizi ritenuti prioritari;
- agli Uffici Relazioni con il Pubblico, proposte in merito all'individuazione di Standard di qualità.

Si è fatto inoltre riferimento alla rilevazione nazionale AGENAS sulle Carte dei Servizi in merito alla quale sono stati illustrati metodologia e risultati.

Per quanto riguarda in modo specifico l'ASUR Marche, il Direttore Generale ha incaricato nel 2017 il Dott. Tiziano Busca di realizzare le azioni necessarie, nel rispetto della legislazione di riferimento, al fine di coinvolgere specifiche competenze per la predisposizione e il coordinamento di una Carta dei Servizi, unica che dovrà trovare la base negli indicatori comuni già stabiliti nell'Azienda.

Nel mese di dicembre è stato attivato il nuovo Portale Istituzionale ASUR, nel quale si procede in maniera omogenea all'installazione, revisione e aggiornamento della sezione "Guida ai Servizi" completa di un elenco esaustivo dei servizi offerti.

A questo scopo, l'Area Comunicazione ASUR continuerà ad organizzare incontri operativi con gli UU.RR.PP. delle AA.VV., al fine di migliorare la piattaforma e pubblicare dati sempre più trasparenti. Il tavolo ASUR degli UU.RR.PP., allo scopo utilizzare un percorso unico, ha individuato il modello dell'AV1 congruo per l'adozione omogenea su tutto territorio aziendale, nominando il Dott. Fabrizio Biondi come riferimento "tecnico" per gli scambi informativi necessari con l'Area Sistemi informativi ASUR.

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 Lorena Mombello	lorena.mombello@sanita.marche.it	Dott.ssa Daniela Marsili	daniela.marsili@sanita.marche.it
DISTRETTO DI FANO	Dr. Giovanni Guidi	giovanni.guidi@sanita.marche.it	Lazzari Miriam	miriam.lazzari@sanita.marche.it
DISTRETTO DI URBINO	Dr. Romeo Magnoni	romeo.magnoni@sanita.marche.it	Ceccaroli Gabriele	gabriele.ceccaroli@sanita.marche.it
PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO	Dr. Andrea Cani	andrea.cani@sanita.marche.it	Dr.ssa Maria Elisabetta Pertosa	melisabetta.pertosa@sanita.marche.it
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	Dr. Massimo Agostini	massimo.agostini@sanita.marche.it	Dott. Marco Pompili	marco.pompili@sanita.marche.it
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	Dr. Leonardo Badioli	leonardo.badioli@sanita.marche.it	Dr. Leonardo Badioli	leonardo.badioli@sanita.marche.it
DIPARTIMENTO DIPENDENZE PATOLOGICHE	Dr.ssa Giovanna Diotallevi	giovanna.diotallevi@sanita.marche.it	Vasari Giuseppina	giuseppina.vasari@sanita.marche.it
ATL - GEST. AMMINISTRATIVA PERSONALE CONVENZIONATO E STRUTTURE ACCREDITATE	Dott. Giuseppe Loco	giuseppe.loc@sanita.marche.it	Dott.ssa Anna Maria Lisi	annamaria.lisi@sanita.marche.it
ATL - URP - COMUNICAZIONE - SERVIZI AMMINISTRATIVI TERRITORIALI	Dott. Tiziano Busca	tiziano.busca@sanita.marche.it	Gerboni Patrizia, Adele Agostini	patrizia.gerboni@sanita.marche.it adele.agostini@sanita.marche.it
ATL - DIREZIONE AMMINISTRATIVA OSPEDALIERA	Dott. Francesco Angioni	francesco.angioni@sanita.marche.it	Dott. Gaetano Panebianco	gaetano.panebianco@sanita.marche.it
ATL - GESTIONE RISORSE UMANE	Dott. Paolo Pierella	paolo.pierella@sanita.marche.it	Baldelli Simonetta Pietro Curti (relaz.sindacali)	simonetta.baldelli@sanita.marche.it pietro.curti@sanita.marche.it
ATL – FUNZ. GEN. SUPPORTO DIREZIONE E DIP. PREVENZIONE	Dott.ssa Franca Rossi	franca.rossi@sanita.marche.it	Dott.ssa Silvia Palazzini	silvia.palazzini@sanita.marche.it
ATL - SEGRETERIA DI DIREZIONE - ARCHIVIO - PROTOCOLLO	Dott. Riccardo Cecchini	riccardo.cecchini1@sanita.marche.it	Dott. Giovanni Neri	giovanni.neri@sanita.marche.it
ATL - ACQUISTI E LOGISTICA	Dott. Anna Severi	anna.severi@sanita.marche.it	Ombretta Baldassarri	ombretta.baldassarri@sanita.marche.it
ATL - AFFARI LEGALI	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 - SUPPORTO CONTROLLO DI 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 - PATRIMONIO - NUOVE OPERE - ATTIVITA' TECNICHE	Ing. Rodolfo Cascioli	rodolfo.cascioli@sanita.marche.it	Cesarini Patricia	patricia.cesarini@sanita.marche.it
ATL - SISTEMI INFORMATIVI	Ing. Alessandro Giuggioli	alessandro.giuggioli@sanita.marche.it	Dott. Gino Bezziccheri	gino.bezziccheri@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	DOTT.SSA PATRIZIA BALZANI	patrizia.balzani@sanita.marche.it	DR.SSA CRISTINA BERLUTI	cristina.berluti@sanita.marche.it
DISTRETTO DI FABRIANO	DOTT.SSA GIUSEPPINA MASOTTI	giuseppina.masotti@sanita.marche.it	DR.SSA CRISTINA BERLUTI	cristina.berluti@sanita.marche.it
DISTRETTO DI JESI	DOTT. GIORDANO GRILLI	giordano.grilli@sanita.marche.it	DR.SSA CRISTINA BERLUTI	cristina.berluti@sanita.marche.it
DISTRETTO DI SENIGALLIA	DOTT. GIULIANO GIOVANNETTI	giuliano.giovannetti@sanita.marche.it	DR.SSA CRISTINA BERLUTI	cristina.berluti@sanita.marche.it
PRESIDIO OSPEDALIERO ANCONA	FF. DOTT.SSA M. ROSA PALLOTTA	mariarosa.pallotta@sanita.marche.it	FF. D.SSA M. ROSA PALLOTTA	mariarosa.pallotta@sanita.marche.it
PRESIDIO OSPEDALIERO SENIGALLIA	DOTT.SSA VALERIA BENIGNI	valeria.benigni@sanita.marche.it	D.SSA ANTONELLA MOTOLESE	antonella.motolese@sanita.marche.it
DIPARTIMENTO PREVENZIONE	DOTT. GIULIANO TAGLIAVENTO	giuliano.tagliavento@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 CICCIOLO	carlo.cicciole@sanita.marche.it	DOTT. STEFANO FORNAROLI	stefano.fornaroli@sanita.marche.it
ATL - DIREZIONE AMM.VA TERR.LE E MEDICINA CONVENZIONATA	DR.SSA CHANTAL MARIANI	chantal.mariani@sanita.marche.it	DR.SSA CRISTINA BERLUTI	cristina.berluti@sanita.marche.it
ATL - DIREZIONE AMM.VA OSPEDAL. E FUNZIONI DI FRONT-BACK OFFICE	DR. EMANUELE ROCCHI	emanuele.rocchi@sanita.marche.it	DR.SSA CRISTINA BERLUTI	cristina.berluti@sanita.marche.it
ATL- CONVENZ. STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE E TRASPORTI SANITARI	DR.SSA FIAMMETTA MASTRI	fiammetta.mastri@sanita.marche.it	DR.SSA DONATELLA LOCCIONI	donatella.loccioni@sanita.marche.it
ATL - SUPPORTO ALL'AREA POLITICHE DEL PERSONALE	DR. MASSIMO ESPOSITO	massimo.esposito@sanita.marche.it	DR. MICHELE ALLEGREZZA	michele.allegrezza@sanita.marche.it
ATL - SUPPORTO ALL'AREA CONTROLLO DI GESTIONE	DR.SSA M. LETIZIA PARIS	letizia.paris@sanita.marche.it	DR.SSA VALERIA SALARI PECCICA - REFERENTE ATL	valeria.salari@sanita.marche.it
ATL – SUPP.CONTROLLO DI GESTIONE	DR.SSA M. LETIZIA PARIS	letizia.paris@sanita.marche.it		
ATL – SUPP. SISTEMI INFORMATIVI	ING. ROBERTO GIGLI	roberto.gigli1@sanita.marche.it		
ATL – SUPP. PATRIMONIO E N. OPERE	ING. CLAUDIO TITTARELLI	claudio.tittarelli@sanita.marche.it		
ATL – SUPP. ACQUISTI E LOGISTICA	DR. CARLO SPACCIA	carlo.spaccia@sanita.marche.it		
ATL – SUPP. AFF.GEN. CONTENZIOSO	DR.SSA ANITA GIRETTI	anita.giretti@sanita.marche.it		
ATL - FORMAZIONE	DR.SSA MANUELA SILVESTRINI	manuela.silvestrini@sanita.marche.it		
ATL - SUPP. RISCHIO CL. LP. REC.CRED	DR. GABRIELE COLOMBO	gabriele.colombo@sanita.marche.it		
ATL – URP E COMUNICAZIONE	DR.SSA PALMA PAOLUCCI	palma.paolucci@sanita.marche.it		
ATL - SUPP. CONTABILITA' BILANCIO	DOTT.SSA ANTONELLA CASACCIA	antonella.casaccia@sanita.marche.it		

NOMINATIVI RESPONSABILI E REFERENTI DI STRUTTURA - AV 3

STRUTTURA	RESPONSABILE	EMAIL	REFERENTE	EMAIL
DISTRETTI SANITARI	Dr.ssa Giovanna Faccenda	giovanna.faccenda@sanita.marche.it		
PRESIDI OSPEDALIERI	Dr. Massimo Palazzo	archemassimo.palazzo@sanita.m.it	Dr. Massimo Palazzo	massimo.palazzo@sanita.marche.it
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	Paolo Gubbinelli	paolo.gubbinelli@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. Angelo Meloni	angelo.meloni@sanita.marche.it	Dr. Angelo Meloni	angelo.meloni@sanita.marche.it
DIPARTIMENTO DIPENDENZE PATOLOGICHE (DIR.)	Dr. Gianni Giuli	gianni.giuli@sanita.marche.it	Dr. Gianni Giuli	gianni.giuli@sanita.marche.it
ACQUISTI E LOGISTICA	Dr Zelinda Giannini	zelinda.giannini@sanita.marche.it	Dr.ssa Martina Orlandi	martina.orlandi@sanita.marche.it
DIPARTIMENTO SCIENZE RADIOLOGICHE	Dr. Gianni Giuli	gianni.giuli@sanita.marche.it	Dr. Gianni Giuli	gianni.giuli@sanita.marche.it
DIPARTIMENTO IMMUNO TRASFUSIONALE REG.LE	Dr. Giovanni Ribichini	giovanni.ribichini@sanita.marche.it	Dr. Giovanni Ribichini	giovanni.ribichini@sanita.marche.it
RISORSE UMANE	Dr. Fabrizio Trobbiani	fabrizio.trobbiani@sanita.marche.it	Dr. Fabrizio Trobbiani	fabrizio.trobbiani@sanita.marche.it
SISTEMI INFORMATIVI	Antonio Agostini	antonio.agostini2@sanita.marche.it	Silvia Pazzelli	silvia.pazzelli@sanita.marche.it
PATRIMONI, NUOVE OPERE E ATTIVITÀ TECNICHE	Ing. Fabrizio Ciribeni	fabrizio.ciribeni@sanita.marche.it	Dr.ssa Cristiana Valerii	cristiana.valeri@sanita.marche.it
DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE (DIR.)	Dr. Alberto Carelli	alberto.carelli@sanita.marche.it	Dr.ssa Donatelli U.Rinaldelli	donatella.rinaldelli@sanita.marche.it
DIREZIONE AMMINISTRATIVA OSPEDALIERA	Dr.ssa Loredana Riccio	loredana.riccio@sanita.marche.it	Dr.ssa Valchiria Capozucca	valchiria.capozucca@sanita.marche.it
URP E QUALITÀ	Dr.ssa Adriana Carradorini	adriana.carradorini@sanita.marche.it	Dr.ssa Adriana Carradorini	adriana.carradorini@sanita.marche.it
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 GERIATRICA	Dr. Riccardo Centurioni	riccardo.centurioni@sanita.marche.it	Dr. Riccardo Centurioni	riccardo.centurioni@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 FF	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	Riccucci	Riccardo	riccardo.riccucci@sanita.marche.it
Chirurgia	dr. Gabriele Corradini	gabriele.corradini@sanita.marche.it	Corradini	Gabriele	gabriele.corradini@sanita.marche.it
Direzione Amministrativa Ospedaliera	d.ssa Maria Rita Gambino	mariarita.gambino@sanita.marche.it	Brasili	Luigi	luigi.brasili@sanita.marche.it
Direzione Amministrativa Ospedaliera	d.ssa Maria Rita Gambino	mariarita.gambino@sanita.marche.it	Gambino	Maria Rita	mariarita.gambino@sanita.marche.it
Direzione Amministrativa Territoriale	dr. Valter Pazzi	valter.pazzi@sanita.marche.it	Paletti	Francesco	francesco.paletti@sanita.marche.it
Direzione Amministrativa Territoriale	dr. Valter Pazzi	valter.pazzi@sanita.marche.it	Pazzi	Valter	valter.pazzi@sanita.marche.it
Distretto sanitario	dr. Vincenzo Rea	vincenzo.rea@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
Farmacia	dr. Massimo Fioretti	massimo.fioretti@sanita.marche.it	Palmarocchi	Augusta	augusta.palmarocchi@sanita.marche.it
Farmacia	dr. Massimo Fioretti	massimo.fioretti@sanita.marche.it	Santarelli	Emanuela	emanuela.santarelli@sanita.marche.it
Gestione Risorse Umane FF	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. Fabrizio Giostra	fabrizio.giostra@sanita.marche.it	Giostra	Fabrizio	fabrizio.giostra@sanita.marche.it
Pediatria	dr. Monaldo Ciferri	monaldo.ciferri@sanita.marche.it	Ciferri	Monaldo	monaldo.ciferri@sanita.marche.it
Protezione e sicurezza ambienti lavoro	dr. Antonietta Sollini	antonietta.sollini@sanita.marche.it	Borraccini	Alfredo	alfredo.borraccini@sanita.marche.it
Servizio Dipendenze Patologiche	dr.ssa Gianna Sacchini	gianna.sacchini@sanita.marche.it	Sacchini	Gianna	gianna.sacchini@sanita.marche.it
Servizio Dipendenze Patologiche	dr.ssa Gianna Sacchini	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	dr.ssa M. Flavia Spagna	mariaflavia.spagna@sanita.marche.it	Spagna	M. Flavia	mariaflavia.spagna@sanita.marche.it

NOMINATIVI RESPONSABILI E REFERENTI DI STRUTTURA - AV 5

STRUTTURA	COGNOME	NOME	EMAIL
Distretto	Nespeca	Maria Teresa	mariateresa.nespeca@sanita.marche.it
	Picciotti	Giovanni	giovanna.picciotti@sanita.marche.it
Presidio Ospedaliero	Milani	Cesare	cesare.milani@sanita.marche.it
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE (DIRETTORI)	Calvaresi	Vincenzo	vincenzo.calvaresi@sanita.marche.it
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE (REFERENTI)	Agostini	Antonio	antonio.agostini1@sanita.marche.it
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE (DIRETTORI)	Sansoni	Diana	diana.sansoni@sanita.marche.it
	Mariani	Giorgio	giorgio.mariani@sanita.marche.it
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE (REFERENTI)	Troli	Ines	ines.troli@sanita.marche.it
DIPARTIMENTO DIPENDENZE PATOLOGICHE (DIRETTORE)	Cacaci	Claudio	claudio.cacaci@sanita.marche.it
Dipartimento Dipendenze Patologiche (REFERENTI)	Quercia	Marco	marco.quercia@sanita.marche.it
ATL	Gandini	Cristiana	cristiana.gandini@sanita.marche.it
DIPARTIMENTO Medico	Ragno	Michele	michele.ragno@sanita.marche.it
DIPARTIMENTO Chirurgico	Battiato	Concetto	concetto.battiato@sanita.marche.it
DIPARTIMENTO Emergenza-Urgenza	Loria	Massimo	massimo.loria@sanita.marche.it
DIPARTIMENTO Materno Infantile	Chiari	Andre	andrea.chiari@sanita.marche.it
DIPARTIMENTO DEI SERVIZI	Marinucci	Carlo	carlo.marinucci@sanita.marche.it
RISORSE UMANE	Liberati	Silvio Maria	silviomaria.liberati@sanita.marche.it
SISTEMI INFORMATIVI	Faragalli	Anna	anna.faragalli@sanita.marche.it
Patrimoni Nuove Opere e Attività Tecniche	Svampa	Paolo Enrico	paoloenrico@sanita.marche.it
Direzione Amministrativa Territoriale	Canaletti	Marco	marco.canaletti@sanita.marche.it
Direzione Amministrativa ospedaliera	Milani	Cesare	cesare.milani@sanita.marche.it
Acquisti e logistica UO Farmacia	Maurizi	Pietrino	pietrino.maurizi@sanita.marche.it
	Mazzoni (direttore)	Isidoro	isidoro.mazzoni@sanita.marche.it
	Acciarri	Giovanna	giovanna.acciarri@sanita.marche.it
	Laterza	Vita Maria	vitamaria.laterza@sanita.marche.it
	Romani	Maria Chiari	mariachiara.romani@sanita.marche.it
	Vagnoni	Anita	anita.vagnoni@sanita.marche.it
	Brandimarti	Isabella	isabella.brandimarti@sanita.marche.it
	Rafaiani	Stefania	stefania.rafaiani@sanita.marche.it
Cardarelli	Fabrizia	Fabrizia.cardarelli@sanita.marche.it	
	Feliciani	Denise	denise.feliciani@sanita.marche.it

