



Azienda Sanitaria Territoriale di Ancona

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



Direttore Generale

Dott. Giovanni Stroppa

Direttore Amministrativo

Dott.ssa Sonia Piercamilli

Direttore Sanitario

Dott.ssa Benedetta Raffaella Ruggeri

Direttore Socio-sanitario

Dott. Massimo Mazzieri

AST di ANCONA

Azienda Sanitaria Territoriale di Ancona

Viale Cristoforo Colombo, 106 - 60127 Ancona (AN)

PEC ast.ancona@emarche.it

C.F. e P.IVA 02938930423

Tel. 0718705319

INDICE

1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'ORGANIZZAZIONE	5
1.1 Introduzione.....	5
1.2 Cos'è il PIAO?	7
1.3 Mandato istituzionale e missione, principali aree di intervento	8
1.4 L'Azienda Sanitaria Territoriale di Ancona.....	11
1.4.1 Premessa.....	11
1.4.2 Il territorio e la popolazione assistita	12
1.4.3 Le risorse economiche e finanziarie	18
1.4.4 Le risorse professionali	21
1.4.5 La struttura dell'offerta	24
1.4.6 I servizi sanitari erogati	29
2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	48
2.1 Valore pubblico	48
2.1.1 Premessa.....	48
2.1.2 Quale tipo di valore pubblico?.....	49
2.1.3 Come incrementare il valore pubblico?.....	49
2.2 Performance	58
2.2.1 Finalità e principi.....	58
2.2.2 Analisi del contesto esterno	59
2.2.3 Il ciclo di gestione della performance	60
2.2.4 Gli obiettivi strategici (generali).....	63
2.2.5 Gli obiettivi specifici e la performance organizzativa	75
2.2.6 Piano degli indicatori e dei risultati attesi	76
2.3 - Rischi corruttivi e Trasparenza.....	78
2.3.1 Premessa.....	78
2.3.2 Valutazione di impatto del contesto esterno	78
2.3.3 Valutazione di impatto del contesto interno.....	82
2.3.4 Mappatura dei processi e metodologia di analisi del rischio	88
2.3.5 Identificazione e valutazione dei rischi potenziali e concreti.....	93
2.3.6 Progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio	133
2.3.7 Monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure	144

2.3.8 Programmazione dell'attuazione della Trasparenza	145
3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	160
3.1 Struttura organizzativa	160
3.2 Organizzazione del lavoro agile	160
3.2.1 Evoluzione normativa	160
3.2.2 Accesso al lavoro agile.	162
3.2.3 Accordo individuale per lo svolgimento dell'attività di lavoro in modalità agile	163
3.3 Piano triennale dei fabbisogni del personale	163
3.3.1 Formulazione del PTFP 2025-2027	163
3.3.2 Finalizzazione del PTFP 2025-2027 – DGR 54/2025.....	172
3.3.3 Piano Azioni Positive.....	176
3.4 Formazione del Personale.....	177
3.4.1 Premessa.....	177
3.4.2 Piano Formativo Aziendale	177
3.4.3 Attività formative regionali (PFR)	179
3.4.4 Attività formative nazionali (PNRR)	179
3.4.5 Linee guida per il Piano formativo triennale	182
4. MONITORAGGIO	183
4.1 - Riepilogo Responsabili	183
4.1.1 Analisi per sottosezioni	183
4.1.2 Il Monitoraggio delle misure del PIAO.....	183
4.1.3 Monitoraggio della trasparenza e attestazione OIV	184
4.1.4 Il Sistema dei Controlli e la Funzione di Internal Audit.....	185
4.1.5 Riepilogo Responsabili e Tabella di Raccordo.....	185
<u>ALLEGATI</u>	

1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'ORGANIZZAZIONE

1.1 Introduzione

Il Piano triennale della prevenzione della corruzione e della trasparenza, il Piano della Performance, il Piano triennale del Fabbisogno del personale e il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA), come previsto dall'articolo 6 del decreto legge 80 del 9 giugno 2021, sono raccolti nel **Piano Integrato di Attività e Organizzazione - PIAO**.

Il presente PIAO relativo al periodo 2025 – 2027 costituisce aggiornamento ed evoluzione del Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) adottato da AST di Ancona con Determina n. 487 del 31/03/2023, precisando che la relativa stesura si inserisce in un particolare momento storico, caratterizzato dalla realizzazione ancora in corso di un nuovo assetto organizzativo dell'intero sistema sanitario della Regione Marche, in forza della Legge Regionale n. 19/2022 (Organizzazione del Servizio Sanitario Regionale).

In particolare l'art. 23 della L.R. 19/2022, ha individuato le Aziende Sanitarie Territoriali (AST), che assicurano le prestazioni incluse nei livelli essenziali di assistenza (LEA) e l'equo accesso ai servizi e alle funzioni di tipo sanitario, sociale e di elevata integrazione socio-sanitaria organizzate nel territorio:

- a) l'Azienda sanitaria territoriale di Ancona;
- b) l'Azienda sanitaria territoriale di Ascoli Piceno;
- c) l'Azienda sanitaria territoriale di Fermo;
- d) l'Azienda sanitaria territoriale di Macerata;
- e) l'Azienda sanitaria territoriale di Pesaro-Urbino.

Il comma 2 del predetto art. 23 stabilisce: "Le Aziende sanitarie territoriali sono istituite da questa legge con le modalità di cui all'articolo 42. Gli ambiti territoriali di riferimento delle Aziende sanitarie territoriali sono individuati nell'allegato A di questa legge". Tali ambiti risultano coincidenti con quelli delle ex Aree Vaste di riferimento della soppressa Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR) Marche.

Ai sensi dell'art.42 della legge regionale sopra citata alla data del **31 dicembre 2022** l'ASUR Marche è stata **soppressa** e dal **1° gennaio 2023** sono state costituite e sono divenute operative le **Aziende sanitarie territoriali**, che sono **subentrate** all'ex ASUR senza soluzione di continuità, secondo le modalità stabilite dalla Giunta regionale.

Il PIAO per il triennio 2025-2027 costituisce, pertanto, un atto di **avvio della pianificazione e programmazione** aziendale che, nel corso del 2025, si evolverà in ragione della riorganizzazione che sarà completata con l'adozione definitiva dell'Atto aziendale di diritto privato.

Oltre a ciò, l'AST di Ancona, ai sensi dell'art. 42, comma 9 della Legge Regionale 19/2022, assolve anche alle funzioni di **gestione liquidatoria** della soppressa ASUR Marche.

In data 09/01/2025, in conformità alla normativa di riferimento, è stata pubblicata, sia sulla rete intranet aziendale sia sul sito istituzionale tra le news, la sotto-sezione 2.3 del PIAO "Rischi corruttivi e Trasparenza" al fine di rendere noto a tutti gli stakeholders, tramite consultazione pubblica, gli obiettivi che l'AST di Ancona intende perseguire sotto il profilo della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Il presente PIAO è stato sottoposto all'OIV dell'AST Ancona che ne ha valutato, per la parte di competenza, la coerenza e rispondenza dei contenuti dello stesso alle indicazioni contenute nel DM del 30 giugno 2022, Regolamento sul Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) e ha formulato suggerimenti che sono stati recepiti.

Quanto agli ulteriori aspetti della programmazione cui il PIAO è finalizzato, è intendimento della Direzione Strategica dare concretezza alla mission aziendale, che si prefigge il raggiungimento di livelli elevati di tutela della salute, intesa come fondamentale diritto dell'individuo e come interesse per la collettività.

L'impegno che AST di Ancona assume è quello di mettere **la salute al centro** di tutte le scelte aziendali perseguendo gli obiettivi di miglioramento continuo delle cure e facendo ogni sforzo possibile per garantire tempi rapidi di accesso alle medesime.

IL DIRETTORE GENERALE

AST DI ANCONA

Dott. Giovanni Stroppa

1.2 Cos'è il PIAO?

Il Decreto Legge n. 80 del 09/06/2021, convertito, con modificazioni, dalla Legge n. 113 del 06/08/2021, prevede all'articolo 6 che le Pubbliche Amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del Decreto legislativo n. 165 del 30/03/2001, con più di 50 dipendenti, adottino entro il 31 gennaio di ogni anno, il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (**PIAO**), di seguito denominato anche Piano, nel rispetto delle vigenti discipline di settore e, in particolare, del decreto legislativo n. 150 del 27/10/2009 e della legge n. 19 del 06/11/2012.

Con il D.P.R. n. 81 del 24/06/2022 sono stati soppressi, in quanto assorbiti nelle apposite nuove sezioni del Piano gli adempimenti inerenti a:

- Piano triennale dei fabbisogni di personale;
- Piano delle azioni concrete;
- Piano per razionalizzare l'utilizzo delle dotazioni strumentali, anche informatiche, che corredano le stazioni di lavoro nell'automazione d'ufficio;
- Piano della performance;
- Piano di prevenzione della corruzione;
- Piano organizzativo del lavoro agile;
- Piani di azioni positive.

Il Piano si pone come uno strumento di riconfigurazione e integrazione progressiva e graduale dei piani preesistenti, al fine di realizzare concretamente gli obiettivi per i quali è stato concepito, vale a dire assicurare la **qualità** e la **trasparenza** dell'attività amministrativa, migliorare la qualità dei **servizi** ai cittadini, procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi.

Il PIAO ha durata triennale, ma viene aggiornato annualmente e definisce:

- gli obiettivi programmatici e strategici della performance;
- la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile, e gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale, allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali e all'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale correlati all'ambito d'impiego e alla progressione di carriera del personale;
- gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, prevedendo, oltre alle forme di reclutamento ordinario, la percentuale di posizioni disponibili nei limiti stabiliti dalla legge destinata alle progressioni di carriera del personale;
- gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di anticorruzione;

- l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare ogni anno, anche mediante il ricorso alla tecnologia e sulla base della consultazione degli utenti, nonché la pianificazione delle attività;
- le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;
- le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere, anche con riguardo alla composizione delle commissioni esaminatrici dei concorsi.
- le modalità di monitoraggio degli esiti, con cadenza periodica, inclusi gli impatti sugli utenti, anche attraverso rilevazioni della soddisfazione dell'utenza mediante gli strumenti.

Si tratta quindi di documento unico di programmazione e governance per le pubbliche amministrazioni.

La scadenza è il 31 gennaio del primo anno del triennio di riferimento, secondo quanto disposto dalla legge n. 190/2012 (articolo 1, comma 8); per il 2025 il termine per la predisposizione del PIAO è stato confermato al **31 gennaio 2025**.

1.3 Mandato istituzionale e missione, principali aree di intervento

L'Azienda Sanitaria Territoriale (AST) di Ancona è stata istituita con Legge Regionale n. 19 dell'8 agosto 2022 recante ad oggetto "Organizzazione del servizio sanitario regionale". La Regione Marche con la riorganizzazione della Sanità regionale ed il superamento dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale, ha inteso perseguire il principio della sanità di prossimità, introducendo un sistema più vicino alle realtà provinciali, mediante l'istituzione delle nuove Aziende Sanitarie Territoriali.

Pertanto, alla data del 31 dicembre 2022 l'ASUR Marche e l'Azienda Ospedaliera Marche Nord sono state soppresse e dal 1° gennaio 2023 sono state costituite le cinque Aziende Sanitarie Territoriali (AST) di Ancona, Ascoli Piceno, Fermo, Macerata e Pesaro Urbino (DGRM n. 1499/ 2022, n. 1500/2022, n. 1501/2022, n. 1502/2022, n. 1503/2022).

I Direttori Generali delle AST, nominati dalla Giunta Regionale delle Marche con DGRM n. 769 del 30/05/2023, sono responsabili, in coerenza con i poteri di cui al Dlgs 502/92 e s.m.i., degli aspetti organizzativi, tecnici e gestionali, del nuovo assetto varato dall'Amministrazione regionale.

Il modello organizzativo e funzionale dell'AST di Ancona, troverà compiuta rappresentazione nell'Atto aziendale in corso di adozione secondo le linee guida e i criteri approvati con DGRM n. 1291/2024 e s.m.i..

Sono organi aziendali, il Direttore Generale, il Collegio di Direzione e il Collegio Sindacale.

Il Direttore Generale, Dott. Giovanni Stroppa, insediatosi in data 17/07/2023, è coadiuvato dal Direttore Amministrativo, Dott.ssa Sonia Piercamilli a decorrere dal 01/05/2024 e dal Direttore Sanitario, Dott.ssa Benedetta Raffaella Ruggeri, a decorrere dal 01/10/2023, nonché dal Direttore socio-sanitaria, Dott. Massimo Mazzieri, a decorrere dal 15/01/2024.

Ai sensi dell'art. 3, comma 1 bis del D.lgs. n. 502/92 e s.m.i., l'Azienda Sanitaria Territoriale è dotata di personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale. La sede legale dell'azienda è ad Ancona, in Viale Cristoforo Colombo 106.

L'Azienda ha come principale mandato istituzionale quello di garantire in modo costante ed uniforme la tutela della salute dei cittadini residenti nell'ambito territoriale di riferimento come individuato nell'allegato A della legge regionale n. 19/2022.

AST di Ancona, come accennato, per effetto dell'art. 42, comma 9, della Legge Regionale 19/2022 assolve alla funzione di Gestione Liquidatoria della soppressa ASUR, con conseguente espletamento da parte delle UOC aziendali preposte, di attività trasversale nell'interesse del SSR.

L'AST assicura le prestazioni incluse nei livelli essenziali di assistenza (LEA) e l'equo accesso ai servizi e alle funzioni di tipo sanitario, sociale e di elevata integrazione socio-sanitaria organizzate nel territorio di riferimento. Inoltre, nell'attuazione della programmazione regionale e della gestione dei servizi, garantisce l'assistenza sanitaria e la prevenzione collettiva in ambiente di vita e di lavoro, l'assistenza distrettuale e quella ospedaliera.

L'Azienda pianifica le attività e i servizi sulla base di percorsi assistenziali in grado di assicurare la continuità delle cure attraverso un modello integrato tra servizi territoriali e servizi ospedalieri, garantendo il coordinamento delle prestazioni correlate alle condizioni di salute del singolo, con l'obiettivo di fornire risposte appropriate.

L'azienda si articola in distretti, dipartimenti e presidi ospedalieri. Nella sua dimensione territoriale, ha l'obiettivo di rendere omogenea ed equamente accessibile l'offerta dei servizi, attraverso una lettura unica e coerente dei bisogni di salute, garantendo risposte appropriate su più livelli di complessità, sempre attenta alle peculiarità ed alle problematiche locali.

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

L'Azienda, attraverso il costante confronto con le istituzioni locali, le organizzazioni sindacali, le associazioni di cittadini e utenti, con il terzo settore, intende promuovere la modalità del lavoro di rete ed il principio di sussidiarietà con un livello di confronto e consultazione che permetta di verificare lo standard dei servizi rispetto alla evoluzione della domanda e alle aspettative della comunità locale.

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

Per l'assolvimento della missione e la realizzazione della propria visione strategica, l'Azienda si configura come un'organizzazione di tipo reticolare, differenziata ed integrata internamente, adatta a supportare le caratteristiche di appropriatezza, di tempestività, di efficacia, di adeguatezza, di qualità dei servizi offerti ai cittadini.

La partecipazione dei professionisti alle decisioni aventi rilevanza strategica, organizzativa e gestionale costituisce connotazione fondamentale dell'azione aziendale ed è assicurata attraverso il Collegio di Direzione, i Comitati di Dipartimento, gli Uffici di Coordinamento delle Attività Distrettuali.

Di seguito si riportano le sezioni principali dell'aggiornamento del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) dell'AST di Ancona, come disciplinato dal D.L. n. 80/2021, secondo le indicazioni del Dipartimento della Funzione Pubblica, in particolare del Decreto n. 132 del 30 giugno 2022 (pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 209 del 7 settembre 2022) che specifica le sezioni in cui lo stesso è articolato.

Tale documento di programmazione è riferito al triennio 2025-2027 e sarà aggiornato annualmente; rappresenta un atto unitario dell'Ente che, come accennato, integra e coordina tutti gli strumenti di pianificazione delle attività relativi alle seguenti sezioni, secondo le modalità di cui al Regolamento approvato con Decreto n. 132/2022 del Dipartimento Funzione pubblica, che definisce i contenuti e lo schema tipo del PIAO:

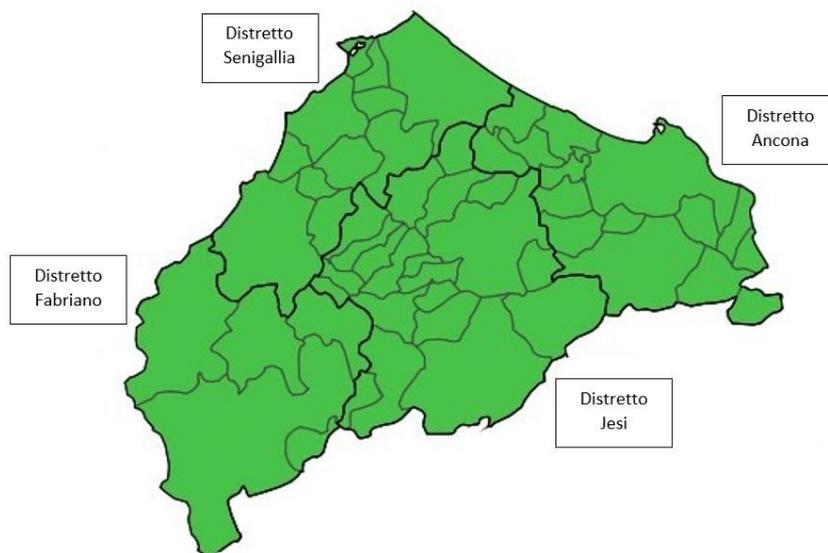
1. Scheda anagrafica dell'amministrazione, da compilarsi con tutti i dati identificativi dell'amministrazione;
2. Valore pubblico, performance e anticorruzione, dove sono definiti i risultati attesi, in termini di obiettivi generali e specifici;
3. Organizzazione e capitale umano, dove verrà presentato il modello organizzativo adottato dall'Amministrazione;
4. Monitoraggio, dove saranno indicati gli strumenti e le modalità di monitoraggio, insieme alle rilevazioni di soddisfazioni degli utenti e dei responsabili.

1.4 L'Azienda Sanitaria Territoriale di Ancona

1.4.1 Premessa

Come già anticipato nel paragrafo 1.1 dell'introduzione, l'AST di Ancona nasce l'1/1/2023 in seguito alla riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale di cui alla L.R. 19/2022.

Nel dettaglio l'Azienda Sanitaria Territoriale di Ancona è articolata su 4 Distretti di seguito rappresentati.



La mappa dell'Azienda Sanitaria Territoriale

In questo quadro, l'Azienda Sanitaria Territoriale (AST) di Ancona, secondo quanto stabilito dall'articolo 23 della LR 19/2022, si impegna a garantire un accesso equo e omogeneo alle prestazioni comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), promuovendo un sistema integrato di servizi sanitari, sociali e socio-sanitari avanzati e ben radicati nel territorio. L'obiettivo primario è quello di assicurare continuità nelle cure, favorendo un approccio sinergico tra i servizi territoriali e quelli ospedalieri, oltre a coordinare gli interventi in funzione delle specifiche condizioni di salute di ogni individuo.

Coerentemente con questa mission e con i principi enunciati nel comma 3 dell'articolo 1 e nel comma 4 dell'articolo 2 della LR n. 19/2022, l'AST di Ancona si propone di creare un sistema gestionale efficiente, agile e reattivo, in grado di rispondere rapidamente alle esigenze della popolazione. Questo approccio mira a generare economie di scala e ottimizzare le risorse, garantendo al contempo la sostenibilità economica di un sistema socio-sanitario regionale che deve affrontare la sfida della progressiva riduzione dei trasferimenti statali. Qualora si rendessero disponibili risorse aggiuntive, queste verranno prioritariamente destinate al miglioramento e alla qualificazione dell'offerta sanitaria.

In questa prospettiva, l'AST di Ancona si configura come attore centrale nella governance territoriale, assumendo il ruolo di garante dei servizi erogati e di gestore delle strutture e delle organizzazioni dedicate, con l'obiettivo di assicurare un'assistenza sanitaria di elevata qualità e un'organizzazione funzionale alle reali esigenze del territorio.

Per raggiungere tali finalità strategiche, la struttura organizzativa e funzionale dell'azienda sarà definita nel redigendo Atto Aziendale ai sensi del comma 1 bis dell'articolo 3 del D.lgs. n. 502/1992 in coerenza con la DGRM 1305/2024 che ne definisce le linee di indirizzo. Secondo quanto stabilito dall'art. 24, comma 2, della LR n. 19/2022, l'organizzazione dovrà garantire un approccio unitario per l'erogazione delle funzioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, promuovendo una stretta collaborazione e integrazione tra i servizi territoriali dei Distretti, i presidi ospedalieri e gli altri soggetti erogatori, sia pubblici che privati.

In questo contesto, l'AST di Ancona non è soltanto un ente operativo, ma un motore di trasformazione, con la responsabilità di consolidare il rapporto di fiducia con la comunità e di contribuire al benessere collettivo, ponendosi come punto di riferimento per un sistema socio-sanitario che sia moderno, inclusivo e orientato al futuro.

1.4.2 Il territorio e la popolazione assistita

L'Azienda Sanitaria Territoriale di Ancona (AST Ancona) si estende su un territorio di 2.178,22 Km² (23,3% del territorio regionale) con struttura geomorfologica differenziata. La popolazione assistita al 1 Gennaio 2024 è pari a 473.428 distribuita in 50 Comuni (di cui 3 afferenti alla provincia di Macerata) e in 4 Distretti, con una densità di 217,36 abitanti per Km². La popolazione per Azienda Sanitaria Territoriale di Ancona e classe di età è riportata nella tabella seguente.

Popolazione (fonte ISTAT)

AST ANCONA	Popolazione al 01/01/2024	Neonati	Classe 1- 4	Classe 5 - 14	Classe 15 - 44	Classe 45 - 64	Classe 65 - 74	Classe +75
Distretto di Senigallia	76.331	421	1.839	6.228	23.110	23.795	9.578	11.360
Distretto di Jesi	103.196	619	2.587	8.987	32.187	31.720	12.695	14.401
Distretto di Fabriano	43.194	215	954	3.502	12.949	13.645	5.449	6.480
Distretto di Ancona	250.707	1.541	6.578	21.343	79.847	77.214	29.757	34.427
Totale complessivo	473.428	2.796	11.958	40.060	148.093	146.374	57.479	66.668

La AST è caratterizzata da un territorio molto vasto al cui interno si trovano ampie aree scarsamente abitate: il 33% della popolazione vive nei 41 comuni con meno di 10.000 abitanti, il 46% negli 8 comuni con popolazione compresa tra i 10.000 e i 50.000 abitanti e il 21% vive nel capoluogo, unico comune con una popolazione superiore ai 50.000 abitanti. Tuttavia ha una densità di popolazione superiore a quella regionale pari a 158 abitanti per Km².

La considerazione di questi elementi (territorio vasto frazionato in piccoli centri a bassa densità abitativa) unitamente al progressivo invecchiamento della popolazione, con la riduzione della popolazione in età lavorativa (15-64 anni), assume un carattere di assoluto rilievo quando si devono organizzare, e misurare in termini di performance, i servizi sanitari sul territorio.

Infatti, se le Marche sono tra le regioni più anziane in Italia, questa porzione del suo territorio si caratterizza per una quota di residenti di età maggiore a 64 anni, in linea con la media regionale: oltre una persona su quattro (26%) ha più di sessantacinque anni, e eserciterà ripercussioni sul sistema economico e sociale, in particolare per la sostenibilità del sistema pensionistico e dei servizi sanitari.

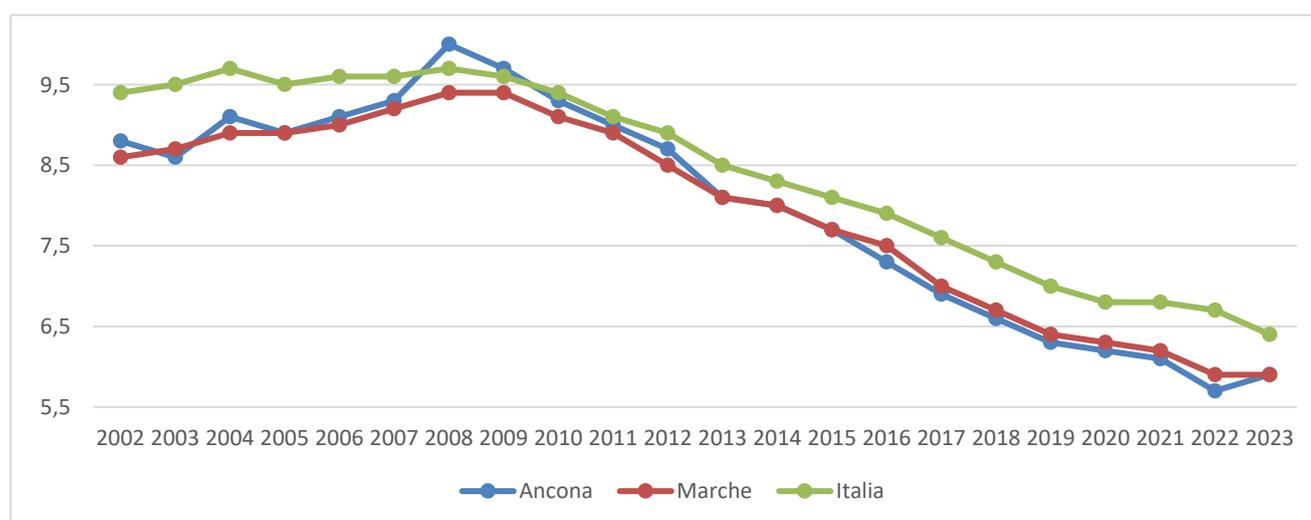
Struttura per età della popolazione al 1° gennaio

	2003			2023			2024 - Stima		
	0-14 anni	15-64 anni	65 anni e oltre	0-14 anni	15-64 anni	65 anni e oltre	0-14 anni	15-64 anni	65 anni e oltre
Ancona	12,7	65,0	22,3	11,9	62,2	25,9	11,6	62,2	26,1
Marche	13,0	65,0	22,0	11,8	62,2	25,9	11,6	62,3	26,2
ITALIA	14,2	66,8	19,0	12,4	63,5	24,0	12,2	63,5	24,3

Fonte dati: demo istat

Molto marcato in questa AST, come nel resto della regione, a partire dal 2008, è stato anche il calo della natalità legato agli effetti della crisi economica ed alla riduzione del numero di donne in età fertile; nel 2023 il tasso di natalità (5,9 nati per 1.000 abitanti) evidenzia un lieve incremento rispetto al 2022 riposizionandosi in linea con la media regionale

Trend tasso di natalità (nati/pop. totale per 1.000) Anni 2002-2023



Per i principali indicatori dello stato di salute disponibili, in particolare la speranza di vita alla nascita, la mortalità generale, la mortalità prematura (prima dei 65 anni) e gli anni potenziali di vita persi, la AST di Ancona si allinea ai valori medi regionali (peraltro molto buoni rispetto alla media nazionale).

In particolare la speranza di vita alla nascita (vedi figura seguente) che ha subito una diminuzione, evidente anche a livello nazionale, nel 2020 a causa della pandemia da Covid-19 per poi riprendere il trend in crescita.

Trend speranza di vita alla nascita per sesso – Anni 2002-2023



Gli stranieri residenti nell'AST ANCONA al 01/01/2024 rappresentano il 9,4% dei residenti, in incremento rispetto all'anno precedente. La presenza della popolazione straniera, più giovane della popolazione italiana e con più alti livelli di fecondità costituisce un apporto importante nel rallentamento del processo di invecchiamento della popolazione. Senza l'apporto della popolazione straniera il tasso di natalità sarebbe stato ancora più basso, i neonati di cittadinanza straniera costituiscono il 16% del totale.

I Principali indicatori di struttura della Popolazione

L'indice di vecchiaia (ossia il rapporto tra la popolazione con oltre 64 anni e quella con meno di 15) è peggiorato nel tempo, era di 175,2 al 1/01/2003 ed è di 217,3 al 01/01/2023 (media Regione Marche 218,8; media Italia 193,1).

Allo stesso modo sono peggiorati l'Indice di dipendenza anziani (cioè il rapporto tra popolazione di 65 anni e più e la popolazione in età attiva di 15-64 anni *100) era del 34,3% venti anni fa ora è di 41,6%, come pure l'Indice di dipendenza strutturale, che stima la capacità delle fasce di età economicamente attive (15-64 anni) a mantenere le età inattive (0-14 anni e ≥ 65 anni), è del 60,9% verso il 53,8% del 2003 (media Regione Marche 60,7; media Italia 2023 57,3).

Di seguito si evidenzia l'andamento degli indicatori di struttura nel ventennio considerando la popolazione al 01/01 di ciascun anno

	2003				2023				2024 - Stima			
	Indice di dipendenza strutturale	Indice di dipendenza anziani	Indice di vecchiaia	Età media	Indice di dipendenza strutturale	Indice di dipendenza anziani	Indice di vecchiaia	Età media	Indice di dipendenza strutturale	Indice di dipendenza anziani	Indice di vecchiaia	Età media
Ancona	53,8	34,3	175,2	44,2	60,9	41,7	217,3	47,5	60,7	42,0	225,0	47,7
Marche	53,9	33,9	169,2	43,9	60,7	41,6	218,8	47,5	60,6	42,0	226,2	47,7
ITALIA	49,7	28,4	133,5	42,2	57,4	37,8	193,1	46,4	57,5	38,3	199,8	46,6

Fonte: dati demografici

Caratteristiche sociali ed economiche

Nella provincia di Ancona il 46,5% della popolazione è coniugato, i divorziati sono il 3,2% mentre il 7,9% è vedovo/a, il resto è celibe o nubile. Si conferma anche nella Provincia di Ancona la tendenza alla posticipazione delle nozze: l'età media al matrimonio è passata da 38 anni nel 2016 a circa 43 anni per gli sposi e da 34 anni a 37 per le spose nel 2020.

Nella provincia di Ancona nel 2020 vivono 204.664 famiglie (210.511 nell'AST ANCONA) che presentano una dimensione media di 2,3 componenti, omogenea al territorio regionale ed in linea con la dimensione media nazionale.

La struttura del nucleo familiare (e le sue modifiche nel tempo) costituisce un parametro fondamentale nella politica del welfare, sicuramente fattore rilevante per la programmazione e l'organizzazione sociale e sanitaria aziendale. Si osserva una semplificazione delle strutture familiari. All'aumento del numero di famiglie, corrisponde una progressiva riduzione della dimensione delle stesse.

Si stima che il 24% delle persone di 65 anni e più vivono da sole; le donne sole sono più del doppio degli uomini (31,6% vs il 13,9% degli uomini).

Nell'anno 2020 per quanto riguarda il livello di istruzione della popolazione di 9 anni e più, residente in AST ANCONA, 26 ragazzi su 100 sono in possesso di 'licenza di scuola media inferiore', 40 su 100 di un diploma di istruzione secondaria e 12 su 100 di laurea o dottorato di ricerca.

Dal punto di vista del lavoro complessivamente l'andamento dell'occupazione nella provincia di Ancona è simile a quella nazionale: nel 2021 è migliorata, ma resta sempre critica la situazione lavorativa per le donne. Il tasso di occupazione totale si mantiene al di sopra dei valori regionali e nazionali (65% vs il 64,1 delle Marche e il 58,2% dell'Italia).

Le condizioni di salute

Dal Profilo di Salute 2022, ultimo aggiornamento a disposizione, emerge che dalla Indagine “Multiscopo” nella provincia di Ancona nel 2020 complessivamente il 71% delle persone di 6 anni e più riferisce di essere in buona salute (il 75,8% degli uomini e il 68,3% delle donne). La salute risulta essere percepita positivamente in particolare da coloro che sono in possesso di un titolo di studio alto (81,4% tra chi ha una laurea o post-laurea), rispetto a coloro che hanno la sola licenza elementare o nessun titolo di studio (57,7%).

Chi è occupato riferisce di essere in buona salute in percentuale maggiore rispetto a chi è disoccupato o alla ricerca di nuova occupazione (80,4% vs 73,2%). Una migliore percezione della propria salute è presente nella classe dei dirigenti, imprenditori e liberi professionisti (82,6%), rispetto agli operai, apprendisti (79,6%).

Il 47% degli individui di 6 anni e più con malattie croniche riferisce di sentirsi bene, ma tale proporzione è del 43% tra coloro che soffrono di almeno una malattia cronica e scende al 23% tra coloro che hanno almeno due o più malattie croniche.

Dai dati della sorveglianza PASSI nel biennio 2020-2021 il 7,8% delle persone intervistate afferenti all’attuale AST Ancona, riferisce di aver avuto, nell’arco delle ultime 2 settimane, sintomi depressivi. Il dato italiano è inferiore (6,6%). Le categorie più colpite sono le donne (11,9% vs 3,5% degli uomini), le persone nella fascia di età da 35 anni in poi, quelle con un livello di istruzione basso, con molte difficoltà economiche, senza un lavoro regolare, con almeno una malattia cronica.

Utilizzando come fonte dati l’Indagine Multiscopo sulle famiglie, approssimando che la frequenza percentuale delle malattie croniche non trasmissibili (MCNT) in AV2 sia simile a quella delle Marche, si stima che in tutta l’AST siano presenti più di 180.000 persone con almeno una malattia cronica e più di 100.000 con almeno due malattie croniche, indipendentemente dall’età.

Sempre considerando la precedente approssimazione si può stimare che nel territorio dell’AV2 vi siano circa 26.000 diabetici, 87.000 ipertesi, 25.000 bronchitici cronici e altre persone con patologie croniche, il cui impatto sui servizi sanitari e sociali, visto anche l’invecchiamento della popolazione, sarà sempre più importante.

Secondo la fonte dati PASSI 2 il 20,1% degli adulti di 18-69 anni nel biennio 2020-2021 ha riferito che, nel corso della vita che un medico ha diagnosticato loro una o più tra le seguenti patologie: insufficienza renale, bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria, asma bronchiale, ictus o ischemia cerebrale, diabete, infarto del miocardio, ischemia cardiaca o malattia delle coronarie, altre malattie del cuore, tumori, malattie croniche del fegato o cirrosi.

Più precisamente il 14% riferisce di essere affetto da almeno una patologia cronica e il 6% da almeno due. Le categorie più colpite sono le persone con età più avanzata e, in particolare, quelle con status socioeconomico più svantaggiato (con molte difficoltà economiche il 32,1% vs il 17,2% di chi non ne ha), i soggetti con bassa istruzione (29% tra chi ha al massimo una licenza di scuola elementare vs il 13% di chi ha una laurea).

Nel biennio 2020-2021 il 5% della popolazione adulta di 18-69 anni ha riferito una diagnosi di diabete; il genere, l'età, le caratteristiche socio-economiche influenzano la prevalenza di diabete. Le categorie più colpite sono gli uomini, le persone con età più avanzata, quelle con status socioeconomico più svantaggiato, i soggetti con bassa istruzione.

Il 97,4% degli adulti tra 18-69 anni presenta almeno un fattore di rischio per malattie cardiovascolari. Tra coloro che soffrono di almeno un rischio cardiovascolare il 31% ne presenta uno, il 35% ne ha due, il 20% ne ha tre.

Le persone con diagnosi di ipertensione sono il 18,4%. Prevale negli uomini (22% vs 14,8% fra le donne); è poco frequente fra i giovani (4,6% nella classe di età 18-34 anni vs il 31,3% nella classe di età di 50-69 anni); è associata all'eccesso ponderale, è più frequente fra le persone socialmente più svantaggiate, per disponibilità economiche o istruzione.

Coloro che riferiscono di avere il colesterolo alto sono il 21,4% degli adulti residenti. L'ipercolesterolemia è associata al genere femminile, all'età (cresce dal 6,9% fra i 18-34enni al 34,4% fra i 50-69enni); allo svantaggio sociale, per istruzione o risorse economiche, all'eccesso ponderale.

Dal Registro Tumori delle Marche ricaviamo i dati relativi all'incidenza della patologia neoplastica per il triennio 2013-2015. Risulta che tra i primi 10 tumori (incidenti per genere) nella provincia di Ancona, 'pelle, non melanomi' è al primo posto in entrambi i sessi, seguito da 'prostata' per gli uomini e 'mammella' per le donne.

Troviamo poi per entrambi i generi le neoplasie del tratto intestinale ('colon, retto ed ano', 'colon e retto'). La fascia d'età più colpita da tumori per gli uomini è quella 75-79 anni (18% del totale), seguita da 70-74 anni (16,2%); per le donne la più colpita è 85+ (14%), seguita da 75-79 anni (13,3%). In totale circa l'80% dei tumori colpisce la fascia d'età ultrasessantenne.

L'andamento dell'incidenza nei tre anni negli uomini mostra un decremento pressoché generale per tutti i tumori considerati ad eccezione di quelli della 'vescica (maligni)' e della 'pelle, non melanomi' che crescono sensibilmente nel periodo.

Nelle donne vi è uno spiccato aumento delle neoplasie della "pelle, melanomi", una crescita dei tumori dell'utero totale e delle 'neoplasie ematologiche'. Si riducono invece le neoplasie del tratto intestinale.

1.4.3 Le risorse economiche e finanziarie

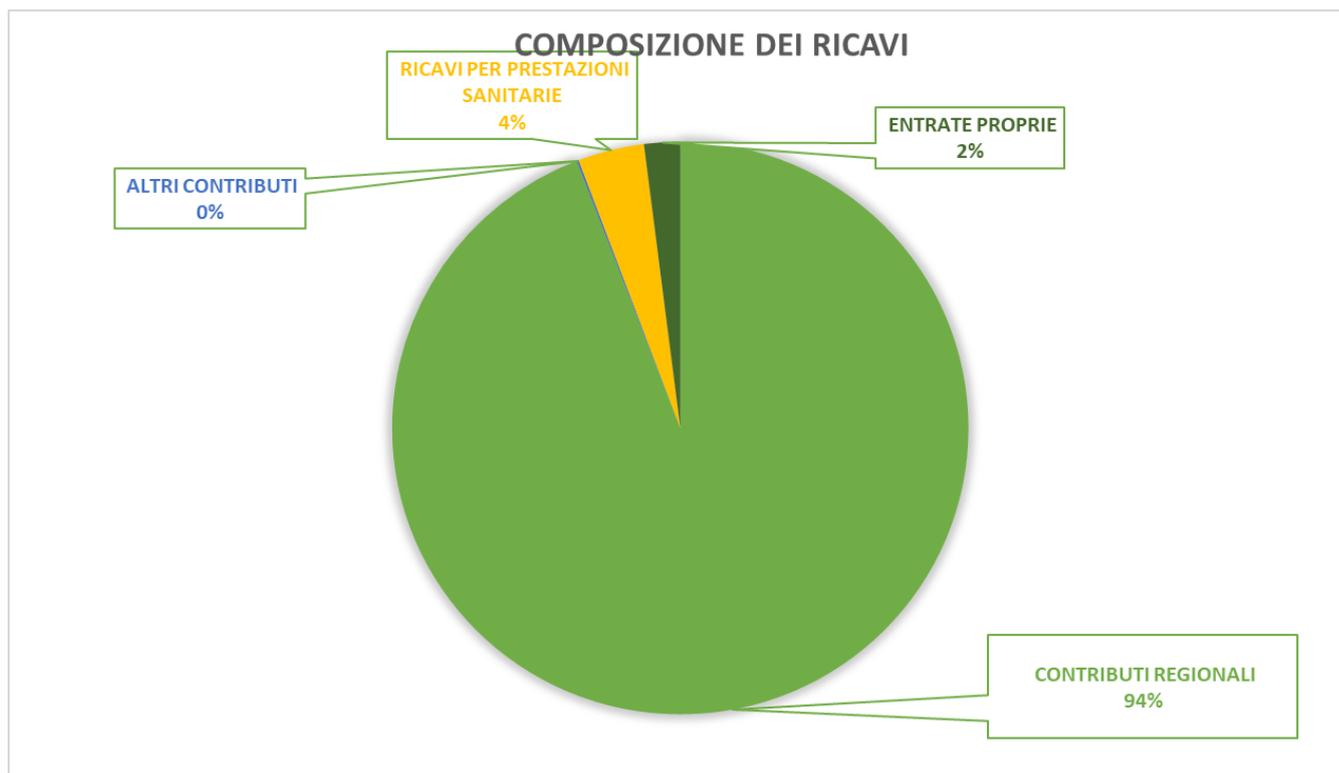
La programmazione aziendale 2025-2027 è fortemente condizionata dalle dinamiche del Fondo Sanitario Nazionale dovendo garantire l'equilibrio di bilancio; la sostenibilità economica, in un contesto internazionale caratterizzato da un forte incremento dei prezzi delle materie prime, e dal perdurare dell'incertezza legata alle tensioni geopolitiche e all'evoluzione dei conflitti in Ucraina e nel Medio Oriente, riveste un ruolo essenziale per garantire l'erogazione dei LEA.

L'azienda gestisce complessivamente risorse per 1 miliardo di €uro circa. Di seguito si rappresentano i valori del Bilancio di Esercizio 2023 per macro aggregati di costo:

Descrizione	BILANCIO DI ESERCIZIO 2023
TOTALE RICAVI	1.072.369.328
CONTRIBUTI REGIONALI	1.005.782.276
ALTRI CONTRIBUTI	1.248.314
RICAVI PER PRESTAZIONI SANITARIE	39.812.931
ENTRATE PROPRIE	21.555.753
RICAVI STRAORDINARI	3.970.055
TOTALE COSTI	1.072.369.328
PERSONALE	244.865.051
BENI	165.864.419
SERVIZI	79.229.750
OSP. CONVENZIONATA E ACQUISTO DI RICOVERI	194.944.240
SPECIALISTICA ESTERNA	84.880.224
SPECIALISTICA INTERNA	6.440.844
FARMACEUTICA	99.702.059
MEDICINA DI BASE	56.153.627
ALTRE PRESTAZIONI	118.373.813
LIBERA PROFESSIONE	6.185.456
AMMORTAMENTI	97.933
ACCANTONAMENTI	15.389.778
TRASFERIMENTI	26.565
ONERI FINANZIARI	-
ONERI STRAORDINARI	215.569

I ricavi totali ammontano a 1.072.369.328 €, con la seguente composizione principale:

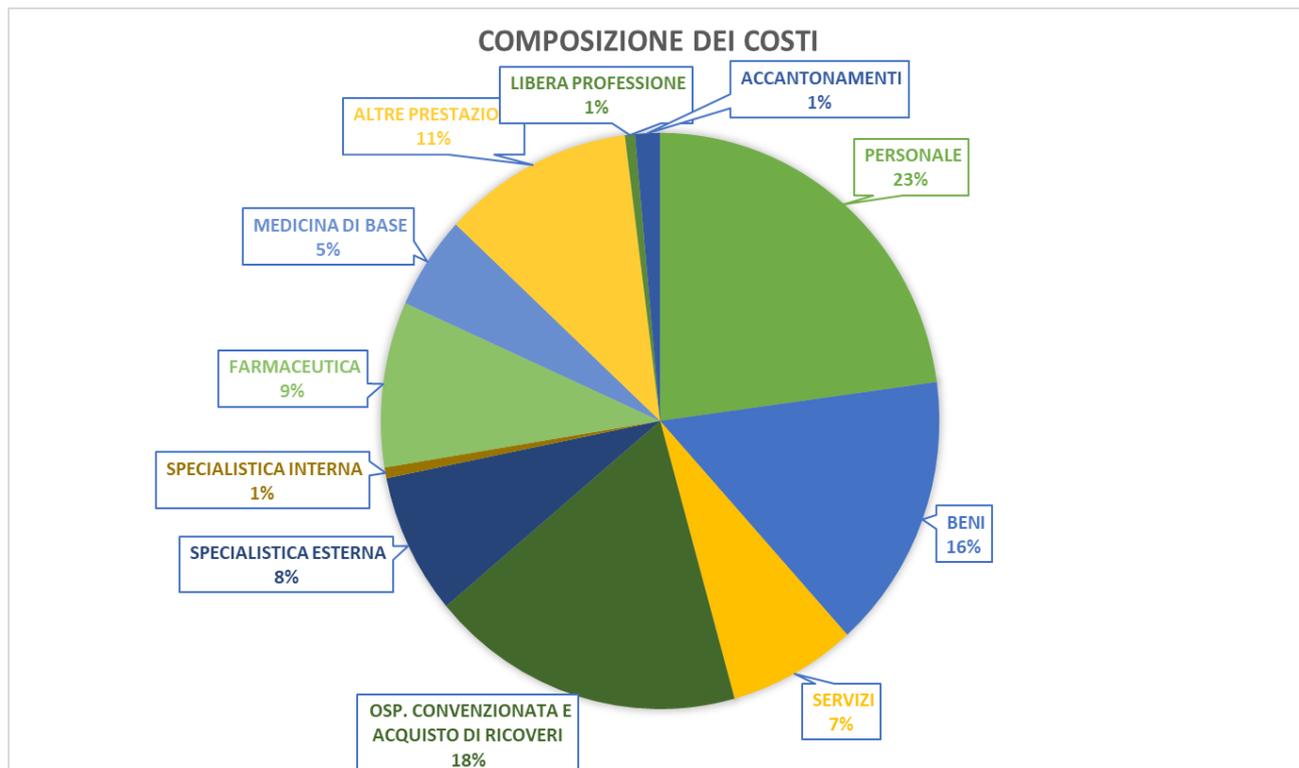
- Contributi Regionali: rappresentano la quota più significativa (94%) per un totale di 1.005.782.276 €;
- Ricavi per Prestazioni Sanitarie: 39.812.931 € (3,7%), derivanti da ricavi per prestazioni erogate a soggetti/strutture intra-regionali, extra-regionali;
- Entrate Proprie: 21.555.753 € (2%), comprendono compartecipazioni, libera professione e altri ricavi caratteristici.



I costi totali raggiungono 1.072.369.328 €, distribuiti principalmente su:

- Personale: 244.865.051 € (22,8%), suddivisi tra personale dirigente, comparto e non dipendente.
- Ospedalizzazione e Ricoveri Convenzionati: 194.944.240 € (18%), di cui la maggior parte legata a ricoveri intra-regionali, in particolare verso la struttura Azienda Ospedali Riuniti Ancona per prestazioni erogate agli abitanti del Distretto di Ancona;
- Beni: 165.864.419 € (16%) include il costo per acquisto di farmaci e materiali sanitari essenziali per il funzionamento delle strutture, farmaci in distribuzione diretta e per conto, beni non sanitari. Nell'ambito di tale aggregato il 68,4% è rappresentato dal costo dei farmaci per 113.370.239 €;
- Farmaceutica: 99.702.059 € (18%), suddivisi tra acquisti intra-regionali, extra-regionali e soprattutto farmacie private convenzionate che con 69.016.141 € rappresentano il 69,2% del totale dell'aggregato.

Di seguito una rappresentazione grafica della composizione dei costi.



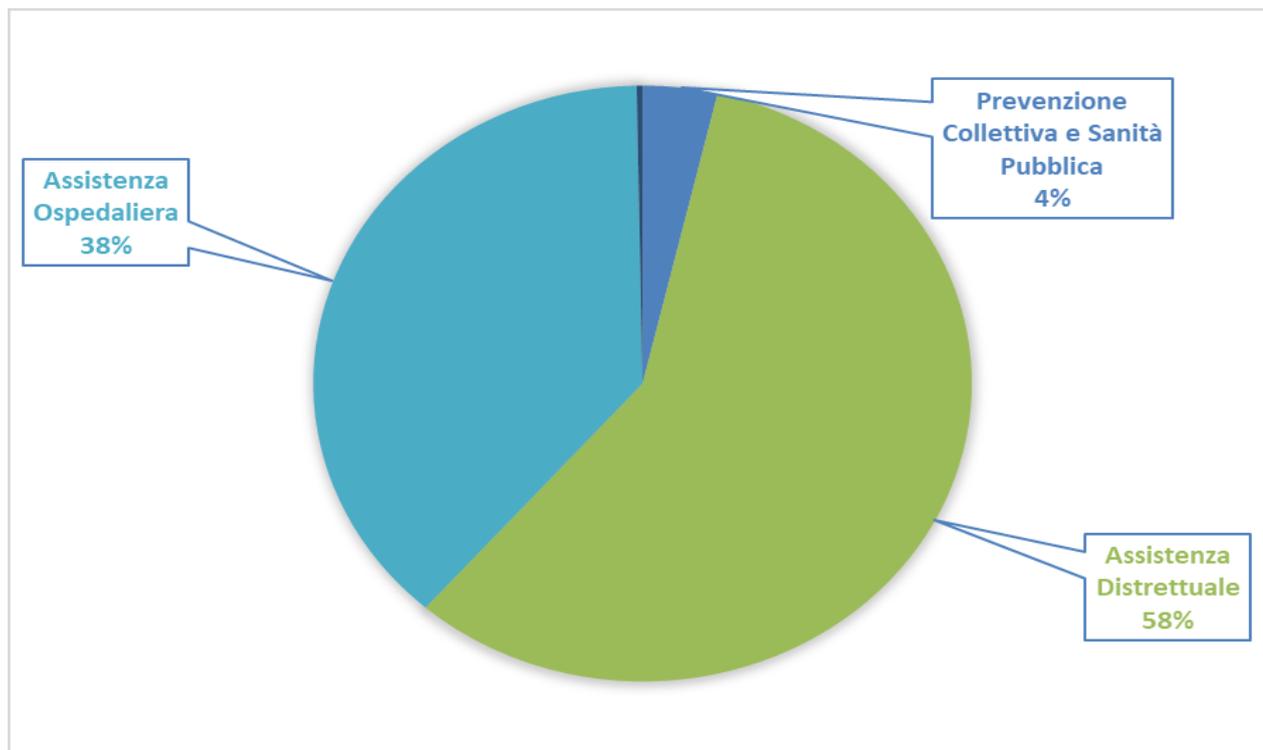
Destinazione delle risorse per macrolivelli di assistenza

Le risultanze complessive del Bilancio di esercizio 2023, sono state allocate ai singoli livelli di assistenza al fine di analizzare come le risorse aziendali sono state impiegate per l'assistenza ospedaliera, territoriale e la prevenzione, nel rispetto dei criteri di rilevazione del modello ministeriale LA (livelli di assistenza).

Dalla ripartizione emerge il seguente quadro:

- Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica alla quale sono stati destinati circa 39,86 milioni di euro, pari al 3,7% del bilancio complessivo. Il dato suggerisce una strategia finalizzata ad investire maggiormente verso la prevenzione e la sanità pubblica, come investimento fondamentale per ridurre i costi a lungo termine;
- Assistenza Distrettuale: assorbe circa 628,20 milioni di euro, corrispondente al 57,8% del totale. Costituisce l'area con la maggiore allocazione di risorse, riflettendo una strategia orientata al potenziamento dei servizi sul territorio. Questo approccio mira a migliorare l'accesso ai servizi sanitari locali, riducendo la pressione sul sistema ospedaliero;
- Assistenza Ospedaliera: con costi per 416,03 milioni di euro, equivalenti al 38,3% del bilancio, evidenzia la centralità degli ospedali nel sistema sanitario. Tuttavia, il peso relativamente minore rispetto all'assistenza territoriale testimonia un graduale cambiamento verso modelli di cura più distribuiti.

Ripartizione costi per livello assistenziale

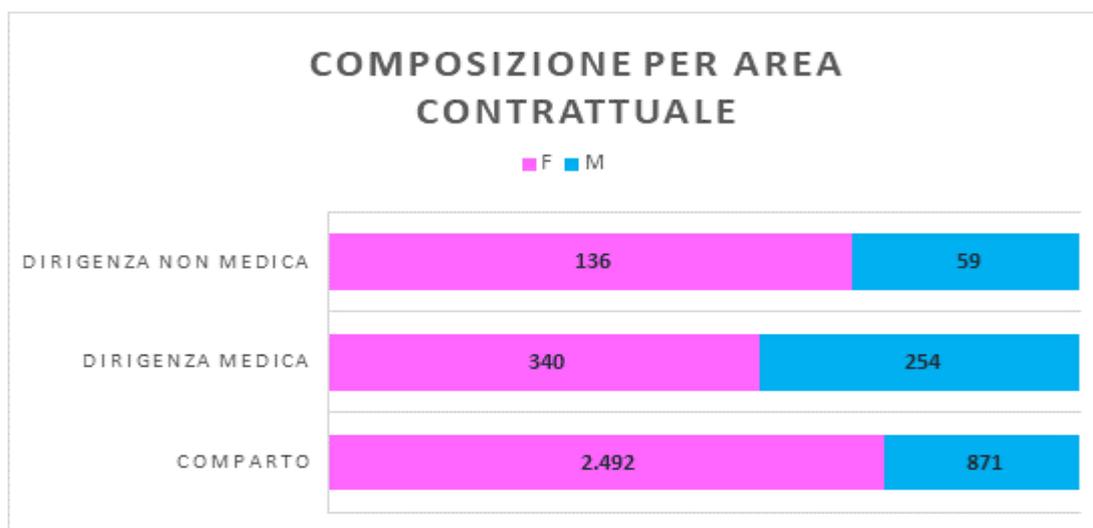
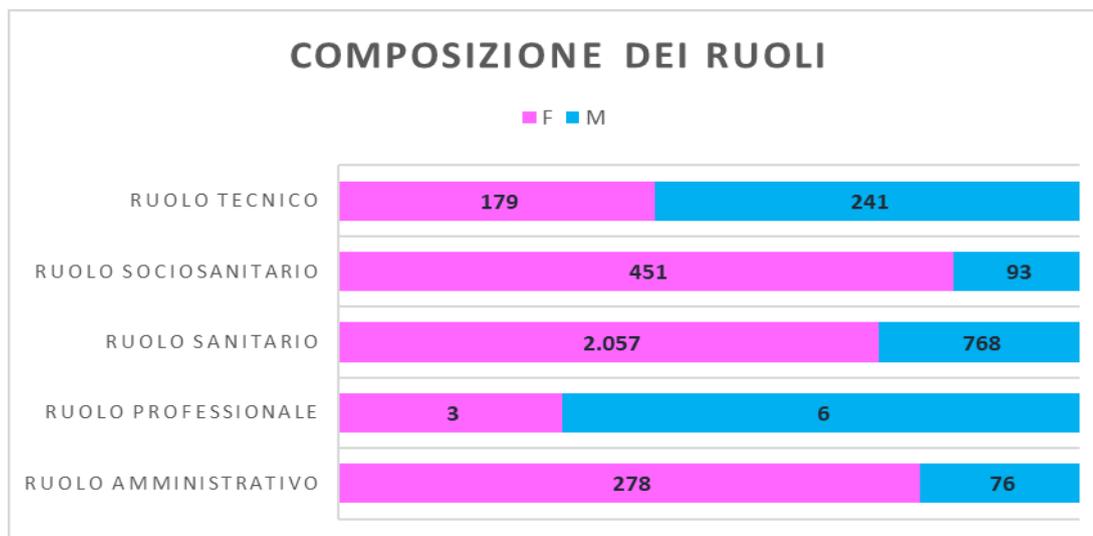


1.4.4 Le risorse professionali

L'AST di Ancona conta, alla data del 31/12/2024, 4.151 dipendenti (espressi in termini di unità equivalenti) così suddivisi per profilo contrattuale:

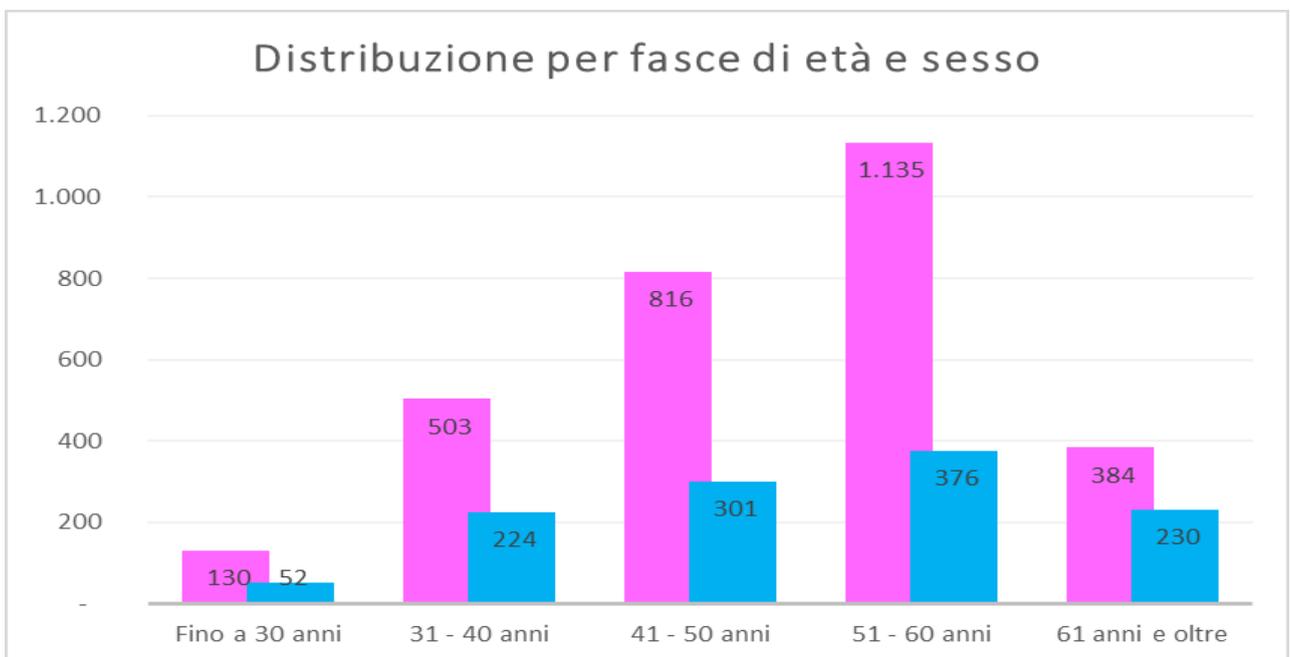
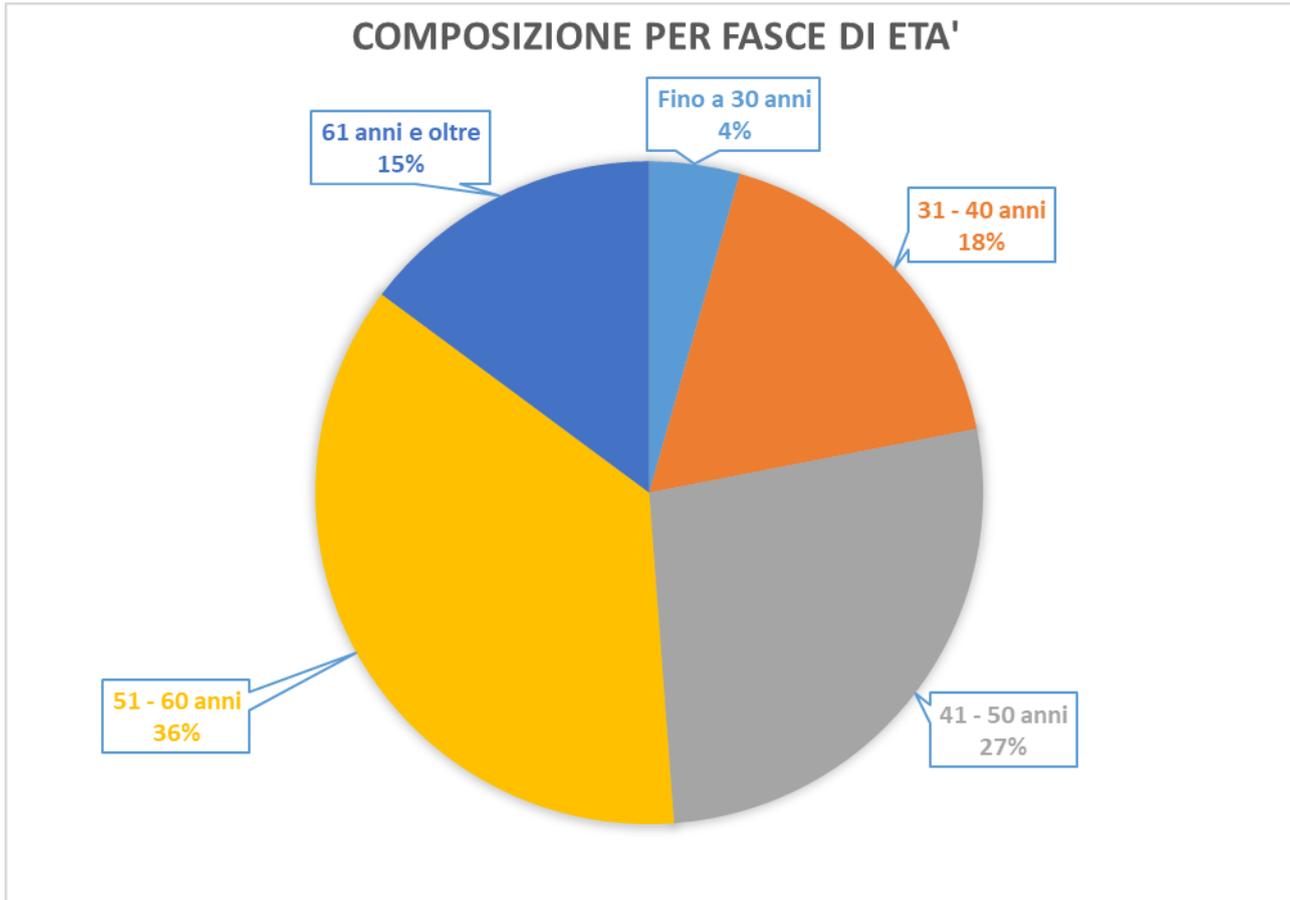
	RUOLO SANITARIO	2.825
	Dirigenza Medica	593
	Dirigenza	154
	Comparto	2.077
	RUOLO PROFESSIONALE	9
	Dirigenza	9
	RUOLO TECNICO	420
	Dirigenza	10
	Comparto	409
	RUOLO SOCIO SANITARIO	544
	Comparto	544
	RUOLO AMMINISTRATIVO	354
	Dirigenza	21
	Comparto	332

La composizione delle risorse per sesso evidenzia un forte squilibrio di genere, il 71% del totale è costituito da forza lavoro femminile, così distribuito per ruolo e area contrattuale:



Le professioni sanitarie e sociosanitarie confermano una prevalenza femminile; i ruoli tecnici e amministrativi evidenziano una maggiore diversità di genere, ma con una prevalenza maschile nei tecnici e femminile negli amministrativi.

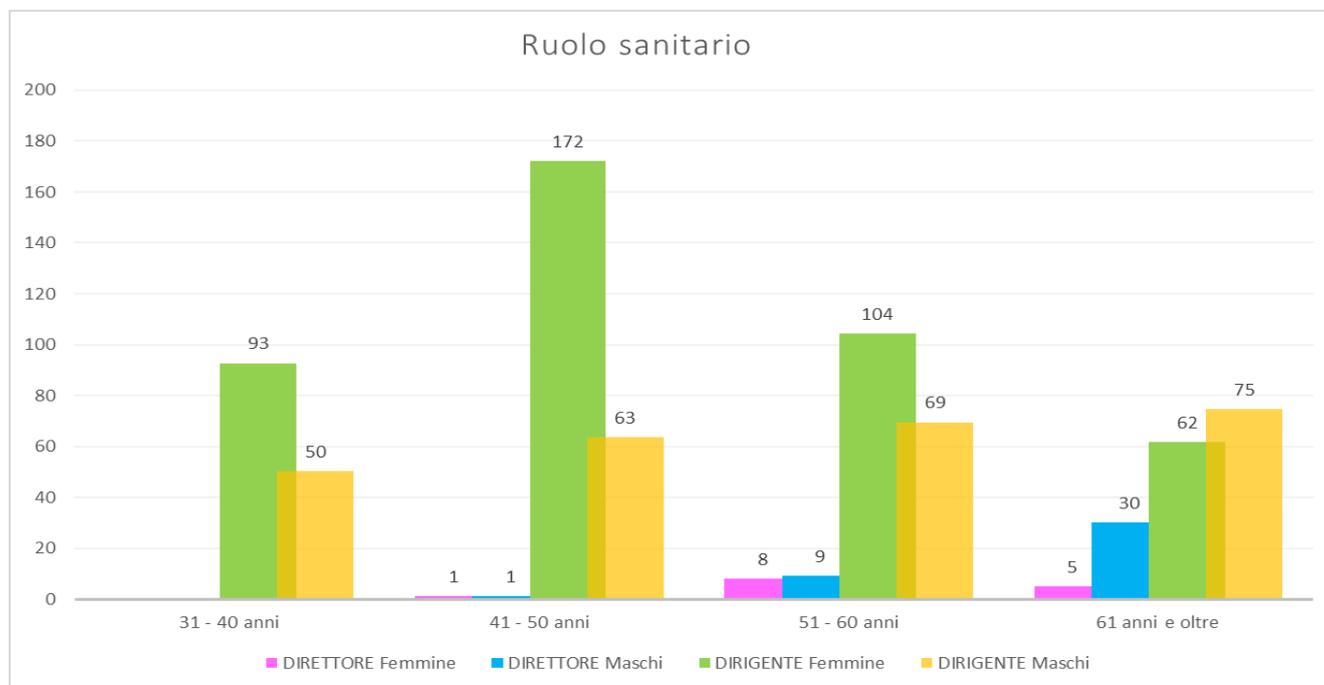
Il grafico a torta rappresenta che segue la distribuzione del personale per fasce di età, evidenziando i seguenti aspetti principali: la maggioranza del personale circa il 36% si colloca nella Fascia 51-60, una fascia professionalmente esperta ma con il rischio di pensionamenti di massa nei prossimi anni, il 27% nella fascia 41-50 con esperienza consolidata e ancora molti anni di attività; il 18% nella fascia 31-40, garantendo in parte un ricambio generazionale, mentre oltre il 15% del personale è vicino al termine della carriera lavorativa. Molto bassa (4%) la presenza di giovani sotto i 30 anni, probabilmente legata ai tempi di formazione soprattutto per i medici.



Le donne dominano in tutte le fasce di età, con una prevalenza più marcata nelle fasce operative centrali (41-60 anni).

Le donne, pur dominando nei ruoli amministrativi, sanitari e tecnici, sono meno rappresentate nei ruoli professionali e sanitari apicali (Direttore di struttura complessa) in cui gli uomini sono più rappresentati nei ruoli di direttore nelle fasce di età più avanzate evidenziando così una disparità di genere nei ruoli apicali.

Di seguito si rappresenta in forma grafica la composizione della dirigenza del Ruolo Sanitario distinguendo le posizioni di Direttore dalle altre posizioni dirigenziali:



1.4.5 La struttura dell'offerta

Assistenza Territoriale

L'Azienda opera mediante 107 strutture territoriali a gestione diretta e 134 strutture territoriali convenzionate (Fonte STS 11). Di seguito si evidenziano i posti letto delle strutture residenziali e semiresidenziali distinti tra posti letto a gestione diretta e posti letto accreditati e per tipologia di intervento.

Posti letto in strutture territoriali a gestione diretta

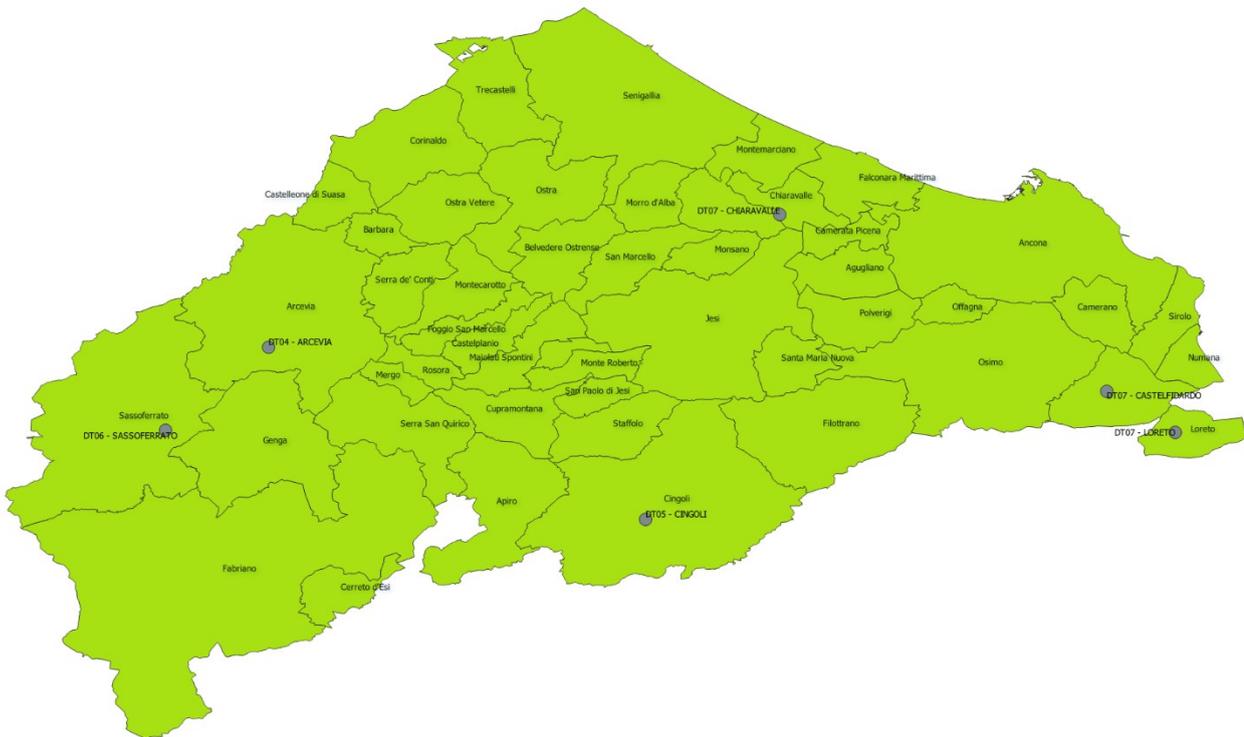
Regime	Intervento	Sede Distretto				Totale AST ANCONA
		Distretto 4	Distretto 5	Distretto 6	Distretto 7	
Strutture Residenziali	CADM - Comunità Alloggio per persone con disturbi mentali				3	3
	CH - Country Hospital	5			8	13
	CI - Cure Intermedie		10	20	30	60
	CRCP - Hospice			8	20	28
	RS2 - RSA per Anziani non autosufficienti	60	40	20	60	180
	SRP2 - Strutture Riabilitative Residenziali (SRR)	9	10		22	41
	SRP3 - Comunità Protetta (CP)				20	20
	SRP4 - Gruppo Appartamento		5			5
	STD - Strutture di riabilitazione per tossicodipendenti				8	8
Strutture Residenziali Totale		74	65	48	171	358
Strutture Semiresidenziali	CD - Centro Diurno psichiatrico	15		18	32	65
	CDT - Centro diurno per Tossicodipendenti				12	12
	PRF6 - Centro diurno per Disabili psico-fisico-sensoriali				20	20
Strutture Semiresidenziali Totale		15		18	64	97
Totale complessivo		89	65	66	235	455

Posti letto in strutture accreditate

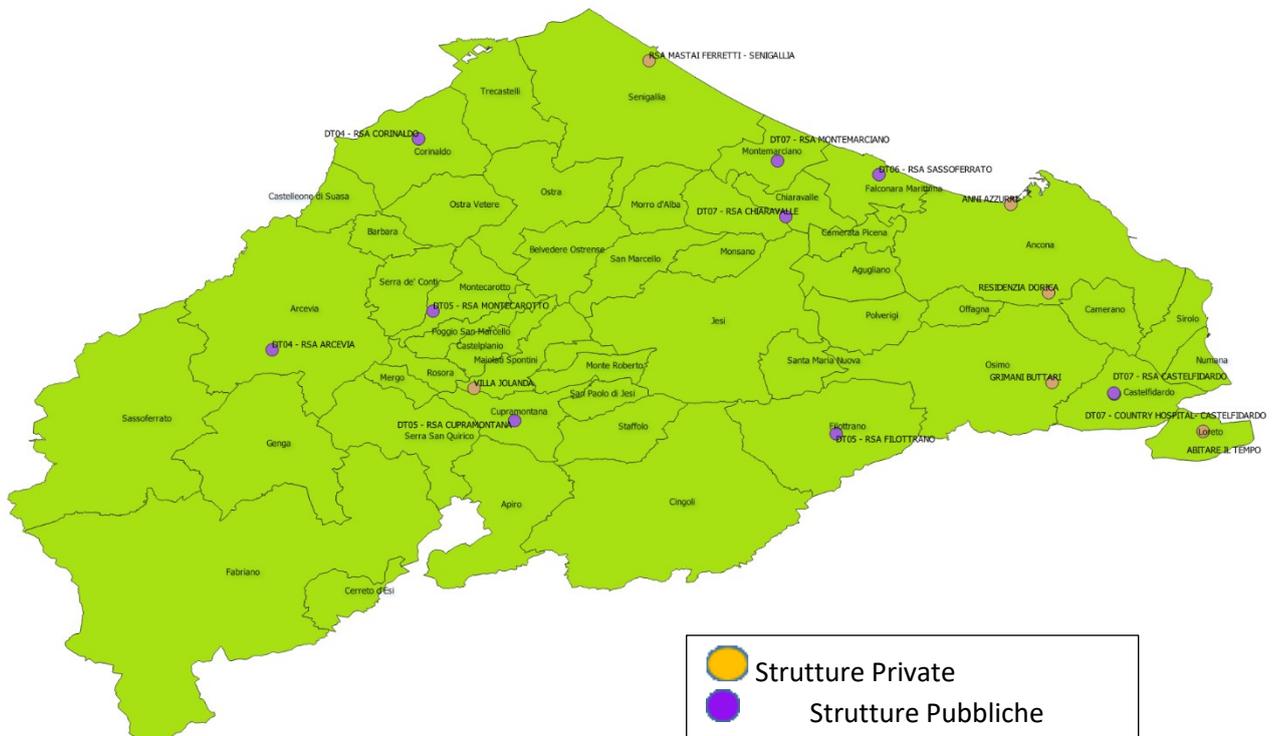
Regime	Intervento	Sede Distretto				Totale AST ANCONA
		Distretto 4	Distretto 5	Distretto 6	Distretto 7	
Strutture Residenziali	AS - Alloggi Sociali per Adulti In Difficoltà	16	20		15	51
	CA - Casa Albergo	42			6	48
	CAA - Comunità Alloggio per Anziani		6		6	12
	CAD - Comunità Alloggio per Disabili	10				10
	CADED - Centro di Accoglienza per ex-detenuti				4	4
	CADM - Comunità Alloggio per persone con disturbi mentali		12		4	16
	CADV - Casa Accoglienza per Donne, anche con figli, vittime di violenza o sfruttamento sessuale			10	33	43
	CAGM - Comunità Alloggio per gestanti o madri anche con figli a ca	36	17		2	55
	CEM - Comunità Educativa	34	28		79	141
	CF - Casa Famiglia		12			12
	CFA - Comunità Familiare per Adulti		8			8
	CFM - Comunità Familiare per Minori	9		4	4	17
	CI - Cure Intermedie	3			-	3
	COSER/RD3 - COSER - Comunità Socio Educativo Riabilitativa		19	24	96	139
	CPAA - Centro di Pronta Accoglienza per Adulti	20	16	10	67	113
	CPAM - Comunità di Pronta Accoglienza per Minori				10	10
	CR - Casa di Riposo	198	193	65	139	595
	CR - Casa di Riposo per Anziani autosufficienti			24		24
	PRF1 - Residenze Sanitarie Riabilitazione (RSR) intensiva				50	50
	PRF2 - Residenze Sanitarie Riabilitazione (RSR) estensiva -RD1.2				45	45
	PRF3 - Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) disabili	-			20	20
	PRF4 - Unità speciali residenziali				40	40
	R1 - Cure intermedie				-	-
	R2 - Residenza Sanitaria Assistenziale per persone non autosufficienti				88	88
	R3 - Residenza Protetta per Anziani non autosufficienti		-		23	23
	R3.1 - RPDEM - Residenza Protetta Demenze	55	29		174	258
	R3.2 - RPA - Residenza Protetta per Anziani	487	542	173	987	2.189
	R3D - Residenza Protetta per persone con demenze			-		-
	RC - Residenze collettive o case alloggio per malati AIDS				10	10
	RD1USR - Unità Speciale Residenziale				63	63
	RD2 - Residenza Sanitaria Riabilitativa estensiva per Disabili				19	19
	RD3 - Residenza Socio-Sanitaria Assistenziale per Disabili			16		16
	RD4 - Gruppo appartamento per la Disabilità			-		-
	RPD/RD3 - RPD - Residenza Protetta per Disabili	13			24	37
	RS2 - RSA per Anziani non autosufficienti	17	19		166	202
	RS3 - RSA demenze	20				20
	SRP1 - Strutture residenziali terapeutiche (SRT)	10	20			30
	SRP1DCA - Struttura Residenziale Terapeutica per i Disturbi del Comportamento Alir		20			20
	SRP2 - Struttura Riabilitativa Residenziale per la Salute mentale	-				-
	SRP2 - Strutture Riabilitative Residenziali (SRR)	-	20		21	41
	SRP3 - Comunità Protetta (CP)	36	23	20	77	156
	SRP3 - Comunità Protetta per la Salute mentale		15			15
	STD - Strutture di riabilitazione per tossicodipendenti	25	52	17	21	115
Strutture Residenziali Totale		1.031	1.071	363	2.293	4.758
Strutture Semiresidenziali	CD - Centro Diurno psichiatrico				6	6
	CDD - Centro diurno demenze	20			50	70
	CDT - Centro diurno per Tossicodipendenti	12	6		9	27
	CSER/SRDis2 - CSER - Centro Diurno Socio Educativo Riabilitativo	70	78	64	177	389
	PRF6 - Centro diurno per Disabili psico-fisico-sensoriali				75	75
	SEM - Comunità semiresidenziale socioeducativa per Minorenni				-	-
	SR - CDA - Centro Diurno per Anziani		22	32	85	139
	SR - Centro Diurno per Anziani non autosufficienti				24	24
	SRD - Centro Diurno per persone con demenze		20		15	35
	SRDis1 - Centro Diurno Riabilitativo per Disabili	13		8		21
Strutture Semiresidenziali Totale	115	126	104	441	786	
Totale complessivo	1.146	1.197	467	2.734	5.544	

Si evidenzia di seguito la dislocazione delle strutture pubbliche e private sul territorio.

Cure Intermedie e Country Hospital



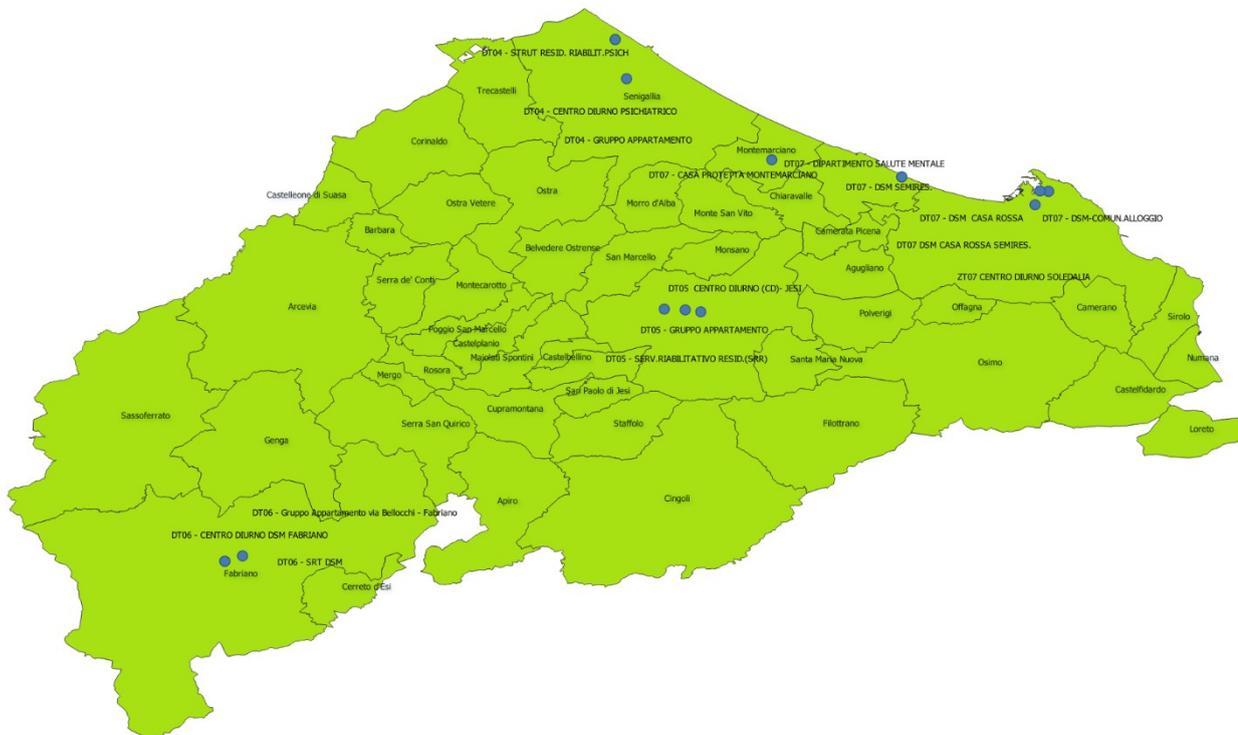
RSA – Pubbliche e Private



Residenze protette



Strutture Semiresidenziali e residenziali a gestione pubblica per disabilità mentali



Assistenza Ospedaliera

La rete ospedaliera AST, costituita dal Presidio Unico, è articolata su quattro stabilimenti di Cingoli, Fabriano, Jesi e Senigallia ai quali si aggiungono le quattro Case di Cura Private accreditate ed un Istituto di Riabilitazione.

La rete di servizi e strutture ospedaliere e territoriali operano in modo coordinato fornendo una risposta di “sistema” ai bisogni della popolazione di riferimento; questo si realizza sia attraverso l’attività erogata dalle strutture a gestione diretta sia grazie al contributo delle due Aziende Pubbliche AOR/INRCA di Ancona e private della provincia con le quali sono attivi specifici accordi di fornitura.

Posti letto strutture pubbliche (HSP 12 – Anno 2023)

Stabilimento	Posti Letto Ordinari	Posti Letto DH	Posti Letto DS
Senigallia	243	21	9
Senigallia - Covid	1	0	0
Jesi	277	19	16
Jesi - Covid	33	0	0
Fabriano	132	12	15
Fabriano - Covid	1	0	0
Cingoli	30	0	0
Totale complessivo	717	52	40

Posti letto per disciplina strutture pubbliche (HSP 12 – Anno 2023)

Disciplina	PL Ordinari	PL Day Hospital	PL Day Surgery
Cardiologia	40	2	0
Chirurgia generale	61	0	11
Dermatologia	1	0	1
Gastroenterologia	12	1	0
Lungodegenza - DPA	68	0	0
Medicina di accettazione e urgenza	19	0	0
Medicina interna	140	4	0
Nefrologia	16	3	0
Neonatologia	8	0	0
Neurologia	32	2	0
Nido	22	0	0
Oculistica	5	0	3
Odontoiatria e stomatologia	2	0	2
Oncologia	0	32	0
Ortopedia e traumatologia	67	0	7
Ostetricia e ginecologia	45	1	7
Otorinolaringoiatria	8	0	4
Pediatria	21	2	1
Pneumologia	26	1	0
Psichiatria	28	0	0
Recupero e riabilitazione funzionale	24	0	0
Reumatologia	6	3	0
Terapia intensiva	23	1	1
Terapia semi-intensiva	12	0	0
Unità coronarica	16	0	0
Urologia	15	0	3
Totale complessivo	717	52	40

Posti letto accreditati strutture private (HSP 13 – Anno 2023)

Denominazione struttura	Posti Letto Ordinari	Posti Letto DS
Casa di Cura Villa Silvia	32	0
Cdc Marche - Rete Impresa AST 2	129	15
Kos Care SRL - Clinica Villa Jolanda	15	0
Totale	176	15

1.4.6 I servizi sanitari erogati

Area Territoriale

Cure Tutelari

Le Cure Tutelari dell'AST Ancona rappresentano un esempio di come un servizio sanitario possa rispondere ai bisogni di un territorio complesso attraverso un approccio innovativo, multidisciplinare e orientato alla comunità. In un contesto storico caratterizzato da sfide crescenti sul piano sociale e sanitario, la struttura si distingue per l'adozione di pratiche integrate e l'attivazione di iniziative mirate a garantire appropriatezza e tempestività nell'erogazione dei servizi.

Con l'ingresso di nuovi professionisti e un'attenzione particolare al lavoro di squadra, le Cure Tutelari si stanno affermando come un riferimento fondamentale per ridurre le liste di attesa e migliorare l'accessibilità ai servizi. Le attività formative e gli approfondimenti tematici programmati per il personale, che includono figure come psicologi, logopedisti, assistenti sociali, ginecologi e ostetriche, sono stati ideati per fornire strumenti operativi aggiornati e favorire una gestione efficace delle problematiche emergenti. Particolare attenzione è stata rivolta alla formazione su adolescenti con fragilità, alle nuove modalità di cura introdotte dalla legge Cartabia e alla creazione di gruppi di confronto multidisciplinari per promuovere il dialogo e la condivisione delle competenze.

Tra i progetti più significativi spicca l'iniziativa pilota rivolta ai bambini con sospetti disturbi specifici dell'apprendimento (DSA). Questo progetto, che prevede interventi già nella prima classe della scuola primaria, è stato concepito per agevolare la diagnosi precoce e garantire un accesso diretto agli ambulatori logopedici. L'iniziativa ha riscosso grande interesse da parte delle scuole, che hanno collaborato attivamente con i logopedisti dell'Umee per migliorare la sensibilizzazione e la tempestività degli interventi.

Un altro elemento di innovazione è rappresentato dall'introduzione della figura dell'ortottista all'interno dell'Umee. Questa figura, specializzata nella diagnosi dei disturbi visivi, mira a semplificare i percorsi diagnostici e a prevenire complicazioni legate a problematiche visive che possono influire sul linguaggio e sull'apprendimento. Questo passo rappresenta un ulteriore impegno verso l'efficienza e la qualità dei servizi.

Parallelamente, è stato sviluppato un “vademecum” dedicato alle mamme in attesa, distribuito durante gli incontri di accompagnamento alla nascita o nei consultori familiari. Questo strumento fornisce consigli pratici e aggiornati sui primi mesi di vita del neonato, con particolare focus sullo sviluppo linguistico, motorio e visivo, contribuendo così a sensibilizzare le famiglie sull’importanza della prevenzione fin dai primi giorni di vita.

Le Cure Tutelari si sono inoltre impegnate nella costruzione di un progetto di rete nel territorio di Jesi, che coinvolge il Consultorio Familiare, l’Umee e i Pediatri di Libera Scelta. Questo modello mira a integrare competenze e risorse per creare percorsi sanitari appropriati e funzionali. Sebbene attualmente il progetto sia circoscritto a Jesi, l’obiettivo è di estenderlo a tutto il territorio dell’AST Ancona, promuovendo una rete territoriale coesa e capace di rispondere in modo efficace ai bisogni della popolazione.

L’approccio delle Cure Tutelari si basa su una visione strategica che combina innovazione, multidisciplinarietà e prevenzione. La diagnosi precoce, la presa in carico tempestiva e l’integrazione tra servizi sanitari, educativi e sociali rappresentano i pilastri di un sistema che mira a migliorare la qualità della vita della comunità. Le iniziative in corso dimostrano una chiara volontà di rinnovare e adattare i servizi alle esigenze contemporanee, con una particolare attenzione ai bisogni delle fasce più vulnerabili della popolazione. In questo modo, le Cure Tutelari dell’AST Ancona si propongono non solo di qualificarsi come un servizio sanitario, ma come un vero e proprio laboratorio di innovazione e buone pratiche, capace di affrontare con determinazione le sfide del presente e del futuro.

Nel 2025, le Cure Tutelari dell’AST Ancona mirano a rafforzare il proprio ruolo attraverso un insieme di strategie volte a promuovere la qualità, l’accessibilità e l’integrazione dei servizi offerti. Queste linee guida riflettono una visione complessiva che pone al centro il benessere della comunità e l’efficienza del sistema sanitario.

Uno degli obiettivi principali è il potenziamento dell’integrazione multidisciplinare. La collaborazione tra psicologi, logopedisti, ginecologi, ortottisti, assistenti sociali e altri professionisti sarà ulteriormente rafforzata per affrontare in modo sinergico le problematiche sanitarie e sociali del territorio. In particolare, il progetto di rete già avviato a Jesi, che coinvolge consultori familiari, pediatri e Cure Tutelari, sarà esteso a tutto il territorio aziendale, creando percorsi integrati e condivisi capaci di rispondere con maggiore efficacia ai bisogni della popolazione.

Un altro asse strategico riguarda la diagnosi precoce e l’intervento tempestivo. Sarà consolidato e ampliato il progetto pilota per l’individuazione precoce dei disturbi specifici dell’apprendimento (DSA) nei bambini della scuola primaria. Questo intervento mira a garantire l’accesso diretto e rapido agli ambulatori logopedici, riducendo i tempi di attesa e migliorando la tempestività della presa in carico. Parallelamente, l’introduzione dell’ortottista nell’UMEE faciliterà la diagnosi di disturbi visivi correlati al linguaggio e all’apprendimento, promuovendo così percorsi più efficienti e completi.

L'innovazione nei servizi di prevenzione sarà un altro punto focale. Verranno sviluppati nuovi strumenti educativi e informativi, come il "vademecum" per i genitori, progettato per sensibilizzare le famiglie sullo sviluppo linguistico, motorio e visivo dei bambini. Questi strumenti saranno distribuiti nei consultori e durante gli incontri di accompagnamento alla nascita, rafforzando il ruolo della prevenzione come pilastro fondamentale del servizio.

Un ruolo cruciale sarà attribuito alla formazione e allo sviluppo professionale. Per garantire un servizio aggiornato e di alta qualità, saranno organizzati programmi di formazione continua per tutto il personale delle Cure Tutelari. Gli approfondimenti tematici riguarderanno le nuove normative, come la legge Cartabia, e l'introduzione di tecnologie innovative, oltre a favorire la creazione di gruppi di lavoro interni per condividere buone pratiche e ottimizzare i processi.

La gestione delle risorse e delle liste di attesa sarà ottimizzata grazie all'adozione di strumenti digitali per il monitoraggio e la programmazione degli accessi. Questo approccio consentirà di migliorare l'efficienza organizzativa, garantendo al contempo l'accessibilità e la qualità delle cure. Verranno implementate soluzioni per monitorare l'efficacia degli interventi attraverso indicatori di performance, in modo da identificare tempestivamente eventuali criticità e apportare i necessari miglioramenti.

Un'ulteriore priorità sarà l'espansione della rete territoriale, promuovendo collaborazioni con il settore privato accreditato e le organizzazioni del terzo settore. Queste partnership permetteranno di ampliare l'offerta dei servizi, rispondendo in modo più completo ai bisogni emergenti della comunità. Inoltre, sarà incentivato il coordinamento con il Distretto Sanitario e il Dipartimento di Prevenzione per garantire un approccio unificato e coeso.

Cure domiciliari

Le cure domiciliari rappresentano un pilastro fondamentale nell'offerta sanitaria dell'AST Ancona, mirate a fornire assistenza personalizzata e integrata direttamente al domicilio delle persone più fragili. L'obiettivo principale è quello di garantire continuità assistenziale tra le fasi ospedaliere e territoriali, stabilizzando le condizioni cliniche dei pazienti, migliorandone la qualità della vita e limitando il declino funzionale. Questi servizi si rivolgono a persone non autosufficienti, con patologie croniche o esiti di malattia, per le quali il domicilio rappresenta il luogo ideale per ricevere cure nel rispetto delle necessità individuali.

Le cure domiciliari si basano su un'organizzazione che integra prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative e di supporto sociale. Attraverso una valutazione multidimensionale del bisogno clinico, funzionale e sociale, viene definito un piano assistenziale su misura, che coinvolge il medico di famiglia o il pediatra di libera scelta come responsabili clinici del percorso di cura. Questo approccio garantisce non solo un'assistenza personalizzata, ma anche il sostegno necessario ai caregiver e alle famiglie, valorizzando il loro ruolo centrale nel processo assistenziale.

L'assistenza domiciliare è articolata su diversi livelli di intensità, in base alla complessità dei bisogni del paziente. Per i casi meno complessi, vengono erogate prestazioni di base, come cure infermieristiche o mediche non continuative, volte a rispondere a esigenze di bassa intensità.

A un livello superiore, le cure domiciliari integrate di primo e secondo livello si concentrano su pazienti con condizioni cliniche più impegnative, prevedendo interventi programmati e una gestione più strutturata, che può includere accertamenti diagnostici, fornitura di farmaci e utilizzo di dispositivi medici avanzati. Per i casi di maggiore criticità, le cure domiciliari di terzo livello sono dedicate a pazienti con instabilità clinica e sintomi difficili da controllare, garantendo un'assistenza continuativa, anche a supporto delle famiglie.

L'obiettivo principale delle cure domiciliari è quello di migliorare la qualità della vita delle persone non autosufficienti o con condizioni di fragilità, stabilizzando i quadri clinici, limitando il declino funzionale e promuovendo una maggiore autonomia. Questi servizi sono pensati per garantire continuità assistenziale tra ospedale e territorio, favorendo la deospedalizzazione e il trattamento domiciliare come "primo luogo di cura", in pieno accordo con gli obiettivi del PNRR.

Il PNRR prevede che entro il 2026 il 10% della popolazione over 65 venga assistita a domicilio, con particolare attenzione ai pazienti cronici e complessi. In questo contesto, l'AST Ancona si propone di ampliare significativamente la propria capacità di presa in carico, migliorando l'organizzazione e l'efficacia dei servizi offerti. Questo include:

- Sviluppo di un modello assistenziale integrato: La presa in carico sarà basata su una valutazione multidimensionale del bisogno clinico, funzionale e sociale del paziente, con la definizione di un Progetto di Assistenza Individuale (PAI) o, in caso di necessità riabilitative, di un Progetto Riabilitativo Individuale (PRI). Questi strumenti garantiranno un percorso assistenziale personalizzato, che integra il lavoro del medico di famiglia, del pediatra e di specialisti territoriali e ospedalieri.
- Ampliamento della copertura delle cure domiciliari: Incremento dell'assistenza per pazienti in nutrizione artificiale o con dispositivi medici complessi, come tracheostomie e stomie, anche nei casi di patologie oncologiche.
- Aumento della presa in carico di pazienti con insufficienza respiratoria cronica (BPCO), insufficienza cardiaca, SLA o altre patologie degenerative, favorendo la continuità delle cure attraverso un approccio integrato tra territorio e ospedale.
- Potenziamento delle cure domiciliari nel fine vita, per garantire un ambiente sereno e familiare ai pazienti terminali, in accordo con i principi di umanizzazione delle cure.

- Integrazione con la telemedicina: In linea con le priorità del PNRR, l'AST Ancona introdurrà strumenti di tele-monitoraggio per migliorare il controllo e la gestione dei pazienti a distanza. La telemedicina consentirà di ridurre gli accessi ospedalieri, fornendo un monitoraggio continuo e un supporto immediato alle famiglie e ai caregiver.
- Educazione terapeutica e supporto ai caregiver: Saranno sviluppati programmi educativi per formare caregiver e famiglie nella gestione di dispositivi medici, nella cura quotidiana e nel supporto psicologico ai pazienti. Questo sarà particolarmente rilevante per la gestione domiciliare di patologie complesse, come tracheostomie, drenaggi biliari o stomie.
- Sviluppo della rete territoriale e dei servizi integrati: L'AST Ancona rafforzerà le sinergie con i servizi sociali, il terzo settore e i privati accreditati per ampliare l'offerta di prestazioni domiciliari e garantire una risposta integrata ai bisogni della comunità. Saranno promosse collaborazioni strutturate con consultori, pediatri e specialisti, per costruire una rete territoriale efficace e coesa.

Area Ospedaliera

L'anno 2023 rappresenta il primo periodo "operativo standard" successivo alla pandemia: i volumi di produzione tendono ad avvicinarsi ai livelli 2019, dopo anni di attività ridotta e rimodulata per fare fronte all'evento pandemico, evidenziando un incremento complessivo della produzione di ricoveri pari al 2% rispetto al 2022.

Anno	2023	2022	2021	2020	2019
Totale Ordinari	23.037	22.297	21.910	20.386	24.837
Totale DH/DS	5.178	5.310	4.659	3.798	5.423
Totale Ricoveri	28.215	27.607	26.569	24.184	30.260

I posti letto mediamente utilizzati (Mod. HSP 22) evidenziano il progressivo impegno ad un ripristino della piena capacità produttiva, condizionato dalla disponibilità di risorse a disposizione, rispetto al 2022 sono stati riattivati circa l'1% dei posti letto.

Anno	2023	2022	2021	2020	2019
Posti Letto Medi Ordinari	553	548	525	503	614
Posti Letto Medi DH/DS	74	72	72	74	79
Totale Posti Letto Medi	627	620	597	577	693

Si evidenzia un utilizzo più efficiente della risorsa posto letto, rispetto a tutto il quadriennio precedente, sintetizzato nell'indicatore tasso di occupazione, che rileva una performance anche migliore dell'anno 2019. La degenza media per ricoveri ordinari si attesta su un valore di 6,89 rispetto ad un valore regionale di 6,81.

Anno	2023	2022	2021	2020	2019
Tasso Occupazione PL Ordinari	78,70%	75,30%	78,10%	76,20%	74,80%
Tasso Occupazione PL DH/DS	100,90%	101,10%	92,10%	80,80%	91,00%

Il proseguimento delle azioni per il governo delle liste di attesa chirurgiche e ambulatoriali, finalizzate al rispetto delle soglie previste nel Piano Nazionale del Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) è esitato in un incremento dei volumi degli interventi del 2,5% rispetto al 2022, riallineandoli quasi ai livelli del 2019 (15.030 interventi realizzati nel 2023, -1% rispetto al 2019).

La composizione dei volumi tra DRG Chirurgici e Medici evidenzia una maggiore incidenza dei secondi rispetto ai primi con una quota del 41% di incidenza sul totale rispetto al 38% del 2019.

Anno	2023	2022	2021	2020	2019
DRG Chirurgici	11.599	11.309	10.787	9.201	11.598
DRG Medici	16.616	16.298	15.782	14.983	18.662

Nel 2023, l'ICP (indice comparativo di performance), ovvero l'indicatore che a parità di case mix valuta la capacità di una struttura di trattare in modo efficiente la propria casistica, è rimasto costante a 0,9.

In sintesi, se messa a confronto con l'anno 2019, l'attività di ricovero (area medica e chirurgica) ha registrato una flessione complessiva del 6,7% (sia in regime di ricovero ordinario che in regime diurno). Questo, anche per la spinta ad effettuare molte prestazioni in ambito ambulatoriale e delle azioni volte al miglioramento dell'appropriatezza del setting di erogazione delle prestazioni.

Si sottolinea l'orientamento dell'offerta in ottica di sistema aziendale che, grazie ad una continua ed integrata modulazione della programmazione delle attività, ha permesso di garantire, le attività chirurgiche in favore dell'intera rete, consentendo alle strutture gravate di maggiori liste d'attesa di poter smaltire le stesse con accessi ai diversi stabilimenti ospedalieri.

In relazione invece ai più significativi indicatori CORE NSG, si propone, nella tabella sottostante il i risultati conseguiti per l'anno 2023, in cui per tutti è evidente un trend positivo di miglioramento continuo dei risultati:

INDICATORE	2023	2022	2021
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (alleg. B Patto per la Salute 2010- 2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	11%	11%	11%
% pazienti (età 65+) con diagnosi principale e secondaria di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	90,54%	87%	86,94%
% pazienti sottoposti ad intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	79,48%	79,00%	80,00%
% parti cesarei primari sul totale dei parti nelle strutture con maternità di I livello o con numero parti < 1000	19,95%	21,71%	20,53%
Proporzione di interventi per tumore della mammella eseguiti in U.O. con volumi di attività > 135 interventi annui	99,10%	98,85%	92,06%

Dipartimento di Prevenzione

Le priorità per la Sanità Pubblica continuano ad essere rappresentate dal miglioramento delle capacità di preparazione e risposta alle emergenze di natura infettiva e ambientale, dal potenziamento delle azioni di sorveglianza e controllo delle malattie infettive, dalla capacità di garantire una piena offerta vaccinale, secondo le indicazioni tecniche del vigente Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale e la relativa DGR di recepimento (797/2024), la sicurezza alimentare, le attività di prevenzione primaria e secondaria in grado di contrastare malattie neoplastiche e cronico-degenerative e la sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro.

Il Dipartimento di Prevenzione (DP) ha il compito di promuovere azioni volte a individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana e animale, mediante iniziative coordinate con i distretti e con i dipartimenti dell'azienda sanitaria locale e delle aziende ospedaliere, prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline. Alla luce di quanto definito dal LEA "Prevenzione collettiva e sanità pubblica", il DP garantisce il supporto tecnico-scientifico alle autorità sanitarie locali in tutti gli aspetti relativi alla Sanità Pubblica ed esercita nell'ambito delle risorse umane disponibili a legislazione vigente le seguenti funzioni:

1. Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali.
2. Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati.
3. Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.
4. Salute animale e igiene urbana veterinaria.
5. Sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori.
6. Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening, sorveglianza e prevenzione nutrizionale.

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

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

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

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

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

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

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

Il tema delle emergenze, anche alla luce della pandemia da virus SARS-CoV-2 è previsto inoltre nell'ambito dei Piani Nazionali della Prevenzione (2010-2014, 2015-2019, 2020-2025), nel Piano di Preparazione e Risposta ad una pandemia influenzale 2021-2023 (cosiddetto PanFlu), nel DM 77/2022, nella Legge 79/2022 (SNPS) e nel DM 9 giugno 2022 (SRPS).

Il tema della cronicità rappresenta un altro importante settore di azione, come previsto nei LEA (F1-F9) con la Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale. Riferimenti specifici sono presenti anche nei Piani Nazionali di Prevenzione, nel Piano Oncologico 2022-2025, nel Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV) e nel Piano della cronicità.

Tema di notevole rilievo è anche quello delle malattie infettive. Nel DPCM LEA si prevede la sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali (A1-A4) e la salute animale e igiene urbana veterinaria (D5-D8, D12). L'argomento malattie infettive/vaccinazioni è previsto nei Piani della Prevenzione, nel PNPV, nel Piano nazionale Arbovirosi, nel Piano Pandemico PanFlu 2021-2023, nel Piano Nazionale Contrasto Anti-Microbico Resistenza, nel DM 22 luglio 2022 con cui si modifica il decreto 7 marzo 2022 concernente il Sistema di segnalazione della malattie infettive (PREMAL).

Per quanto riguarda la sicurezza (sul lavoro, alimentare, ambientale chimica ecc.) è un tema previsto oltre che nei LEA (B-C-E, Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro) anche nei Piani della Prevenzione, nel Piano Nazionale emergenze radiologiche e nucleari e nella parte relativa al tema Ambiente, Clima e Salute (SNPS legge 79/2022 e SRPS DM 9 giugno 2022).

Il Dipartimento di Prevenzione alla luce della L.R. 19 dell'8 agosto 2022 (Organizzazione del SSR)

In continuità al preesistente assetto, l'Azienda ha messo in campo ulteriori linee di sviluppo per attuare un modello organizzativo che migliori efficacia ed efficienza e, in particolare, migliori l'omogeneità organizzativa e funzionale sul territorio nello svolgimento dei compiti assegnati dai LEA alla macro area Prevenzione.

In particolare l'evoluzione dell'attuale modello è stata indirizzata verso:

1. l'adeguamento strutturale necessario per giungere ad una rete regionale integrata per la prevenzione collettiva costituita dal Dipartimento di Prevenzione dell'AST e dalle specifiche strutture di coordinamento individuate dalla normativa regionale presso l'ARS
2. la revisione delle dotazioni organiche dell'AST, finalizzate al raggiungimento dell'effettiva assegnazione ed utilizzo del 5% del FSR come da indicazioni nazionali e tenendo conto in particolare:
 - della necessità di una omogenea distribuzione del personale nel territorio e di un adeguato equilibrio tra le figure amministrative, tecniche (sanitarie e della prevenzione) e dirigenziali, in coerenza con il rispetto dei vincoli economici e normativi al tempo esistenti;
 - delle funzioni da potenziare in relazione alle indicazioni nazionali derivanti dal DM del Ministero della Salute 23.5.2022 n. 77, quali il supporto alle autorità sanitarie locali e regionali per la preparazione e risposta rapida alle crisi/emergenze di natura infettiva ed ambientale, la comunicazione del rischio, la promozione della salute e l'organizzazione degli screening per il contrasto alle patologie croniche non trasmissibili, la funzione epidemiologica per l'analisi dei bisogni ed il monitoraggio della efficacia degli interventi;

- delle funzioni da potenziare, in coerenza con il Decreto del Ministro della Salute del 9/6/2022, nell'ambito del Sistema Regionale Prevenzione Salute dai Rischi Ambientali e Climatici (SRPS) in fase di costituzione,
- l'utilizzo della formazione come uno degli strumenti sostanzialmente più importanti per l'adeguamento del Dipartimento di Prevenzione alla sua attuale mission definendo alcuni campi strategici in cui attuare prioritariamente questa attività.

Obiettivi e funzioni integrate del Dipartimento di Prevenzione

L'art. 2 della L.R. 19/2022 prevede, tra le altre cose, che il Servizio Sanitario Regionale (SSR) promuova:

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

In questo contesto, l'articolo 34 della medesima legge conferma il ruolo dei DP quali strutture di ciascuna Azienda Sanitaria Territoriale preposte all'organizzazione e alla promozione della tutela della salute della popolazione e al miglioramento della qualità della vita, attraverso azioni tendenti a conoscere, prevedere e prevenire gli infortuni, le malattie e le disabilità.

Il DP garantisce, in base alla definizione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), le funzioni di prevenzione collettiva e sanità pubblica di cui all'articolo 7 ter del d.lgs. 502/1992. A tal fine ciascun DP:

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

Appare pertanto fondamentale assicurare/implementare un elevato livello di collaborazione fra il DP e le strutture organizzative dei Distretti, dei Presidi Ospedalieri e degli altri Dipartimenti Territoriali dell'AST rispetto ai seguenti settori di attività:

- attuazione delle linee progettuali del Piano Regionale della Prevenzione;
- organizzazione e gestione degli screening oncologici;
- gestione delle emergenze sistemiche per la popolazione;
- realizzazione di procedure semplificate per il rapporto con l'utenza.

I PNP che si sono succeduti ed i Piani nazionali dei controlli dell'area della sicurezza alimentare e veterinaria, hanno già determinato un consolidamento delle metodologie di lavoro integrate, pur rilevando ancora criticità soprattutto nella pianificazione e gestione coordinata dei rischi ambientali, non solo a livello di sistema regionale ma anche nazionale. In tal senso la nascita del nuovo Sistema Nazionale per la Prevenzione ambientale ed il clima previsto dall'art. 27 del D.L. 36/2022, convertito nella L. 29.6.22 n. 79 indica il percorso nazionale di collaborazione con le strutture centrali e di impegno alla ulteriore integrazione operativa tra DD.PP. ed ARPA da perseguire a livello regionale.

Il Decreto del Ministro della Salute del 9/6/2022 individua i compiti e i soggetti che fanno parte del Sistema Regionale Prevenzione Salute dai Rischi Ambientali e Climatici (SNPS). Tale Rete è in fase di costituzione.

Relativamente alla prevenzione dei rischi di infortunio e malattie lavoro correlate nei luoghi di lavoro, le novità introdotte dalla legge 215/2021 hanno comportato la necessità di rivisitare i precedenti rapporti tra la UOC di Prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro e le nascenti strutture dell'Ispettorato Nazionale del Lavoro che ha acquisito nuove competenze in termini di vigilanza e controllo. In tale contesto le linee di indirizzo nazionali da seguire a livello regionale e di AST sono tracciate nell'Accordo stato Regioni rep. Atti 142/CSR del 27.7.22, recante indicazioni operative per le attività di controllo e vigilanza ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 81/08 e s.m.i. che conferma il ruolo centrale del Comitato di Coordinamento ex art. 7 del D.Lgs 81/08.

Sul versante Piano Nazionale/Regionale della Prevenzione questa AST ha risposto alle necessità di formalizzare un atto che definisse le modalità per dare operatività territoriale agli obiettivi e alle azioni previste dalla pianificazione nazionale/regionale. Con Determina del Direttore Generale di AST ANCONA N. 1824 del 27/11/2023 "DGR 1640/21 P.R.P. 20-25: Approvazione Piano Integrato Locale AST ANCONA 23-25 e nomina referenti (Resp. Az.le PRP, del Coord. del PIL, dei Comp. del Gruppo Tecnico Locale e Gruppo Ristretto) per attuazione Programmi previsti dal PRP 20-25." è stato approvato il Piano Integrato Locale di AST Ancona (PIL) che trasferisce a livello locale tutte le linee programmatiche del Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025.

Ne scaturisce un PIL che si articola in 10 Programmi Predefiniti, richiesti dal Piano Nazionale, a cui si aggiungono 4 Programmi Liberi introdotti a livello regionale al fine di rispondere agli obiettivi indicati dal Piano Nazionale della Prevenzione, come di seguito indicato:

- PP1 Scuole che Promuovono Salute
- PP2 Comunità Attive
- PP3 Luoghi di lavoro che Promuovono
- PP4 Dipende da sostanze e comportamenti
- PP5 Sicurezza negli ambienti di Vita
- PP6 Lavori atipici e rischio biologico
- PP7 Prevenzione in edilizia e agricoltura
- PP8 Prevenzione rischio cancerogeno, patologie muscolo scheletriche, rischio stress lavoro correlato
- PP9 Ambiente Clima e Salute
- PP10 Contrasto anti microbico resistenza
- PL11 Screening oncologici
- PL12 Malattie Infettive e Vaccinazioni
- PL13 Prevenire e prendersi cura: PPDTA dell'osteoporosi, modello partecipativo per il management delle patologie croniche
- PL14 I primi 1000 giorni di vita.

I programmi sopracitati presentano degli indicatori di obiettivi regionali che andranno declinati attraverso una organizzazione coordinata tra il livello regionale (14 gruppi regionali di coordinamento) ed il livello locale (14 gruppi locali di AST di coordinamento).

L'allegato B della Determina N. 1824 del 27/11/2023 definisce il Responsabile Aziendale del PRP, il Coordinatore del PIL, i Componenti del Gruppo Tecnico Locale e del Gruppo Ristretto così come richiesto dal Decreto Dirigente P.F./Settore Prevenzione e Promozione della Salute nei luoghi di vita e di lavoro – ARS n.10 del 26/05/2023. Il ruolo di governance del PRP/PIL esercitato dal DP, i Responsabili e i Coordinatori di ogni programma e i relativi Gruppi di Lavoro costituiti, evidenziano la forte integrazione tra macroaree del SSR già attuata in fase organizzativa e necessaria per l'implementazione del PIL nell'anno 2024 (e fino al 2025).

Modalità operative ed organizzazione territoriale

La rete dei Dipartimenti di Prevenzione, in forma integrata, si trova a perseguire tre tipologie di obiettivi:

- derivanti dai profili epidemiologici internazionali, nazionali, regionali e locali, non sempre collegati ad una puntuale normativa di supporto;
- derivanti da normativa nazionale e locale, storicamente stratificata negli anni, non sempre rispondente alle reali necessità di tutela della salute dei cittadini.
- derivanti dalle normative comunitarie con la introduzione anche del ruolo di "autorità competente" sia per aspetti di sanità pubblica che di sicurezza alimentare.

In tutte queste situazioni la rete dei Dipartimenti di Prevenzione è uno dei principali punti di interfaccia del SSR tra le esigenze di tutela della salute delle popolazioni e gli interessi economico commerciali della medesima collettività che esprime fortemente in questo ambito di interesse il bisogno di "regole certe".

L'organizzazione del lavoro deve pertanto permettere contemporaneamente:

- Il lavoro per obiettivi, soprattutto per affrontare le tematiche meno normate, ma rispondenti ai bisogni di salute emergenti con riferimento in particolare alla strategia di approccio del WHO denominata "One Health", rafforzata dal PNP 20 - 25, che considera la salute come il risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente;

- Lo sviluppo di professionalità anche molto specializzate, spesso organizzate in lavoro per piccoli gruppi pluridisciplinari, per affrontare in modo efficace una serie di funzioni solitamente normate per le quali l'utenza richiede in modo particolare risposte qualificate ed omogenee sul territorio aziendale.

Poiché la partecipazione del DP alla risposta ai bisogni di salute emergenti è collegata alla valenza tecnica di queste strutture, le medesime, hanno necessità di ampliare, più che sostituire, le metodologie di approccio ai problemi aumentando in particolare la capacità di effettuare:

- la valutazione dei bisogni e la identificazione/valutazione del rischio attraverso l'utilizzo dei dati epidemiologici e, in particolare, del profilo di salute ed equità;
- l'analisi di sistema;
- la comunicazione del rischio;
- le azioni di promozione della salute;
- le azioni di "Preparedness" e di risposta rapida alle emergenze sanitarie di tipo infettivo ed ambientale in particolare, che hanno ormai raggiunto un livello di maturazione tale da essere assimilabili a discipline.

Rispetto a quanto sopra, l'organizzazione del DP deve essere sviluppata equilibrando le necessità di coordinamento e qualità degli interventi con la necessità di erogazione dei servizi all'utenza in modo sufficientemente diffuso tenendo conto delle caratteristiche del territorio aziendale.

Il DP assieme agli altri Dipartimenti di Prevenzione delle Marche e i Settori dell'ARS dedicati alla Prevenzione collettiva costituiscono un unico sistema a rete dotato di un'infrastruttura in grado di garantire in maniera efficiente i flussi informativi di supporto alle azioni da svolgere e richiesti dal livello Regionale anche al fine di ottemperare ai debiti informativi nazionali

Dipartimento Dipendenze Patologiche

Il Dipartimento delle Dipendenze Patologiche AST Ancona (DDP) ha come missione la tutela della salute dei cittadini attraverso la prevenzione, il trattamento e la riabilitazione dei comportamenti a rischio di dipendenza patologica, offrendo supporto, alla persona e ai familiari, per affrontare i disagi legati all'uso di sostanze stupefacenti e psicotrope (droghe, alcool, tabacco) e a dipendenze comportamentali (gioco d'azzardo, dipendenza da internet, dipendenze comportamentali ecc.).

La struttura del DDP è basata su un modello organizzativo di Dipartimento Pubblico Integrato con il privato sociale accreditato e il terzo settore qualificato, in un'ottica di rete con Dipartimenti e servizi Aziendali quali il DSM, Le Cure Tutelari, i Consultori, le UMEE, oltre che con strutture esterne alla Sanità a carattere sociale, in primis servizi sociali e il sistema giudiziario e penale, oltre a Scuole, Associazioni, Luoghi di aggregazione, Enti locali, Istituzioni pubbliche o private interessate a interventi specifici di prevenzione e riabilitazione.

Motivazione e Vision

La dipendenza da sostanze è una patologia complessa che ha aspetti peculiari sia nella genesi che nel trattamento e non può essere ridotta a uno solo delle determinanti sociale, psicologica, psichiatrica, medica o biologica ma rappresenta una interazione e una serie di specifici “percorsi” disfunzionali che interagiscono tra loro ed esitano nella sintomatologia della dipendenza e dell’abuso. Per tale motivo occorre una specificità e una alta specializzazione dei trattamenti e degli interventi bio-psico-sociali che spaziano dalla prevenzione alla cura e alla riabilitazione. E’ quindi chiaro che le evoluzioni sociali e ambientali interagiscono in maniera specifica ma a più livelli con le espressioni sintomatiche individuali e familiari oltre che negli ambienti altamente a rischio come i settori marginali della società, la micro e macro-criminalità, fino però, da alcuni anni, raggiungere tutte le parti sociali grazie alla diffusione di nuove sostanze e nuove modalità di diffusione delle stesse (nuove droghe, cocaina a basso costo, fentanili, ecc.).

Ampliamento delle Aree di Intervento

L’attuale processo di modificazione e di ampliamento dei target di popolazione e dei necessari interventi trova riscontro in una serie di azioni, sia a carattere legislativo che operativo, individuabili a livello nazionale e regionale, in base agli Ultimi LEA (ludopatia, riduzione del danno, interventi di prossimità). Tali azioni sono realizzate anche grazie al sistema integrato di servizi pubblico-privato accreditato che solo può consentire l’adeguamento continuo del sistema alle fondamentali azioni capaci di rispondere alle vecchie e nuove sfide presenti nel territorio:

- 1- Centro di Detossificazione Ospedaliera
- 2- Area Tossicologia
- 3- Programmi Terapeutici Comunitari Residenziali (CRT) e semiresidenziali (CDT)
- 4- Area di intervento a favore di soggetti minorenni
- 5- Servizio cocaina e nuove sostanze
- 6- Centro di Alcolologia Clinica
- 7- Centro tabagismo
- 8- Gioco d’Azzardo Patologico e dipendenza da nuove tecnologie
- 9- Riduzione della domanda e intervento precoce dei comportamenti d’abuso
- 10- Strutture Terapeutiche Residenziali e Semi-residenziali Regionali
- 11-Area Giudiziaria
- 12-Progetti home e interventi di prossimità
- 13-Telemedicina e AI nelle dipendenze patologiche

Il sistema di intervento e trattamento strutturale e funzionale è quindi molto differenziato e, negli anni ha costruito una organizzazione in risposta alle nuove emergenze e alle nuove popolazioni target evidenziate, che caratterizzano oggi un articolato sistema funzionale di contrasto alle dipendenze, che si articola principalmente sui seguenti settori d'intervento:

AREA DI INTERVENTO	Linee strategiche
<p>Centro di Detossificazione Ospedaliera: l'aumento della richiesta di ricovero per detossificazione da parte di un bacino di utenza proveniente da tutta la Regione, rende urgente il potenziamento del Centro di Detossificazione ospedaliera e necessaria la sua ridefinizione come Centro unico Regionale.</p>	<p>Potenziamento del Centro di Detossificazione ospedaliera e ridefinizione come Centro unico Regionale</p>
<p>Area Tossicologia: Riduzione della prevalenza e dell'incidenza delle infezioni legate ai comportamenti d'abuso e di altre conseguenze negative per la salute e la società Programmi di Riduzione del Danno (RdD) Reti Cliniche e rapporti interdipartimentali: Implementazione della collaborazione attiva con il Dipartimento di Salute Mentale, La Clinica Psichiatrica, i Consultori, i Servizi Sociali Territoriali e altri servizi sanitari per la gestione dei casi complessi (soggetti con concomitante disturbo psichiatrico, famiglie multiproblematiche, pazienti con minori). Focalizzazione sulla medicina di genere. Unità mobili territoriali e interventi di prossimità: nell'ambito degli interventi finalizzati al contrasto e alla prevenzione delle dipendenze patologiche, le Unità di strada svolgono funzioni di prossimità sul territorio, con riferimento a due principali aree di intervento, interventi di riduzione del danno rivolti a persone con dipendenza patologica nel contesto di strada.</p>	<p>Consolidare la messa a regime, in accordo con le evidenze e con le linee guida elaborate a livello UE, di un sistema organico di programmi e interventi di Riduzione del Danno (RdD), secondo le previsioni del DPCM del 12/01/2017, che includano interventi di tutela della salute. Collaborazioni attiva con altri servizi; Interventi di riduzione del danno rivolti a persone con dipendenza patologica nel contesto di strada; Contrasto dei fenomeni di esclusione sociale. Consolidamento di percorsi terapeutici con l'utilizzo di strumenti di intervento costituiti dai Gruppi multifamiliari.</p>
<p>Programmi Terapeutici Comunitari Residenziali (CRT) e semiresidenziali (CDT): il verificarsi di nuove tipologie di utenza (disturbi comportamentali associati a sostanze; nuove dipendenze – gioco d'azzardo e dipendenze tecnologiche; doppia diagnosi; l'invecchiamento della popolazione tossicomana con conseguente cronicità e deterioramento sociale/sanitario) inducono ad una riqualificazione della Comunità Terapeutica Residenziale e del Centro Diurno, in carico al Dipartimento, anche in vista di percorsi terapeutici dedicati e separati (come, per esempio, per utenti adolescenti).</p>	<p>Accoglienza di utenza, multiproblematica, acuta, e cronica con deterioramento sociale/sanitario, per la cura della dipendenza patologica e delle problematiche psichiche sottostanti</p>
<p>Area di intervento a favore di soggetti minorenni: l'abbassamento dell'età di esordio con frequente presenza di soggetti di minore età e la diffusione nel territorio delle cosiddette nuove droghe (stimolanti, cannabinoidi sintetici, oppiacei di sintesi, ecc) per lo più appannaggio di una popolazione giovane, spingono verso lo sviluppo di nuove équipe e di nuovi servizi che possano rispondere in maniera adeguata a una domanda di abuso sempre più articolata e precoce.</p>	<p>Realizzazione di équipe multidisciplinari con competenze specifiche in ambito adolescenziale, capace di accogliere i giovani e le loro famiglie; Definizione di spazi dedicati esclusivamente ai giovani che presentano problematiche connesse al consumo di sostanze stupefacenti e psicoattive, nonché ad altre forme di dipendenza;</p>

<p>Servizio cocaina e nuove sostanze (strutture Ambulatorio Centro-Ancona, Ambulatorio Sud-Castelfidardo): il crescente numero di soggetti che afferiscono ai servizi per uso/abuso di cocaina e cannabinoidi e la diffusione della Cocaina fumata con grave decadimento funzionale, nonché la drastica riduzione dell'età dei consumatori inducono la prosecuzione dell'opera di riqualificazione e rafforzamento del servizio dedicato, con il potenziamento degli interventi psicosociali e farmacologici anche di breve durata su una più ampia offerta di strutture territoriali.</p>	<p>Potenziamento delle attività psicosociali.</p>
<p>Centro Alcolgia Clinica: l'incremento delle condotte di abuso etilico acuto e cronico soprattutto nei giovani e negli anziani richiede un potenziamento del centro specializzato sia per azioni di prevenzione che per la presa in carico trattamentale dei pazienti. I soggetti afferenti mostrano in maniera crescente quadri clinici di alcolismo complicati da patologie alcolcorrelate e disturbi psichiatrici richiedendo la costruzione di nuove procedure e protocolli nella rete dei servizi sanitari coinvolti.</p>	<p>Potenziamento nuove attività psicoterapeutiche gruppali con l'utilizzo di nuove metodologie. Promuovere interventi basati sul coinvolgimento di diversi servizi finalizzati allo sviluppo di reti e alleanze nell'ottica dell'intersectorialità. Progetti di prevenzione.</p>
<p>Centro Tabagismo: l'aumento delle richieste da parte dei tabagisti e dei Servizi Sanitari che li hanno in cura ha reso indispensabile l'apertura del Centro Antifumo nel 2024 per la diagnosi e il trattamento sia farmacologico che psicoterapeutico del tabagista, in rete AST territorio (STDP-Ancona, Unità psicologica-Jesi) – ospedale (Pneumologia- Jesi). In parallelo è stato assegnato al STDP Ancona (come referente AST Ancona del PPO4 "Dipendenze"), un progetto, già avviato, di prevenzione di contrasto al tabagismo, finanziato dall'ARS-Regione Marche per un programma pilota regionale rivolto agli operatori sanitari con particolare riferimento agli operatori del percorso nascite es. ostetriche e agli operatori dei setting opportunistici.</p>	<p>Potenziamento équipe Antifumo</p>
<p>Gioco d'Azzardo Patologico e scommesse sportive: il crescente numero di soggetti interessati alle problematiche induce ad un rafforzamento dell'équipe dedicata (anche in direzione di interventi domiciliari di primo contatto) e una continua interazione con le forze del territorio anche per facilitare l'emersione di richieste di aiuto, soprattutto da parte di categorie fragili o a rischio (terza età, immigrati, adolescenti, donne...).</p> <p>Dipendenze Tecnologiche: la diffusione delle strumentazioni digitali, in presenza di precarie condizioni psichiche, può mettere a repentaglio lo sviluppo dell'adolescente, inducendo o rafforzando la chiusura (isolamento volontario), la perdita di interessi e l'abbandono scolastico. È necessario pertanto progettare interventi mirati (indispensabile la concertazione con il Privato Sociale, i Servizi Sociali, la Scuola e il Terzo Settore), non solo per l'aggancio (educativa domiciliare) e la cura, ma anche per l'inserimento scolastico/lavorativo e la socializzazione.</p>	<p>Mantenimento/potenziamento delle équipe dedicate; Accoglienza e avvio dei progetti psico/terapeutici; Realizzazione dei programmi di reinserimento e socializzazione in collaborazione con i Soggetti portatori di interesse (Privato Sociale, Servizi Sociali, Istituzione Scolastica, Terzo Settore);</p>
<p>Riduzione della domanda e intervento precoce dei comportamenti d'abuso: Il fenomeno è in continua evoluzione, pertanto deve essere costantemente monitorato utilizzando approcci e metodologie di indagine capaci di mutare ed evolvere di pari passo con il fenomeno, attraverso la promozione e l'adozione di una strategia che, distinguendo tra uso, abuso e dipendenza, permetta una crescita culturale rispetto ai fenomeni e introduca modelli di contrasto.</p>	<p>Attività di prevenzione basate su dati certi per i gruppi e gli ambienti familiari e sociali destinatari, in attuazione degli indirizzi di policy integrate per la Scuola che Promuove Salute e dei piani di azione integrati, in particolare le Unità Operative di Promozione della Salute, i Dipartimenti per le Dipendenze Patologiche, gli Enti Locali, le scuole, le forze dell'ordine, le associazioni di categoria, il terzo settore, le associazioni di volontariato, ecc.</p>

Strutture Terapeutiche Residenziali e Semi-residenziali Regionali: mantenimento e rafforzamento delle strutture semiresidenziali e residenziali gestite dal privato sociale accreditato, come risposta imprescindibile in situazioni ove il percorso di trattamento richieda un livello di intensità assistenziale superiore a quello ambulatoriale	Disponibilità di posti per l'accoglienza dei pazienti con problemi di dipendenza nella Regione Marche
Area Giudiziaria: rafforzamento degli interventi presso il Carcere di Montacuto che ha evidenziato continue criticità fino a gravi fenomeni auto ed etero-aggressivi e incremento di utenza dipendente da sostanze. Sperimentare l'attuazione di interventi	Potenziamento degli interventi di presa in carico con proposta trattamentale interna e delle valutazioni per programmi alternativi
Interventi di prossimità e progetti Home: l'aumento delle segnalazioni di situazioni di disagio che richiederebbero un intervento domiciliare inducono un potenziamento dell'area socio-educativa per attuare interventi di prossimità e domiciliari.	Accoglienza delle segnalazioni di utenza in situazioni di disagio; Potenziamento degli Interventi di prossimità e domiciliari;
Telemedicina e IA: Le moderne tecnologie nel settore delle Dipendenze risultano essenziali per lo sviluppo futuro in molti settori preventivi e terapeutici; per la gestione di riunioni e per progetti di collaborazione tra servizi Dipartimentali ed extra Dipartimentali (dati condivisi su utenza intra ed extra Dipartimentale), valutazioni e consulenze ECG, numerosi progetti sull'utenza e utilizzo sano di smart-phone e computer, oltre che di un progetto specifico di miglioramento e adeguamento software per gestire l'andamento clinico dell'utenza, come pure di un progetto per la condivisione a rete allargata intra ed extra dipartimentale e territoriale (Wiki). Utilizzo delle nuove metodiche per indirizzo e verifica di output e outcome, gestione on line, interventi sui social, prevenzione e contatti con metodiche web mediate.	Condivisione dei dati su utenza intra ed extra Dipartimentale; valutazioni e consulenze ECG; miglioramento e adeguamento software per gestire l'andamento clinico dell'utenza; rete allargata intra ed extra dipartimentale e territoriale (Wiki); indirizzo e verifica di output e outcome; prevenzione e contatti con metodiche web mediate.

Dipartimento Salute Mentale

Il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) dell'AST Ancona si pone come un riferimento essenziale per la tutela della salute mentale sul territorio, operando in modo integrato tra servizi territoriali e ospedalieri. Dotato di una direzione unica e di autonomia tecnico-organizzativa, il DSM lavora per prevenire, curare e riabilitare ogni forma di disagio psichico, promuovendo al contempo una cultura di lotta allo stigma e al pregiudizio. La sua attività è radicata in un'ampia rete di collaborazione con il privato sociale, il volontariato e le istituzioni locali, garantendo un approccio multidimensionale e inclusivo.

Uno degli obiettivi principali per il 2025 è consolidare il potenziamento dell'assistenza territoriale. I Centri di Salute Mentale (CSM), i Centri Diurni e le Strutture Residenziali saranno rafforzati per garantire un accesso più ampio e tempestivo ai servizi, soprattutto per le fasce più vulnerabili, attraverso la collaborazione con i Medici di Medicina Generale (MMG), un elemento cruciale per migliorare l'appropriatezza degli invii e ridurre le liste di attesa. Questo dialogo continuo con i medici di base consentirà di intercettare precocemente i segnali di disagio mentale, garantendo interventi più rapidi ed efficaci.

Un altro punto centrale è rappresentato dallo sviluppo di percorsi terapeutici individualizzati (PTI). Ogni paziente avrà un referente dedicato che coordinerà una micro-équipe per stilare e monitorare il Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRP). Questo approccio multidisciplinare garantisce che ogni percorso sia adeguato alle specificità del paziente, con particolare attenzione ai percorsi di reinserimento sociale. In quest'ottica, saranno valorizzati modelli come i Gruppi Multi-Familiari (GMF) e le soluzioni di residenzialità leggera, come il Cohousing, per facilitare la transizione verso una maggiore autonomia.

L'innovazione tecnologica sarà un altro pilastro della strategia del DSM. Verranno introdotti trattamenti di rimedio cognitivo e di riabilitazione tramite realtà virtuale, strumenti all'avanguardia per supportare il percorso di guarigione dei pazienti. Inoltre, la tele-psichiatria sarà ampliata per offrire consulenze psichiatriche e psicologiche a distanza, abbattendo le barriere geografiche e garantendo un monitoraggio costante dei pazienti.

Il DSM si impegna anche a rispondere alle esigenze specifiche di alcune fasce della popolazione. Per gli adolescenti, sarà creato un setting dedicato per il ricovero e il trattamento, in collaborazione con UMEE, consultori e Cure Tutelari. Saranno sviluppati percorsi orientati alla recovery e al supporto delle famiglie, con un focus particolare sulla prevenzione del disagio mentale. Per gli anziani, il DSM introdurrà cure specializzate in psico-geriatria, in coordinamento con altri servizi sanitari, mentre un'UOSD dedicata ai disturbi alimentari sarà attivata per prevenire e trattare queste patologie in crescita.

Il Dipartimento darà priorità anche alla gestione delle emergenze psichiatriche, rafforzando i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) e creando una rete di supporto attiva h24. Inoltre, verranno consolidate le relazioni con la Prefettura e i Servizi Sociali per affrontare questioni come la violenza di genere e la genitorialità nei pazienti psichiatrici. La collaborazione con altri Dipartimenti Sanitari, come quello delle Dipendenze Patologiche, rafforzerà un approccio integrato alla salute mentale.

Un'attenzione particolare sarà rivolta alla promozione del benessere psicosociale. Il DSM intende ampliare i Servizi di Sollievo, in linea con quanto previsto dalla DGRM 667/2021, per mobilitare risorse pubbliche, private e del volontariato a sostegno di pazienti e famiglie. Questo approccio mira a spostare il focus dall'intervento sanitario puro verso una reale integrazione tra politiche sanitarie e sociali.

Infine, il DSM continuerà l'investimento nella formazione continua del personale, promuovendo un clima di collaborazione all'interno delle équipe multidisciplinari. Verranno organizzati corsi di aggiornamento per migliorare le competenze tecniche e relazionali, valorizzando il contributo di tutte le figure professionali coinvolte.

2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2.1 Valore pubblico

2.1.1 Premessa

Il Valore pubblico è l'aumento del benessere reale della collettività aziendale e territoriale e rappresenta un'innovazione sostanziale introdotta proprio per il Piano integrato di Attività e Organizzazione. Tale valore si crea in senso stretto, quando impatta in modo migliorativo sulla prospettiva di benessere rispetto alla fase iniziale; in senso ampio quando, motivando e coinvolgendo i dipendenti, migliora la performance che incide sull'impatto sociale.

Il Valore Pubblico significa valorizzare e condividere le best practices nell'ambito delle amministrazioni, così come alla modernizzazione dei servizi ai cittadini e alle imprese tenendo in considerazione il loro livello di soddisfazione. In ambito sanitario, questo "valore" è già incardinato nella mission del sistema sanitario italiano, che pone la salute come "bene pubblico" da garantire a tutta la popolazione. Non a caso, l'innovazione del Piano Nazionale della Prevenzione (PNP 2020-2025) consiste proprio nella scelta di sostenere il riorientamento di tutto il sistema della prevenzione verso un approccio di promozione della salute, favorendo lo sviluppo di strategie di empowerment e capacity building.

La promozione della salute non è solo intervenire su condizioni patologiche ma creare nella comunità competenze e capacità di controllo che mantengano o migliorino il capitale di salute. Il PNP 2020-2025 rafforza il concetto di salute come "risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente (One Health) che, riconoscendo che la salute delle persone, degli animali e degli ecosistemi sono interconnesse, promuove l'applicazione di un approccio olistico, multidisciplinare, intersettoriale e coordinato per affrontare i rischi potenziali o già esistenti che hanno origine dall'interfaccia tra ambiente animali-ecosistemi.

Un determinante fondamentale per la costruzione del valore pubblico è dato dalla formazione del personale, che, in un contesto caratterizzato da importanti avanzamenti tecnologici e significativi cambiamenti delle aspettative dei cittadini, diventa necessaria per garantire all'interno della propria professione la conoscenza di strumenti, metodologie e normative e le loro evoluzioni la formazione del personale.

"Le persone che ricevono formazione in aree come l'etica, l'analisi delle politiche e il coinvolgimento degli stakeholder sono meglio preparate a prendere decisioni che contribuiscono alla creazione di valore pubblico: ad esempio, i programmi formativi che rafforzano i principi dell'equità sociale e dell'inclusività consentono ai dipendenti pubblici di migliorare la progettazione e l'implementazione di programmi e servizi volti a ridurre le disuguaglianze e promuovere l'equità nella fornitura dei servizi." (Direttiva Zangrillo).

2.1.2 Quale tipo di valore pubblico?

L'AST di Ancona concorre a costruire valore pubblico perseguendo l'obiettivo "salute", inteso quale miglioramento complessivo della qualità della vita della popolazione, secondo un approccio sinergico ed integrato con il sistema delle autonomie locali e con gli altri Enti che si occupano dello sviluppo economico, di tutela ambientale, dell'urbanistica, dei trasporti, dell'agricoltura, dello sport e tempo libero, per l'impatto che hanno sulla salute. La salute psicofisica è infatti comunemente intesa come il risultato di diversi fattori, non solo di mero benessere fisico, ma anche di altra natura. Un'integrazione e un dialogo tra i diversi stakeholder coinvolti risulta dunque necessario e irrinunciabile per il raggiungimento degli obiettivi aziendali.

In questa ottica risulta fondamentale che gli operatori della AST di Ancona acquisiscano la consapevolezza di quanto possano essere protagonisti e promotori del cambiamento verso il **benessere collettivo** sviluppando la consapevolezza che l'operato di ognuno impatta sui colleghi, sull'organizzazione e sui cittadini.

Questa Azienda quindi, non vuole solo soddisfare la formazione per l'acquisizione di competenze tecniche, ma vuole focalizzare l'attenzione anche su un'educazione umanistiche, capace di unire la potenzialità individuale in una performance solidale, equa, inclusiva e sostenibile.

Il Valore Pubblico, che l'AST intende perseguire, ispira tutti gli obiettivi che vengono definiti e monitorati dall'Azienda, riducendo il rischio che gli sforzi compiuti per il raggiungimento delle performance attese, ad opera dei tanti dipendenti (performance individuali) per il tramite delle molte unità organizzative di appartenenza (performance organizzative), si riduca a tante attività scomposte e tra loro scoordinate.

Si tratta di un concetto che non va limitato agli obiettivi finanziari/monetizzabili ma è comprensivo anche di quelli **sociali, sanitari e ambientali**.

L'AST di Ancona ha il compito di garantire i Livelli Essenziali di Assistenza come definiti dal D.P.C.M. 12.1.2017 e dai successivi accordi intervenuti. Essa realizza inoltre nel proprio ambito territoriale di riferimento, le finalità del Piano Socio-Sanitario Regionale, impiegando nei processi di assistenza le risorse assegnate secondo criteri di efficienza, efficacia, economicità, trasparenza e pubblicità.

L'Azienda non si limita a svolgere un compito di mera produzione di servizi, ma intende creare e offrire valore per i cittadini, incarnando appieno la natura di ente pubblico.

2.1.3 Come incrementare il Valore pubblico?

Qui di seguito si illustrano le strategie che l'Azienda Sanitaria Territoriale di Ancona intende adottare nel triennio 2025-2027 per realizzare e incrementare il Valore pubblico, per il miglioramento della qualità della vita e del benessere economico, sociale, ambientale delle comunità di riferimento dell'AST, degli utenti, degli stakeholder, dei destinatari dei servizi erogati.

Di seguito le categorie che l'AST di Ancona ha scelto per incrementare il Valore Pubblico:

- **PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, ANTIRICICLAGGIO E TRASPARENZA**

Le riforme introdotte con il PNRR e con la disciplina sul PIAO hanno importanti ricadute in termini di predisposizione degli strumenti di programmazione delle misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Obiettivo principale del legislatore è quello di mettere a sistema e massimizzare l'uso delle risorse a disposizione delle pubbliche amministrazioni (umane, finanziarie e strumentali) per perseguire con rapidità gli obiettivi posti con il PNRR, razionalizzando la disciplina in un'ottica di massima semplificazione e al contempo migliorando complessivamente la qualità dell'agire delle amministrazioni. Il PIAO è, altresì, misura che concorre all'adeguamento degli apparati amministrativi alle esigenze di attuazione del PNRR.

Ciò significa anche ridurre gli oneri amministrativi e le duplicazioni di adempimenti e, come affermato dal Consiglio di Stato, "evitare la autoreferenzialità, minimizzare il lavoro formale, valorizzare il lavoro che produce risultati utili verso l'esterno, migliorando il servizio dell'amministrazione pubblica". Tali fondamentali obiettivi di semplificazione e razionalizzazione, non devono tuttavia ridurre le iniziative per prevenire corruzione e favorire la trasparenza.

La corretta ed efficace predisposizione di misure di prevenzione della corruzione, tra l'altro, contribuisce ad una rinnovata sensibilità culturale in cui la prevenzione della corruzione non sia intesa come onere aggiuntivo all'agire quotidiano delle amministrazioni, ma sia essa stessa considerata nell'impostazione ordinaria della gestione amministrativa per il miglior funzionamento dell'amministrazione al servizio dei cittadini e delle imprese.

L'Autorità Nazionale Anticorruzione sostiene che, se le attività delle pubbliche amministrazioni hanno come orizzonte quello del valore pubblico, le misure di prevenzione della corruzione e per la trasparenza sono essenziali per conseguire tale obiettivo e per contribuire alla sua generazione e protezione mediante la riduzione del rischio di una sua erosione a causa di fenomeni corruttivi.

In quest'ottica, la prevenzione della corruzione è dimensione del valore pubblico e ha natura trasversale a tutte le attività volte alla realizzazione della missione istituzionale di una amministrazione; è funzionale quindi all'incremento della qualità delle istituzioni, riconosciuta da parte della collettività sull'attività dell'amministrazione in termini di utilità ed efficienza.

Nel prevenire fenomeni di cattiva amministrazione e nel perseguire obiettivi di imparzialità e trasparenza, il contrasto e la prevenzione della corruzione contribuiscono pertanto a generare valore pubblico, riducendo gli sprechi e orientando correttamente l'azione amministrativa.

Lo stesso concetto di valore pubblico è valorizzato attraverso un miglioramento continuo del processo di gestione del rischio, in particolare per il profilo legato all'apprendimento collettivo mediante il lavoro in team. Anche i controlli interni presenti nelle amministrazioni ed enti, messi a sistema, così come il coinvolgimento della società civile, concorrono al buon funzionamento dell'amministrazione e contribuiscono a generare valore pubblico. Per tale motivo nella mappatura dei processi vanno considerati anche quelli correlati agli obiettivi di valore pubblico e se gli stessi sono presidiati da misure di prevenzione della corruzione.

Nella stessa ottica si pongono le misure di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo che l'AST è tenuta ad adottare ai sensi dell'art. 10 del d.lgs. n. 231/2007 e smi (cd. decreto antiriciclaggio); anche tali strumenti creano valore pubblico, essendo volti a fronteggiare il rischio che l'amministrazione entri in contatto con soggetti coinvolti in attività criminali, evitando che le risorse finiscano per alimentare l'economia illegale e assicurando il corretto impiego delle stesse e di tutti i fondi rivenienti anche dal PNRR.

- CENTRALITÀ E PARTECIPAZIONE DELLA PERSONA

Il principio della centralità della persona costituisce uno dei cardini dell'ordinamento costituzionale italiano ed il diritto alla salute ne realizza un elemento caratterizzante. La centralità della persona nell'ambito del Servizio sanitario nazionale si estrinseca in una serie di diritti fondamentali esercitabili da parte dei singoli utenti.

Un primo diritto è quello di scegliere liberamente il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta; la libertà di opzione riconosciuta agli utenti può essere esercitata entro il limite massimo di assistiti per medico. Un secondo è il diritto di informazione e di partecipazione, al fine di favorire l'orientamento dei cittadini nel Servizio sanitario nazionale.

L'AST intende implementare un efficace sistema di informazione sulle prestazioni erogate, sulle tariffe, sulle modalità di accesso ai servizi utilizzando tutti gli strumenti di diffusione delle informazioni di cui dispone.

Un altro importante diritto è quello di opposizione ai sensi dell'art. 14, comma 6, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e sue modifiche, il quale prevede che il direttore sanitario e il dirigente sanitario del servizio, a richiesta degli assistiti, adottino le misure necessarie per rimuovere i disservizi che incidono sulla qualità dell'assistenza.

Infine, il paziente ha diritto ad essere informato sulla precisa tipologia del trattamento, sulle sue modalità di esecuzione nonché su eventuali rischi correlati.

- SUSSIDIARIETÀ ISTITUZIONALE E ORIZZONTALE

Anche normativa regionale stabilisce l'obbligo per le istituzioni di creare le condizioni ideali per permettere ai singoli e alle aggregazioni sociali di svolgere liberamente la propria attività.

L'intervento dei livelli territoriali superiori è previsto soltanto in caso di necessità, e deve comunque essere temporaneo, finalizzato a restituire l'autonomia di azione ai livelli più bassi. In altre parole, l'esercizio delle pubbliche funzioni destinate alla cittadinanza segue una gerarchia che parte dal basso, ovvero dal livello territorialmente più vicino ai cittadini.

I livelli superiori intervengono soltanto nei casi in cui si palesino esigenze di miglioramento non gestibili e assecondabili dai livelli gerarchicamente più bassi.

- **DIGITALIZZAZIONE**

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

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

Un fattore causa del ritardo è l'assenza di una cultura digitale. Secondo il "Rapporto sull'informatizzazione delle Amministrazioni Locali" redatto dalla Banca D'Italia 2017, la mancanza di competenze rientra tra gli ostacoli che maggiormente influiscono sulla difficoltà ad aumentare il ricorso alle nuove tecnologie.

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

La Regione Marche partecipa insieme all'Emilia Romagna e Puglia alla sperimentazione della Strategia Generale di **Accrescimento delle Competenze Digitali** del personale sanitario "DIGITAL SKILLS TO INCREASE QUALITY AND RESILIENCE OF THE HEALTH SYSTEM IN ITALIA", i cui obiettivi sono

- Aumento delle competenze digitali degli operatori sanitari;
- Migliore preparazione degli operatori sanitario per fornire cure sicure e di alta qualità.

Il processo di digitalizzazione viene implementato dal **PNRR M6 C2 I1.3.1** Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (FSE) la cui finalità è estendere e uniformare a livello nazionale i contenuti dei documenti digitali sanitari, le funzioni e l'esperienza utente, l'alimentazione e consultazione da parte dei professionisti della sanità.

Particolare attenzione viene dedicata alla formazione e alla comunicazione verso il personale sanitario per implementazione la consultazione e l'alimentazione del FSE 2.0

Infine, in riferimento ai progetti finanziati nell'ambito della MULTI-MISURA 1.1 e 1.2 "INFRASTRUTTURE DIGITALI E ABILITAZIONE AL CLOUD", l'UOC Sistemi Informativi Aziendali ha provveduto a mettere in atto le attività finalizzate alla migrazione in cloud dei sistemi informativi.

- **SEMPLIFICAZIONE AMMINISTRATIVA**

Anche se la pandemia ha costretto le Amministrazioni pubbliche a trovare soluzioni semplificate, con la cessazione dello stato di emergenza si è ritornati, quasi integralmente, al ripristino delle procedure ordinarie.

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

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

1. diffusione insufficiente di soluzioni digitali nel rapporto tra amministrazione e cittadino;
2. richiesta di informazioni già in possesso dell'amministrazione;
3. procedure arcaiche non in modalità digitale.

Nel 2024 sono stati realizzati diversi servizi di semplificazione digitalizzati quali:

- pagoPA per pagamento prestazioni sanitarie;
- Prenoweb /Medicina Legale per prenotare la visita con la Commissione Patenti;
- Piattaforma SIOC per: richiesta patrocinio, gestione reclami, gestione n. verde UPR, prenotazione appuntamenti URP in modalità telefonica, videocall e accesso diretto, aggiornamento esterno sponsorizzato;
- Implementazioni servizi nel FSE;
- Servizi di notifica con AppIO;
- Telemedicina per alcune prestazioni sanitarie

Il processo di digitalizzazione è in continua evoluzione e proseguirà nel triennio 2025-2027.

- **SOSTENIBILITA'**

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

Per l'Azienda, al di là della mission istituzionale, una maggiore attenzione a:

- risparmio energetico;
- smaltimento rifiuti;
- mobilità dei dipendenti;

rappresenterebbe una sfida per la sostenibilità.

- **DIVERSITA' E INCLUSIONE**

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

Il tema della diversità e inclusione esige processi di avvicinamento che vanno dalla mediazione linguistica al riconoscimento del "diverso" come unico portatore di bisogni, all'atteggiamento proattivo per coinvolgere chi sta ai margini del sistema. L'inclusione è l'intenzione di recuperare coloro che non si avvicinano al SSN in maniera volontaria facendo arrivare interventi di prevenzione anche a queste persone; almeno per gli screening oncologici e gli stili di vita.

Nella prossima programmazione si terrà conto anche delle nuove disposizioni in materia di riqualificazione dei servizi pubblici per l'inclusione e l'accessibilità, approvate con il D.lgs. n. 222 del 13/12/2023, pubblicato in G.U del 12/01/2024, in attuazione dell'articolo 2, comma 2, lettera e), della legge 22 dicembre 2021, n. 227.

- **NUOVE FRAGILITÀ, CON UN FOCUS SUI MINORI E SUGLI ANZIANI**

Questa categoria rientra pienamente nella mission di AST Ancona. A tal proposito, per quanto riguarda l'anziano il PNRR prevede il potenziamento delle attività distrettuali in un'ottica di integrazione tra il ospedale e territorio e tra sanitario e sociale. La nuova sfida per fronteggiare la cronicità sarà data dall'approccio multidisciplinare e intersettoriale dove l'obiettivo non sarà esclusivamente quello di ricondurre una persona malata alla condizione di sana, ma piuttosto quella di favorire il massimo benessere possibile coordinando agli interventi sanitari la rete familiare o di vicinato, il terzo settore, contributi economici ecc.; per i minori invece con l'approccio *life course*, si prediligono interventi di prevenzioni nei primi anni di vita per ottenere risultati di salute permanenti.

- **SPORT**

All'interno del contesto Promozione della salute, l'AST Ancona tramite il Dipartimento di Prevenzione, in collaborazione con gli Enti, Scuole e Associazione del territorio, è impegnata nella realizzazione di progetti e programmi di promozione dell'attività fisica e contrasto alla sedentarietà in tutte le fasce d'età.

- **LAVORO E SVILUPPO ECONOMICO IMPRENDITORIALE**

Queste due categorie vengono trattate insieme perché correlate tra loro. Nel raggiungimento degli obiettivi di sviluppo sostenibile dell'Agenda 2030, la cultura assume un ruolo determinante. Sono sempre più numerosi i progetti che dimostrano come la cultura influenzi positivamente la qualità della vita degli individui e delle comunità. Per quanto riguarda la nostra Azienda, questo è un settore inesplorato e molto sfidante per progetti di marketing sanitario dove vengono proposti stili di vita attraverso partnership con il settore produttivo locale, gli enti locali e il terzo settore.

- **FORMAZIONE**

La direttiva della Presidenza del Consiglio 14/01/2025 identifica la formazione quale elemento di valorizzazione delle persone e produzione di valore pubblico

Come esplicitato in premessa, "lo sviluppo del capitale umano delle amministrazioni pubbliche è al centro della strategia di riforma e di investimento promossa dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR): la formazione e lo sviluppo delle conoscenze, delle competenze e delle capacità delle persone costituiscono uno strumento fondamentale nella gestione delle risorse umane delle amministrazioni e si collocano al centro del loro processo di rinnovamento."

La formazione del personale quindi non può orientarsi solo su interventi finalizzati agli obiettivi strategici, sviluppo di competenze professionali rilevate dai fabbisogni formative, che, seppur necessari non risultano sufficienti al raggiungimento di un efficace intervento formativo. Ma occorre aggiungere la dimensione "valoriale" della formazione.

La promozione della formazione costituisce un obiettivo di performance di ciascun dirigente.

La direttiva del 14/01/2025 stabilisce che ogni dirigente deve assicurare, per sé stesso e per i propri collaboratori, la partecipazione attiva a corsi di formazione per accrescere le competenze trasversali individuate nella stessa circolare per un numero non inferiore a 40 ore annue, pari ad una settimana di formazione per anno.

Gli interventi formativi devono produrre valore a tre insiemi di soggetti: le persone che lavorano e beneficiano delle iniziative formative, le amministrazioni e i cittadini e le imprese quali destinatari dei nostri servizi.

La strategia per il miglioramento della performance e promossa dal PNRR può essere racchiusa in 5 categorie:

- competenze di LEADERSHIP (Direttiva del Ministro per la pubblica amministrazione 28 novembre 2023) e SOFT SKILLS (Decreti del Ministro della Pubblica Istruzione 28 settembre 2022 e 28 giugno 2023);
- competenze per la TRANSAZIONE AMMINISTRATIVA;
- competenze per la TRANSAZIONE DIGITALE;
- competenze per la TRANSAZIONE ECOLOGICA;
- competenze su ETICA, INCLUSIONE, PARITA' DI GENERE, CONTRASTO ALLA VIOLENZA, PRIVACY, PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, SALUTE E SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO, TRASPARENZA E INTEGRITA'

Alcune delle competenze sopra individuate sono inserite nel piano di formazione 2025 e nei precedenti, in quanto alcuni appartenenti ad obblighi di legge, altri conseguenti ad indirizzi nazionali/regionali.

Per quanto riguarda invece la costruzione della cultura dell'innovazione il percorso è ancora solo inizialmente intrapreso.

Sicuramente le indicazioni presenti nella direttiva del 14/01/2025 aiuteranno la AST di Ancona a definire progetti formativi finalizzati alla valorizzazione del capitale umano e ad utilizzare l'offerta formativa promossa del PNRR e messa a disposizione dal Dipartimento della Funzione Pubblica, a titolo gratuito

L'offerta formativa del Ministero della Funzione Pubblica prevede l'utilizzo della piattaforma Syllabus: nuove competenze per le pubbliche amministrazioni.

Per ciascuna delle cinque aree di competenza Syllabus rende progressivamente disponibili percorsi formativi customizzati per rafforzare le competenze di base e approfondimenti e aggiornamenti su tematiche più specifiche fruibili in apprendimento autonomo.

Sugli ambiti in cui sono disponibili i corsi Syllabus, la SNA e FormezPA, mettono a disposizione percorsi formativi per lo sviluppo di competenze avanzate o specialistiche.

L'AST di Ancona aveva già aderito a questo programma di formazione, inserendo nella specifica piattaforma una parte del personale dipendente come avvio sperimentale; dal 2024 ha assegnato al restante personale i corsi previsti sulla transizione digitale, amministrativa ed ecologica, al fine di realizzare gli obiettivi legati oltre che alla digitalizzazione, anche alla semplificazione amministrativa e alla sostenibilità.

Rispetto a quanto delineato nella Direttiva della Presidenza del Consiglio 14/01/2025, all'art. 5:

- l'AST di Ancona è registrata sulla piattaforma;
- sono stati abilitati tutti i dipendenti;
- sono stati assegnati ad alcuni dipendenti percorsi formativi pubblicati sulla piattaforma

Una criticità rilevata rispetto all'utilizzo di Syllabus è che questa piattaforma non dialoga con la piattaforma ECM di nostro utilizzo. Rendendo difficile la partecipazione del personale sanitario.

E' intenzione di questa AST incrementare nel triennio 2025-2027 l'utilizzo delle piattaforme ministeriali prevedendo in successione:

- diffondere la conoscenza della piattaforma e sensibilizzarne l'utilizzo
- inserire alcuni corsi Syllabus nel Piano Formativo Aziendale a partire dal 2025
- Prevedere per i dirigenti ATL un pacchetto formativo obbligatorio di 40 ore da organizzare all'interno della piattaforma Syllabus
- individuare eventuali fabbisogni formativi su tematiche specifiche riconducibili alle cinque aree di competenza utilizzando altre modalità messe a disposizione dal Dipartimento della Funzione Pubblica
- monitoraggio e rendicontazione nei vari anni.

2.2 Performance

2.2.1 Finalità e principi

La sottosezione Performance, ai sensi del decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 30/6/2022, adottato ai sensi dell'art. 6, comma 6, del DL n. 80/2021, convertito in Legge n. 113/2021, va predisposta secondo le logiche di performance management, di cui al Capo II del decreto legislativo n. 150 del 2009 e secondo le Linee Guida emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica.

Tale ambito programmatico è finalizzato, in particolare, alla programmazione degli obiettivi e degli indicatori di performance di efficienza e di efficacia i cui esiti dovranno essere rendicontati nella relazione alla Performance di cui all'articolo 10, comma 1, lettera b), del predetto decreto legislativo.

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

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

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

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

La misurazione e la valutazione della performance rappresentano strumenti di miglioramento, di crescita e di responsabilizzazione di tutto il personale oltre che pongono in essere percorsi di miglioramento continuo delle performance.

Il documento esplicita e declina la programmazione strategica, già richiamati nella sezione Valore Pubblico, anche al fine di consentire a tutti coloro che sono interessati di avere conoscenza degli elementi utili per la valutazione della performance aziendale.

2.2.2 Analisi del contesto esterno

La programmazione aziendale 2025-2027 è fortemente condizionata dalle dinamiche del Fondo Sanitario Nazionale dovendo garantire l'equilibrio di bilancio; la sostenibilità economica, in un contesto internazionale caratterizzato da un forte incremento dei prezzi delle materie prime, e dal perdurare dell'incertezza legata alle tensioni geopolitiche e all'evoluzione dei conflitti in Ucraina e nel Medio Oriente, riveste un ruolo essenziale per garantire l'erogazione dei LEA.

In particolare, così come indicato nella DGRM n. 2015 del 20/12/2024 di autorizzazione agli Enti del Servizio Sanitario Regionale alla redazione del Bilancio Preventivo Economico 2025 e del Bilancio Pluriennale di Previsione 2025-2027 la Regione ha tenuto conto del livello di finanziamento sanitario nazionale a legislazione vigente. Quest'ultimo, per gli anni 2025, 2026 e 2027 è rispettivamente pari a 135.396 milioni di euro, 135.688 milioni di euro e 135.714 milioni di euro.

Per la Regione Marche per l'anno 2025, nelle more del riparto del Finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale e della relativa quota premiale, le risorse sono state stimate complessivamente in Euro 3.240.631.171 in incremento rispetto al Bilancio Preventivo 2024 di un importo pari a Euro 78.937.459.

Quindi, considerato lo scenario economico-finanziario nazionale, la Regione Marche, nelle more dei riparti definitivi delle risorse del fabbisogno sanitario standard tra le Regioni, ha ritenuto prioritario vincolare nell'anno 2025, le Direzioni degli Enti del SSR a implementare gli strumenti di governo aziendale delle risorse autorizzate per il rispetto dell'equilibrio economico.

Sulla base di tale programmazione economica regionale, la Regione Marche ha autorizzato l'AST di Ancona alla gestione del proprio Bilancio Economico Preventivo 2025, assegnando un tetto di spesa per l'anno 2025 pari a 839.803.656 euro comprensivo degli investimenti ai sensi del DI 118/2011 e degli investimenti per sicurezza e riduzione liste di attesa, al netto degli scambi infragruppo.

Il totale degli investimenti o la sterilizzazione straordinaria degli ammortamenti che non hanno una riserva (cosiddetti ammortamenti non sterilizzati) ammontano a complessivi euro 6.494.845.

Il tetto di spesa autorizzato deve essere finanziato con un livello minimo delle entrate proprie pari ad euro 19.671.000.

Tale tetto di spesa è comprensivo di 39.506.376 euro di mobilità passiva interregionale e internazionale, e di 21.748.356 euro per accantonamenti per rinnovi contrattuali del personale dipendente e convenzionato.

Per gli scambi infragruppo, compresa la regolazione diretta, si prevedono 25.030.447 euro di ricavi e 248.487.512 di costi, uguali ai dati del Bilancio di Previsione 2023.

Di seguito una tabella di confronto con i dati del Bilancio di Previsione anno 2024, elaborato in base alla DGRM 2015/2024.

	AST ANCONA	BPE Anno 2024 - DGRM 568/2024	BPE Anno 2025 - DGRM 2015/2024
a	TETTO COSTI al NETTO SCAMBI SSR	813.034.386	839.803.656
b	di cui RINNOVI CONTRATTUALI (CCNL e ACN)		21.748.356
c	di cui MOBILITA' PASSIVA SSN	37.765.388	39.506.376
e= a-b-c	TETTO COSTI GESTIONALI	775.268.998	778.548.924
f	INVESTIMENTI DL 118/2011	5.000.000	5.000.000
g	INVESTIMENTI SICUREZZA E LISTE DI ATTESA		1.494.845
h	TETTO ENTRATE PROPRIE	19.000.000	19.671.000
i= e-f-g+h	RISORSE A DISPOSIZIONE	789.268.998	791.725.079

2.2.3 Il ciclo di gestione della performance

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

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

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



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

Per garantire tale coerenza, il processo di programmazione strategica aziendale prende avvio con la definizione delle risorse a disposizione per l'Azienda, così come stabilite dalla Giunta Regionale nella Delibera di approvazione del Bilancio di Previsione per il 2025, nonché con l'analisi del contesto di riferimento in termini di vincoli esterni derivanti da disposizioni vigenti a livello nazionale e regionale.

Sulla base di tali elementi, la Direzione aziendale stabilisce le linee di programmazione da perseguire nell'anno di riferimento, tenuto conto degli obiettivi strategici contenuti nel Piano Sanitario vigente nonché degli obiettivi sanitari assegnati all'Azienda dalla Regione (riferiti all'anno precedente se ancora non adottati per l'anno in corso) vengono assegnati gli Obiettivi annuali di Budget alle singole Strutture e redatto il Bilancio di Previsione (pluriennale e annuale).

Gli obiettivi fanno inoltre riferimento anche ad altri Piani e obiettivi aziendali specifici definiti annualmente, oltre che a diversi ulteriori aspetti di natura più operativa. In tal modo è possibile garantire una coerenza complessiva tra gli obiettivi strategici e quelli operativi, assicurando però al sistema la necessaria flessibilità per tenere conto delle nuove esigenze o di aspetti specifici.

Nelle more dell'adozione del Regolamento di Budget Aziendale, il Direttore Generale dell'AST negozia le schede di budget con i CDR primari (Direttori di Dipartimento, i Responsabili dell'Area ATL, i Direttori di Presidio Ospedaliero ed i Direttori di Distretto), nell'ottica di coinvolgere i Direttori di macrostruttura nel confronto e nella condivisione delle priorità e degli obiettivi strategici, nella declinazione degli obiettivi operativi annuali, nell'individuazione delle modalità e delle strutture coinvolte per il loro raggiungimento. A loro volta i Centri di responsabilità primari negoziano le singole schede di budget con le UU.OO. di competenza (CDR secondari). Le schede di budget sono formulate sulla base dello schema riportato all'Allegato 1.

Viene assicurata, nel corso dell'anno, l'attività di verifica dell'andamento complessivo della gestione del budget e della sua coerenza con quanto definito in sede di negoziazione, attraverso un sistema di reporting aziendale reso disponibile con cadenza mensile per quanto riguarda l'andamento dei costi, e con cadenza trimestrale per gli obiettivi di attività. L'ultimo monitoraggio dell'anno chiude il processo del controllo periodico e sistemico e coincide con la rendicontazione di fine anno.

L'analisi del raggiungimento degli obiettivi di performance organizzativa è collegata al sistema premiante, in linea con il "Regolamento dei processi di Misurazione e Valutazione della Performance" (Determina 736/2020 in corso di aggiornamento).

Nell'eventualità che la Regione riveda in corso d'anno l'assegnazione del Budget e degli Obiettivi alle Aziende del SSR, la Direzione aziendale rivaluta il Budget dei CDR primari e secondari sulla base delle effettive risorse disponibili e degli eventuali scostamenti registrati rispetto alla precedente programmazione. Analogamente, in caso di impossibilità a conseguire i risultati attesi negoziati o a causa di sopravvenute esigenze o a seguito delle risultanze del monitoraggio periodico, è prevista l'eventuale rinegoziazione degli obiettivi.

La valutazione individuale, finalizzata a migliorare i risultati aziendali e la qualità dei servizi prodotti attraverso la valorizzazione, il coinvolgimento e la responsabilizzazione di tutto il personale allo svolgimento delle funzioni istituzionali assegnate all'Azienda, come definite nel sistema di budget, è parte integrante del ciclo della performance.

Lo strumento utilizzato ai fini della valutazione della performance individuale è una scheda articolata in:

- **area dei risultati**, in cui sono specificati i criteri di valutazione e i relativi indicatori sulla base dei quali esprimere il livello di partecipazione del soggetto valutato ai risultati della struttura di appartenenza e il livello di raggiungimento degli obiettivi individuali assegnati ai singoli dipendenti in relazione al ruolo e alla posizione da essi ricoperta
- **area dei comportamenti organizzativi** in cui sono specificati i criteri di valutazione e i relativi indicatori sulla base dei quali valutare diversi aspetti: per la dirigenza (integrazione interna/esterna, organizzazione, risoluzione dei conflitti) e per il comparto (grado di coinvolgimento nella struttura, attenzione ai propri doveri).

Inoltre si evidenzia che l'attuale scheda di valutazione della performance individuale per la dirigenza di strutture complesse e dipartimentali di cui al Regolamento dei processi di misurazione e valutazione della performance prevede la verifica del rispetto degli obblighi di trasparenza, di pubblicazione, di collaborazione con il RPCT e delle norme in materia di anticorruzione

Di seguito si evidenziano i tempi del Ciclo della Performance:

	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Set	Ott	Nov	Dic
Piano Performance												
Linee Strategiche, Obiettivi Economici e Sanitari												
Bilancio di Previsione annuale e pluriennale												
Condivisione e Preassegnazione Obiettivi ai Dipartimenti e Direttori di Macro Area												
Predisposizione e negoziazione schede di budget												
Sottoscrizione Schede di Budget												
Monitoraggio obiettivi e incontri specifici												
Eventuali rinegoziazioni di budget												
Misurazione e Valutazione performance organizzativa anno precedente												
Valutazione performance individuale anno precedente												
Redazione Relazione sulla Performance anno precedente												
Verifiche OIV												
Validazioni OIV												

2.2.4 Gli obiettivi strategici

Il sistema adottato dall'AST Ancona, in linea con quanto previsto dall'art. 8 del D.lgs 150/2009, è un sistema di valutazione MULTIMENSIONALE della performance, che consente di collegare appunto la mission istituzionale, le aree strategiche e gli obiettivi strategici la cui valenza è pluriennale (triennale) e, pertanto, possono rappresentare gli obiettivi generali di cui all'art. 5 del D.lgs. n. 150/2009. In particolare, la strategia aziendale è tradotta in termini di obiettivi strategici esplicitando le azioni da realizzare nel triennio per ciascuna delle 4 prospettive seguenti:

- Prospettiva bisogni dell'utenza e miglioramento qualità dell'assistenza
- Prospettiva efficienza e appropriatezza - processi aziendali interni
- Prospettiva economico-finanziaria
- Prospettiva di apprendimento e crescita dell'organizzazione

Prospettiva Bisogni dell'Utenza e Miglioramento Qualità Assistenza :

quali bisogni di salute dobbiamo soddisfare?

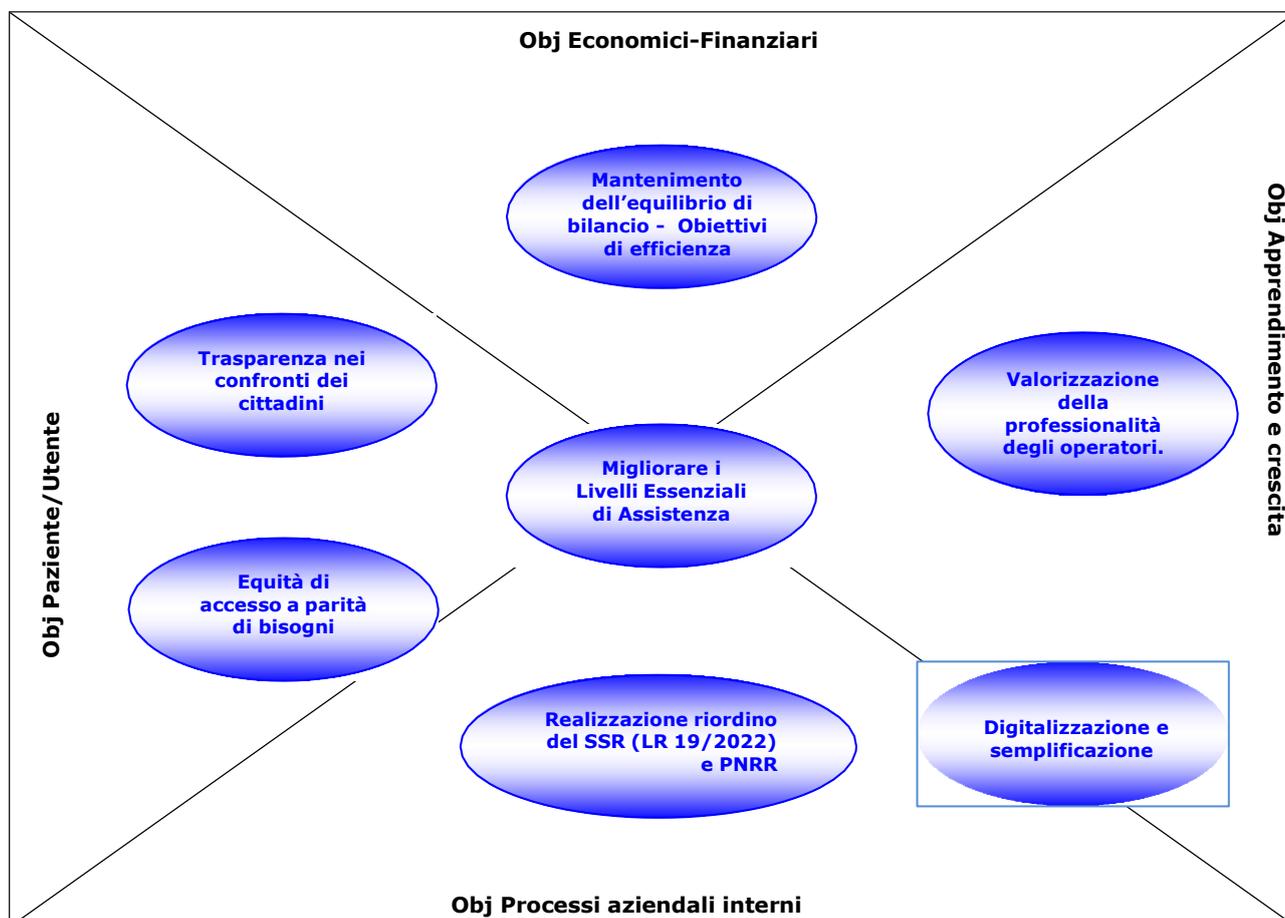
Prospettiva Efficienza ed appropriatezza organizzativa – processi interni:In quali processi dobbiamo eccellere?
quali processi dobbiamo organizzare o revisionare ?**Prospettiva Economico – Finanziaria:**

Quante e quali risorse sono necessarie e come possiamo recuperarle ?

Prospettiva Apprendimento e crescita professionale e tecnologica dell'organizzazione:

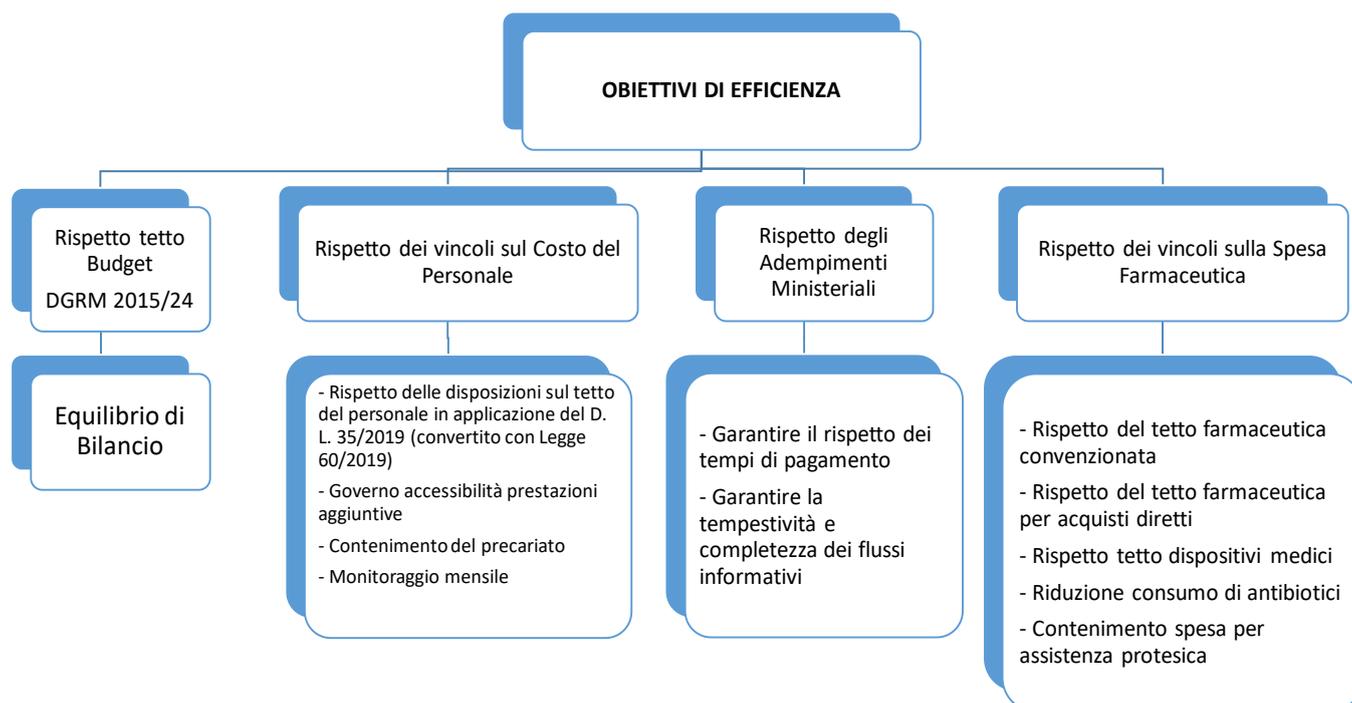
Quali competenze e quali tecnologie dobbiamo sviluppare?

Le 4 dimensioni di analisi sono strettamente integrate tra di loro, secondo una gerarchia che parte dall'ambito prioritario (la soddisfazione dei bisogni di salute, che rappresenta il fine istituzionale di un'azienda sanitaria) a cui seguono altri ambiti strumentali al principale (l'organizzazione, i processi interni, le risorse a disposizione, ecc.). L'idea di fondo è che per soddisfare adeguatamente i bisogni dell'utenza, mantenendo allo stesso tempo una condizione di equilibrio economico-finanziario, è necessario migliorare i processi interni; per migliorare i processi interni bisogna investire sulla crescita delle risorse umane (e quindi sulla loro motivazione competenza e conoscenza) e tecnologiche.



➤ Obiettivi di Efficienza

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



Al fine di garantire il rispetto del tetto assegnato dalla regione, l'AST Ancona focalizzerà l'attenzione sull'analisi dei processi di acquisizione e controllo dei fattori produttivi e in particolare sull'acquisto dei beni sanitari e non e dei servizi.

- **Promuovere una collaborazione strutturata tra il servizio farmaceutico della AST Ancona e i medici prescrittori dell'Azienda Ospedaliera Universitaria**, che favorisca la continuità delle cure e ottimizzi la gestione dei farmaci, a vantaggio sia dei pazienti sia dell'efficienza del sistema sanitario. Questo contatto diretto permette di affrontare in modo più immediato ed efficace le problematiche relative all'appropriatezza prescrittiva, promuovendo scelte terapeutiche che siano coerenti con le migliori evidenze cliniche e con i vincoli di sostenibilità economica, facilitando inoltre il monitoraggio continuo e l'aggiornamento delle pratiche prescrittive. Parallelamente, si intende migliorare il servizio rivolto ai cittadini, rendendolo più semplice e accessibile. Per raggiungere questo obiettivo, sarà fondamentale concentrare le funzioni di prescrizione e dispensazione dei farmaci in un unico luogo.

Questa soluzione, oltre a semplificare il percorso del paziente, consente di ottimizzare il coordinamento tra i medici e i farmacisti, riducendo i tempi di attesa e migliorando l'esperienza complessiva degli utenti. Un altro elemento di grande rilievo è la promozione della Distribuzione Diretta dei farmaci ai pazienti dimessi dai reparti ospedalieri e a seguito di visita.

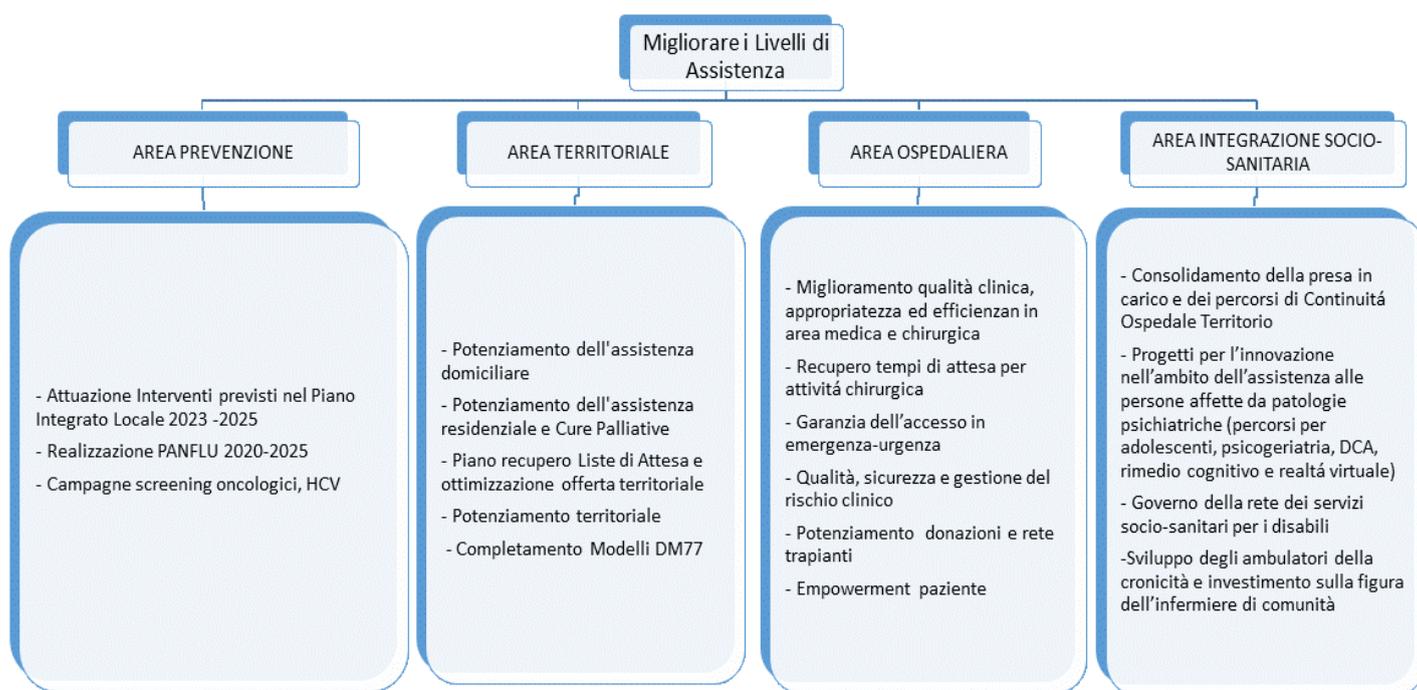
Questo approccio permette di garantire una continuità terapeutica immediata, evitando interruzioni nei trattamenti e offrendo un supporto diretto ai pazienti nella fase post-dimissione. Inoltre, tale modalità consente una gestione più controllata dei farmaci, riducendo al minimo il rischio di sprechi o utilizzi. La soluzione inoltre avrà notevoli impatti in termini di contenimento della spesa farmaceutica, è prioritario intervenire sui costi dei farmaci ad altissimo costo attraverso l'adozione di economie di scala. L'obiettivo è quello di razionalizzare gli acquisti e di negoziare condizioni più favorevoli con i fornitori, promuovendo accordi che permettano di ridurre l'impatto economico senza compromettere la qualità delle cure.

- **Costituzione e attivazione tavolo appropriatezza prescrittiva aziendale composto da Direttore Sanitario e dai Farmacisti**, con incontri mensili con i Clinici e Medici Prescrittori:
 - analisi prescrizioni di farmaci non in linea alle note AIFA;
 - analisi di farmaci a maggior costo terapia nell'ambito dello stesso gruppo terapeutico, ATC IV livello;
 - analisi richieste farmaci off label.
- **Governo dei farmaci oncologici del fine vita**: si implementerà un sistema di reporting sulle prescrizioni in fine vita che rappresenta il primo strumento per attivare percorsi di miglioramento stabili e condivisi con la componente clinica che prescrive i farmaci;
- **Centralizzazione allestimento terapie oncologiche** presso UFA Jesi attivazione Drug Day;
- **Antibiotici ad uso ospedaliero e territoriale**: proseguiranno le attività di monitoraggio e si implementerà una reportistica con la restituzione periodica dei dati sui consumi e, in particolare, il monitoraggio di nuovi antibiotici per il trattamento delle infezioni ospedaliere da germi multiresistenti inseriti nelle liste AWaRe dell'OMS e per i quali AIFA ha definito schede di prescrizione cartacee, reportistica e incontri specifici con i MMG e PLS;
- **Gestione sicura e corretta dei medicinali**: ricognizione/riconciliazione delle terapie farmacologiche in ambito ospedaliero e territoriale attraverso l'implementazione di modalità operative in fase di studio (es: ambulatori specifici; formazione ai neo assunti, sistemi di prescrizione e somministrazione tracciabili) che traccino la prescrizione e la somministrazione farmacologica nelle fasi di ricovero e dimissione e nei passaggi di setting assistenziale con l'obiettivo di verificare la presenza di possibili interazioni, focalizzandosi nel contempo su un'attività di de-prescrizione di farmaci non necessari;

- **Monitoraggio sull'uso delle immunoglobuline umane** in condizioni di carenza, sul corretto uso dell'albumina;
- **Reingegnerizzazione dei processi amministrativi**, attraverso l'implementazione del sistema di auditing interno, identificare sprechi e inefficienze, promuovendo un uso più strategico delle risorse disponibili.

➤ Migliorare i Livelli Essenziali di Assistenza

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



L'AST di Ancona si impegna per il triennio 2025/2027 a implementare un programma articolato per il potenziamento dei livelli essenziali di assistenza, concentrandosi su quattro aree principali.

Nell'ambito della prevenzione, particolare attenzione è rivolta all'ampliamento della copertura degli screening oncologici, con iniziative mirate a per aumentare la partecipazione consapevole, in particolare delle fasce più fragili e difficilmente raggiungibili, come la popolazione straniera o detenuta.

AST Ancona ha intrapreso diverse iniziative per attuare il Piano Integrato Locale (PIL) della prevenzione, in linea con il Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2020-2025. Queste azioni mirano a promuovere la salute nei luoghi di lavoro e a favorire l'adozione di stili di vita sani tra i lavoratori. Parallelamente, saranno realizzate attività di sensibilizzazione rivolte alla comunità per promuovere corretti stili di vita, con il coinvolgimento di scuole, enti locali e associazioni.

Per quanto riguarda l'assistenza territoriale, la riduzione delle liste d'attesa rappresenta una priorità e sarà perseguita attraverso un uso più avanzato e strategico degli strumenti per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa.

In questo contesto, saranno sviluppati e implementati protocolli condivisi con i medici di medicina generale e gli specialisti convenzionati, verranno individuate le modalità organizzative al fine di garantire i tempi massimi di attesa per le prestazioni oggetto di monitoraggio del PRGLA.

Si prevede un monitoraggio costante e accurato dei flussi relativi alle prestazioni ambulatoriali e ai ricoveri, accompagnato da una trasparente e regolare informazione sull'andamento dei tempi di attesa nel territorio. Per garantire l'efficacia del programma aziendale, sarà implementato un sistema di responsabilità correlato alle azioni previste. L'offerta complessiva di prestazioni ambulatoriali sarà monitorata e adattata in base ai bisogni emersi, con una riorganizzazione delle agende di prenotazione secondo parametri condivisi a livello aziendale con i dipartimenti sanitari. In situazioni critiche, laddove le risorse aziendali risultassero insufficienti per ridurre le liste d'attesa, saranno attivati piani di collaborazione con il privato accreditato, offrendo soluzioni immediate per rispondere alla domanda. Parallelamente, sarà dato forte impulso allo sviluppo della telemedicina per permettere la lettura a distanza di referti e diagnosi, rafforzando il ruolo di figure chiave come i case manager e gli infermieri di comunità. Questi professionisti agiranno come mediatori tra il medico di medicina generale e gli specialisti, garantendo una continuità assistenziale efficiente e focalizzata sui bisogni del paziente. Un'altra linea strategica fondamentale per migliorare l'accessibilità e la qualità dei servizi sanitari a livello territoriale, su cui saranno convogliate risorse, è il potenziamento dei Punti Salute già attivi sul territorio che saranno ulteriormente qualificati.

Nell'area ospedaliera, il miglioramento della qualità clinica sarà perseguito mediante audit periodici per verificare l'aderenza agli standard di qualità e attraverso programmi di formazione continua per il personale sanitario. Nel 2025, l'azienda sanitaria si propone di attuare una serie di azioni strategiche mirate al miglioramento delle capacità produttive e all'efficienza erogazione delle prestazioni sanitarie. La pianificazione include interventi per ottimizzare la capacità di smaltire le liste d'attesa, con un'analisi approfondita della capacità produttiva delle sale chirurgiche. Questo permetterà di recuperare la casistica, migliorando i tempi di risposta attraverso un piano di produzione chirurgica dedicato.

L'accesso in emergenza-urgenza sarà potenziato grazie alla revisione dei protocolli di triage per ridurre i tempi di attesa, insieme a un potenziamento dell'organico, migliorando così la capacità di risposta alle esigenze della popolazione.

Infine, l'area dell'integrazione socio-sanitaria vedrà lo sviluppo della creazione di équipe multidisciplinari per la presa in carico di pazienti cronici e complessi, in linea con le aree funzionali previste come modello nel redigendo Atto Aziendale.

➤ Realizzazione del Piano di riordino del SSR

In seguito all'approvazione della Riforma del SSR della LR n. 19/2022, l'Azienda sarà ancora impegnata a dare piena attuazione al quadro normativo previsto dal legislatore regionale, in particolare l'Adozione dell'Atto Aziendale nel rispetto delle linee guida che saranno emanate dalla Regione (DGRM 1980 del 18/12/23 "Richiesta di parere alla Commissione Consiliare competente sullo schema di deliberazione avente ad oggetto. "Art. 24 L. R. n. 19/2022 - Linee di indirizzo e criteri per la predisposizione dell'Atto Aziendale da parte degli Enti SSR) e alla revisione/aggiornamento di tutti i regolamenti organizzativi e attuativi che si rendono necessari per la piena funzionalità dell'Azienda.

In continuità con la pianificazione 2024, l'AST Ancona anche per l'anno 2025 si procederà alla revisione e riorganizzazione di tutti i processi produttivi che sottendono all'erogazione di prestazioni sanitarie e sociosanitarie, con l'intento di individuare in primis nei processi no core margini di azione per il recupero di efficienza.

In particolare verrà data piena attuazione alla riorganizzazione interna dei servizi di supporto in ottica di specializzazione delle attività per processo, finalizzata alla eliminazione di attività duplicate e alla creazione di referenti specializzati per tipologia di attività.

Il Piano di riordino del SSR è strettamente correlato altresì alla realizzazione degli interventi previsti dal PNRR in merito ai due temi fondamentali:

- a) le reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e
- b) l'innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSR.

In riferimento al PNRR l'anno 2025 il piano di sviluppo delle infrastrutture sanitarie territoriali nell'ambito dell'AST di Ancona prevede un significativo potenziamento delle Case della Comunità e degli Ospedali di Comunità, con interventi infrastrutturali e tecnologici mirati a migliorare l'accesso ai servizi sanitari e l'integrazione delle cure.

Case della Comunità

Nel 2025 partiranno i lavori per la realizzazione di nuove Case della Comunità, con l'obiettivo di rafforzare la sanità territoriale e garantire la continuità assistenziale per i pazienti cronici e fragili. Le strutture interessate dall'avvio dei lavori sono:

- Casa della Comunità di Filottrano
- Casa della Comunità di Jesi
- Casa della Comunità di Corinaldo
- Casa della Comunità di Ancona, con due sedi:
- Ex Umberto I

- Ex CRASS
- Casa della Comunità di Chiaravalle

Parallelamente, proseguiranno i lavori già avviati per le Case della Comunità di Fabriano e Loreto.

Ospedali di Comunità

Per il 2025, prenderanno avvio i lavori per il nuovo Ospedale di Comunità di Jesi, struttura che avrà un ruolo chiave nell'assistenza intermedia tra il domicilio e l'ospedale, riducendo la pressione sui reparti per acuti e garantendo percorsi di ricovero breve e riabilitazione.

Risultano invece completati i seguenti interventi:

- Ospedale di Comunità di Loreto
- Ospedale di Comunità di Chiaravalle

Altri Interventi: COT e Grandi Apparecchiature

Le Centrali Operative Territoriali (COT), fondamentali per il coordinamento dell'assistenza domiciliare e il raccordo tra ospedale e territorio, sono già completate e attive

Installazione di grandi apparecchiature: entro il 2025 verranno completate l'installazione di:

- TAC presso il presidio ospedaliero di Fabriano
- Risonanza magnetica sempre a Fabriano, potenziando l'offerta diagnostica sul territorio.

Infine, per quanto riguarda l'intervento denominato DEA – digitalizzazione, per la quale AST Ancona riveste il ruolo di soggetto attuatore esterno gli interventi relativi al nuovo SIO, all'interoperabilità ed alle cartelle cliniche verticali stanno procedendo secondo i cronogrammi iniziali.

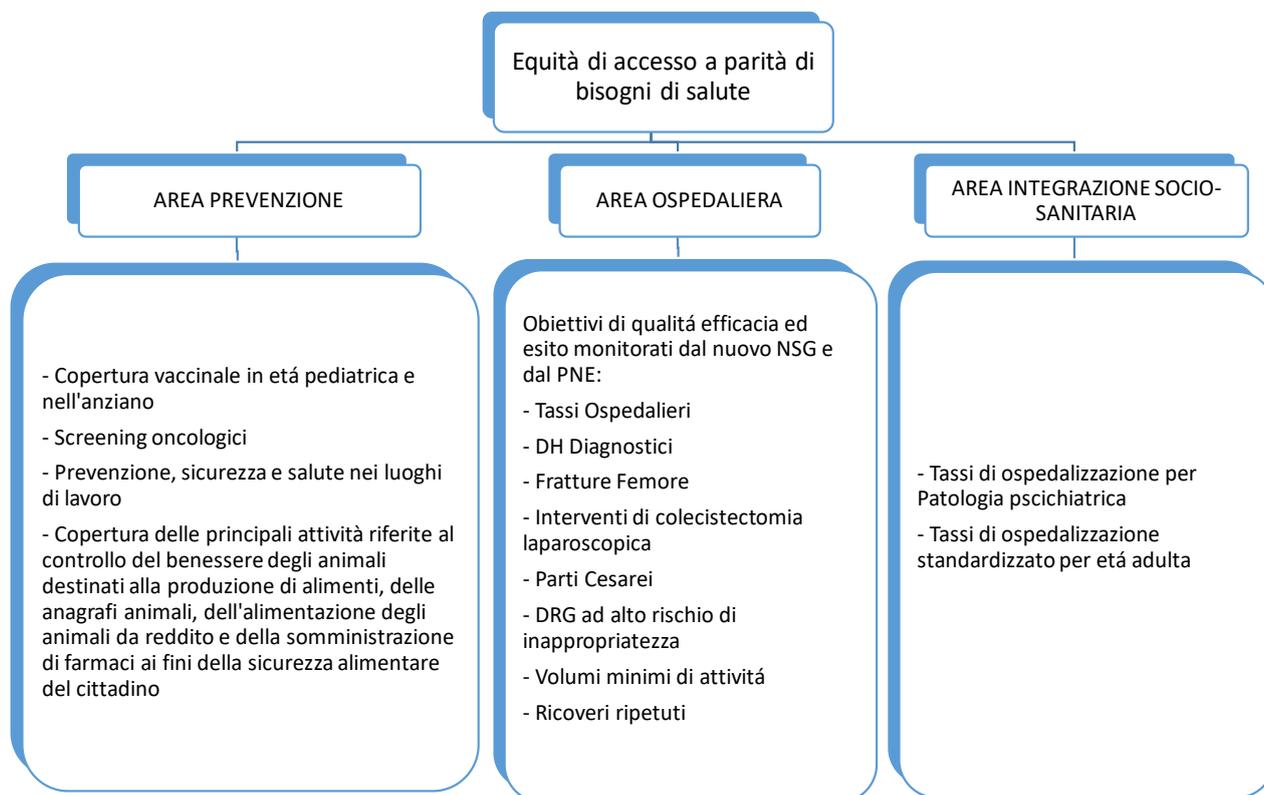


➤ **Equità di accesso ai servizi a parità di bisogni di salute**

L'obiettivo strategico di "riequilibrio territoriale" è quello di garantire pari e tempestiva opportunità di accesso alle prestazioni, ai servizi e agli strumenti messi a disposizione dall'Azienda, a parità di bisogno di salute espresso dai residenti nei diversi distretti.

L'impegno dell'Azienda si concentra sul garantire un accesso equo e trasparente ai servizi sanitari, puntando a soddisfare le esigenze dei pazienti attraverso la riorganizzazione e l'ottimizzazione dei percorsi di cura. Questo obiettivo si declina nelle seguenti aree di intervento:

- Facilitazione dell'accesso ai servizi: L'Azienda intende migliorare l'accessibilità alle prestazioni ambulatoriali e di ricovero, rispettando i volumi previsti dalle normative regionali e ottimizzando i processi interni tramite i Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali (PDTA), permettendo di uniformare le modalità di trattamento, assicurando appropriatezza e continuità assistenziale.
- Miglioramento della risposta ai bisogni: Il sistema punta a misurare e migliorare la propria capacità di rispondere ai bisogni dei pazienti e della comunità, sia in termini di tempestività che di efficacia delle cure. Un accesso uniforme a strategie terapeutiche basate sulle più recenti evidenze scientifiche è uno degli obiettivi fondamentali;
- Garantire risposte tempestive, appropriate ed efficaci nei casi di emergenza e urgenza, reingegnerizzando il sistema dell'emergenza territoriale e del pronto soccorso, attraverso sistemi alternativi di risposta ai bisogni dei cittadini.

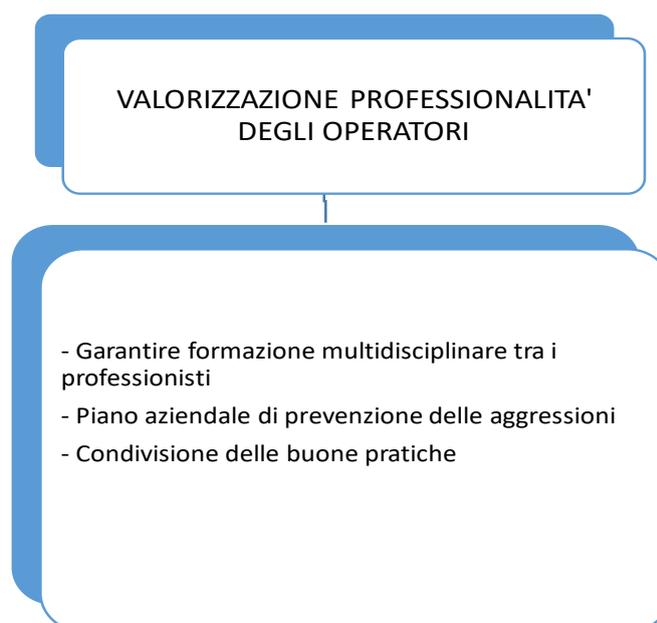


➤ Valorizzazione della professionalità degli operatori

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

Per promuovere una sanità vicina ai professionisti, l'Azienda si impegna a sviluppare strategie che valorizzino le competenze, migliorino l'ambiente di lavoro e rafforzino il supporto agli operatori. Di seguito, le azioni principali che declinano i macro obiettivi proposti:

- Percorsi di crescita professionale: Creazione di programmi di formazione continua, con focus sulle competenze cliniche, gestionali e digitali, per allineare le competenze degli operatori alle mission aziendali.
- Digitalizzazione dei processi: Integrazione delle piattaforme informatiche per semplificare i flussi operativi e ridurre i tempi dedicati alle attività non sanitarie.
- Piano aziendale di prevenzione delle aggressioni: Sviluppo di una strategia multidimensionale per prevenire episodi di violenza contro il personale sanitario, tecnico e amministrativo.
- Formazione e sensibilizzazione: Organizzazione di corsi per migliorare la gestione dei conflitti e l'interazione con utenti difficili.
- Condivisione delle buone pratiche: Realizzazione di eventi interni e workshop per diffondere conoscenze e soluzioni innovative emerse nelle diverse articolazioni aziendali.
- Reti di competenza: Creazione di gruppi tematici interdisciplinari per affrontare problematiche specifiche e favorire lo sviluppo di soluzioni collaborative.



➤ Digitalizzazione dei processi aziendali e semplificazione amministrativa

Al fine di migliorare la qualità dell'offerta e l'efficienza nella produzione di servizi, ridurre gli errori e ottimizzare le risorse si rende necessario accelerare sui processi di digitalizzazione, attraverso anche la semplificazione dei processi amministrativi al fine di liberare risorse umane ed economiche che possono essere reinvestite nelle attività core e migliorare la qualità delle cure.

Per il triennio 2025-2027 in continuità con gli anni precedenti si implementeranno le funzioni del fascicolo sanitario elettronico, sarà a regime il sistema di pagamento PagoPA avviato a fine 2024, implementato il servizio di ritiro referti online, riducendo tempi di attesa e costi per l'utente e per l'amministrazione sanitaria; promuovere l'utilizzo delle app dedicate per la prenotazione delle prestazioni sanitarie (visite specialistiche, esami diagnostici) migliorando l'accessibilità ai servizi sanitari e ottimizzando la gestione delle agende.

L'Azienda sarà impegnata nell'implementazione procedure amministrativo-contabili finalizzate alla creazione di un sistema di contabilità analitica in grado di supportare la Direzione Aziendale nell'ambito delle scelte strategiche, creare valore aziendale con la prosecuzione del processo di reingegnerizzazione del budget, quale principale sistema di governo aziendale si procederà quindi a:

- informatizzare la costruzione, diffusione e sottoscrizione della scheda di budget e dei relativi indicatori;
- perfezionare e mettere a disposizione cruscotti aziendali di monitoraggio, accessibili dalle singole strutture.

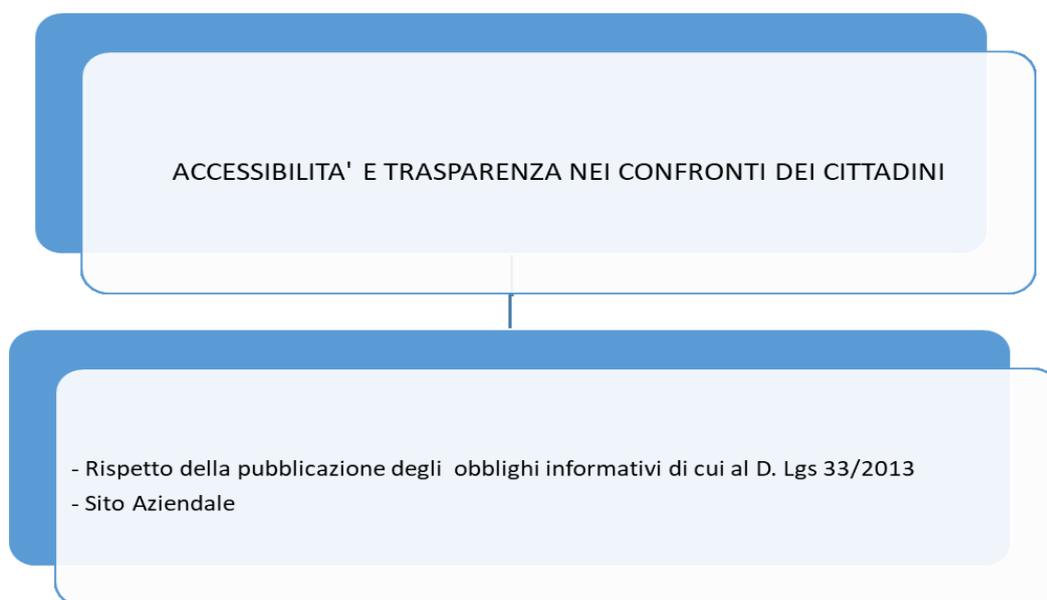
Inoltre nell'ottica di semplificare e standardizzare i processi di gestione proseguono le analisi per l'elaborazione del progetto di istituzione di un Magazzino Unico di AST per la gestione dei beni sanitari e non in una logica di centralizzazione logistica. Nel contempo si proseguiranno le attività di governo e ottimizzazione della gestione delle scorte nei magazzini centrali e nei reparti attraverso lo strumento degli armadietti informatizzati il cui utilizzo verrà esteso a tutte le unità operative ospedaliere e successivamente, dopo verifica di fattibilità, nelle strutture territoriali. Inoltre l'introduzione del nuovo Sistema Informativo Ospedaliero fungerà da volano per introdurre la contabilità per paziente, che attraverso l'interfaccia con il sistema gestionale AREAS permetterà di poter tracciare il consumo di farmaci e dispositivi rivoluzionando il sistema di gestione e reintegro scorte.



➤ **Trasparenza nei confronti dei cittadini**

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

Al fine di rendere evidenti ed espliciti i collegamenti tra le misure di prevenzione della corruzione, gli obblighi di trasparenza e gli obiettivi di performance, sono stati individuati indicatori specifici di misurazione, valutazione e monitoraggio riportati nel paragrafo 2.3, nella specifica sottosezione.



➤ **Area Accreditamento**

Con circolare Prot. n. 8045 del 03/01/2025 "DGR 1450/2023 - Proroga del termine per la presentazione della richiesta di Autorizzazione all'esercizio delle strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali, pubbliche e private, viene spostato al 31 dicembre 2025 il termine per la presentazione delle richieste di autorizzazione all'esercizio e accreditamento per le strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali pubbliche e private delle Marche. Tale proroga si applica in conformità al Decreto Milleproroghe e sospende temporaneamente l'efficacia del DM concorrenza del 2022, subordinando l'adeguamento ai risultati del tavolo nazionale sull'accREDITAMENTO. Nel corso del 2025 saranno quindi portate a termine tutte le attività avviate nel corso del 2024.



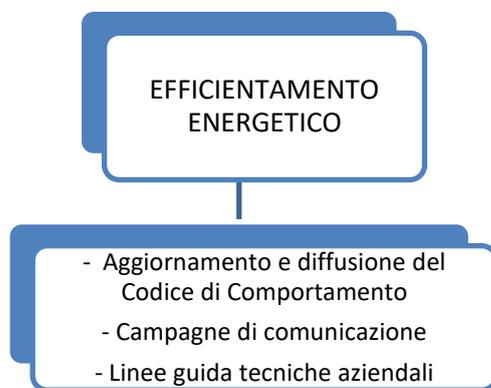
➤ Efficiamento energetico

Nel 2025 l'azione dell'AST è orientata alla promozione di una cultura aziendale incentrata sul risparmio energetico e sulla sostenibilità ambientale, mira a coinvolgere attivamente i dipendenti, stimolandoli ad adottare comportamenti responsabili e scelte energeticamente consapevoli sia sul luogo di lavoro che nella vita quotidiana.

L'obiettivo principale è ridurre gli sprechi energetici attraverso azioni mirate che sensibilizzino il personale e favoriscano l'adozione di buone pratiche. Tra le attività chiave del progetto figurano:

- Aggiornamento e diffusione del Codice di Comportamento: Introduzione di sezioni specifiche dedicate alla gestione energetica e al comportamento responsabile;
- Campagne di comunicazione: Creazione di materiali visivi, come banner, locandine e brochure, per informare e sensibilizzare sui temi del risparmio energetico;
- Linee guida tecniche aziendali: Redazione di documenti che illustrano le migliori pratiche per una gestione energetica efficiente;
- Monitoraggio e feedback: Controllo periodico dei consumi energetici aziendali e reportistica per valutare l'impatto delle azioni intraprese.

Attraverso un approccio integrato che combina sensibilizzazione, formazione e monitoraggio, il progetto punta a creare una consapevolezza diffusa sull'importanza della sostenibilità energetica, rafforzando al contempo l'impegno dell'organizzazione verso gli obiettivi di sviluppo sostenibile.



La valenza degli obiettivi strategici sopra esposti è pluriennale, pertanto rappresentano gli obiettivi generali di cui all'art. 5 del D.lgs. n. 150/2009.

2.2.5 Gli obiettivi specifici e la performance organizzativa

Ai sensi delle linee guida al Piano del Dipartimento della Funzione Pubblica (n. 1/2017) gli obiettivi dell'amministrazione definiti nel Piano della performance, su base triennale, possono essere riferiti sia al funzionamento dell'amministrazione che alle politiche di settore.

Per ciascun obiettivo specifico, in ogni ciclo triennale devono essere indicati i risultati da conseguire e quelli già conseguiti rilevanti per la definizione dei risultati e degli impatti attesi. A tale definizione si correla quella di performance organizzativa che dovrà avere un multidimensionale.

Gli aspetti più rilevanti da tenere in considerazione attengono a:

- l'attuazione di politiche e il conseguimento di obiettivi collegati ai bisogni e alle aspettative della collettività;
- l'attuazione di piani e programmi;
- la rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi;
- la modernizzazione e il miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali;
- lo sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti e i destinatari dei servizi;
- l'efficienza nell'impiego delle risorse; la qualità e la quantità delle prestazioni e dei servizi erogati;
- il raggiungimento degli obiettivi di promozione delle pari opportunità (art. 8, D.lgs. n. 150/2009).

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

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

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

Il presente Piano definisce pertanto gli obiettivi correlati alla mission istituzionale, alle aree strategiche e gli obiettivi strategici sopra individuati, come rappresentati nella precedente sezione.

2.2.6 Piano degli indicatori e dei risultati attesi

Gli obiettivi specifici costituiscono il cardine delle linee strategiche dell'AST Ancona, orientando la pianificazione e l'attuazione delle politiche aziendali verso il conseguimento di risultati misurabili e coerenti con le priorità regionali e i vincoli normativi.

In linea con le direttive della Regione Marche e le linee guida del Piano del Dipartimento della Funzione Pubblica (n. 1/2017), tali obiettivi, sia di natura economica che sanitaria, sono stati sviluppati in continuità con i parametri fissati per il 2024 dalla DGR n. 1703/2024: “D.lgs. 171/2016 e L. R. 19/2022 - Definizione degli obiettivi dei Direttori Generali degli Enti del Servizio Sanitario Regionale e del DIRMT per l’anno 2024 e approvazione dei criteri relativi alla procedura di valutazione dei risultati conseguiti dagli stessi per 2024”.

Nelle more della definizione da parte della Regione degli obiettivi per l’anno 2025 e in coerenza con il Bilancio di Previsione 2025 in corso di adozione, saranno assegnati alle strutture dell’Azienda attraverso il processo di budgeting. Essi saranno soggetti a un processo di aggiornamento continuo nel corso del 2025, sulla base delle risorse disponibili e delle priorità emergenti e saranno aggiornati sulla base degli obiettivi che la Regione assegnerà agli Entidel SSR per l’anno 2025 con apposita Delibera di Giunta ai sensi dell’art. 15 della L.R. 19/22 e rendicontati nella Relazione sulla Performance 2024, così come previsto dall’art. 6 del D.lgs. n. 150/2009 e successive modifiche ed integrazioni.

Per quanto riguarda gli Obiettivi strategici di prevenzione della corruzione la sottosezione relativa alla Performance prevede, in maniera rafforzata, il raccordo con la relativa sottosezione, attraverso la previsione degli obiettivi strategici-gestionali in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione dell’AST.

Le azioni sono specificate ai paragrafi relativi agli “Obiettivi strategici (generali)” e agli “Obiettivi specifici e performance organizzativa”, ai sensi dell’art. 1, co. 8 della L. 190/2012, al fine di garantire la coerenza e l’effettiva sostenibilità degli obiettivi posti.

Tali obiettivi sono i seguenti:

- Adempimento degli obblighi di pubblicazione di competenza previsti dalla Griglia approvata con D.lgs. n. 33/2013 e aggiornata con D.lgs. n. 97/2016 (assolvimento di almeno il 95% degli adempimenti);
- Verifica indicatori di monitoraggio e stato dell'arte della pubblicazione dei dati sulla sezione "Amministrazione Trasparente" (invio report semestrali entro la fine del mese successivo);
- Trasmissione dati per la predisposizione della Relazione annuale del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione (da parte di ogni Dirigente di struttura entro la fine dell’anno);
- Aggiornamento della tabella dei rischi e invio questionari compilati per la mappatura dei processi per la Prevenzione della Corruzione (invio modulistica completa entro il 15 dicembre dell’anno).

In applicazione della circolare n.2/2022 del Dipartimento della Funzione Pubblica ad oggetto “Indicazioni operative in materia di Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) di cui all’articolo 6 del decreto- legge 9 giugno 2021, n. 80”, l’AST ha inserito tra gli obiettivi della Sezione del PIAO “Valore pubblico, performance, anticorruzione”, specifici obiettivi legati all’efficientamento energetico, come già esposto al par 2.2.4.

2.3 - Rischi corruttivi e Trasparenza

2.3.1 Premessa

La presente sottosezione definisce la strategia per rafforzare la trasparenza e garantire la prevenzione della corruzione nell'azienda, sostituendo il **Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza (PTPCT)** di cui all'art. 1, co. 8 della L. n. 190/2012; è dedicata a coloro che prestano a qualunque titolo servizio presso la nuova AST di Ancona.

La violazione delle misure di prevenzione contenute in essa è fonte di responsabilità disciplinare ai sensi dell'articolo 1, comma 14 della Legge n. 190/2012.

In essa sono contenuti i seguenti paragrafi specifici relativi alla:

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

Si precisa che quest'ultima misura fondamentale di prevenzione della corruzione si inserisce in un contesto amministrativo caratterizzato da una riorganizzazione aziendale di tutte le attività, non solo dell'area ATL dell'AST, ma anche dei processi sanitari e professionali a seguito della Legge regionale n. 19/2022.

La stesura della presente sottosezione è avvenuta in attuazione dell'ultimo Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) 2022, approvato con delibera n. 7/2023 dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), in corso di consultazione fino al 13/01/2025 per l'aggiornamento 2024.

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

Oltre a ciò, vanno considerate le riforme connesse agli impegni assunti dall'Italia con il Piano nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) per superare il periodo di crisi derivante dalla pandemia, oggi reso ancor più problematico dagli eventi bellici in corso nell'Europa dell'Est. L'ingente flusso di denaro a disposizione, da una parte, e le deroghe alla legislazione ordinaria introdotte per esigenze di celerità della realizzazione di molti interventi, dall'altra, ad avviso dell'Autorità, richiedono il rafforzamento dell'integrità pubblica e la programmazione di efficaci presidi di prevenzione della corruzione per evitare che i risultati attesi con l'attuazione del PNRR siano vanificati da eventi corruttivi, con ciò senza incidere sullo sforzo volto alla semplificazione e alla velocizzazione delle procedure amministrative. Gli impegni assunti con il PNRR coinvolgono direttamente le pubbliche amministrazioni, incidono in modo significativo sull'innovazione e l'organizzazione e riguardano, in modo peculiare, il settore dei contratti pubblici, ambito in cui preminente è l'intervento dell'ANAC e oggetto di riforma in attuazione della L. 78/2022, e revisionata con il D.lgs. n. 209/2024.

Il nuovo PNA è suddiviso in due parti:

- **una parte generale**, volta a supportare il RPCT e le amministrazioni nella pianificazione delle misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza favorendo il collegamento con le altre sezioni di cui si compone il PIAO;
- **una parte speciale**, incentrata sulla disciplina derogatoria in materia di contratti pubblici a cui si è fatto ricorso per far fronte all'emergenza pandemica e all'urgenza di realizzare interventi infrastrutturali, al fine di evitare esperienze di cattiva amministrazione, propedeutiche a eventi corruttivi e a fenomeni criminali.

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

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

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

Definizione di Corruzione

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

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

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

Per **corruzione** si intende **l'abuso** da parte di un **soggetto del potere** a lui affidato al fine di ottenerne **vantaggi privati**, in cui

- 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 altra natura, non necessariamente personale, che può riguardare anche 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 concetto di "corruzione" deve affiancarsi quello di "vantaggio privato" che si riferisce non solo 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 D.lgs. n. 97/2016, secondo il quale gli stessi:

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

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

Obiettivi strategici di prevenzione della corruzione (Performance)

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

L'art. 1, co. 8 della L. 190/2012. nonché l'art. 6 del D.L. n. 80/2021 prevedono che l'organo di indirizzo definisca gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale. La sottosezione relativa alla Performance prevede il raccordo con il presente paragrafo, in maniera rafforzata per la gestione dei fondi PNRR, attraverso la previsione degli obiettivi strategici-gestionali in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione dell'azienda, costituendo come visto sopra anche presupposto per la creazione di valore pubblico.

Nel dettaglio, le azioni sono specificate nella sottosezione 2.2 della Performance, nei paragrafi "**Obiettivi strategici (generali)**" e "**Obiettivi specifici e performance organizzativa**", al fine di garantire la coerenza e l'effettiva sostenibilità degli obiettivi posti. Tali obiettivi, assegnati a tutti i dirigenti dell'AST di Ancona, consistono nella realizzazione delle seguenti attività nel corso dell'anno 2025:

- ✚ Adempimento degli **obblighi di pubblicazione** di competenza previsti dalla Griglia approvata con D.lgs. n. 33/2013 e aggiornata con D.lgs. n. 97/2016 (assolvimento di almeno il 95% degli adempimenti);
- ✚ Verifica **indicatori di monitoraggio e stato dell'arte** della pubblicazione dei dati sulla sezione "Amministrazione Trasparente" (invio report semestrali entro la fine del mese successivo);
- ✚ Trasmissione dati per la **predisposizione della Relazione annuale** del RPCT (da parte di ogni Dirigente di struttura entro la fine dell'anno);
- ✚ Aggiornamento della **tabella dei rischi e invio questionari** compilati per la mappatura dei processi per la prevenzione della corruzione (invio modulistica completa entro il 15 dicembre dell'anno).

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

2.3.2 Valutazione di impatto del contesto esterno

La normativa contratti pubblici, anticorruzione e trasparenza

Premesso che l'attività di prevenzione della corruzione rappresenta un processo i cui risultati si giovano della maturazione dell'esperienza e si consolidano con il tempo, la valutazione dell'impatto del contesto esterno rappresenta lo strumento con cui individuare e definire le strategie prioritarie per la prevenzione ed il contrasto della corruzione, in un percorso costante di aggiornamento, affinamento e perfezionamento in relazione al *feedback* ottenuto dalla loro applicazione. Vanno evidenziate sia la recente riforma del Codice dei contratti pubblici, in attuazione dell'articolo 1 della legge 21 giugno 2022, n. 78, sia l'attuazione del PNRR.

Questi gli aspetti che la normativa in materia intende disciplinare:

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

Il sistema, così delineato, ha trovato il suo completamento nei decreti attuativi riferiti al rapporto tra dipendente pubblico/ente/cittadino, aggiornati e vigenti, come di seguito elencati:

- ✓ L. n. 190 del 06/11/2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" - misure per la prevenzione e il contrasto delle attività illegali nelle PP.AA.;

- ✓ D.lgs. n. 33 del 14/03/2013 “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità trasparenza e diffusione dell’informazione da parte delle pubbliche amministrazioni”;
- ✓ D.lgs. n. 39 del 08/04/2013 “Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, art. 1, co.49 e 50, L. 190/12”;
- ✓ D.P.R. 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”;
- ✓ D.L. n. 90 del 24/06/2014 “Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l'efficienza degli uffici giudiziari” (trasferisce all'ANAC le funzioni del Dipartimento funzione pubblica);
- ✓ D.lgs. n. 50 del 18/04/2016 “Attuazione delle direttive 2014/23/UE, 2014/24/UE e 2014/25/UE sull'aggiudicazione dei contratti di concessione, sugli appalti pubblici e sulle procedure d'appalto degli enti erogatori nei settori dell'acqua, dell'energia, dei trasporti e dei servizi postali, nonché' per il riordino della disciplina vigente in materia di contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture”;
- ✓ D.lgs. n. 97 del 25/05/2016 “Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della L. 190/2012 e del D.lgs. n. 33/2013, ai sensi dell’art. 7 della L. 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”;
- ✓ D.L. n. 80 del 09/06/2021 “Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia” (introduce il PIAO per le PP.AA. di cui all’art. 1 co. 2 D.lgs. 165/2021);
- ✓ D.P.R. n. 81 del 24/06/2022 in attuazione art. 6, co. 5 del D.L. n. 80/2021 per l’individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione;
- ✓ D.M. n. 132 del 30/06/2022, adottato dal Ministro per la Pubblica amministrazione, in attuazione dell’art. 6 co. 6 del D.L. n. 80/2021 sullo schema tipo del PIAO;
- ✓ D.lgs. n. 24 del 10/03/2023 “Attuazione della direttiva (UE) 2019/1937 riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e recante disposizioni riguardanti la protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali”;
- ✓ D.lgs. n. 36 del 31/03/2023 recante “Codice dei contratti pubblici in attuazione dell'articolo 1 della legge 21 giugno 2022, n. 78, recante delega al Governo in materia di contratti pubblici”;
- ✓ DPR n. 81 del 13/06/2023 “Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165” -Regolamento che modifica il DPR n. 62/2013;
- ✓ D.lgs. n. 209 del 31/12/2024 - decreto “correttivo” del Codice dei Contratti Pubblici recante “Disposizioni integrative e correttive al codice dei contratti pubblici, di cui al decreto legislativo 31 marzo 2023, n. 36”.

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– GDPR 2018 che aggiorna il Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003;
- ✓ Decreto Legislativo n. 150 del 27/10/2009 "Attuazione della L 4/3/2009, n.15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle PA";
- ✓ 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";
- ✓ Articoli da 318 a 322 del Codice Penale Italiano.

L'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), ad integrazione del sistema, ha approvato:

- il Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) e i suoi relativi aggiornamenti fino alle ultime Delibere n. 7 del 17/01/2023 e n. 605 del 19/12/2023;
- le Linee Guida per l'adozione dei Codici di Comportamento, di cui alle Delibere n. 358 del 29/03/2017 per gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale, e n. 177 del 19/02/2020 per tutte le PP.AA.;
- le 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" con Delibera 1134 dell'8/11/2017;
- Interpretazione e applicazione del decreto legislativo n. 39/2013 nel settore sanitario, con Delibera n. 149 del 22/12/2014;
- le Linee guida in materia di trasparenza e attestazioni OIV, fino all'ultima Delibera n. 203/2023;
- le Linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità ed incompatibilità del RPCT e di vigilanza e poteri di accertamento dell'ANAC, con 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 per i contratti avviati prima del 31/12/2023;
- le Delibere ANAC in attuazione del nuovo Codice dei contratti pubblici di cui al D.lgs. n. 36/2023 e smi:
 - n. 261 del 20/06/2023 "Individuazione delle informazioni che le stazioni appaltanti sono tenute a trasmettere alla Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici attraverso le piattaforme telematiche e i tempi entro i quali i titolari delle piattaforme e delle banche dati di cui agli artt. 22 e 23, co. 3, del codice garantiscono l'integrazione con i servizi abilitanti l'ecosistema di approvvigionamento digitale";
 - n. 262 del 20/06/2023 relativo al FVOE, d'intesa con il Ministero delle infrastrutture e dei trasporti e con l'Agenzia per l'Italia Digitale;

- n. 263 del 20/06/2023, d'intesa con il Ministero delle infrastrutture e dei trasporti sulle "Modalità di attuazione della pubblicità legale degli atti tramite la Banca dati nazionale dei contratti pubblici";
- n. 264 del 20/06/2023 e ss.mm.ii. "Individuazione delle informazioni e dei dati relativi alla programmazione di lavori, servizi e forniture, nonché alle procedure del ciclo di vita dei contratti pubblici che rilevano ai fini dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui al decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33";
- n. 309 del 27 /06/2023 recante il Bando tipo n.1 – 2023 "Procedura aperta per l'affidamento di contratti pubblici di servizi e forniture nei settori ordinari di importo superiore alle soglie europee con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa sulla base del miglior rapporto qualità/prezzo";
- le Linee guida sugli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni da parte delle PP.AA. di cui al D.lgs. n. 33/2013, con 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. n. 33/2013, con Delibera n. 1309 del 28/12/2016;
- le nuove Linee guida sulla tracciabilità dei flussi finanziari ai sensi dell'art. 3 della L. 136/2010 aggiornate per effetto dell'entrata in vigore del D.lgs. n. 36 del 31/03/2023 (Delibera n. 585 del 19/12/2023);
- le Linee guida n. 12 Affidamento dei servizi legali con Delibera n. 907 del 24/10/2018;
- il Regolamento sull'esercizio del potere sanzionatorio dell'ANAC in materia di contratti pubblici, entrato in vigore il primo luglio del 2023 (Delibera n. 271 del 20/06/2023);
- il Regolamento per l'esercizio della funzione consultiva svolta dall'ANAC ai sensi della L. n. 190/2012 e decreti attuativi (Delibera n. 654 del 22/09/2021);
- il Regolamento concernente l'organizzazione e il funzionamento dell'ANAC aggiornato con Delibera n. 187 del 05/04/2022;
- le nuove Linee Guida ANAC relative alle procedure per la presentazione e la gestione delle segnalazioni esterne – whistleblowing con Delibera n. 311 del 12/07/2023.

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"; un'affermazione impegnativa, che vede nella **salute** e nel **benessere** l'obiettivo più qualificante.

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 purtroppo uno dei settori dell'economia legale maggiormente interessati dalla corruzione. Il segretario generale dell'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.

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 nella gestione della sanità.

Situazione economica del contesto esterno

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

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

- la predisposizione del Piano Sanitario Regionale (P.S.R.), il più importante strumento di governo del sistema sanitario regionale;
- la definizione delle modalità di finanziamento degli enti del SSR;
- la nomina e revoca del Direttore generale degli enti del SSR;
- la designazione dei componenti del Collegio sindacale di degli enti del SSR;
- la disciplina della procedura di accreditamento delle strutture sanitarie;
- la disciplina dell'Agenzia regionale sanitaria

Con la L.R. n. 19 dell'8 agosto 2022, è stato riorganizzato il sistema sanitario nella Regione Marche, istituendo:

1. le cinque Aziende Sanitarie Territoriali (A.S.T.), con sede in Ancona, Ascoli Piceno, Fermo, Macerata e Pesaro Urbino;
2. l'Azienda ospedaliera-universitaria delle Marche, con sede in Ancona;
3. l'Istituto Nazionale di Riposo e Cura per Anziani "I.N.R.C.A." di Ancona (istituto di ricovero e cura a carattere scientifico) istituito con legge regionale n. 21 del 21 dicembre 2006.

I soggetti che interagiscono con l'AST di Ancona

L'Azienda Sanitaria Territoriale si relaziona in maniera diffusa, con la pluralità di cittadini, in quanto destinataria di richieste da parte di tutta la popolazione residente nella provincia di Ancona e nei tre comuni della provincia di Macerata che rientrano nel territorio servito dall'AST di Ancona. Per il dettaglio del territorio si rinvia al paragrafo specifico 1.4.2.

Le istituzioni con cui entra in contatto l'AST sono principalmente le pubbliche amministrazioni, dai comuni alla Provincia, la Regione Marche, le Organizzazioni sindacali, gli Ordini professionali e tutte gli organismi di vigilanza e controllo (Corte dei Conti, Procura della Repubblica, forze armate, Polizia e Carabinieri) oltre alle Università e Scuole di ogni ordine e grado. Fondamentali nell'esercizio delle funzioni sanitarie i rapporti con le strutture private accreditate sia sanitarie sia socio-sanitarie.

2.3.3 Valutazione di impatto del contesto interno

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

La centralità del RPCT

Il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT) si colloca quale riferimento centrale nell'ambito della normativa anticorruzione e trasparenza. Il nuovo PNA approvato il 17/01/2023 sopra citato conferma tale ruolo e prevede per tale figura la necessità di una struttura organizzativa dotata di adeguate risorse umane, finanziarie e tecnologiche. Nello stesso PNA, l'ANAC ha dato 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, oltre al Regolamento sull'intervento dell'ANAC per il riesame dei provvedimenti di **revoca** o di altre **misure discriminatorie** nei confronti del RPCT.

Già nella legge n. 190/2012, come aggiornata dal D.lgs. n. 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 suddette misure anticorruzione e indica agli uffici competenti all'esercizio dell'azione disciplinare i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente tali misure.

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.

Nello specifico dell'AST di Ancona, con Determina n. 17/AST - AN del 16/01/2023 è stata nominata quale RPCT, l'Avv. Lucia Cancellieri, Direttore dell'Area Dipartimentale Affari Generali e Contenzioso.

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

Poteri di interlocuzione e di controllo

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

Tali obblighi informativi ricadono su tutti i soggetti coinvolti, sia nella fase di programmazione, sia nelle fasi di verifica e attuazione delle misure anticorruzione adottate.

Fondamentale è la previsione nel Codice di Comportamento, dello specifico dovere di collaborare attivamente con il RPCT, dovere la cui violazione deve essere ritenuta particolarmente grave in sede di responsabilità disciplinare. È imprescindibile, infatti, un forte coinvolgimento dell'intera struttura in tutte le fasi di predisposizione e soprattutto di attuazione delle misure anticorruzione.

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

Con il presente documento viene assicurata una maggiore attenzione alla **responsabilità disciplinare dei dipendenti**, attivabile dal RPCT e dalla Direzione aziendale, in caso di mancata collaborazione nelle varie fasi di predisposizione, attuazione e pubblicazione dei documenti in materia anticorruzione.

Nelle fasi di monitoraggio, revisione e adozione del presente atto coordinati dal RPCT, così come per il rispetto dei tempi di reportistica richiesti dal RPCT, la responsabilità delle azioni procedurali è condivisa con:

- ✓ i Dirigenti di tutte le strutture;
- ✓ i Responsabili dei centri di costo, più esposti a rischio di reato ex art. 1 c.75 L. 190/2012;
- ✓ le Direzioni Sanitarie dei Distretti Sanitari e dei Presidi Ospedalieri;
- ✓ le Direzioni dei dipartimenti e i Referenti Trasparenza e Anticorruzione;
- ✓ i Dirigenti Sanitari e Dirigenti P.T.A.;
- ✓ i titolari di Posizioni Organizzative;
- ✓ i funzionari afferenti a tutte le strutture coinvolte nel percorso previsto dalla normativa.

La struttura completa di supporto al RPCT, ovvero la **cabina di regia** comprende tutti i Referenti del RPCT.

Supporto conoscitivo e operativo al RPCT

L'interlocuzione con gli uffici e la disponibilità di elementi conoscitivi idonei non sono condizioni sufficienti per garantire una migliore qualità della programmazione delle attività anticorruzione. Occorre che il RPCT sia dotato di una **struttura organizzativa di supporto** adeguata, per qualità del personale e mezzi tecnici, al compito da svolgere (Circolare n. 1/2013, PNA 2015 par. 4 e 2016 par. 2, PNA 2022).

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

Referenti del RPCT

Oltre al RPCT, tenuto conto delle indicazioni previste nella Circolare n. 1/2013 del Dipartimento della Funzione Pubblica, è prevista una rete di referenti (cabina di regia) per ogni struttura, con riferimento agli adempimenti in materia di anticorruzione e trasparenza. In caso di sostituzioni, avvicendamenti o rotazioni, la funzione di Referente è automaticamente attribuita in ragione del ruolo ricoperto nelle qualifiche individuate, senza necessità di ulteriore formalizzazione.

Tutti i Referenti/dirigenti di struttura, nel rispetto delle indicazioni fornite dal 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 del RPCT

I Referenti sono chiamati a concorrere, insieme al RPCT, 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 RPCT affinché questi abbia elementi e riscontri sull'intera attività dell'Azienda;
- coadiuvano il RPCT nel monitoraggio del rispetto delle previsioni del presente documento da parte delle strutture/ dirigenti/personale di afferenza;
- segnalano al RPCT ogni esigenza di modifica, in caso di accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero di intervenuti mutamenti nell'attività/assetto organizzativo delle strutture di afferenza;
- osservano le misure contenute nella presente programmazione (art. 1, co.14, L. 190/2012).

I **Referenti**, per la struttura di riferimento, hanno l'**obbligo**:

- di presentare al RPCT con cadenza annuale una relazione riportante le risultanze dell'attività di verifica dell'efficacia delle misure già poste in essere per prevenire i fenomeni corruttivi ed in particolare, che attesti, sulla base dei monitoraggi periodici eseguiti durante 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 RPCT i dipendenti operanti nei settori maggiormente a rischio da avviare a specifici percorsi formativi (art. 1 c. 5 L.190/2012);
- di fornire al RPCT tutte le informazioni necessarie per agevolare la vigilanza dell'osservanza delle misure;
- di evidenziare l'attività svolta specificandone modalità e contenuti in merito alle verifiche in materia di incompatibilità e inconferibilità 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".

In particolare, i Referenti individuati per gli adempimenti in materia di Trasparenza, informano il RPCT, affinché questi abbia elementi e riscontri volti ad assicurare l'attuazione delle misure previste e 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 del RPCT, ove necessario, un'elaborazione coordinata dei dati e delle informazioni oggetto di pubblicazione;
- presentano al Responsabile con cadenza semestrale la Griglia degli obblighi di pubblicazione riportante le risultanze dell'attività di verifica dell'avvenuto adempimento degli stessi, evidenziando 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 dell'ex ASUR n. 778/2017 e aggiornato con successivo atto n. 689/2018, i Referenti sono coinvolti al fine di garantire il corretto e tempestivo adempimento delle disposizioni previste nello stesso.

Direttori delle strutture

I Direttori delle Aree Dipartimentali/UU.OO.CC. assolvono la funzione di Referenti aziendali in materia di anticorruzione e trasparenza per la propria struttura; sono inoltre tenuti a garantire il relativo supporto operativo rispondendo al RPCT relativamente agli obblighi informativi e di collaborazione.

Meccanismi di raccordo e comunicazione

Il meccanismo di raccordo tra il RPCT e i Referenti è assicurato da un sistema di comunicazione /informazione, da realizzarsi con riunioni periodiche da programmare a cura del Referente responsabile a livello aziendale del supporto al RPCT, scambi di email o note informative, nell'ambito delle quali verrà relazionato sull'assolvimento dei rispetti compiti. Per dette finalità è stato istituito il nuovo indirizzo email: referenti.ast.an@sanita.marche.it da utilizzare quale prioritario canale di comunicazione.

Responsabilità di tutti i referenti

I Referenti delle Prevenzione delle Corruzione e della Trasparenza, per il mancato assolvimento degli adempimenti innanzi previsti, rispondono a titolo di responsabilità dirigenziale e di responsabilità disciplinare. La programmazione dell'attuazione della Trasparenza necessita di conoscere i nominativi e le strutture responsabili dell'elaborazione, trasmissione e pubblicazione di documenti, informazioni e dati nel link dedicato. Tale struttura, suddivisa per competenza, garantisce:

- un adeguato livello di trasparenza, sulla base delle Linee Guida elaborate sia dalla ex CIVIT sia dall'ANAC;
- la legalità e lo sviluppo della cultura dell'integrità.

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

Dopo un'accurata valutazione delle aree a maggior rischio-reato eseguita attraverso la somministrazione di questionari a tutti i responsabili di struttura, è stata predisposta la mappatura dei rischi di tutte le Aree dell'AST, ai sensi dell'art. 1, comma 75, L. 190/12 (Allegato 3).

Tale mappatura, che costituisce un fondamentale strumento di lavoro per il monitoraggio continuo di ogni processo nella lotta contro eventuali fenomeni corruttivi, ha individuato nella maggioranza delle strutture dell'azienda processi o attività "a rischio", di varia misura.

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

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

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

Sulla base della matrice di rischio generata dai questionari validati sono stati adottati gli interventi correttivi riportati come misure anticorruzione per ogni Area/settore (Allegato 4), sulla base delle informazioni trasmesse dai Referenti di ogni struttura/servizio, nelle more della riorganizzazione.

A completamento delle informazioni essenziali per il rispetto delle misure anticorruzione, tale sottosezione contiene anche il cronoprogramma delle attività da espletare annualmente prevedendo i relativi responsabili della predisposizione, trasmissione e pubblicazione dei dati obbligatori.

Inoltre a completamento della sottosezione relativa alla Trasparenza è allegata la Griglia degli obblighi di pubblicazione, contenente i dati oggetto di pubblicazione, aggiornata con l’indicazione delle strutture operative competenti e la tempistica come previsto sia dal novellato D.lgs. n. 33/2013, evidenziando in grigio le-sezioni abrogate o le informazioni non pertinenti per l’AST (Allegato 5), sia le colonne aggiunte dal PNA 2022 dell’ANAC. La proposta così aggiornata dal RPCT è stata inserita nel PIAO e inserita nel documento completo sottoposto al Direttore Generale dell’AST di Ancona per l’esame della documentazione, la condivisione del percorso e l’approvazione definitiva dell’atto.

2.3.4 Mappatura dei processi e metodologia di analisi del rischio

La mappatura dei Processi per l’anno 2025 prevede l’introduzione di schede rischio specifiche per il PNRR e di conseguenti misure di prevenzione, prevalentemente finalizzate alla mappatura delle attività relative alla attuazione dei progetti previsti dal PNRR.

Per il 2025 sono stati individuati come collegati al PNRR, i processi di gestione dei relativi contratti e rendicontazione, identificando tra le misure da adottare l’attuazione della trasparenza nella nuova definizione del PNA dell’ANAC.

Nello specifico, 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.

Criteri di valutazione del rischio

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

Nel 2025 si procederà all'organizzazione di ulteriori mirati eventi formativi e di incontri tra i dirigenti dei diversi settori in modo trasversale, al fine di affinare le soluzioni organizzative e procedurali per garantire una maggiore partecipazione di tutti i dirigenti delle singole strutture al complesso percorso della mappatura, predisposizione e soprattutto realizzazione delle misure anticorruzione.

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

Per l'AST di Ancona è stata avviata un'attività di mappatura dei processi aziendali e messo a punto una matrice che identifica i processi, le relative attività e le eventuali procedure operative, classificate per dipartimento e struttura aziendale di riferimento (Allegato 3). L'analisi dell'organizzazione e delle funzioni assegnate ai Dipartimenti/Distretti, alle unità operative complesse e semplici, nonché 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. n. 165/2001);
- ❖ le materie oggetto del Codice di comportamento (art. 54 del D.lgs. n. 165/2001);
- ❖ ispezioni e controlli (ed eventuali sanzioni), con particolare riferimento all'area della prevenzione;
- ❖ gestione dell'attività del personale che opera nelle casse;
- ❖ verifiche a campione del possesso dei titoli richiesti per il conferimento degli incarichi.

Schede di valutazione e trattamento del rischio

La valutazione del rischio è fatta per tutte le attività svolte nelle macrostrutture e servizi dell'Azienda in modo da assicurare la copertura del rischio specifico in Sanità: Acquisti e Logistica; Affari Generali e Contenzioso; Contabilità, Bilancio e Finanza; Controllo di Gestione; Comunicazione, Formazione e URP; Patrimonio, Nuove Opere e Attività tecniche; Organizzazione risorse umane e Politiche del Personale; Sistemi Informativi Aziendali; Dipartimento di Prevenzione (area Veterinaria, area della Prevenzione, sanità pubblica ed Igiene degli alimenti, area della Medicina del Lavoro e Prevenzione Infortuni); Assistenza Farmaceutica e Attività del Decesso in ambito intraospedaliero.

L'attività svolta è stata coordinata dal RPCT e dal Referente aziendale per la Trasparenza e la Prevenzione della Corruzione, sulla base dell'analisi del rischio, secondo la metodologia proposta dall'ANAC nel PNA, con riferimento alle seguenti fasi:

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

Gli esiti vengono riportati, al fine della determinazione della c.d. "Matrice di Reato", sulla Tabella di Rischio dove verranno implementate le attività svolte e le relative misure correttive di prevenzione nel corso del periodo di riferimento (Allegato 4).

La valutazione e l'analisi del rischio di corruzione

Le schede di rischio sono state somministrate dal RPCT a tutti i dirigenti e i delegati delle strutture, i questionari compilati sono stati analizzati congiuntamente a i relativi rischi secondo il seguente schema del PNA ANAC:

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.) <u>nell'ambito della singola p.a.</u>, 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, di reputazione e 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 dei sistemi aziendali di controllo per la riduzione del rischio.

Indice di Valutazione della Probabilità

Criterio della discrezionalità:

L’Azienda, in considerazione del fatto che nell’ambito delle funzioni proprie non esiste attività che non sia in qualche modo regolamentata da norme e/o da atti amministrativi generali, ha ritenuto che detto criterio debba essere inteso nell’ambito di ciascuna attività normata. In tal senso la discrezionalità è stata ritenuta sussistente tutte le volte in cui il soggetto chiamato ad applicare le norme ed i regolamenti che disciplinano una certa attività, abbia un qualche margine di scelta nelle modalità interpretative e applicative delle stesse.

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

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

Criterio della rilevanza esterna:

Si ritiene opportuno stabilire, nell’ambito dei singoli processi, che per “utenti esterni” non debbono essere considerati solo i soggetti esterni alla PA, ma possano essere ritenuti tali anche i dipendenti dell’azienda, 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'AST di Ancona, nell'andare a valutare il numero delle strutture coinvolte in ciascun procedimento, ha utilizzato un criterio di comune interpretazione ritenendo che vi sia il coinvolgimento di più enti ogni volta in cui sia ipoteticamente possibile.

Criterio del Valore economico:

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

Criteri di frazionabilità del processo:

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

Criterio impatto economico

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

Criterio impatto di reputazione

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

Impatto organizzativo economico e d'immagine

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

Trattamento del rischio

Attribuito il rischio di corruzione ai suddetti processi aziendali, sono state individuate le rispettive tipologie di gestione del rischio. Il trattamento del rischio avverrà secondo uno specifico cronoprogramma. In base a tale programmazione, è previsto il trattamento dei processi a **rischio alto** (priorità ALTA) e **rischio medio** (priorità MEDIA).

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

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

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

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

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

Rischio basso (priorità BASSA)

Il RPCT verifica le attività a rischio basso, prevalentemente con monitoraggi a campione una volta l'anno.

2.3.5 Identificazione e valutazione dei rischi potenziali e concreti

Il Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) dell'ANAC nei suoi aggiornamenti e con l'approfondimento specifico per la Sanità, ha evidenziato quanto il concetto di rischio in questo settore sia strettamente legato al tema del risk management, in particolare quando è connesso ad una non corretta amministrazione.

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

Le Aree di rischio generali sono relative a:

- CONTRATTI PUBBLICI;
- INCARICHI E NOMINE;
- GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO;
- CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI.

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

- all'attività di LIBERA PROFESSIONE intramoenia ed alla gestione delle liste di attesa;
- ai rapporti con i soggetti erogatori ed ai CONTROLLI DELLE STRUTTURE PRIVATE accreditate;
- all'attività di VIGILANZA, CONTROLLI ed ispezioni;
- alla spesa FARMACEUTICA convenzionata ed interna;
- alle attività conseguenti al DECESSO in ambito intraospedaliero.

Andiamo ad analizzare innanzitutto le aree di rischio generali.

CONTRATTI PUBBLICI IN SANITÀ E PNNR

La disciplina degli appalti è stata investita, negli anni recenti, da una serie di interventi legislativi fino all'ultimo Decreto legislativo n. 36 del 31/03/2023, in attuazione dell'articolo 1 della legge 21 giugno 2022, n. 78, recante "Delega al Governo in materia di contratti pubblici". A partire dal 01/01/2025 la disciplina del nuovo Codice e la digitalizzazione dell'intero ciclo di vita dei contratti pubblici è stata modificata dal decreto correttivo di cui al D.lgs. n. 209 del 31/12/2024.

Patto di Integrità e RASA

Nell'ambito dei contratti pubblici, l'AST di Ancona con Determina n. 7 del 09/01/2023 ha nominato il dott. Carlo Spaccia, Direttore UOC Acquisti e Logistica, quale RASA dell'azienda.

Per quanto concerne il **regolamento** per la nomina dei componenti della **commissione di aggiudicazione** nelle procedure di affidamento dei contratti pubblici aventi ad oggetto beni e servizi", è in corso di aggiornamento lo schema di cui alla determina dell'ex ASUR Marche n. 663 del 2/11/2016.

In attesa di nuova adozione resta valido il "**patto di integrità** in materia di contratti pubblici aventi ad oggetto beni e servizi" approvato con determina ASUR n. 697 del 21/11/2016. Tale documento è 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 – Stazione Unica Appaltante Marche).

Il patto di integrità viene utilizzato nell'ambito delle procedure di scelta del contraente secondo le seguenti modalità:

- richiamo espreso al patto di integrità e all'obbligo del rispetto dello stesso contenuto negli atti di gara posti a base della procedura, salvo che nei seguenti casi in cui sono previsti specifici patti di integrità: adesione convenzioni Consip SPA, acquisti sotto-soglia 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, del direttore dell'esecuzione, relativi assistenti e personale interno.

Con determina dell'AST di Ancona n. 1853 del 19/12/2023 è stato approvato, il nuovo **Regolamento** aziendale per l'**affidamento**, mediante procedure **sotto soglia**, di lavori, beni e servizi.

Considerazione a parte meritano **gli appalti PNRR-PNC** che prevedono l'applicazione del "regime speciale" di cui al D.L. n. 77/2021 e D.L. n. 13/2023, imponendo di inserire anche le fasi di esecuzione del contratto con tutti i documenti amministrativi collegati, con chiara indicazione della data di pubblicazione. I bandi ed i finanziamenti PNRR hanno un regime pubblicitario anche più forte, infatti l'articolo 34 del Reg. 241/2021 ricorda che i destinatari di queste informazioni sono anche i media ed il vasto pubblico.

Procedure di gara e affidamenti diretti

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

- ✓ l'Area Dipartimentale Acquisti e Logistica e l'UOC Acquisti e Logistica;
- ✓ l'UOC Ingegneria Clinica;
- ✓ l'UOC Patrimonio, Nuove Opere e Attività tecniche (comprese Manutenzioni);
- ✓ l'UOC Sistemi Informativi Aziendali (SIA);
- ✓ le Direzioni Amministrative dei Servizi territoriali;
- ✓ il Dipartimento di Prevenzione;
- ✓ i Servizi Farmaceutici, territoriali e ospedalieri.

Si precisa che questi ultimi, alla luce delle loro peculiari competenze sanitarie, collabora 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. Gli operatori di tali Servizi farmaceutici, 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, rilevazioni di non conformità, ecc.).

Analisi per singola fase delle procedure di gara

PROGRAMMAZIONE

Il programma triennale dei lavori pubblici 2024-2026 è stato approvato con Determina dell'AST n. 354 del 30/05/2024. Per quanto concerne gli acquisti di beni e servizi, il nuovo programma triennale ai sensi dell'art. 37 del D.lgs. n. 36/2023 è stato adottato per gli anni 2024-2026 con Determina dell'AST n. 351 del 30/05/2024.

Per evitare i rischi specifici, occorre altresì evitare:

- il superamento di determinate soglie e l'artificioso accorpamento dei lotti;
- gli affidamenti diretti al di fuori di casi previsti dalla vigente normativa e dal regolamento aziendale;
- le proroghe degli affidamenti qualora non consentite/previste;
- l'eccessivo ricorso a gare urgenti non giustificate e/o a lavori in economia in assenza dei presupposti;
- l'estensione su affidamenti già espletati se non previste negli atti di gara;
- la 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'AST e previsti quale monitoraggio per la fase di programmazione:

- adozione programma triennale e presenza elenco annuale delle opere pubbliche;
- adozione programma triennale e presenza elenco annuale dei beni e servizi.

Ulteriori misure definite di competenza per gli acquisti:

- Per servizi e forniture standardizzabili, nonché lavori di manutenzione ordinaria, adeguata valutazione della possibilità di ricorrere a convenzioni o accordi quadro già esistenti (CONSIP, SUAM);
- Controllo periodico e monitoraggio dei tempi programmati mediante sistemi di controllo interno di gestione in ordine alle future scadenze contrattuali (le strutture interessate forniscono informazioni in relazione alle scadenze contrattuali ai soggetti deputati a programmare le procedure di gara).

PROGETTAZIONE

I principali rischi sono i seguenti:

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

Misure per il 2025:

- prevedere strategie di acquisto per assicurare la rispondenza della più ampia procedura di approvvigionamento al perseguimento del pubblico interesse, nel rispetto dei principi enunciati dal 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;
- verificare che si proceda all'affidamento dei contratti di lavori, servizi e forniture di importo inferiore alle soglie di cui all'articolo 14, secondo previsto dall'art. 50 "Procedure per l'affidamento" del nuovo Codice dei contratti, salvo quanto previsto dagli articoli 62 e 63;
- 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 all'oggetto della gara;
- utilizzare clausole standard conformi alle prescrizioni normative con riguardo a garanzie a corredo dell'offerta, tracciabilità dei pagamenti e termini di pagamento agli operatori economici;
- prevedere in tutti i bandi, gli avvisi, le lettere di invito o nei contratti adottati di una clausola risolutiva del contratto a favore della stazione appaltante in caso di gravi inosservanze delle clausole contenute nei patti di integrità;
- inserire misure di trasparenza volte a garantire la nomina di RUP a soggetti in possesso dei requisiti di professionalità necessari;
- pubblicare un avviso in cui la stazione appaltante avvia consultazioni preliminari di mercato per la redazione delle specifiche tecniche.

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

- dare evidenza, da parte del RUP nel primo atto adottato, del ricorrere dei presupposti legali per indire procedure negoziate o procedere ad affidamenti diretti, secondo le direttive del Regolamento;
- predeterminare nella determina a contrarre dei criteri che saranno utilizzati per l'individuazione delle imprese da invitare;
- utilizzare procedure improntate ai massimi livelli di trasparenza e pubblicità, anche con riguardo alla pubblicità delle sedute di gara e alla pubblicazione della determina a contrarre ai sensi dell'art. 37 del D.lgs. n. 33/2013;
- eseguire la check-list di verifica degli adempimenti da porre in essere, anche in relazione al Regolamento interno, da trasmettersi periodicamente al RPCT;
- verificare del rispetto del principio di rotazione degli operatori economici;
- valutare da parte dell'ufficio acquisti la possibilità di accorpare le procedure di acquisizione di forniture, di affidamento dei servizi o di esecuzione dei lavori omogenei;

- obbligare ad effettuare l'avviso volontario per la trasparenza preventiva;
- utilizzare di elenchi aperti di operatori economici con applicazione del principio della rotazione, previa fissazione di criteri generali per l'iscrizione.

Indicatori adottati dall'AST quale monitoraggio per la fase di progettazione:

- affidamenti diretti/sul totale degli affidamenti (per numero e valore economico) in un determinato arco di tempo;
- 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 della errata progettazione;
- 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 interessi o privi dei necessari requisiti;
- d) alterazione o sottrazione della documentazione di gara (in qualsiasi fase, anche in quella 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 (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 2025 si intendono attuare le seguenti misure:

- Accessibilità on-line della documentazione di gara e delle informazioni di gara complementari;
- Obblighi di trasparenza/pubblicità delle nomine dei componenti delle commissioni e 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»;
 - 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 dich. illegittimi»;
 - 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.;
- 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;
- 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;
- adeguata formalizzazione, in caso di numerose offerte simili o uguali, 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;
- Aggiornamento del patto di integrità.

Indicatori adottati dall'AST e previsti quale monitoraggio per la fase di selezione del contraente:

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

AGGIUDICAZIONE E STIPULA DEL CONTRATTO

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

In questa fase i processi rilevanti sono:

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

Principali rischi:

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

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

Indicatori adottati e previsti quale monitoraggio nella fase di aggiudicazione e stipula

- **rapporto** tra il numero di operatori economici che risultano **aggiudicatari** in due anni contigui ed il numero **totale** di soggetti aggiudicatari sempre riferiti ai **due anni** presi in esame.
- **tempo intercorrente** tra l'**aggiudicazione** e la data di **stipula** del contratto

Misure da adottare nell'anno 2025 in questa fase:

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

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

ESECUZIONE DEL CONTRATTO

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

Principali rischi:

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

Misure da adottare nell'anno 2025 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 ai sensi del nuovo Codice dei contratti pubblici.

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.

Misure da adottare in questa fase nel 2025:

- Relazione di fine contratto da parte del DEC;
- Controllo a campione della pubblicazione prevista per i resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione;
- Pubblicazione dei report e dei dati obbligatori previsti dal Codice dei contratti pubblici e dall'ANAC;
- Verifica competenze e rotazione dei collaudatori attraverso i provvedimenti di nomina.

Indicatori adottati dall'AST e previsti quale monitoraggio per la 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 (di seguito SUAM), anche attraverso l'AST di Ancona – Area Dipartimentale Acquisti e Logistica in qualità di Ente Avvalso.

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'U.O.C. Acquisti e Logistica tramite gare ad evidenza pubblica, in collaborazione con i Servizi farmaceutici dell'azienda, che costituiscono un ponte/collegamento tra gli uffici preposti agli acquisti (SUAM e Area Dipartimentale Acquisti e Logistica) ed i professionisti, a favore dei quali forniscono supporto tecnico nella definizione dell'oggetto dell'affidamento e contribuiscono alla corretta gestione dei beni.

In particolare occorre precisare che:

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

Il **processo di gestione degli ordini, dei carichi e degli scarichi** dei magazzini nell'AST di Ancona è sufficientemente informatizzato, anche se migliorabile.

La valutazione dei fabbisogni di farmaci è rapportata all'analisi dei consumi estrapolata dal gestionale aziendale, oltre al confronto con gli 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 procedimentalizzata da parte dell'azienda 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;
- porre particolare attenzione alla fase di programmazione e al rispetto degli obblighi di trasparenza, soprattutto da parte degli attori del processo.

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

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

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

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

L'Azienda sta definendo un progetto che colmi 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 la somministrazione).

Nell'ambito della **prescrizione** dei farmaci in ambito ospedaliero ed extra-ospedaliero, le attività a rischio, rendicontate nella tabella specifica (Allegato 4), con le corrispondenti azioni e misure per il monitoraggio possono essere così rappresentate:

ATTIVITA' A RISCHIO	AZIONI	MISURE MONITORAGGIO
Prescrizione da parte di specialisti ospedalieri di farmaci con limitazione ad alto costo sia a livello ospedaliero che domiciliare	Inserimento dei Centri 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;
Prescrizione da parte di specialisti ospedalieri di farmaci in dimissione post-ricovero e post-visita specialistica	Utilizzo dei farmaci inseriti nel PTOR	
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	2. Trasmissione dei suddetti report ai diretti interessati, ai Direttori Medici di presidio, ai Direttori dei Distretti ed ai vertici aziendali

Sperimentazioni cliniche	Predisposizione del conflitto di interesse da parte dei soggetti interessati	Verifica delle dichiarazioni rese nella dichiarazione di assenza 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 o del regolamento aziendale;
- 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'AST e previsti quale monitoraggio:

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

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

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.

Anche i prezzi di riferimento dei beni e servizi di 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, 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. A tal proposito è stato approvato il Regolamento per l'acquisto di beni e servizi in regime di infungibilità ed esclusività' tecnica di cui all'art. 76 del codice appalti pubblici (Determina n. 282/2024)

Affidamenti servizi esternalizzati

Alcuni servizi sono di competenza della SUAM, anche mediante avalimento dell'Area Dipartimentale Acquisti e Logistica dell'AST Ancona. 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 2025 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'AST e previsti quale monitoraggio per le gare dei Servizi esternalizzati:

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

Procedure di acquisto di materiale economale

Gli acquisti di materiale economale (fax, scanner, stampati, materiale per pulizia, guardaroba, suppellettili, arredi etc.) vengono effettuati dall'U.O.C. Acquisti e Logistica, salve piccole forniture effettuate dalle Direzioni Amministrative dei Presidi ospedalieri.

Tali procedure potranno essere effettuate attraverso il mercato elettronico (MEPA) o con adesione alle gare Consip, salvo quanto previsto dalla Legge di stabilità e nel rispetto dell'apposito Regolamento aziendale vigente per gli acquisti di beni e servizi sotto soglia comunitaria.

Indicatori adottati e previsti quale monitoraggio per le gare dei beni economali:

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

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

Tali procedure vengono espletate dalla U.O.C. Acquisti e Logistica.

Gli acquisti sopra soglia sono finalizzati tramite apposite determine, mentre quelli sotto soglia tramite specifiche schede di acquisizione di beni e servizi, con il supporto della U.O.C. Sistemi Informativi.

Tutte le procedure di acquisto sono espletate mediante adesione alle Convenzioni attive CONSIP (Computer, Stampanti, Server, Scanner ed altro hardware), alle ulteriori convenzioni attive (Licenze Microsoft etc.) o attraverso procedure del Mercato Elettronico (MEPA) con RDO o trattative dirette.

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

Indicatori adottati e previsti quale monitoraggio per le gare dei beni informatici:

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

Procedure di gara per le tecnologie sanitarie

Tali procedure nell'AST di Ancona vengono espletate:

- per quanto riguarda l'acquisizione di tecnologie, indipendentemente dal valore economico e modalità di acquisizione (proprietà, service, noleggio, comodato, etc) dall'U.O.C. Acquisti e Logistica;

- per quanto concerne l'affidamento di servizi manutentivi sulle tecnologie dall'UO Acquisti e Logistica per contratti sopra la soglia comunitaria e dall'UOC Ingegneria Clinica per contratti inferiori alla soglia comunitaria o adesioni ad Accordi Quadro/Convenzioni.

Con riferimento all'affidamento di servizi manutentivi sulle attrezzature sanitarie, atteso che il soggetto aggregatore di Regione Marche ha in programma, tuttavia non ancora espletata, l'avvio della procedura Servizi integrati per gestione apparecchiature elettromedicali, di interesse per la gestione manutentiva di una parte del parco tecnologico in dotazione ad AST Ancona, gli affidamenti avvengono in linea con le disposizioni di cui al D.lgs. n.36/2023 e s.m.i e del Regolamento Aziendale per gli affidamenti sottosoglia, attraverso l'individuazione di lotti prestazionali/funzionali ed espletamento di procedure:

- sopra soglia comunitaria da parte dell'UO Acquisti e Logistica e Area Dipartimentale Acquisti e Logistica attraverso procedure di gara aperte ovvero procedure ristrette previa pubblicazione di avvisi e bandi, secondo le disposizioni vigenti del Codice degli appalti, su piattaforma eprocurement certificata in dotazione all'Amministrazione (determina n. 1867/ASTAN/2023 piattaforma telematica 'GT SUAM');
- sottosoglia comunitaria da parte dell'UOC Ingegneria Clinica su piattaforma eprocurement certificata MEPA, attraverso gli strumenti messi a disposizione di:
 - Procedure negoziate (RDO) per appalti del valore superiore a € 140.000,00 (iva esclusa) fino alla soglia comunitaria, previa pubblicazione di avvisi a manifestare interesse ed invito di tutti gli operatori interessati;
 - Confronto di preventivi e trattative dirette, in forma anche di Accordi Quadro, per appalti da € 5.000 (iva esclusa) fino al valore inferiore ai € 140.000,00 (iva esclusa), nel rispetto del principio di rotazione nell'ambito dell'elenco di operatori registrati nella piattaforma MEPA al metaprodotto associato ai servizi di manutenzione delle attrezzature sanitarie;
- affidamenti diretti in economia inferiori all'importo di € 5.000 da parte dell'UOC Ingegneria Clinica per l'esecuzione dei servizi di assistenza tecnica su chiamata (prevalentemente riparazioni su guasto), in assenza di differenti regimi contrattuali. Quest'ultima modalità gestionale verrà mantenuta per ragioni organizzativi/gestionali fino alla definitiva obbligatorietà di digitalizzazione su piattaforma certificata di tutti i contratti pubblici secondo quanto regolamentato dal Codice Appalti (ultima deroga come da circolare ANAC fino al 30/06/2025).

Stante la specificità del settore manutentivo delle tecnologie biomediche che necessita di competenze professionali qualificate nonché strumentali associate alle singole classi tecnologiche, con relativi significativi investimenti imprenditoriali, a fronte della pubblicazione degli avvisi si è registrato un mercato contenuto di operatori economici interessati e offerenti.

Tale circostanza rende inefficaci per la corretta identificazione e gestione del rischio corruttivo l'utilizzo dei tipici indicatori di monitoraggio utilizzabili in altri settori commerciali.

Indicatori adottati e previsti quale monitoraggio per le gare di servizi manutentivi sulle Tecnologie Sanitarie:

- Monitoraggio annuale relativo ai primi operatori economici per numero di provvedimenti, sulla base dei dati presenti su Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici ANAC
- Evidenza dichiarazione assenza conflitto di interessi per i soggetti che svolgono funzioni discrezionali nel processo di affidamento (RUP, Commissari di gara, DEC)

INCARICHI E NOMINE**Conferimento incarichi dirigenziali**

Il D.lgs. n. 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'AST di Ancona, nella fase di attribuzione degli incarichi, tiene conto delle indicazioni contenute negli aggiornamenti al PNA, adattando all'azienda 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.

In tale fase di riorganizzazione, di cui all'art. 24 della L.R. 19/2022, l'AST di Ancona si avvale dei regolamenti per la graduazione degli incarichi dirigenziali ed il relativo conferimento, rispettivamente per l'area della dirigenza PTA e della dirigenza sanitaria, approvati dall'ex ASUR Marche con le Determine n. 587/2018 e n. 422/2020.

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.

Con l'approvazione della Legge n. 118 del 05/08/2022, è stata profondamente modificata la disciplina relativa al conferimento degli incarichi di struttura complessa, precedentemente contenuta nel D.P.R. n. 484 del 10/12/1997 recante "Regolamento recante la determinazione dei requisiti per l'accesso alla Direzione Sanitaria aziendale e dei requisiti e dei criteri per l'accesso al II livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del S.S.N.".

A seguito di queste nuove disposizioni normative, la commissione dovrà essere composta da due membri sorteggiati tra i primari provenienti da fuori Regione e uno soltanto della medesima Regione, ribaltando così la precedente proporzione. Inoltre, viene promossa la parità di genere.

Non è da sottovalutare, peraltro, la disposizione sulla presidenza della commissione che prevede ora un automatismo (il più anziano nell'incarico dirigenziale di struttura complessa) rispetto alla precedente elezione, perché si prevede che in caso di parità nelle deliberazioni della commissione prevalga il voto del presidente. Con le nuove regole la selezione torna ad essere pienamente di natura concorsuale con il conseguente passaggio della giurisdizione al Giudice Amministrativo: TAR e Consiglio di Stato.

Il Direttore generale, inoltre, non avrà più la facoltà di scegliere all'interno della terna individuata dalla Commissione, previa adeguata motivazione, se non ricadente sul primo, ma dovrà procedere alla nomina del candidato che ha conseguito il miglior punteggio risultante nella graduatoria trasmessa dalla Commissione e a parità di punteggio prevarrà il candidato più giovane di età (come previsto dalla normativa concorsuale).

L'insieme di tali elementi rende la procedura potenzialmente maggiormente 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.

Inoltre l'articolo 20 della Legge 5 agosto 2022 n. 118, entrato in vigore in data 27 agosto 2022, ha riscritto il comma 7 bis dell'articolo 15 del D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, introducendo modifiche sostanziali alle procedure di conferimento degli incarichi di Struttura Complessa del ruolo sanitario, segnatamente con riferimento alle fattispecie di seguito indicate:

- commissione esaminatrice: composizione, presidente e rispetto di parità di genere;
- operazioni di sorteggio;
- casi di scorrimento della graduatoria;
- esiti della selezione e natura concorsuale della stessa;
- conferimento dell'incarico.

La richiamata disposizione legislativa, così come recentemente modificata, demanda alle Regioni la disciplina dei criteri e delle procedure per il conferimento degli incarichi di direzione di Struttura Complessa della dirigenza sanitaria, sulla base dei principi previsti dalla disposizione stessa.

Con DGRM n. 215 del 27/02/2023, la Giunta Regionale Marche ha disposto di approvare, in applicazione dell'art. 20 L.R. n. 19/2022, le linee di indirizzo concernenti i criteri e le modalità per il conferimento degli incarichi di direzione di Struttura Complessa per la dirigenza medica, veterinaria e sanitaria ai sensi dell'art. 20 della L. 118/2022.

Gli indirizzi (all'allegato A della DGRM citata) non trovano applicazione nel caso di conferimento di incarichi di Direttore di Dipartimento o Distretto, per i quali operano le disposizioni specifiche contenute nel D. Lgs. 502/1992; e, nel caso di conferimento di incarichi di direzione di Struttura Complessa, viene stabilito che non possono essere utilizzati contratti a tempo determinato di cui all'art. 15 septies del D. Lgs. 502/1992.

Le linee di indirizzo hanno previsto forme di selezione e trasparenza a garanzia della qualità del profilo del soggetto da incaricare.

Ai sensi della disciplina attuale, le Aziende sanitarie, individuato il fabbisogno, debbono procedere ad emettere apposito avviso pubblico per la copertura della posizione di direzione della struttura complessa, contenente il profilo oggettivo e soggettivo dell'incarico di struttura complessa vacante, da pubblicarsi in forma integrale sul Bollettino Ufficiale della Regione Marche e sul sito aziendale e, per estratto, sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana.

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 riceve dall'azienda il profilo professionale del dirigente da incaricare. La commissione effettua la valutazione tramite "...analisi comparativa dei curricula, dei titoli professionali posseduti, avuto anche riguardo alle necessarie competenze organizzative e gestionali, dei volumi dell'attività svolta, dell'aderenza del profilo ricercato e degli esiti di un colloquio". La commissione valuta i contenuti del curriculum e gli esiti del colloquio, secondo i criteri ed i principi di cui al presente paragrafo e attribuisce un punteggio complessivo, secondo i criteri fissati preventivamente.

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'Azienda sanitaria 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. n. 33/2013, come modificato dal D.lgs. n. 97/2016, 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, ai quali si aggiunge l'incarico di direttore socio-sanitario previsto dall'art. 29 comma 2 della L.R. 19/2022 (compresi i bandi e gli avvisi di selezione, lo svolgimento delle relative procedure, nonché gli atti di conferimento).

Rotazione degli incarichi

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

In particolare negli aggiornamenti al PNA fino alla recente Delibera n. 7 del 17/01/2023, ha chiarito che le modalità attuative della rotazione dei dipendenti sono rimesse all'autonoma determinazione degli enti che devono però rispettare alcuni limiti:

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

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

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

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

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

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

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

La rotazione "**STRAORDINARIA**" (ridefinita nella Delibera ANAC n. 1064/2019) è in ogni caso assicurata in caso di procedimento disciplinare e/o penale a carico dei dipendenti, per reati di natura corruttiva. In tale ipotesi, per il personale dirigenziale si può procedere con atto motivato alla revoca dell'incarico in essere ed il passaggio ad altro incarico ai sensi del combinato disposto dell'art. 16, comma 1, lett. l quater e dell'art. 55 ter, comma 1 del D.lgs. n. 165/2001. Nel caso in cui sussista l'impossibilità oggettiva e motivata di rotazione, l'Ente adotterà in ogni caso misure "rinforzate" sui processi in questione, quali l'introduzione del meccanismo della distinzione delle competenze c.d. "segregazione delle funzioni", ripartendo i tronconi procedimentali e attribuendone la responsabilità a soggetti diversi.

Programmazione e monitoraggio della misura di rotazione

L'AST di Ancona programma ed attiva le procedure di rotazione, compatibilmente con le caratteristiche della organizzazione, correlandole con altre vicende contrattuali connesse alla scadenza di incarichi.

L'Azienda 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 RPCT.

Incompatibilità e inconfiribilità

Per quanto riguarda il personale dirigenziale e non dirigenziale, come già ribadito nei paragrafi precedenti, tutti i dipendenti AST Ancona sia a tempo indeterminato, che determinato e i collaboratori con rapporto di lavoro flessibile a qualsiasi titolo, all'atto del conferimento dell'incarico, devono compilare 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'inconfiribilità e incompatibilità degli stessi incarichi, attraverso la specifica procedura di contestazione prevista dall'ANAC stessa.

GESTIONE ENTRATE, SPESE E PATRIMONIO

Bilancio e Gestione dei pagamenti

Le attività connesse ai pagamenti presentano rischi bassi di corruzione:

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

In questa area è necessario confermare:

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

5. la gestione contabile–patrimoniale trasparente delle risorse attraverso la corretta tenuta delle scritture contabili (registrazione di bilancio e rilevazioni veritiere);
6. l’impegno dell’AST di Ancona a proseguire il **Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC)**, con riferimento ai dati e ai bilanci dell’azienda fino al suo completamento, secondo le indicazioni della Regione Marche (DGRM n. 435 del 25/03/2024 - Recepimento PAC con Determina del DG AST AN n. 652 del 04/11/2024);
7. il “Regolamento aziendale di registrazione, liquidazione e pagamento fatture” aggiornato con determina dell’ex ASUR n. 605/DG del 02/12/2021.

Patrimonio e Servizi Manutentivi

Il patrimonio dell’AST di Ancona è vasto sia in termini di proprietà edilizia che per terreni. La gestione è affidata all’U.O.C. Patrimonio, Nuove Opere e Attività tecniche. Il predetto servizio cura anche la gestione di tutti gli immobili in affitto (sia attivo che passivo) e la loro dismissione in relazione ai rigorosi obiettivi di contrazione della spesa. Il rischio può nascondersi sia nella conduzione delle entrate sugli immobili di proprietà, ed in particolare sui terreni, sia nella determinazione per nuovi contratti di affitto o per la dismissione degli stessi.

Tutte le informazioni relative ai beni immobili posseduti o detenuti, compresi i canoni di locazione o di affitto versati o percepiti, sono pubblicate nella specifica sotto-sezione dell’Amministrazione trasparente ai sensi della normativa vigente in materia di trasparenza e contratti pubblici, rendendo disponibili anche 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 MEF.

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.

Tali aree come la sicurezza nei luoghi di lavoro e, più in generale, le aree di competenza dei dipartimenti di prevenzione, come previsto negli aggiornamenti 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;
- la **rotazione** del personale ispettivo, già in parte attuata, da applicare ove possibile e da rivalutare in occasione della riorganizzazione del dipartimento di prevenzione;
- l'introduzione nel **codice di comportamento** aziendale di disposizioni in merito al personale dipendente con compiti di vigilanza.

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

Si specifica che 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, al fine di rendere omogeneo il sistema dei controlli su tutto il territorio regionale.

ATTIVITÀ ALPI

Come definito dall'ANAC con determina n. 12/2015, 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 a rischio di comportamenti opportunistici che possono favorire posizioni di privilegio e/o di profitti indebiti, a svantaggio dei cittadini e con ripercussioni sia dal punto di vista economico sia della percezione della qualità del servizio.

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

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

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

- inserimento totale dell'attività libero professionale in agende gestite dal sistema CUP regionale;
- aggiornamento 2024 del Piano triennale aziendale dei volumi dell'attività istituzionale e libero professionale intramuraria (ex DGRM n. 106/2015): Determina DG AST_AN n. 440 del 10/07/2024;
- istituzione e operatività della Commissione paritetica aziendale: nomina con determina AST AN n. .593 del 07/10/2024.

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

Possibili rischi relativi all'ALPI:

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

Misure previste al fine di evitare le seguenti situazioni:

- a) false / imprecise dichiarazioni prodotte ai fini del rilascio dell'autorizzazione:
 - definizione di un format aziendale di richiesta con indicazione dell'offerta in regime istituzionale presente nel sistema CUP regionale;
 - negoziazione dei volumi di attività libero professionale nell'ambito del processo di budget;
- b) mancato rispetto della proporzionalità tra attività istituzionale e libero professionale:
 - attivazione di un cruscotto basato sui posti a CUP per centro di costo per il monitoraggio dell'offerta istituzionale e libero professionale;
 - nei Direttori di Unità operativa complessa: è stato predisposto un format aziendale per la comunicazione del piano di lavoro dei titolari di Unità operativa complessa;
- c) svolgimento della libera professione in orario di servizio:
 - il Servizio di Gestione del Personale rileva gli orari prestati per l'ALPI e li mette a disposizione degli organismi di verifica e controllo di cui all'art.25 (ai sensi del Regolamento Aziendale ALPI approvato con determina n. 142 del 02/02/2016 art.17)";
 - completamento della dotazione di sistemi di rilevazione presenze nelle sedi di attività libero professionale;
- d) anomalie nella gestione del supporto diretto nell'attività libero professionale:

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

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

Indicatori previsti:

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

Liste di attesa

Relativamente all'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali in ambito aziendale è utilizzato il sistema del CUP unico regionale che garantisce l'uniformità di accesso alle prestazioni; l'avvio dell'utilizzo della impegnativa dematerializzata produrrà una maggiore trasparenza del percorso del paziente dal momento della richiesta.

Al fine di rafforzare la trasparenza, è stato introdotto dal D.lgs. n. 97/2016 (art. 33) un ulteriore obbligo di pubblicazione relativo ai **criteri di formazione** delle liste di attesa (art. 41, co. 6, D.lgs. n. 33/2013). Tale informazione è stata pubblicata sull'apposita sottosezione del link "Amministrazione Trasparente".

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

Infatti, al momento della prenotazione, in caso di mancanza di posti disponibili nell'ambito territoriale dell'AST limitrofa, il sistema **CUP unico regionale** consente l'inserimento dell'utente in **liste di pre-appuntamento**.

Tali liste sono gestite dal **Centro servizi** del CUP regionale, che provvede a richiamare l'utente con l'offerta di un posto dopo un'ulteriore ricerca e verifica; nel caso tale ricerca non dia esito positivo, viene attivato un apposito referente aziendale che, sulla base della prestazione e in collegamento con gli altri enti del SSR, procede all'individuazione di posti aggiuntivi o all'utilizzo di posti liberi nell'ambito delle agende di presa in carico. Questa procedura consente all'AST di assicurare il rispetto dello standard regionale di presa in carico di tutte le richieste, garantendo al cittadino l'accesso alla prestazione; l'introduzione di questa procedura ha consentito di adeguare in tempo reale l'offerta alla domanda di prestazioni in modo da prevenire la formazione di code e l'efficacia dell'azione è anche documentata dalla flessione registrata nel ricorso a prestazioni in regime liberoprofessionale.

Infine è stata aggiunta l'attività extratempo per le prestazioni con priorità B o D che non trovano collocazione nei tempi previsti secondo quando richiesto dall'ARS.

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

- a) Mancato inserimento nel sistema CUP regionale di prestazioni e mantenimento della gestione diretta delle agende:

Misura prevista: Verifica delle prestazioni ad accesso diretto e revisione dei percorsi fuori CUP esistenti

- b) Mancato inserimento nel sistema CUP dell'offerta del privato accreditato con accordo di fornitura:

Misura prevista: Verifica dell'offerta a CUP e della produzione nel flusso C e definizione di un percorso di inserimento a CUP.

Misure previste per l'anno 2025

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

Controllo delle liste di attesa

Per assicurare il rispetto dei criteri di cui al Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA), previsti per garantire un corretto accesso alle prestazioni fornite dal Servizio sanitario pubblico ed uniformare un'equa e tempestiva erogazione dei servizi sanitari a favore dei cittadini, nonché per conseguire pienamente l'obiettivo di prevenzione e repressione di illeciti, la Direzione strategica aziendale di AST di Ancona, intende implementare un sistema di controlli incrociati che si aggiungano al sistema di controllo già in atto.

A tal fine, nella programmazione dell'Atto Aziendale è stata prevista una struttura organizzativa (UOSD) in staff alla Direzione Sanitaria, che si avvale del già costituito Unità Centrale di Coordinamento Aziendale Liste di Attesa (UCALA), a cui sarà assegnato il compito di implementare un sistema di verifiche trimestrali che documentino mediante report dettagliati da inviare al Direttore Generale, gli esiti delle verifiche sulla corretta gestione delle agende nonché sulla corretta gestione delle liste d'attesa riguardanti l'erogazione: di prestazioni ambulatoriali relative a visite specialistiche ed esami diagnostici; di prestazioni ed interventi in day hospital; di interventi chirurgici in day surgery e in regime di ricovero programmato; di prestazioni di screening.

Al fine di rendere massimamente efficace il sistema su delineato, sono attribuiti specifici obiettivi rilevanti in sede di valutazione della performance.

CONTROLLI NELLE STRUTTURE CONVENZIONATE

Il servizio sanitario pubblico ha l'obiettivo e la necessità di garantire il benessere delle persone e di fornire cure sanitarie universali. La collaborazione pubblico/privato si basa principalmente sulle convenzioni stipulate con strutture accreditate per prestazioni con livello assistenziale e tariffario predeterminato con specifica Delibera regionale. L'ambito dei rapporti tra le aziende sanitarie e gli erogatori convenzionati si configura tra le aree di rischio specifiche (già individuate dall'ANAC con la determinazione n. 12/2015 ed i successivi PNA) con riferimento particolare alla fase contrattuale con le strutture accreditate.

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

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

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

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

Gli atti di riferimento sono:

- 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", e smi;

- il **Regolamento regionale n. 1 del 2018**, che specifica le tipologie di struttura.

L'attività ispettiva per il rilascio delle autorizzazioni è eseguita dai soggetti indicati nell'art. 9, comma 2 della L.R. 21/2016 per le strutture di cui all'art. 7 della stessa legge. Per quanto riguarda i convenzionamenti tra strutture accreditate ed AST, essi avvengono nel rispetto del fabbisogno annuale definito dalla Regione con apposita DGRM e nel limite delle disponibilità economico/finanziarie di budget.

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

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

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

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

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

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

Le misure specifiche da adottare per la disciplina della fase contrattuale sono collegate alla individuazione degli elementi di discrezionalità da parte dell'AST, al fine di garantire il corretto sviluppo dell'attività negoziale.

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

A tal riguardo, nella definizione a livello aziendale dei criteri di distribuzione delle risorse ai soggetti accreditati e contrattualizzati, devono essere presi in considerazione, oltre al dato storico, anche le performance clinico-assistenziali, in termini di volumi ed esiti, delle prestazioni rese. Tali criteri devono essere comunque resi pubblici. In particolare, per quanto attiene il personale, si prevede, nei modelli contrattuali definiti a livello regionale, una clausola che impegna il privato accreditato a mantenere i requisiti organizzativi nel rispetto della dotazione organica quali-quantitativa prevista per la tipologia di attività sanitaria oggetto di accreditamento e di contrattualizzazione.

Con il Decreto del Ministro della Salute 26/09/2023, viene modificato il DM 19/12/2022 concernente "Valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate per l'Accreditamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie" introducendo la proroga al 31/12/2025, .s.m.i, del termine di cui all'art. 5, comma 1, dello stesso, assegnato alla regioni ed alle province autonome per adeguare il proprio ordinamento alle disposizioni ivi contenute e di cui all'art. 8- quater, comma 7 ed all'art. 8-quinquies, comma 1-bis del Decreto legislativo 502/1992.

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

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

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

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

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

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

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

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

Le misure specifiche da adottare per la disciplina della fase contrattuale sono collegate alla individuazione degli elementi di discrezionalità da parte dell'AST, al fine di garantire il corretto sviluppo dell'attività negoziale.

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

A tal riguardo, nella definizione a livello aziendale dei criteri di distribuzione delle risorse ai soggetti accreditati e contrattualizzati, devono essere presi in considerazione, oltre al dato storico, anche le performance clinico-assistenziali, in termini di volumi ed esiti, delle prestazioni rese. Tali criteri devono essere comunque resi pubblici. In particolare, per quanto attiene il personale, si prevede, nei modelli contrattuali definiti a livello regionale, una clausola che impegna il privato accreditato a mantenere i requisiti organizzativi nel rispetto della dotazione organica quali-quantitativa prevista per la tipologia di attività sanitaria oggetto di accreditamento e di contrattualizzazione.

Le attività demandate all'azienda sono strettamente vincolate alle disposizioni contenute nelle delibere della Giunta Regionale, sia nelle modalità di erogazione, sia nella definizione di budget e standard quali-quantitativi.

Relativamente alle strutture residenziali e semiresidenziali delle aree sanitarie extra-ospedaliere e socio-sanitarie, l'AST è tenuta a controllare gli inserimenti e a segnalare agli uffici regionali dedicati:

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

La situazione emergenziale, determinata dall'epidemia SARS-COV2, ha richiesto l'adozione di ulteriori provvedimenti amministrativi specifici per fronteggiare le nuove esigenze assistenziali delle sopraccitate strutture.

La gestione degli utenti COVID-19 all'interno di tali strutture ha prodotto l'adozione di linee operative regionali con DGRM n. 685/2020.

Misure definite:

-  controlli continui, a livello di AST, sull'attuazione degli accordi contrattuali di riferimento;
-  segnalazione agli uffici regionali dedicati della non osservanza delle leggi e delle disposizioni regionali di regolamentazione.

SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA ED INTERNA

L'informazione scientifica spesso viene condizionata dai produttori di farmaci e tecnologie, che investono consistenti capitali nella ricerca scientifica, potendo orientare 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 sono nella condizione di 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, non può essere escluso il rischio di tangenti a medici e ricercatori per falsificare le informazioni scientifiche e creare allarme su un determinato fenomeno o pandemia.

Inoltre, non può essere esclusa la manipolazione dei risultati di una sperimentazione da parte di ricercatori, o l'omissione di alcuni risultati per mostrare benefici di un farmaco o effetti collaterali, a seconda di uno specifico grant finanziario.

Nel settore farmaceutico, possibili truffe possono realizzarsi nel:

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

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

Nel settore farmaceutico, possibili truffe si realizzano nel:

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

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

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

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

Come già specificato nel paragrafo relativo all'acquisto di farmaci, si richiama l'attenzione alla necessaria attuazione di quanto previsto nella DGRM n. 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'AST, in forza dei report informatici del sistema gestionale "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'azienda intende 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".

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

ATTIVITÀ CONSEGUENTI AL DECESSO IN AMBITO INTRAOSPEDALIERO

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

Tenuto conto delle forti implicazioni di natura morale, etica ed economica ed ai molteplici interessi che finiscono fatalmente per concentrarsi su questo particolare ambito e che possono coinvolgere anche gli operatori sanitari, sono stati organizzati incontri con la Direzione Medica Ospedaliera, le Direzioni Distrettuali, il Servizio di Medicina Legale e l'Area delle Professioni Sanitarie, per esaminare il tema al fine di uniformare le procedure nelle strutture ospedaliere e territoriali dell'AST.

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

Come misura anticorruzione, è stato concordato da tempo, di aggiornare costantemente le procedure di polizia mortuaria, rispettando le indicazioni sotto riportate:

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

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

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 brevi manu 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).

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

2.3.6 Progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio

Obiettivi principali e strumenti generali

In attuazione delle norme relative alla prevenzione della corruzione, l’AST di Ancona 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’AST di Ancona sono i seguenti:

- ❖ adozione e aggiornamento della presente sottosezione di programmazione denominata “**Rischi corruttivi e Trasparenza**”;
- ❖ aggiornamento e diffusione del **Codice di Comportamento** aziendale;
- ❖ applicazione di criteri di selezione e rotazione del personale operante nelle aree a rischio;
- ❖ formazione sulle norme ed in particolare in materia di etica, integrità ed altre tematiche attinenti alla prevenzione della corruzione;
- ❖ obbligo di astensione in caso di **conflitto di interesse**;
- ❖ disciplina specifica in materia di incarichi d’ufficio e attività ed incarichi extra-istituzionali;
- ❖ incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali;

- ❖ disciplina specifica in materia di formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la P.A.;
- ❖ disciplina specifica in materia di conferimento di incarichi dirigenziali in caso di particolari attività o incarichi precedenti e di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (*pantouflage-revolving doors*);
- ❖ disciplina specifica in materia di tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (*whistleblower*).

Misure generali

Come per gli anni precedenti si confermano ulteriori misure per prevenire e combattere la corruzione in Sanità.

Ridurre il rapporto tra politica e sanità

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

Rendere trasparenti le forme di utilizzo delle risorse pubbliche

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

In particolare l'art. 4 bis del D.lgs. n. 97/2016 prevede che 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**".

In tale modo è possibile sito 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'Azienda 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, Ispettorato Territoriale del Lavoro), 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 2025 saranno attuati ulteriori corsi specifici e monotematici sulle tematiche attinenti la prevenzione della corruzione e lo strumento della trasparenza, con particolare approfondimenti del nuovo istituto dell'accesso civico semplice e generalizzato, del nuovo codice dei contratti pubblici e dei recenti obblighi di pubblicazione per la trasparenza.

Aumentare controlli sulle procedure di appalto e sulla esecuzione dei contratti

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

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

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

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

Sulla scorta delle indicazioni dell'ANAC possono essere individuate le seguenti sotto-aree di rischio relative alle fasi di programmazione; progettazione della gara; selezione del contraente; verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto; esecuzione del contratto e rendicontazione del contratto.

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

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

Pubblicare indicatori di attività e di outcome

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

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

Rafforzare i controlli sulle strutture accreditate

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

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

Con riferimento alla fase del convenzionamento risulta indispensabile:

- una regolamentazione interna che disciplini la procedura di convenzionamento; in particolare precisando i tempi di avvio e di conclusione dell'autorizzazione, individuando i soggetti preposti per la verifica della documentazione (e di aggiornamento in caso di rinnovo) e precisando le modalità della verifica stessa.

- Predisposizione o miglioramento dell'analisi dei bisogni sanitari per programmare e predeterminare il numero effettivo dei posti letto coerenti con la effettiva necessità dell'utenza.

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

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

Promuovere il Whistleblowing

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

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. n. 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 tale proposta può avere grande impatto sulla qualità dei servizi e sulla riduzione del debito pubblico.

Whistleblowing

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

Il Whistleblowing è stato introdotto nella ns. legislazione dall'art. 51 della Legge 190/2012, che ha inserito l'art. 54-bis all'interno del D.lgs. 165/2001 recante "Norme Generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche", c.d. T.U. Pubblico Impiego.

Con la Direttiva 23/10/2019, n. 2019/1937 il Parlamento europeo ha dettato i nuovi principi generali per siffatta materia che sono poi stati recepiti dal Governo Italiano con il recente D.lgs. 10/3/2023, n. 24, in attuazione della predetta Direttiva. Il citato D.lgs. ha abrogato l'art. 54-bis, D.lgs. 165/2001 e ha previsto che tutti i lavoratori dipendenti, lavoratori e collaboratori esterni che forniscono beni o servizi, liberi professionisti, consulenti ed anche i volontari o tirocinanti retribuiti o non (precedentemente esclusi) possono effettuare segnalazioni interne o esterne, divulgazioni pubbliche o denunce all'autorità giudiziaria o contabile.

I soggetti indicati dal D.lgs. 10/3/2023, n. 24 che segnalino illeciti al RPCT, ovvero all'ANAC o denunciino all'autorità giudiziaria o a quella contabile, condotte illecite di cui siano venuti a conoscenza in ragione del rapporto intrattenuto con l'Amministrazione non possono essere sanzionati, demansionati, licenziati, trasferiti o sottoposti ad altra misura organizzativa avente effetti negativi, diretti o indiretti, sulle relative condizioni di lavoro e/o rapporti intrattenuti con la PA 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 - <https://www.whistleblowing.it/>).

Recentemente, in attuazione della richiamata Direttiva (UE) 2019/1937, l'ANAC ha adottato con la delibera n. 311 del 12/07/2023 le nuove Linee Guida relative alle procedure per la presentazione e la gestione delle segnalazioni esterne.

La Policy apprestata dall'Azienda è contenuta in apposito Regolamento approvato con Determina ex ASUR n. 280 del 27/05/2019 a tutt'oggi vigente e pubblicato sulla sezione "Amministrazione Trasparente".

La procedura che persegue l'obiettivo di garantire le tutele ed al contempo di assicurare la serietà delle segnalazioni che devono essere effettuate esclusivamente "nell'interesse all'integrità della pubblica amministrazione", fornisce indicazioni chiare sull'oggetto, contenuti, destinatari e modalità di trasmissione delle segnalazioni nonché sulle tutele apprestate dalla legge e sulle conseguenze in termini di responsabilità civile, penale e disciplinare, nel caso in cui la segnalazione costituisca un "malicious report".

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

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

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

- Invio del modulo all'indirizzo PEC: rpct.ast.an@emarche.it
- Invio del modulo all'indirizzo e-mail: rpct.ast.an@sanita.marche.it
- consegna diretta del modulo al RPC;
- Invio del modulo a mezzo servizio postale, inserito in doppia busta (cfr. § 3,1, delibera 311/2023 LLGG WHIB) indirizzata esclusivamente al **Responsabile Prevenzione Corruzione** - AST di Ancona, Via Oberdan, 2, 60122 – Ancona (AN), con la dicitura RISERVATA PERSONALE – NON APRIRE.

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

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

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 nazionale, approvato con DPR 16 aprile 2013, n. 62 «Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165», è stato recentemente aggiornato con il nuovo DPR n. 81/2023, costituisce una fonte regolamentare che integra tutti i contratti individuali di lavoro e pone già problemi applicativi di rapporto tra fonte normativa general e 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.

Fondamentale è 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. Per l'AST di Ancona il Codice di Comportamento aziendale è stato aggiornato con determina n. 14 del 22/01/2025 integrando le indicazioni di cui alle Linee guida ANAC del 2020 e le disposizioni del DPR n. 81/2023.

Applicabilità del Codice

Il Codice si applica a tutti i dipendenti e nell'ambito di tutti i rapporti di lavoro instaurati e da instaurarsi, oltre a tutti i collaboratori ed i consulenti dell'AST di Ancona.

Al rispetto del Codice sono tenuti tutti i soggetti che entrano in rapporto qualificato con l'Azienda, 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 i CCNL vigenti.

Il Codice di Comportamento integra qualsiasi altro fonte normativa e contrattuale che disciplini e regoli i rapporti dell'azienda 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 e 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 pubblicato su apposita sotto-sezione della sezione "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'Azienda.

Sanzioni degli obblighi derivanti dal Codice di Comportamento

La violazione degli obblighi previsti dal Codice di Comportamento aziendale è fonte di responsabilità disciplinare e sanzioni applicabili, nel rispetto dei principi di gradualità e proporzionalità, sono quelle previste dalla legge, dai regolamenti e dai contratti collettivi, incluse quelle espulsive.

Come previsto dal Codice sopra citato, 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/responsabili di ogni struttura e 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'Azienda è tenuto a rendere apposita dichiarazione di assenza di conflitto di interesse, secondo le indicazioni dell'ANAC, utilizzando i moduli di autocertificazione disponibili sul sito AGENAS 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.

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'azienda;
- b) “autodichiarazione per gli incarichi amministrativi di vertice” (direttore generale, amministrativo e sanitario);
- c) “autodichiarazione da rilasciarsi a cura di ciascun dirigente” e dei co.co.co (art. 41 co. 1 e 2 D.lgs. n. 33/2013);
- d) “autodichiarazione pubblica di interessi da parte dei professionisti” del servizio sanitario secondo i modelli AGENAS – ANAC.

In merito a questo punto, 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, i professionisti di area sanitaria e amministrativa devono rendere conoscibili, attraverso apposite dichiarazioni, le relazioni e/o interessi che possono coinvolgerli nello svolgimento della propria funzione qualora implichino responsabilità nella gestione delle risorse e nei processi decisionali in materia di farmaci, dispositivi, altre tecnologie, nonché ricerca, sperimentazione e sponsorizzazione.

Formazione obbligatoria generale e specifica

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

I fabbisogni formativi dell'Azienda sono esplicitati nel Piano Formativo Annuale in corso di approvazione, che prevede anche un'attività formativa specifica in materia trasparenza e anticorruzione, come previsto per legge (si veda il paragrafo dedicato alla Formazione del personale).

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

Negli anni precedenti sono stati realizzati i seguenti corsi:

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

Complessivamente sono stati formati oltre 3.300 dipendenti.

Per il 2025 sono previsti corsi generali di base per tutto il personale e ulteriori corsi specifici per le principali aree di rischio: acquisizione e progressione del personale, affidamento di lavori, servizi e forniture. Sono coinvolti i dipendenti afferenti tutte le Aree di rischio generali e specifiche già analizzate sopra (*contratti pubblici, incarichi e nomine, gestione entrate e spese, gestione patrimonio, controlli-verifiche-ispezioni-sanzioni, attività libero professionale intramuraria, liste di attesa, rapporti con il privato accreditato, servizio farmaceutico, dispositivi e altre tecnologie, attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero.*)

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

Corso di formazione in materia Anticorruzione e Trasparenza

La formazione specifica è da sempre considerata fondamentale per l'AST, in modo particolare nella diffusione delle norme in tema di trasparenza e prevenzione della corruzione, al fine di sensibilizzare tutti i professionisti.

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 trasparenza e anticorruzione, organi di indirizzo, responsabili di struttura e titolari di funzioni strategiche.

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

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

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

I percorsi formativi realizzati dall'ex ASUR dal 2014 fino al 2022 sono stati indirizzati sia al contesto normativo-specialistico che valoriale, in modo da accrescere le competenze e lo sviluppo del senso etico e, quindi, hanno riguardano tanto le norme penali in materia di reati contro la pubblica amministrazione (norme in materia di trasparenza e integrità), quanto gli aspetti etici e della legalità dell'attività amministrativa, e ogni aspetto per prevenire e contrastare la corruzione in Azienda.

2.3.7 Monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure

Indicatori per il monitoraggio

Gli indicatori sono stati inseriti in ogni area di rischio per semplicità di esposizione nei paragrafi precedenti.

Integrazione anticorruzione con i sistemi di controllo interno – Internal Audit

I sistemi di controllo interno -Internal Audit hanno un ruolo chiave nella gestione dei rischi di natura amministrativa e contabile dell'Azienda, con l'obiettivo principale di consentire l'identificazione, la misurazione, la gestione ed il monitoraggio dei principali rischi nei processi aziendali, al fine di garantire:

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

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

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

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

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

Al fine di monitorare il **rispetto dei vincoli di spesa del personale**, l'AST di Ancona si impegna a trasmettere mensilmente al Dipartimento Salute la rilevazione della spesa secondo di parametri fissati dal Ministero dell'Economia e Finanze per la verifica dell'adempimento AG.

In caso di scostamento, l'AST adotterà tutte le misure necessarie al fine del puntuale rispetto del tetto di spesa. Il monitoraggio riguarderà anche la dinamica dell'andamento occupazionale con verifica dell'attuazione delle finalizzazioni individuate nell'apposito paragrafo 3.3.2 della sottosezione relativa ai Fabbisogni del Personale..

2.3.8 Programmazione dell'attuazione della Trasparenza

Premessa

Ai sensi delle indicazioni dell'ANAC, la programmazione in materia di Trasparenza è rivolta anche ai cittadini, agli enti e ai soggetti interessati, in quanto sono esplicitate le modalità d'accesso, previa pubblicazione sul sito istituzionale, alla sezione "Amministrazione Trasparente", dei documenti, delle informazioni e dei dati concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni.

Nell'AST di Ancona il **Responsabile** della prevenzione della corruzione è anche Responsabile Aziendale per la Trasparenza, al fine di consentire un migliore coordinamento delle funzioni, come suggerito dalla normativa e dalle linee guida ANAC. Il RPCT è stato nominato con Determina n. 17 del 16/01/2023.

Secondo quanto previsto dalla normativa in materia, al fine di agevolare i percorsi e garantire il rispetto degli obblighi di pubblicazione, sono stati individuati i **Referenti**, che operano secondo le direttive impartite dal RPCT e sono periodicamente confermati o sostituiti.

Nella Griglia degli adempimenti sono previsti i flussi informativi necessari per garantire, per tutta l'AST, 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 sito aziendale ai sensi dell'art. 6, co. 3 del D.lgs. n. 97/2016:

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

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

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

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

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

L'implementazione e l'aggiornamento delle informazioni nelle singole sotto-sezioni del link "Amministrazione Trasparente" sono a cura dei Responsabili di ogni struttura/servizio per le parti di rispettiva competenza, come già previsto dai precedenti Programmi triennali, secondo la Griglia degli obblighi di pubblicazione (Allegato 5) 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.

Obiettivi strategici in materia di trasparenza

Alla corretta attuazione delle disposizioni in materia di trasparenza, così come indicato nella Delibere ex CIVIT (ora ANAC), concorrono, oltre al Responsabile/ Referente della Trasparenza, tutti i dirigenti degli uffici dell'Azienda, sia centrali che periferici, e i relativi funzionari. Infatti, come sopra già dichiarato, gli adempimenti relativi alla pubblicazione delle informazioni richieste dal D.lgs. n. 33/2013, sono inseriti negli **obiettivi di Budget** delle varie unità operative al fine di promuovere maggiori livelli di trasparenza.

L'AST di Ancona assegna obiettivi sanitari, organizzativi ed economici ai Direttori di struttura 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'Azienda. 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 istituzionale, attraverso i soggetti a tal uopo profilati, con il supporto dell'U.O.C. "Sistemi Informativi Aziendali".

La pubblicazione delle informazioni previste dal D.lgs. n. 33/2013 è indispensabile per la conoscenza e la verifica delle azioni svolte dall'AST di Ancona e per la prevenzione di potenziali situazioni a rischio d'illecito e corruzione, rassicurando la diffusione di quei dati che già la Legge 150/2009 aveva parzialmente individuato. Lo spirito della norma tende a favorire il rapporto ente/cittadini, sviluppare il "senso civico", porre le condizioni per azioni sinergiche dove la comunicazione possano integrarsi in un processo virtuoso di conoscenza dei percorsi utili al cittadino, sia in campo sanitario sia in campo amministrativo.

Il collegamento con il Codice di Comportamento

Alla luce del nuovo Regolamento nazionale approvato con DPR n. 81/2023 già citato, è stato adottato il nuovo Codice di comportamento per il personale dell'AST di Ancona con Determina n. 14 del 22/01/2025. In tale Codice è stato previsto il rispetto delle disposizioni in materia di anticorruzione e performance.

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. In data 09/01/2025 l'AST di Ancona ha avviato una procedura aperta di consultazione mediante pubblicazione sul sito istituzionale di apposito Avviso predisposto dal RPCT, al fine di invitare gli stakeholder a presentare proposte e/o osservazioni con riferimento alla sotto-sezione "Rischi corruttivi e Trasparenza". Tale parte riguardante la programmazione degli "strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa, nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione", è stata pubblicata anche sulla rete interna aziendale (intranet) al fine di integrare e modificare questa specifica sottosezione del PIAO.

L'AST di Ancona organizzerà nel 2025 la Giornata della trasparenza prevista dall'art. 10, comma 6, del decreto legislativo n. 33/2013, prevedendo la presentazione dei principali documenti adottati da parte dei Dirigenti responsabili delle Aree interessate, oltre alla diffusione e promozione degli strumenti utilizzati per il raggiungimento dei propri fini istituzionali. Tale modalità consente da un lato di portare l'attenzione degli utenti sulle principali attività e servizi dell'Azienda, inclusi gli aspetti delle performance, dell'integrità e della trasparenza e dall'altro di incoraggiare canali di dialogo con gli intervenuti.

Quale importante momento di incontro e dialogo con gli stakeholder, sarà presentata 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.

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

Il Responsabile per la Trasparenza

Nell'AST di Ancona come detto sopra, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione è anche Responsabile per la Trasparenza, che si avvale del Referente aziendale all'uopo individuato oltre a tutti i direttori delle strutture organizzative sanitarie e amministrative dell'azienda.

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. n. 33/2013) svolge stabilmente un'attività di **controllo** sull'osservanza dell'attuazione delle disposizioni in materia di Trasparenza. Inoltre provvede all'aggiornamento annuale della sezione specifica, controlla e assicura la regolare attuazione dell'Accesso civico. Inoltre **segnala** i casi di inadempimento o di adempimento parziale degli obblighi in materia di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, all'Ufficio di disciplina, ai fini dell'eventuale attivazione del procedimento disciplinare, segnala altresì gli inadempimenti al vertice dell'Amministrazione, all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) - art. 44 D.lgs. n. 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. n. 33/2013.

Secondo quanto indicato dalla norma, quindi, procede alle necessarie verifiche, almeno semestrali, circa lo **stato d'attuazione** delle disposizioni contenute nella presente sezione e dell'adempimento, da parte degli Uffici competenti, della pubblicazione degli obblighi previsti dalla normativa vigente, ferme restando le responsabilità, le competenze e l'autonomia operativa di ciascun Dirigente di struttura preposta alle attività indicate nella griglia degli adempimenti (Allegato 5).

Ogni qualvolta sarà necessario apportare modifiche sostanziali alla presente Sezione, la stessa verrà aggiornato con specifico atto predisposto dal RPCT e approvato dall'organo di vertice dell'Azienda.

Nell'AST di Ancona, 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, è individuato il seguente indirizzo email: referenti.ast.an@sanita.marche.it.

I Referenti per la Trasparenza

In linea con quanto già previsto dalla Circolare n. 1/2013 del Dipartimento della Funzione Pubblica, nonché dall'Intesa della Conferenza Unificata del 24/07/2013, al fine di assicurare il più efficace svolgimento della funzione, sono stati individuati i Referenti di ogni struttura organizzativa, che costituiscono punto di riferimento fondamentale per il coordinamento delle attività di cui trattasi nel territorio di competenza.

I Referenti assicurano il collegamento con il RPCT, con cui collaborano all'attuazione della presente Sezione, sono responsabili dell'organizzazione dei flussi di pubblicazione, 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 dell'Azienda, 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. n. 33/2013 sul sito aziendale è un processo continuo che richiede la necessità di revisioni e verifiche costanti, per quanto riguarda sia la ridefinizione delle aree di competenza, sia il monitoraggio del percorso di pubblicazione previsto. Le eventuali modifiche di attribuzione delle varie competenze saranno aggiornate nella **Griglia** degli obblighi di pubblicazione, di cui al D.lgs. n. 33/2013 come modificata dal D.lgs. n. 97/2016 (Allegato 5), da parte del RPCT e dei relativi **Referenti**, su richiesta formale del dirigente della singola struttura interessata.

I dati e le informazioni presenti sul sito istituzionale (in ottemperanza alle prescrizioni di legge in materia) sono quelle indicate nella griglia di cui sopra e seguono il quadro normativo inerente gli obblighi di pubblicazione on-line delle amministrazioni pubbliche.

Poiché la pubblicazione delle informazioni sul sito (attualmente quella dell'ex ASUR) 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 25/05/2018 – GDPR).

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

Al fine di rendere sempre più accessibile e trasparente tutta l'attività aziendale nei confronti del cittadino/utente, in collaborazione con la Regione, è stato avviato il percorso per la creazione di **cinque siti** aziendali (uno per ogni AST), omogenei e innovativi che tengano conto delle **“Linee guida di design per i siti internet e i servizi digitali della Pubblica Amministrazione”**, adottate da **AGID** con determina n. **224/2022**.

Il **Dirigente** di ogni **struttura** 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, in qualità di “fonte di produzione” del documento di competenza. Pertanto il dirigente su indicato è responsabile della mancata pubblicazione dei documenti di competenza.

Lo stesso Dirigente (o suo delegato) dell'unità operativa aziendale, individuato a margine di ciascuna categoria degli atti previsti nella **griglia** allegata, così come disposto dall'art. 43 co. 3 del D.lgs. n. 33/2013, garantisce il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare nel rispetto dei termini stabiliti dalla legge, sia nei contenuti specifici sia negli obiettivi temporali.

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 tempestivamente le modifiche richieste sul portale, eliminando altresì le informazioni superate.

Per ogni necessità, i Direttori delle UU.OO.CC. “Sistemi Informativi Aziendali” e “Comunicazione, Formazione e URP” forniscono il supporto necessario al RPCT.

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

I **nominativi** dei responsabili e dei referenti di struttura sono aggiornati annualmente ed elencati a margine della **Griglia degli obblighi di pubblicazione** ad integrazione dell'area indicata come responsabile dell'elaborazione, trasmissione e pubblicazione, secondo quanto previsto dal PNA aggiornato dell'ANAC.

L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)

Gli organi di verifica dei documenti in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza nelle PP.AA. sono gli Organismi Indipendenti di Valutazione o altre strutture interne con funzioni analoghe (art. 44 D.lgs. 33/13).

Nell'AST di Ancona, il nuovo OIV è stato nominato con Determina n. 1033 del 10/07/2023; tra le funzioni svolte la prima riguarda l'attestazione dell'*assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità*.

In particolare, sulla base delle indicazioni annuali dettate dall'ANAC con Delibera per l'attestazione periodica sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione, l'OIV effettua la verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato dei documenti e dei dati elencati nella griglia di rilevazione appositamente prevista ai fini del controllo.

Al termine degli accertamenti svolti attraverso l'utilizzo di supporti informatici, l'OIV predispone i documenti di **attestazione** compresa la griglia di rilevazione e la scheda di sintesi attraverso la nuova piattaforma apposita sul sito ANAC. Tali documenti sono pubblicati a cura del Referente aziendale del RPCT entro la data di scadenza stabilita dall'ANAC sul link "Amministrazione Trasparente", nella sotto-sezione "Atti degli OIV –Attestazioni".

L'OIV, inoltre, ha il compito di verificare l'**attività svolta** dal RPCT per riscontrare l'adempimento degli obblighi di pubblicazione, anche attraverso la verifica della scheda di Relazione, un modello predisposto dall'ANAC su file excel che viene pubblicato sulla sotto-sezione "Relazione del RPCT" al link "Amministrazione Trasparente".

L'Organismo medesimo verifica, ai fini della validazione della Relazione sulla performance, la coerenza dei precedenti Piani con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale ed in particolare con i documenti della Performance. Infine riferisce infine all'ANAC sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza (art. 1, co. 8-bis L. 190/2012 come modificato dall'art. 41 del D.lgs. n. 97 del 2016).

L'istituto dell'Accesso Civico

L'Accesso Civico assume una dimensione differente dal diritto di accesso agli atti di cui all'art. 22 e ss. della L. n. 241/1990 caratterizzato come strumento di tutela individuale di situazioni soggettive. L'obbligo previsto dalla normativa vigente di pubblicare documenti e informazioni comporta il diritto di chiunque di richiedere i medesimi, nei casi in cui sia omessa la loro pubblicazione.

Non solo, in seguito alla **riforma Madia** ed in particolare all'entrata in vigore del D.lgs. n. 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 della L. n.190/2012 (co. 35 e 36 art. 1), 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 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 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.

Nell'evasione delle istanze di accesso civico, incluse quelle di accesso civico generalizzato, l'Azienda segue le disposizioni contenute nelle Linee guida ANAC di cui alla Delibera n. 1309 del 20/12/2016 e nel Regolamento adottato dall'ex ASUR con determina n. 778/2017, aggiornato con la revisione di cui alla determina n. 689/2018.

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 dall'U.O.C. Affari Generali e Contenzioso dell'Azienda.

La Formazione del personale in materia di Trasparenza

La formazione in materia di Trasparenza è da sempre considerata un obiettivo strategico per l'AST, in modo particolare nel percorso della normativa anticorruzione di cui trattasi. Aspetto ribadito in ogni occasione da ANAC e rafforzato in tutti i PNA, ove è ritenuto un obiettivo strategico indispensabile.

L'Azienda, quindi, nel pieno rispetto delle indicazioni in tema di formazione, prosegue i percorsi formativi (generali e specifici) sulla normativa in tema di trasparenza e prevenzione della corruzione.

In particolare, in continuità con il primo corso generale realizzato nel 2013 dall'ex ASUR per 160 dirigenti, nel 2016 per ulteriori 300 addetti, nel 2017 e 2018 per oltre 300 dirigenti e funzionari, per l'anno 2019 sono stati formati circa 60 dipendenti sul whistleblowing e anche nel triennio 2019-2021 l'Azienda ha aderito ai corsi organizzati dalle Università sugli argomenti di Etica, Integrità, Trasparenza e Anticorruzione per il proprio personale (circa 50 dipendenti per ogni anno).

Nel 2025 sono previsti ulteriori corsi formativi in tema di Trasparenza/Anticorruzione, con modalità a distanza (**FAD**) per l'aggiornamento sulle materie comuni e generali. L'emergenza COVID va comunque considerata dall'Azienda allo scopo di ridefinire le priorità secondo le direttive dell'ARS, causando l'adeguamento delle modalità e delle proposte formative. Con questo percorso, s'intende ampliare ancora il livello interno di sensibilizzazione sull'argomento, raggiungendo fasce professionali non coinvolte in precedenza (es. P.O.).

Le principali tematiche che saranno trattate nel Corso di formazione sono: disciplina della prevenzione della corruzione, metodologie e tecniche per la valutazione del rischio, obblighi di trasparenza, responsabilità all'interno dell'ente, tutela giurisdizionale e accesso civico.

Nuovi schemi di pubblicazione – Delibera ANAC 495/2024

La Delibera ANAC n. 495 del 25 settembre 2024 introduce 3 schemi di pubblicazione standardizzati per facilitare le pubbliche amministrazioni nell'adempimento degli obblighi di trasparenza previsti dal decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33. Questi schemi riguardano:

- Utilizzo delle risorse pubbliche: schema relativo all'articolo 4-bis del d.lgs. 33/2013 (sotto-sezione di primo livello "Pagamenti dell'amministrazione" e sotto-sezione di secondo livello "Dati sui pagamenti");
- Organizzazione delle pubbliche amministrazioni: schema relativo all'articolo 13 del d.lgs. 33/2013 (sotto-sezione di primo livello "Organizzazione", sotto-sezione di secondo livello "Articolazione degli uffici");
- Controlli sull'organizzazione e sull'attività dell'amministrazione: schema relativo all'articolo 31 del d.lgs. 33/2013 (sotto-sezione di primo livello "Controlli e rilievi sull'amministrazione" e sotto-sezioni di secondo livello "Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe", "Organi di revisione amministrativa e contabile" e "Corte dei Conti").

L'obiettivo dell'adozione degli schemi di pubblicazione è rendere più agevole e omogeneo l'inserimento di dati, documenti e informazioni che devono essere obbligatoriamente pubblicati, semplificando così le attività di pubblicazione e consultazione dei dati, grazie a modalità uniformi di organizzazione, codificazione e rappresentazione.

È previsto un periodo transitorio di 12 mesi durante il quale le amministrazioni devono adeguare le proprie sezioni "Amministrazione Trasparente" secondo i nuovi schemi. Al termine di questo periodo, l'ANAC potrà esercitare attività di vigilanza per verificare la conformità agli standard adottati.

Contestualmente, l'ANAC ha reso disponibili ulteriori 10 schemi relativi ad altri obblighi di pubblicazione, non ancora definitivamente approvati, che potranno essere sperimentati su base volontaria dalle amministrazioni ed enti che intendano avviare una fase pilota durante il periodo transitorio.

Per supportare le amministrazioni nell'implementazione di questi schemi, l'ANAC ha fornito le "Istruzioni operative per una corretta attuazione degli obblighi di pubblicazione ex d.lgs. 33/2013", contenenti indicazioni su requisiti di qualità dei dati, procedure di validazione e meccanismi di garanzia utili per l'inserimento dei dati nelle diverse sottosezioni di Amministrazione Trasparente e per la successiva attività di controllo dei dati pubblicati.

Tali raccomandazioni definiscono:

1. i requisiti di qualità delle informazioni diffuse
2. le procedure di validazione
3. i controlli anche sostitutivi
4. i meccanismi di garanzia e correzione attivabili su richiesta di chiunque vi abbia interesse
5. le competenze professionali richieste per la gestione delle informazioni diffuse attraverso i siti istituzionali

La validazione è intesa come il un processo che assicura la corrispondenza dei dati finali (pubblicati) con una serie di caratteristiche qualitative ed è un presupposto necessario per la pubblicazione, propedeutica alla diffusione delle informazioni.

La validazione viene effettuata da un soggetto individuato dotato di adeguate competenze e conoscenze (a titolo esemplificativo al dirigente di un determinato ufficio) ed è svolta nel rispetto degli 11 requisiti di qualità.

In considerazione dell'assetto aziendale in divenire, che sarà incluso nel nuovo Atto Aziendale di imminente approvazione, e considerando altresì la tempistica di avvio dei nuovi siti delle AST, essendo previsto il periodo transitorio di un anno a partire dal 25/09/2024, ci adatteremo alle nuove prescrizioni con l'avvio del nuovo sito della AST Macerata e comunque entro i termini prescritti da ANAC.

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 dei Dirigenti di struttura per le parti di rispettiva competenza, secondo la **Griglia** degli obblighi di pubblicazione contenente i dati oggetto di pubblicazione, aggiornata con l'indicazione dei responsabili e referenti e la tempistica prevista per gli obblighi normativi, di cui al novellato D.lgs. n. 33/2013 a seguito del D.lgs. n. 97/2016 (Allegato 5), considerando anche i nuovi schemi di pubblicazione sulla sezione Amministrazione Trasparente.

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

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

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

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

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

Carta dei servizi

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

- la Guida ai Servizi
- la Carta dei servizi

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

Nelle more della riorganizzazione (L.R. 19/2022) l'AST di Ancona tiene costantemente aggiornata e pubblicata la propria Guida (sia nella sua interezza, sia nelle sue parti singole appositamente richiamate per argumentum) nell'apposita sottosezione nel sito istituzionale.

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

Tenuto conto di tutto il percorso effettuato dall'ex ASUR a partire dal 2017, anche in relazione al Tavolo regionale coordinato dall'Agenzia Regionale Sanitaria appositamente creato per l'individuazione di obiettivi di qualità comuni a tutti gli enti del SSR delle Marche.

Si conferma pertanto per l'AST l'adozione degli standard di qualità comuni, allineandosi agli indicatori generali e aggiornando le attività dei dipartimenti, servizi e unità operative.

Per il prossimo triennio proseguirà la collaborazione con il Comitato di Partecipazione e l'Assemblea delle Associazioni, finalizzata all'elaborazione di ulteriori indicatori riferiti alle particolarità del territorio di riferimento dell'AST di Ancona, come avviata negli anni precedenti. Tutte le informazioni relative alla Guida e alla Carta sono pubblicate nell'apposita sezione del link "Amministrazione Trasparente".

Piano di comunicazione aziendale

Con il piano di comunicazione, anche in attuazione dei principi di trasparenza e di efficacia dell'azione amministrativa, si riconosce nell'informazione e nella comunicazione la condizione essenziale per assicurare la partecipazione e l'esercizio del diritto di accesso da parte dei cittadini e delle formazioni sociali secondo quanto stabilito dalle leggi statali e regionali e dai regolamenti specifici dell'ente, e pertanto le attività di informazione e comunicazione sono in particolare finalizzate a:

- illustrare le attività dell'ente ed il loro funzionamento;
- favorire l'accesso ai servizi amministrativi, promuovendone la conoscenza;
- favorire processi interni di semplificazione delle procedure di accesso.

Il processo di comunicazione non è rappresentato dalla mera esigenza di dare notizie, ma è parte integrante del processo decisionale della Direzione Aziendale. Un'efficace comunicazione sia interna che esterna consente ricadute positive non solo sulla percezione della qualità del servizio reso, ma sul miglioramento reale della qualità dei servizi.

Le "Linee guida di design per i siti internet e i servizi digitali della Pubblica Amministrazione", adottate da AGID con la determina n. 224/2022, sono uno strumento funzionale alla realizzazione dei progetti di miglioramento dei servizi pubblici previsti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), ai quali sono destinati importanti investimenti nel nostro Paese.

La trasparenza degli interventi finanziati con i fondi del PNRR

Una delle priorità per l'attuazione delle misure contenute nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) è quella di garantire che l'ingente mole di risorse finanziarie stanziata sia immune da gestioni illecite, nel rispetto dei principi di sana gestione finanziaria, assenza di conflitto di interessi, frodi e corruzione.

Inoltre, in linea con quanto previsto dall'art. 34 del Regolamento (UE) 2021/241, va garantita adeguata visibilità ai risultati degli investimenti e al finanziamento dell'Unione europea per il sostegno offerto. I destinatari dei finanziamenti dell'Unione sono tenuti a rendere nota l'origine degli stessi e ad assicurarne la conoscibilità, diffondendo informazioni coerenti, efficaci e proporzionate "destinate a pubblici diversi, tra cui i media e il vasto pubblico".

Per quanto riguarda la trasparenza degli interventi finanziati con i fondi del PNRR, l’Autorità ha inteso fornire alcuni suggerimenti volti a semplificare ed a ridurre gli oneri in capo delle Amministrazioni centrali titolari di interventi. In particolare, laddove gli atti, dati e informazioni relativi al PNRR, da pubblicare secondo le indicazioni della Ragioneria Generale dello Stato (RGS), rientrino in quelli previsti dal d.lgs. n. 33/2013, l’Autorità ritiene che gli obblighi stabiliti in tale ultimo decreto possano essere assolti dalle Amministrazioni centrali titolari di interventi, inserendo, nella corrispondente sottosezione di Amministrazione Trasparente, un link che rinvia alla predetta sezione dedicata all’attuazione delle misure del PNRR. Con riferimento ai Soggetti attuatori degli interventi – in assenza di indicazioni della RGS sugli obblighi di pubblicazione sull’attuazione delle misure del PNRR - si ribadisce la necessità di dare attuazione alle disposizioni del D.lgs. n.33/2013.

I Soggetti attuatori, in un’ottica di semplificazione e di minor aggravamento, laddove i dati rientrino in quelli da pubblicare nella sezione “Amministrazione trasparente” ex d.lgs. n. 33/2013, possono inserire in A.T., nella corrispondente sottosezione, un link che rinvia alla sezione dedicata all’attuazione delle misure del PNRR. Inoltre, si fa presente che, al fine di garantire la piena conoscibilità degli interventi PNRR, sono posti a carico dei Soggetti attuatori degli interventi:

- l’obbligo di conservazione e archiviazione della documentazione di progetto, anche in formato elettronico. Tali documenti, utili alla verifica dell’attuazione dei progetti, dovranno essere sempre nella piena e immediata disponibilità dell’Amministrazione centrale stessa, della Ragioneria Generale dello Stato (Servizio centrale per il PNRR, Unità di missione e Unità di audit), della Commissione europea, dell’OLAF, della Corte dei Conti europea (ECA), della Procura europea (EPPO) e delle competenti Autorità giudiziarie nazionali, anche al fine di permettere il pieno svolgimento delle fasi di monitoraggio, verifica e controllo. Rispetto alla documentazione conservata relativa ai progetti finanziati, è importante rilevare che la stessa RGS sottolinea la necessità di garantire il diritto dei cittadini all’accesso civico generalizzato;
- l’obbligo di tracciabilità delle operazioni e la tenuta di apposita codificazione contabile per l’utilizzo delle risorse PNRR. Va inoltre evidenziato che, al fine di garantire maggiore trasparenza e condivisione del patrimonio informativo relativo agli interventi del PNRR, con il DPCM 15 settembre 2021, lo stesso Governo ha valorizzato il formato open data.

Antiriciclaggio

Le misure di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo che le pubbliche amministrazioni sono tenute ad adottare ai sensi dell’art. 10 del d.lgs. n. 231/2007 (cd. Decreto antiriciclaggio) si pongono nella stessa ottica di quelle di prevenzione e trasparenza, e cioè la protezione del “valore pubblico”. I presidi adottati al pari di quelli anticorruzione, sono da intendersi, come strumento di creazione di tale valore, essendo volti a fronteggiare il rischio che entri in contatto con soggetti coinvolti in attività criminali.

Nell'attuale momento storico, l'apparato antiriciclaggio, come quello anticorruzione, può dare un contributo fondamentale alla prevenzione dei rischi di infiltrazione criminale nell'impiego dei fondi rivenienti dal PNRR, consentendo la tempestiva individuazione di eventuali sospetti di sviamento delle risorse rispetto all'obiettivo per cui sono state stanziare ed evitando che le stesse finiscano per alimentare l'economia illegale.

Per il 2025 è prevista una formazione organizzata dal RPCT. I discenti saranno individuati dalle direzioni aziendali e dal direttore generale di. Come sottolineato anche dal Direttore dell'UIF: "l'adesione al sistema antiriciclaggio non può consistere in soluzioni meramente formali e burocratiche.

La concreta definizione di un assetto organizzativo (regole, procedure, persone) effettivamente orientato a finalità di prevenzione del fenomeno, non può essere legata a una logica di mero adempimento, ma deve essere motore di comportamenti efficaci, risultati misurabili, effettivi ritorni in termini di trasparenza, responsabilità e reputazione della stessa".

Per quanto di specifico interesse ai fini del PNRR, sia l'ultima pubblicazione dell'Unità di Informazione Finanziaria (UIF) per l'Italia che le Linee guida della Ragioneria dello Stato, richiamano l'attenzione sulla comunicazione della stessa UIF dell'11 aprile 2022, emanata in materia di prevenzione di fenomeni di criminalità finanziaria, relativamente alla gestione di fondi/contributi da erogarsi in seguito all'emergenza sanitaria ed al PNRR.

Il citato Decreto Legislativo 21 novembre 2007, n. 231, all'art.10 contiene specifici obblighi nell'ambito dei procedimenti:

- a) finalizzati all'adozione di provvedimenti di autorizzazione o concessione,
- b) delle procedure di scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi secondo le disposizioni di cui al codice dei contratti pubblici,
- c) dei procedimenti di concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzioni di vantaggi economici di qualunque genere a persone fisiche ed enti pubblici e privati.

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

La stessa Direzione istituirà un apposito Organismo tecnico-collegiale di supporto al Gestore per la valutazione e l'identificazione delle operazioni sospette di riciclaggio, oggetto di possibile comunicazione alla UIF.

Cronoprogramma delle attività trasparenza e anticorruzione

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

Attività	Soggetto/i	Tempi
Relazione annuale strutture e mappatura processi	Dirigenti responsabili	Entro il 15 dicembre di ogni anno
Presentazione proposte per aggiornamento	Dirigenti responsabili	Entro il 15 dicembre di ogni anno
Predisposizione bozza aggiornamento sezione "Rischi corruttivi e Trasparenza"	RPCT e Referenti	Entro il 31 dicembre di ogni anno
Definizione sezione "Rischi corruttivi e Trasparenza"	RPCT	Entro il 31 gennaio di ogni anno o altro termine stabilito dall'ANAC
Pubblicazione PIAO o sezione "Rischi corruttivi e Trasparenza"	RPCT	Entro il 31 gennaio di ogni anno o altro termine stabilito dall'ANAC
Relazione annuale sull'attività svolta in materia di prevenzione della corruzione	RPCT	Entro il 15 gennaio di ogni anno o altro termine stabilito dall'ANAC
Adempimento per competenza degli obblighi di pubblicazione come da griglia	Dirigenti responsabili RPCT e Referenti	Entro il 31 luglio e il 31 gennaio dell'anno successivo
Verifica indicatori di monitoraggio e invio Report della pubblicazione dei dati	Dirigenti responsabili RPCT e Referenti	Entro il 31 luglio e il 31 gennaio dell'anno successivo
Verifica pubblicazione dati della griglia degli obblighi per attestazione OIV	Dirigenti responsabili RPCT e Referenti	Entro il 30 aprile di ogni anno o diverso termine stabilito da ANAC
Acquisizione nominativi dipendenti da formare	Dirigenti responsabili RPCT e Referenti	Entro il 31 marzo di ogni anno
Definizione corsi di formazione da inserire nel Piano formativo per l'anno seguente	RPCT e Referenti Dirigenti responsabili	Entro il 31 gennaio di ogni anno o altro termine stabilito da Regione
Verifica rispetto obblighi pubblicazione dati - 1° semestre	Dirigenti responsabili	Entro il 31 luglio di ogni anno
Verifica rispetto obblighi pubblicazione dati - 2° semestre	Dirigenti responsabili	Entro il 31 gennaio dell'anno successivo

3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1 Struttura organizzativa

Per il dettaglio di tale sottosezione, si rimanda alla sezione 1 ed in particolare al paragrafo 1.4 relativo alla descrizione dell'Azienda.

3.2 Organizzazione del lavoro agile

3.2.1 Evoluzione normativa

Il lavoro agile nella pubblica amministrazione trova il suo avvio nella Legge n. 124/2015 e nell'art. 18, comma 1, della L. n. 81/2017 che ha previsto una specifica modalità di svolgimento del lavoro subordinato da remoto conferendogli autonoma disciplina, differenziando tale nuova modalità di prestazione dal telelavoro di cui alla Legge n. 191/1998. Obiettivo dichiarato è promuovere il lavoro agile per incrementare la competitività e agevolare la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro. Il comma 3 del richiamato art. 18 precisa che le disposizioni normative si applicano anche ai rapporti di lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche.

Attraverso la direttiva n. 3/2017, recante le linee guida sul lavoro agile nella P.A., il Dipartimento della Funzione pubblica ha fornito indirizzi per l'attuazione delle disposizioni normative attraverso una fase di sperimentazione.

L'evoluzione normativa in materia di lavoro agile ha subito, in tempi relativamente brevi, una parabola crescente che ha portato ad un uso intensivo di tale istituto, per poi decrescere a strumento ordinario, con contestuale riduzione dei lavoratori che ne hanno fatto ricorso.

Con il DPCM 23/09/2021 il lavoro agile, a decorrere dal 15/10/2021, ha cessato di essere una delle modalità ordinarie di svolgimento del lavoro alle dipendenze delle pubbliche amministrazioni, pertanto, da tale data la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa è quella svolta in presenza, fermo restando l'obbligo di assicurare il rispetto delle misure sanitarie di contenimento del rischio di contagio da Covid-19.

Il successivo D.M. 08/10/2021 del Ministro per la Pubblica Amministrazione ha proceduto a disciplinare il rientro al lavoro in presenza per tutti i dipendenti della Pubblica Amministrazione a partire dal 15/10/2021. Inoltre sono state individuate le condizioni ed i requisiti necessari, sia organizzativi che individuali, per fare ricorso alla modalità agile per l'espletamento dell'attività lavorativa in un quadro di efficienza e di tutela dei diritti dei cittadini ad una adeguata qualità dei servizi.

L'art. 1, comma 3, del DM 08/10/2021 ha previsto le seguenti condizionalità per il ricorso al lavoro agile:

- ✚ lo svolgimento del lavoro agile non deve pregiudicare o ridurre la fruizione dei servizi verso gli utenti;
- ✚ adeguata rotazione del personale autorizzato alla prestazione di lavoro agile, assicurando comunque la prevalenza per ciascun lavoratore del lavoro in presenza;
- ✚ adozione di appositi strumenti tecnologici idonei a garantire l'assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni trattati durante lo svolgimento del lavoro agile;
- ✚ necessità per l'amministrazione della previsione di un piano di smaltimento del lavoro arretrato, ove accumulato;
- ✚ fornitura di appositi strumenti tecnologici idonei a garantire l'assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni trattati durante lo svolgimento del lavoro agile.
- ✚ stipula dell'accordo individuale di cui all'art. 18, comma 1, Legge n. 817/2017, cui spetta il compito di definire:
 - ✓ gli specifici obiettivi della prestazione resa in modalità agile;
 - ✓ le modalità ed i tempi di esecuzione della prestazione;
 - ✓ le modalità ed i criteri di misurazione della prestazione medesima, anche ai fini del proseguimento della modalità della prestazione lavorativa in lavoro agile.

Il CCNL area comparto per il triennio 2019 – 2021 sottoscritto in data 02/11/2022, nel titolo VI “Lavoro a distanza”, Capo I “Lavoro agile”, ha provveduto a regolamentare il lavoro agile con riferimento a detta area di contrattazione, definendolo come una delle possibili modalità di effettuazione della prestazione lavorativa per processi e attività di lavoro, previamente individuati dalle Aziende, per i quali sussistano i necessari requisiti organizzativi e tecnologici per operare con tale modalità, confermando come esso sia finalizzato a conseguire il miglioramento dei servizi pubblici e l'innovazione organizzativa garantendo, al contempo, l'equilibrio tra tempi di vita e di lavoro.

Tale CCNL conferma come l'adesione al lavoro agile abbia natura consensuale e volontaria e sia consentito a tutti i lavoratori, siano essi con rapporto di lavoro a tempo pieno o parziale e indipendentemente dal fatto che siano stati assunti con contratto a tempo indeterminato o determinato.

Il CCNL precisa che l'Azienda, nel dare accesso al lavoro agile, deve avere cura di conciliare le esigenze di benessere e flessibilità dei lavoratori con gli obiettivi di miglioramento del servizio pubblico nonché con le specifiche necessità tecniche delle attività e che, fatte salve queste ultime e fermi restando i diritti di priorità sanciti dalle normative, che si sono succedute nel tempo, nonché l'obbligo da parte dei lavoratori di garantire, nell'esercizio della loro attività lavorativa, gli stessi livelli prestazionali previsti per l'attività in presenza.

L'Azienda avrà cura di prendere in considerazione eventuali richieste di accesso al lavoro agile, presentate da 9 lavoratori che si trovino in condizioni di particolare necessità, non coperte da altre misure.

Viene confermato altresì l'obbligo della sottoscrizione di apposito accordo individuale ai fini della regolarità amministrativa e della prova ed in conformità a quanto stabilito dagli artt. 19 e 21 della legge n. 81/2017.

Attività prodromica all'adozione di apposita nuova regolamentazione aziendale in materia di ricorso al lavoro agile, sarà la ricognizione delle attività che possono essere prestate in modalità "agile", tenuto conto della dimensione organizzativa e funzionale di ciascuna struttura e delle posizioni di smart working attivabili.

I criteri generali di individuazione delle attività che possono essere effettuate in lavoro agile nonché i criteri di priorità per l'accesso allo stesso saranno oggetto di confronto con i soggetti sindacali, fermo restando che sono in ogni caso esclusi i lavori in turno e quelli che richiedono l'utilizzo di strumentazioni o documentazioni non remotizzabili.

La Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 29/12/2023 ha chiarito che il lavoro agile nel pubblico impiego è regolato da accordi individuali e che, per quanto riguarda in particolare i cosiddetti lavoratori "fragili", l'ormai superata contingenza pandemica, nonché la disciplina contrattuale collettiva consolidata e la padronanza, da parte delle amministrazioni, dello strumento del lavoro agile come volano di flessibilità orientato alla produttività e alle esigenze dei lavoratori, ha fatto ritenere superata l'esigenza di prorogare ulteriormente i termini di legge che stabilivano l'obbligatorietà del lavoro agile.

La direttiva ha evidenziato, quindi, la necessità di garantire ai lavoratori che documentano "gravi, urgenti e non altrimenti conciliabili situazioni di salute, personali e familiari" la possibilità di svolgere la prestazione lavorativa in modalità agile, *"anche derogando al criterio della prevalenza dello svolgimento della prestazione lavorativa in presenza"* e che nell'ambito dell'organizzazione di ogni amministrazione, è responsabilità di ciascun dirigente individuare le misure organizzative che si rendono necessarie in tal senso, attraverso specifiche previsioni nell'ambito degli accordi individuali.

3.2.2 Accesso al lavoro agile.

Lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile non costituisce, per il lavoratore dipendente, un diritto, e nelle aziende sanitarie la possibilità di accesso al lavoro agile, è limitata, di norma, al solo personale che effettua attività lavorativa gestibile a distanza e al di fuori del luogo di lavoro ove normalmente vengono svolte, senza compromettere o ridurre la funzionalità del servizio (area amministrativa e tecnica). La prestazione lavorativa in modalità agile da parte degli operatori sanitari, invece, è sostanzialmente inibita, attesa la particolarità e la peculiarità delle mansioni professionali svolte.

Nell'AST di Ancona, conseguentemente, sono esclusi dallo svolgimento del lavoro agile i dipendenti che svolgono attività sanitaria e socio-assistenziale richiedente contatto diretto con il paziente, nonché il personale dei servizi direttamente a supporto di dette attività; sono esclusi altresì i dipendenti impiegati in attività che prevedono l'utilizzo costante di strumentazione non utilizzabile da remoto.

3.2.3 Accordo individuale per lo svolgimento dell'attività di lavoro in modalità agile

Lo svolgimento di attività in lavoro agile è rimessa alla sottoscrizione di apposito accordo individuale da parte del dipendente e del responsabile della struttura di assegnazione, esso è condizione necessaria ai fini dello svolgimento del lavoro agile.

L'accordo, sottoscritto dalle parti, va trasmesso all'UOC Personale ai fini degli adempimenti relativi alla comunicazione telematica obbligatoria al Ministero del Lavoro, ai sensi dell'art. 41 bis del DL n.73/2022 e del controllo delle presenze.

L'accordo deve contenere i seguenti elementi essenziali:

- durata dell'accordo
- modalità di svolgimento della prestazione lavorativa fuori dalla sede abituale di lavoro, con specifica indicazione delle giornate di lavoro da svolgere in sede e di quelle da svolgere a distanza;
- ipotesi di giustificato motivo di recesso;
- tempi di esecuzione della prestazione e fasce di contattabilità;
- tempi di riposo del lavoratore e le misure tecniche e organizzative necessarie per assicurare la disconnessione del lavoratore dalle strumentazioni tecnologiche di lavoro;
- modalità di esercizio del potere direttivo e di controllo del datore di lavoro sulla prestazione resa dal lavoratore all'esterno dei locali dell'amministrazione, secondo quanto disposto dall'art. 4 L. 300/1970;
- obiettivi della prestazione e modalità e criteri di misurazione della prestazione;
- impegno del lavoratore a rispettare le prescrizioni indicate nell'informativa sulla salute e sicurezza sul lavoro agile ricevuta dall'Azienda.

3.3 Piano triennale dei fabbisogni del personale

3.3.1 Formulazione del PTFP 2025-2027

Il Piano triennale dei fabbisogni di personale (PTFP), come previsto dall'art. 6 del D.Lgs. 165/2001, è uno strumento integrato nel Piano Integrato di attività e organizzazione, di cui all'art. 6 del D.L. 80/2021. E' finalizzato a rilevare le esigenze dell'amministrazione» e presuppone una mappatura delle funzioni dell'ente. Va redatto in coerenza con il piano delle performance, così come attualmente previsto dal diritto positivo.

La pianificazione non deve però costituire un ostacolo al buon andamento dell'amministrazione, il quale richiede un annuale aggiornamento, che recepisca le esigenze sopravvenute, e il rispetto dei principi che il giudice contabile, cui spetta il sindacato su tale tipologia di atti, contribuisce ad enucleare, perché la loro redazione e attuazione non risultino arbitrarie e non ledano gli interessi della collettività.

Il Piano di fabbisogni di personale (PTFP) implica un'analisi qualitativa e quantitativa delle risorse umane necessarie allo svolgimento della mission aziendale e si configura come un atto di programmazione modulabile e flessibile. In sede di determinazione del PTFP deve essere definita la consistenza della dotazione organica da esprimersi in termini di unità di personale e del relativo valore economico-finanziario.

Con determina n. 52/AST AN/2024 del 31/1/2024 il Direttore Generale della AST Ancona ha adottato il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) contenente il PTFP 2024-2026, pubblicato sul sito internet aziendale nell'area "Amministrazione Trasparente" e, quindi, sul portale PIAO del Dipartimento della Funzione Pubblica. Successivamente con determina n.233/AST AN/2024 del 3/4/2024 il Direttore Generale AST Ancona ha provveduto alla modifica ed integrazione del PTFP di cui alla precedente determina n. 52/2024, con sostituzione del precedente e ridefinizione della dotazione organica – anni 2024-2026, dando atto che gli Allegati relativi al Fabbisogno del Personale ex AV2 Asur venivano integralmente sostituiti dall'Allegato unico contenente i contingenti di personale - per ruolo e profilo professionale - necessari ad assicurare i livelli essenziali di assistenza nel triennio di riferimento. Con la medesima determina n.233/AST/AN/2024 si è stabilito di integrare il PIAO di cui alla determina n. 52/AST AN/2024, con il quadro economico di gestione del tetto di spesa 2024-2026 e con il Trend occupazionale, definito per discipline della Dirigenza area Sanità - anno 2024, dando atto della possibile eventuale rimodulazione, ad invarianza di spesa, in relazione alle intervenute mutate esigenze organizzative aziendali. Il Collegio Sindacale, in data 19/4/2024, ha approvato - senza rilievi la proposta di PIAO AST Ancona con le modifiche apportate di cui alla determina n.233/AST AN/2024.

Con successiva determina n.401/AST AN/2024 del 21/6/2024 si è provveduto alla ulteriore modifica ed integrazione del PIAO, di cui alla precedente determina n. 233/2024, con sostituzione del precedente PTFP e ridefinizione della dotazione organica – anni 2024-2026, con allegato il quadro economico di gestione del tetto di spesa del Personale anni 2024-2026, di cui all'art. 11 comma 1 del D.L. 35/2019 convertito con L. n. 60 del 25/6/2019. La formulazione del PIAO, di cui alla determina n.401/AST AN/2024 del 21/6/2024, è stata approvata senza rilievi dal Collegio Sindacale nella seduta del 11/7/2024.

La Regione Marche con DGR n. 1099 in data 22/7/2024 ha approvato, con indicazione di prescrizioni, il PIAO approvato di cui alla determina del Direttore Generale n. 401/AST AN del 21/6/2024.

Le prescrizioni contenute nella DGR 1099/2024 sono state recepite da AST Ancona in quanto si è provveduto a rimodulare la programmazione occupazionale - anno 2026 - per renderla coerente al tetto di spesa assegnato con DGR n.92/2024.

Inoltre, si è provveduto ad adottare la convenzione per le assunzioni obbligatorie di disabili e categorie protette, di cui alla Legge 68/1999, con determina n.551/AST AN del 24/10/2024.

Relativamente al regolamento in materia di "lavoro agile" verrà inoltrata, alle organizzazioni sindacali, per la prevista informativa sindacale, la proposta di regolamento recentemente formulata dalla Direzione AST.

In data 24/01/2025 con nota prot. 0013957 è stata inviata informativa in merito al PIAO 2025-2027 alle Organizzazioni sindacali del Comparto e della Dirigenza AST Ancona prevista dal vigente CCNL.

Con DGR n.54 del 27/1/2025 è stato rideterminato, in applicazione dell'art. 5 comma 1 del decreto legge 73/2024 convertito in legge n. 107/2024 e dell'art. 11, comma 1, del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35 convertito dalla legge 25 giugno 2019 n. 60, il tetto di spesa del personale degli enti del Servizio sanitario regionale a decorrere dall'annualità 2024.

Alla AST Ancona è stato assegnato un importo incrementale pari ad € 2.718.000, rispetto al tetto di spesa già assegnato con precedente DGR 92/2024, per cui il nuovo tetto di spesa AST Ancona risulta pari ad € 189.356.000.

Nella medesima DGR n.54 del 27/1/2025 si è stabilito che le aziende sanitarie formuleranno i piani di fabbisogno per il triennio 2025/2027 garantendo i LEA, gli obiettivi del PSSR, il rispetto dei tempi delle liste di attesa. In particolare vista la programmazione regionale le aziende assicureranno tutte le misure organizzative per il raggiungimento dell'obiettivo dell'autosufficienza regionale del sangue ed emoderivati e per il supporto alle attività formative nell'ambito dei Protocolli d'intesa Regione-Università per garantire lo svolgimento dei corsi di laurea delle professioni sanitarie.

Inoltre, a partire dall'annualità 2025, la quota incrementale del tetto di spesa del personale dovrà essere finalizzata:

- al potenziamento dei Dipartimenti di prevenzione,
- al potenziamento dei Centri per deficit cognitivi e demenze (CDCD), dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), dei Centri Disturbi Nutrizione e Alimentazione (DNA) dei Centri per l'Autismo, l'età evolutiva e l'età adulta, Alzheimer e demenze, comprese le specifiche progettualità.
- all'assunzione di personale del ruolo tecnico per l'attuazione degli obiettivi del PNRR in particolare modo delle figure professionali per l'avvio del processo della Sanità Digitale;
- allo sviluppo degli Ospedali di base come individuati nel PSSR.
- all'incremento dei fondi contrattuali in attuazione dell'art. 11 comma 1 del dl 35/2029 convertito in legge 60/2019, sulla base delle linee d'indirizzo in corso di adozione da parte della Giunta Regionale, che saranno presentati dalle aziende nell'ambito del PIAO 2025/2027.

Gli incrementi del tetto di spesa del personale, di cui alla DGR 54/2025, rientrano nel bilancio degli enti del SSR, nei limiti dell'autorizzazione del bilancio preventivo economico per l'anno 2024 di cui alle DD.GG.RR. n. 2074 del 29/12/2023 e n. 568 del 16/4/2024 e dell'autorizzazione del bilancio preventivo economico per l'anno 2025 di cui alla DGR n. 2015 del 20/12/2024.

Alla luce di quanto premesso e, in ottemperanza alle specifiche indicazioni regionali di cui alla nota del Dipartimento Salute prot. 110104 del 28/1/2025, acquisita con prot. 16375 del 29/1/2025, il nuovo PTFP 2025-2027 (Piano Triennale di Fabbisogno del Personale), è stato predisposto nel rispetto dei criteri assunzionali stabiliti dalla Regione, prevedendo una politica di reclutamento/valorizzazione del personale, sia sanitario che dei restanti ruoli professionale, tecnico ed amministrativo, con azioni finalizzate anche al potenziamento del territorio avviato in AST Ancona con l'attivazione di n. 5 COT (DGR 858/2024) e n. 7 Punti Salute nell'anno 2024 (Arcevia, Sirolo, Loreto, Monte San Vito, Filottrano, Sassoferrato e Castelfidardo), secondo i nuovi standard ministeriali dettati dal D.M. 77/2022.

Il PTFP 2025-2027 prevede la ri-definizione dei posti di dotazione organica coerente con gli obiettivi regionali stabiliti con la DGR n.54 del 27/01/2025. Prevede, inoltre, il potenziamento di personale, in particolare, negli ambiti della riabilitazione motoria, psichica e dell'autismo, mediante il reclutamento di n.4 Terapisti della Neuro-psicomotricità dell'Età evolutiva. Per l'Area della Riabilitazione motoria si prevedono assunzioni di n. 5 Fisioterapisti per l'attività di riabilitazione domiciliare da destinarsi agli Cure domiciliari riabilitative nei territori/Distretti di Cingoli, Fabriano, Jesi e Ancona e Ospedale di Base Cingoli.

Si prevedono assunzioni di n. 9 Educatori Professionali per il potenziamento dei Servizi UMEE/UMEA e per la Struttura Residenziale Riabilitativa "Casa Rossa" finalizzati alla re-internalizzazione del servizio di "Riabilitazione psichiatrica" con personale dipendente AST Ancona.

Nel PTFP 2025 vengono previsti incrementi di dotazione organica per posti di Infermiere (per n. 10 unità) a Potenziamento delle attività nel territorio, di cui alla Legge 234/2021 art. 1 comma 274 e di n. 15 unità di Infermiere di Famiglia/Comunità (IFOC), come previsto dal D.M. 77/2022.

Inoltre sono previste n. 4 Infermieri per sostituzioni di pari unità di personale che effettua attività di tutoraggio presso l'Università Politecnica della Marche.

Si prevede altresì il reclutamento di n. 12 unità di Infermiere, a tempo determinato, per sopperire alle necessità relative al Piano ferie estivo annualità 2025. Infine, si prevede il reclutamento di n. 3 dirigenti Psicologi per i Distretti e per il potenziamento delle attività del Servizio Territoriale Dipendenze Patologiche.

La Direzione rappresenta l'opportunità di re-internalizzare varie funzioni tra cui la Diagnostica per immagini presso il Presidio E. Profili di Fabriano, mediante reclutamento di n. 3 unità di personale medico di Radiodiagnostica e n. 5 Operatori Tecnici accalappiacani per il servizio specifico presso il Dipartimento di Prevenzione.

Per il potenziamento del Dipartimento di Prevenzione si prevede il reclutamento di n. 8 Assistenti Sanitarie Prevenzione (di cui n. 1 unità per sostituzione di personale che effettua attività di tutoraggio nei corsi di laurea universitario), n. 8 Tecnici della Prevenzione (di cui n. 2 unità per sostituzione di personale che effettua attività di tutoraggio nei corsi di laurea universitario) per rafforzare le attività di prevenzione e sorveglianza nei luoghi di lavoro.

Si prevede un incremento di n.10 unità di personale di Tecnico sanitario di Radiologia medica per potenziamento delle attività di diagnostica per immagini presso i presidi di Jesi/Fabriano e per potenziamento Ospedale di Base di Cingoli.

Nell'Area della Patologia Clinica si prevede il reclutamento di n. 6 unità di Tecnici di Laboratorio biomedico per potenziamento attività UFA e per l'Ospedale di base di Cingoli e n. 1 dirigente Biologo per il potenziamento del personale presso la UOC Patologia Clinica.

Relativamente alle ulteriori finalizzazioni dell'incremento del tetto di spesa del personale, previste con DGR 54/2025, con riguardo al potenziamento dell'Area tecnica di supporto all'implementazione del PNRR (Sanità digitale) vengono previsti in assunzione n. 2 Collaborati Tecnici informatici, n. 1 Programmatore informatico, n. 2 Collaboratori Tecnici ingegneri/architetti, n. 1 Ingegnere clinico e n.4 assunzioni di unità personale del profilo di Assistente tecnico "Geometra".

Si prevede il potenziamento dell'Ospedale di Base di Cingoli mediante la previsione della struttura complessa UOC Medicina Generale e degenza post acuzie e UOSD Direzione Medica stabilimento Cingoli nel redigendo atto aziendale AST Ancona presentato alla Conferenza dei Sindaci in data 28/01/2025, e il reclutamento di n. 1 medico di medicina interna e n. 3 Tecnici di radiologia e n.1 Medico di radiodiagnostica.

In ordine all'obiettivo di riduzione di Liste di Attesa la Direzione prevede il reclutamento di n. 3 dirigenti medici di Radiodiagnostica, n. 4 medici Cardiologi, n. 3 medici di Malattie Apparato respiratorio, n. 1 Medico di Medicina dello sport e n. 3 Medici di Oftalmologia e di n. 1 unità di Assistente Amministrativo a supporto delle attività amministrative dello specifico Servizio Liste di Attesa.

In ordine alle problematiche connesse al reclutamento di personale medico per l'Area dell'Emergenza, sono stati inseriti nel PTFP assunzioni di n. 10 unità di personale medico da reclutare mediante procedura concorsuale, per i DEA di I° livello della AST Ancona.

In merito alle unità di personale dei ruoli amministrativo e tecnico, nel PTFP 2025 si prevede la copertura del turn over del personale del ruolo amministrativo, anche mediante la previsione di assunzioni a tempo indeterminato, ai sensi della Legge 56/1987, di n. 21 coadiutori amministrativi, per i vari CUP/front office, a fronte di pari numero di cessazioni nell'annualità 2025.

Nell'annualità 2026 la Direzione Strategica attuerà il nuovo modello organizzativo previsto dal redigendo Atto aziendale, prevedendo la copertura degli incarichi di struttura complessa del ruolo sanitario e PTA.

Con riferimento al collocamento obbligatorio di cui alla Legge 68/1999, AST Ancona ha sottoscritto apposita convenzione, con la Regione Marche, recepita con determina n. 551/AST AN del 24/10/2024, finalizzata all'assunzione nel quinquennio 2024-2029, di n. 66 unità complessive di personale, ex art. 1 comma 1 L. 68/1999 e n.2 unità ex art. 18 comma 2 L. 68/1999 (di cui n. 1 unità reclutata dal 1°/2/2025), inclusi n. 10 tirocini per Operatore tecnico e n. 10 tirocini per Coadiutore amministrativo, il cui bando verrà avviato entro l'anno 2025.

La Giunta regionale delle Marche con DGR n.946 del 26/6/2023 ha approvato le linee d'indirizzo per l'avvio delle stabilizzazioni c.d. COVID (art. 1, comma 268, lett. b), L. 234/2021 e s.m.i).

La stabilizzazione del predetto personale costituisce obiettivo prioritario per la Direzione aziendale. AST Ancona con la determina n.1522 del 20/10/2023, il cui Allegato 1) contiene specifico programma per le stabilizzazioni, ha approvato le varie graduatorie dei candidati stabilizzabili, distinti per profilo professionale, completamente escluse ad eccezione del profilo di Dirigente Psicologo. Nel PTFP 2025 vengono inserite nel programma di stabilizzazione n. 2 unità di Dirigente Psicologo.

Nel corrente anno 2025 si procederà all'immissione in ruolo (a far data 1/3/2025) di n. 1 dirigente odontoiatra la cui procedura di stabilizzazione di cui all'art. 20 comma 2 del D.lgs. 75/2017 si è conclusa il 31/12/2024. Le stabilizzazioni programmate per l'anno 2024 (n. 1 dirigente professioni sanitarie – area della prevenzione, n. 2 dirigenti analisti e n. 1 assistente amministrativo) sono state concluse entro il 31/12/2024.

Si rappresentano, di seguito, gli ulteriori elementi istruttori richiesti dalla sopra citata nota del Dipartimento Salute, prot. 110104 del 28/1/2025:

a) Stato attuazione assunzioni PTFP 2024 al 31/12/2024:

Al riguardo si segnala che per le seguenti unità di personale non è stata concretizzata l'assunzione per le motivazioni di seguito indicate:

- n. 7 strutture complesse dirigente medico (procedure non avviate nelle more dell'atto aziendale);
- n. 1 struttura complessa dirigente psicologo (procedure non avviate nelle more dell'atto aziendale);
- n. 4 dirigenti medici (procedure concorsuali concluse al 31/12/2024 e non concretizzate in assunzioni entro il 31/12/2024);
- n. 3 dirigenti veterinari (n. 1 unità di personale riproposta nel 2025);
- n. 3 dirigenti farmacisti (unità di personale con procedura assunzionale avviata nel 2024 e da concludere nel 2025);
- n. 1 biologo (unità di personale da assumere nell'anno 2025);
- n.6 educatori professionali (posti inseriti nel concorso regionale aggregato con azienda capofila AST Macerata non espletato nel 2024);
- n. 1 fisioterapista (richiesta nominativi da procedura concorsuale INRCA non espletato nel 2024);
- n.1 ortottista (procedura di mobilità ex art 30 D.lgs. 165/2001 in itinere);
- n. 1 audiometrista (procedura di avviso pubblico terminata nel 2024 con assunzione nel 2025);
- n. 5 tecnici della prevenzione (procedura di mobilità in itinere e assunzione da procedura concorsuale aggregata in itinere);

- n. 4 tecnici di radiologia (graduatoria avviso pubblico escussa con esito negativo e nuova bandizione di avviso pubblico);
- n. 2 tecnici di laboratorio (graduatoria avviso pubblico escussa con esito negativo e nuova bandizione di avviso pubblico nel 2025);
- n. 2 assistenti sociali (slittamento data assunzione procedura concorsuale pregressa ex AV2);
- n. 1 dirigente professioni sanitarie (procedura da avviare nell'anno 2025).

b) Avvenuta informativa sindacale

Con nota prot. 0013957 del 24/01/2025 è stata inviata l'informativa sindacale prevista dal vigente CCNL, in merito al PIAO 2025-2027, alle Organizzazioni sindacali del Comparto e della Dirigenza.

c) Piano di stabilizzazione:

La Giunta regionale delle Marche con DGR n.946 del 26/6/2023 ha approvato le linee d'indirizzo per l'avvio delle stabilizzazioni c.d. COVID (art. 1, comma 268, lett. b), L. 234/2021 e s.m.i).

La stabilizzazione del predetto personale costituisce obiettivo prioritario per la Direzione aziendale. AST Ancona con la determina n.1522 del 20/10/2023, il cui Allegato 1) contiene specifico programma per le stabilizzazioni, ha approvato le varie graduatorie dei candidati stabilizzabili, distinti per profilo professionale, completamente escusse ad eccezione del profilo di Dirigente Psicologo. Nel PTFP 2025 vengono inserite nel programma di stabilizzazione n. 2 unità di Dirigente Psicologo.

Nel corrente anno 2025 si procederà all'immissione in ruolo (a far data 1/3/2025) di n. 1 dirigente odontoiatra la cui procedura di stabilizzazione di cui all'art. 20 comma 2 del D.Lgs. 75/2017 si è conclusa il 31/12/2024. Le stabilizzazioni programmate per l'anno 2024 (n. 1 dirigente professioni sanitarie – area della prevenzione, n. 2 dirigenti analisti e n. 1 assistente amministrativo) sono state concluse entro il 31/12/2024.

d) Assunzioni categorie protette:

Con riferimento al collocamento obbligatorio di cui alla Legge 68/1999, AST Ancona ha sottoscritto apposita convenzione, con la Regione Marche, recepita con determina n. 551/AST AN del 24/10/2024, finalizzata all'assunzione nel quinquennio 2024-2029, di n. 66 unità complessive di personale, ex art. 1 comma 1 L. 68/1999 e n.2 unità ex art. 18 comma 2 L. 68/1999 (di cui n. 1 unità reclutata dal 1°/2/2025), inclusi n. 10 tirocini per Operatore tecnico e n. 10 tirocini per Coadiutore amministrativo, il cui bando verrà avviato entro l'anno 2025.

e) Dotazione organica per teste e valore economico:

Relativamente alla dotazione organica AST Ancona, il PTFP 2025-2027 evidenzia una consistenza di personale dipendente, rilevata al 31/12/2024 (Allegato n.2) che risulta pari a n. 4.317 unità (TI + TD) su n. 4.515 posti di dotazione organica (prevista al 31/12/2027), con un delta incrementale pari a n. 198 unità di personale.

La dotazione organica previsionale, a tendere per l'anno 2027, anche in funzione della riorganizzazione di cui alla L.R. 19/2022 e alla realizzazione del nuovo atto aziendale AST Ancona, evidenzia un delta incrementale per le seguenti unità di personale:

- N. 15 Direttori Medici
- N. 53 dirigenti Medici
- N. 1 dirigente Veterinario
- N. 2 dirigenti Farmacisti
- N. 1 dirigente Biologo
- N. 3 dirigenti Psicologi
- N. 2 dirigenti Odontoiatri
- N. 7 Assistenti sanitari
- N. 19 Infermieri
- N- 9 Educatori professionali
- N. 3 Fisioterapisti
- N. 4 Tecnici di Neuro-psicomotricità
- N. 2 Logopediste
- N. 1 ortottista
- N. 2 audiometristi
- N. 1 Terapista occupazionale
- N. 1 Tecnico di Neurofisiopatologia
- N. 8 Tecnici della Prevenzione
- N. 9 Tecnici di Radiologia medica
- N. 3 Tecnici di Laboratorio Biomedico
- N. 1 Assistente religioso
- N. 2 Assistenti sociali
- N. 7 collaboratori tecnici professionali
- N. 6 O.T. specializzati Cat C

-
- N. 1 O.T. specializzato Bs
 - N. 5 OSS
 - N. 8 O.T.
 - N. 4 Direttori Amministrativi
 - N. 2 Dirigenti amministrativi
 - N. 15 Collaboratori amm.vi Cat D
 - N. 9 Assistenti amm.vi
 - N. 15 Coadiutori amm.vi
 - N. 1 Dirigente Professioni sanitarie
 - N. 5 Ausiliari (variazione in negativo: ruolo ad esaurimento)

La istituzione di dette figure professionali incrementalmente risulta compatibile con il tetto di spesa del personale di cui alla DGR 54/2025.

Il PTFP 2025-2027 prevede la ri-definizione dei posti di dotazione organica coerente con gli obiettivi regionali stabiliti con la DGR n.54 del 27/01/2025.

Il PTFP 2025-2027, anche nel rispetto del tetto economico assegnato all'AST Ancona con DGR 54/2025, sarà monitorato costantemente e aggiornato, in presenza di eventuali nuovi indirizzi della programmazione sanitaria regionale e di sopravvenute esigenze aziendali nei limiti del tetto di spesa assegnato e fatta salva l'assegnazione di nuove risorse finanziarie (Allegato Tetto di spesa e Budget).

f) Progressioni tra le aree Comparto.

Relativamente alle procedure di Verticalizzazione del personale del Comparto, la ex Area Vasta n.2, confluita in AST Ancona ai sensi della L.R. 19/2022, ha provveduto a bandire le selezioni, ai sensi dell'art. 22 del D.Lgs. 75/2017, con determina n. 2265/AV2 del 30/12/2022 per i seguenti profili professionali:

- N. 10 posti per OSS;
- N. 9 posti per O.T. specializzato;
- N. 4 posti per O.T. specializzato senior area emergenza;
- N. 9 posti di Assistente amm.vo;
- N.12 posti di Collaboratore amm.vo professionale;
- N. 4 posti di Collaboratore tecnico professionale.

Nel PTFP 2025 sono stati ri-proposte le procedure di Verticalizzazione, bandite nell'anno 2022 e non ancora espletate, implementate secondo gli ulteriori contingenti:

- N. 4 posti per Assistente Amministrativo
- N. 2 posti per Collaboratore Amministrativo
- N. 2 posti per O.T. specializzato senior area emergenza

Dette ulteriori selezioni, per complessivi n. 8 posti, verranno espletate nell'anno 2025, previa bandizione, secondo i criteri stabiliti dall'art. 20 del CCNL 2/11/2022.

3.3.2 Finalizzazioni del PTFP 2025-2027 – DGR 54/2025

Nel presente paragrafo, si rappresentano, in maniera dettagliata, le finalizzazioni del PTFP indicate, dalla Giunta Regionale con DGR 54/2025, come richiesto dalla sopra citata nota del Dipartimento Salute, prot. 110104 del 28/01/2025.

a) Assunzioni per liste di attesa, in particolare quelle necessarie per ridurre i tempi d'attesa delle prime 30 prestazioni critiche

In ordine all'obiettivo di riduzione di Liste di Attesa la Direzione prevede il reclutamento di n. 3 dirigenti medici di Radiodiagnostica, n. 4 medici Cardiologi, n. 3 medici di Malattie Apparato respiratorio, n. 1 Medico di Medicina dello sport e n. 3 Medici di Oftalmologia e di n. 2 unità di Assistente Amministrativo a supporto delle attività amministrative dello specifico Servizio Liste di Attesa.

b) Raggiungimento dell'obiettivo dell'autosufficienza regionale del sangue

L'obiettivo dell'autosufficienza del sangue per AST Ancona è stato ampiamente raggiunto nell'anno 2024 e per l'anno 2025 vengono confermate le attività di produzione del sangue con il personale in organico. Nel PTFP 2025 si prevede il reclutamento di n.1 unità di personale medico.

c) Potenziamento del Dipartimento di Prevenzione

Per il potenziamento del Dipartimento di Prevenzione si prevede il reclutamento di n. 8 Assistenti Sanitarie Prevenzione (di cui n. 1 unità per sostituzione di personale che effettua attività di tutoraggio nei corsi di laurea universitario), n. 8 Tecnici della Prevenzione (di cui n. 2 unità per sostituzione di personale che effettua attività di tutoraggio nei corsi di laurea universitario) per rafforzare le attività di prevenzione e sorveglianza nei luoghi di lavoro.

d) Potenziamento dei Centri per deficit cognitivi e demenze (CDCD) dei DSM dei DNA e dei Centri per Autismo, UMEE, Alzheimer ecc.

Il PTFP – 2025-2027 prevede, inoltre, il potenziamento di personale, in particolare, negli ambiti della riabilitazione motoria, psichica e dell'autismo, mediante il reclutamento di n.4 Terapisti della Neuro-psicomotricità dell'Età evolutiva. Per l'Area della Riabilitazione motoria si prevedono assunzioni di n. 5 Fisioterapisti per l'attività di riabilitazione domiciliare da destinarsi agli Cure domiciliari riabilitative nei territori/Distretti di Cingoli, Fabriano, Jesi e Ancona e Ospedale di Base Cingoli.

Si prevedono assunzioni di n. 9 Educatori Professionali per il potenziamento dei Servizi UMEE/UMEA e per la Struttura Residenziale Riabilitativa "Casa Rossa" finalizzati alla re-internalizzazione del servizio di "Riabilitazione psichiatrica" con personale dipendente AST Ancona.

Infine, si prevede il reclutamento di n. 5 dirigenti Psicologi per i Distretti e per il potenziamento delle attività del Servizio Territoriale Dipendenze Patologiche.

e) Assunzione di personale del ruolo tecnico per attuazione obiettivi PNRR

Relativamente alle ulteriori finalizzazioni dell'incremento del tetto di spesa del personale, previste con DGR 54/2025, con riguardo al potenziamento dell'Area tecnica di supporto all'implementazione del PNRR (Sanità digitale) vengono previsti in assunzione n. 2 Collaborati Tecnici informatici, n. 1 programmatore informatico, n. 2 Collaboratori Tecnici ingegneri/architetti e n. 1 ingegnere clinico per il Servizio di Ingegneria Clinica. Si prevedono n.4 assunzioni di unità personale del profilo di Assistente tecnico "Geometra".

f) Sviluppo Ospedale di Base Cingoli

Per il potenziamento dell'Ospedale di Base di Cingoli viene prevista la struttura complessa UOC Medicina Generale e degenza post acuzie e UOSD Direzione Medica stabilimento Cingoli nel redigendo atto aziendale AST Ancona presentato alla Conferenza dei Sindaci in data 28/01/2025, e il reclutamento di n. 1 Medico di Medicina interna, n.1 Medico di Radiodiagnostica, n. 3 Tecnici di radiologia/ laboratorio e n. 1 Fisioterapista.

g) Incremento fondi contrattuali

Con DGR n. 55 del 27/01/2025 ad oggetto: "*L.R. 19/2022 art. 20 comma 2 lett. e) – art. 7 comma 1 lett. c) del CCNL Comparto Sanità triennio 2019-2021 e art. 7 comma 1 lettere a) del CCNL Dirigenza Area Sanità triennio 2019 – 2021 - Approvazione Linee Generali d'indirizzo alle Aziende del SSR sulle modalità di incremento dei fondi contrattuali*" sono state approvate, ai sensi dell'art. 20 comma 2 lett. e) della L.R. n. 19/2022, dell'art. 7 comma 1 lett. c) del CCNL Comparto Sanità triennio 2019-2021 e dell'art. 7 comma 1 lett. a) del CCNL Dirigenza Area Sanità triennio 2019-2021, le Linee di indirizzo agli Enti del SSR sulle modalità di incremento dei fondi contrattuali del personale degli enti del SSR.

Le linee d'indirizzo prevedono che, sulla base delle indicazioni dettate dalla Giunta Regionale nell'ambito della programmazione annuale e triennale e, comunque, in sede di approvazione del PTFP all'interno del PIAO, le aziende del SSR potranno programmare l'incremento dei fondi contrattuali attenendosi alle indicazioni del citato art. 11 DL 35/2019, secondo le modalità applicative indicate dalla Conferenza delle Regioni nel documento sopracitato. Ciò nel limite delle risorse definite in sede di definizione del bilancio di previsione annuale e nel rispetto del limite di spesa del personale previsto dall'art. 11, c. 1 del DL 35/2019.

Considerando l'esigenza di uniformazione dei trattamenti economici del personale, di garantire il rispetto dell'equilibrio economico e lo sviluppo del SSR, gli incrementi dei fondi dovranno essere programmati sulla base:

- dell'entità delle risorse dei fondi di ciascuna azienda e delle quote medie dei fondi contrattuali (intese come totale dei fondi/UE);
- della dinamica organizzativa e di sviluppo del SSR anche sulla base degli atti aziendali;
- delle finalità di specifiche disposizioni di legge in deroga alle ordinarie facoltà assunzionali, con copertura degli oneri a carico della legge medesima ivi compresi gli oneri per la retribuzione accessoria. In tale casistica, vengono ricomprese anche le risorse previste dalla L. n. 234/2021 per il potenziamento dell'assistenza territoriale.

Considerando che il comma 6 degli articoli 94, 95 e 96 del CCNL del 19.12.2019 conferma che la quantificazione dei fondi deve comunque avvenire, complessivamente, nel rispetto dell'articolo 23, comma 2 del D.Lgs. n. 75/2017, l'incremento dei fondi come sopra descritto potrà intervenire solo qualora consentito dalle disposizioni di legge nel tempo vigenti, ed autorizzato nell'ambito della programmazione annuale e triennale da parte della Giunta Regionale.

L'art. 23 comma 2 del D.lgs n. 75/2017 prevede che: "a decorrere dal 1° gennaio 2017, l'ammontare complessivo delle risorse destinate annualmente al trattamento accessorio del personale, anche di livello dirigenziale, di ciascuna delle amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, non può superare il corrispondente importo determinato per l'anno 2016.

L'art. 11 del dl 35/2019 convertito in legge n. 60/2019 prevede che: "a decorrere dal 2019, la spesa per il personale degli enti del Servizio sanitario nazionale delle regioni, nell'ambito del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato e ferma restando la compatibilità finanziaria, sulla base degli indirizzi regionali e in coerenza con i piani triennali dei fabbisogni di personale, non può superare il valore della spesa sostenuta nell'anno 2018, come certificata dal Tavolo di verifica

degli adempimenti di cui all'articolo 12 dell'Intesa 23 marzo 2005 sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, o, se superiore, il valore della spesa prevista dall'articolo 2, comma 71, della legge 23 dicembre 2009, n. 191. I predetti valori sono incrementati annualmente, a livello regionale, di un importo pari al 10 per cento dell'incremento del Fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente. Nel triennio 2019-2021 la predetta percentuale è pari al 10 per cento per ciascun anno. Tale importo include le risorse per il trattamento accessorio del personale, il cui limite, definito dall'articolo 23, comma 2, del decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75, è adeguato, in aumento o in diminuzione, per garantire l'invarianza del valore medio pro-capite, riferito all'anno 2018, prendendo a riferimento come base di calcolo il personale in servizio al 31 dicembre 2018".

Con documento n. 20/186/CR4ter/C7 del 22 ottobre 2020, la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome ha emanato le "Indicazioni applicative per l'incremento dei fondi contrattuali per il trattamento accessorio del personale delle aziende ed enti del SSN in relazione al disposto dell'art. 11 comma 1 del dl 35/2019 convertito in legge n. 60/2019" sulla scorta del parere del Ministero Economia e Finanze n. 179877 del 1 settembre 2020. In base a tale documento, l'incremento del fondo contrattuale è pari al valore medio pro-capite riferito all'anno 2018 prendendo come base di calcolo il rapporto tra il fondo contrattuale anno 2018 certificato dal Collegio sindacale e il numero del personale in servizio al 31/12/2018. La circolare indica inoltre le modalità di quantificazione degli incrementi/decrementi rispetto all'andamento del trend occupazionale.

Al fine della definizione dell'incremento dei fondi delle AASSTT verrà presa a riferimento la quota media anno 2018 della ex ASUR pari ad euro 24.499 (per la Dirigenza sanitaria) calcolata sulla base dei dati trasmessi dalle AA.SS.TT. con note acquisite agli atti prot. n. 1593882 del 19/12/2024 dell'AST PU, prot. n. 1579935 del 17/12/2024 dell'AST AN, prot. n. 1584526 del 17/12/2024 AST MC, prot. n.1605396 del 20/12/2024 dell'AST FM e prot.n. 1571462 del 13/12/2024 dell'AST AP.

Sulla base delle indicazioni dettate dalla Giunta Regionale nell'ambito della programmazione annuale e triennale e, comunque, in sede di approvazione del PTFP all'interno del PIAO, le aziende del SSR potranno programmare l'incremento dei fondi contrattuali attenendosi alle indicazioni del citato art. 11 DL 35/2019 secondo le modalità applicative indicate dalla Conferenza delle Regioni nel documento sopracitato. Ciò nel limite delle risorse definite in sede di definizione del bilancio di previsione annuale e nel rispetto del limite di spesa del personale previsto dall'art. 11, c. 1 del DL 35/2019.

In attuazione della normativa citata e della DGR 55/2025, considerata l'evoluzione e l'implementazione dei Servizi sanitari in considerazione del nuovo assetto aziendale, di cui all'art. 24 della L.R. 19/2022, AST Ancona ha provveduto a valorizzare nell'ambito del PTFP 2025-2027 l'incremento dei Fondi per la sola Dirigenza Sanitaria - in quanto per il personale del Comparto le UE programmate al 31/12/2025 (n. 3.426)

risultano inferiori al numero di teste presenti al 31/12/2018 (n. 3.463) - alla quota media anno 2018 della ex Asur, pari ad € 24.499, moltiplicata per il delta UE anno 2024+2025 rapportato alle teste in servizio al 31/12/2018 (delta pari a 8,5), per un valore complessivo di € 281.126 (cfr. Allegato Tabella incremento fondi in applicazione art. 11 comma 1 D.L. 35/2019).

La specifica finalizzazione di detto incremento fondi, in ragione dell'istituzione di nuovi Servizi/Aree funzionali in attuazione del nuovo atto aziendale, verrà formalizzata previo confronto con le Organizzazioni sindacali della dirigenza sanitaria AST Ancona.

Gli allegati alla presente sottosezione relativi al Personale AST Ancona sono i seguenti:

- Allegato 6 - PTFP – triennio 2025-2027;
- Allegato 7 – Dotazione organica per teste e valore economico al 31/12/2024 e proposta correlata al PTFP – triennio 2025-2027
- Allegato 8 – Tetto di spesa e budget – triennio 2025-2027
- Allegato 9 – Tabella riepilogativa assunzioni e cessazioni per profilo con relativi costi (costi standard) e dettaglio per disciplina
- Allegato 10 – Tabella incremento fondi in applicazione art. 11 comma 1 D.L. 35/2019.

3.3.3 Piani Azioni Positive

L'AST di Ancona ha proceduto alla costituzione del Comitato Unico di Garanzia (CUG) con Determina n. 445 del 24/03/2023 ed è in corso di aggiornamento la sua composizione mediante riapertura dei termini di presentazione delle domande avvenuta con Determina n. 776 del 31/12/2024.

E' stato adottato il Piano triennale delle Azioni Positive (P.A.P.) 2023-2025 con Determina n. 163 del 13/02/2023, alla quale si rimanda per una consultazione dettagliata degli allegati approvati.

3.4 Formazione del Personale

3.4.1 Premessa

L'Azienda riconosce l'importanza della formazione come leva di sviluppo dell'organizzazione e dei professionisti e promuove percorsi formativi volti a potenziare le competenze manageriali, organizzative nonché digitali, necessarie anche per lo sviluppo del lavoro agile; a tal fine dovranno essere previste specifiche iniziative formative, diversificate in base al target di riferimento: Dirigenza e Comparto.

Il piano formativo per i dirigenti sarà finalizzato in particolare a dotarli di nuove competenze digitali nonché di quelle necessarie per una diversa organizzazione del lavoro e per sviluppare modalità di comprensione e di coordinamento delle dinamiche afferenti allo smart worker management indispensabili per una gestione efficiente del lavoro agile.

Anche per l'area comparto l'obiettivo della formazione dovrà essere quello dell'aggiornamento delle competenze digitali e nuove soft skills, per il lavoro in autonomia, la collaborazione, la condivisione delle informazioni ed il miglioramento dell'utilizzo delle piattaforme informatiche.

3.4.2 Piano Formativo Aziendale

Ai fini della predisposizione del Piano Formazione Aziendale (PFA) per l'anno 2025 si è provveduto a programmare una articolata analisi dei fabbisogni formativi che ha previsto il coinvolgimento di tutti i Dipartimenti, i servizi e le strutture, attraverso il coinvolgimento attivo dei Referenti di Rete per la Formazione attraverso modulistica apposita.

Per orientare la raccolta dei fabbisogni, ai Referenti di Rete e ai Direttori di Dipartimento è stata trasmessa la nota del Dipartimento Salute prot. 0197693 del 12/11/2024 avente oggetto "Linee di indirizzo per la programmazione delle attività formative anno 2025" in cui si dettagliano i seguenti obiettivi formativi da privilegiare:

-  le azioni contenute nel Piano regionale della prevenzione 2020-2025 -DGRM n.1640/21- e nel Piano di preparazione e risposta a una pandemia influenzale ai sensi della DGRM n.188/2022
-  le azioni contenute nel Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico Resistenza (PNCAR) 2023-2025 ai sensi della DGRM n.1084/2023;
-  le azioni del Piano regionale Prevenzione Vaccinale 2023-2025 ai sensi della DGRM n.797/2024;

✚ gli interventi previsti dal PNRR M6:

- C1.3.1 implementazione dell'utilizzo del FSE in coerenza con l'infrastruttura tecnologica e con il Piano operativo per l'incremento delle competenze digitali – interventi di formazione, 2025 di prossima formalizzazione, in coerenza con le Linee operative Formazione FSE 2.0;
- C.2.2 accrescimento delle competenze in tema di infezioni ospedaliere secondo la programmazione regionale DGRM n.398 del 27 marzo 2022 per il raggiungimento del target del 52% del personale ospedaliero formato entro marzo 2025 e del 100% entro il 2026;

✚ la co-progettazione nelle case di comunità con le equipe multi-professionali e il proseguimento della formazione dell'infermiere di famiglia/comunità, in applicazione del Decreto Ministeriale del 23 maggio 2022 n.77;

✚ le cure palliative di base da parte della rete dei formatori costituitasi a seguito del corso regionale svolto nel 2024;

✚ le competenze digitali e l'Health Technology Assessment (HTA);

✚ la violenza contro gli operatori e il benessere dei sanitari e di tutto il personale dipendente e convenzionato.

Altro riferimento per la compilazione della scheda dei fabbisogni è dato dal Piano Formativo Regionale triennale 2025-2027 deliberato con DGRM 2028 del 30/12/2024 le cui proposte hanno carattere prioritario e di orientamento per la definizione del fabbisogno aziendale.

Prima della stesura definitiva del PFA, i fabbisogni raccolti sono stati oggetto di analisi sistematica e successiva discussione con le Unità proponenti, al fine di armonizzare le richieste pervenute all'interno di un quadro coerente e omogeneo per l'intera realtà aziendale.

La sintesi ottenuta è poi stata oggetto di valutazione da parte del Comitato Scientifico per la Formazione, organo aziendale definito all'interno dell'accreditamento dell'AST AN quale provider ECM.

All'interno del PFA 2025 trovano posto i percorsi formativi obbligatori per legge in materia di prevenzione e sicurezza, privacy, anticorruzione, rischio clinico.

L'elenco definitivo dei fabbisogni è poi trasmesso alle OO.SS. del Comparto e della Dirigenza per le opportune informative. Il Piano della Formazione dell'AST di Ancona per l'anno 2025 sarà approvato entro la scadenza del 28/02/2025.

3.4.3 Attività formative regionali (PFR)

Con Deliberazione n. 2028 del 30/12/2024 la Giunta Regionale ha approvato il Piano di Formazione Regionale 2025-2027 rivolto al personale del Servizio Sanitario Regionale, stabilendo che la sua realizzazione sia demandata agli Enti del SSR, ponendo gli oneri necessari a carico degli stessi, fatta salva fatta salva la presenza di specifici finanziamenti stanziati da appositi atti nazionali e regionali.

Con Decreto del Dirigente del Settore Risorse Umane e Formazione n. 7 del 30 gennaio 2025 è stata affidata all'AST di Ancona la gestione di **22** progetti formativi che i referenti regionali dovranno realizzare entro il triennio di competenza del Piano stesso (Allegato Piano della Formazione Regionale).

Con DGRM n. 1640 del 28/12/2021 è stato approvato il Piano Regionale di Prevenzione 2020-2025, che prevede al suo interno numerose azioni formative dirette sia agli operatori sanitari che ai diversi stakeholder (scuole, aziende, cittadinanza ecc.). Successivamente, con Decreto ARS n. 29 del 17/10/2023 e n. 28 del 02/08/2024 sono stati assegnati all'AST i fondi necessari per la realizzazione di specifici progetti nell'ambito di tale Piano. Il recepimento dei fondi è avvenuto con Determina AST AN n. 1887 del 29/12/2023 e n. 766 del 31/12/2024, nel cui allegato si specificano le attività da realizzare entro il 2025 (Allegato Piano Regionale della Prevenzione

3.4.4 Attività formative nazionali (PNRR)

Le attività formative collegate al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - MISSIONE 6 - SALUTE sono le seguenti:

- 1) PNRR Missione 6 Componente 2 - Investimento 2.2: sviluppo delle competenze tecniche-professionali digitali e manageriali del personale del sistema sanitario Sub-investimento 2.2.3 – Corso di formazione manageriale;
- 2) PNRR Missione 6 Salute C2 intervento 2.2 b “Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario” Corso di formazione in infezioni ospedaliere;
- 3) PNRR Missione M6C2 Investimento 1.3.1b «Adozione e utilizzo FSE da parte delle regioni» - Piano Formativo per lo sviluppo del Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0.

Per il programma sulle infezioni, nel quadro delle indicazioni nazionali, è stato predisposto e approvato dalla Regione il Piano Formativo Regionale sulle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) in ambito Ospedaliero [1].

Il programma formativo è stato sviluppato in modalità blended, prevedendo sia una formazione teorica di base e di approfondimento, che una formazione pratica a livello locale presso le strutture sanitarie di afferenza dei partecipanti.

Il percorso si articola in 4 moduli (A, B, C e D) che la Regione Marche ha previsto di articolare in 3 corsi: FAD base (modulo A+B), modulo pratico C, modulo D, specificamente rivolto ai Comitati ICA. Il programma formativo, avviato nel 2023 si dovrà concludere nel 2026.

L'Ufficio Formazione dell'AST Ancona ha organizzato ed erogato, nel 2023, il Modulo D dedicato ai componenti del Comitato Infezioni Correlate alla Assistenza (C-ICA) e loro team operativi.

Nel corso del 2024 è stata svolta la formazione rivolta al target ospedaliero affidato all'AST AN soddisfacendo la richiesta di raggiungere un target legato agli obiettivi regionali e nazionali di almeno il 50% dei dipendenti ospedalieri partecipanti al modulo A del corso base ICA.

La formazione AST AN ha infatti raggiunto il **56,26%** di quanto previsto per il 2026.

Per l'anno 2025 è previsto il prosieguo dell'azione formativa rivolta al target ospedaliero attraverso l'erogazione dei moduli A+B+C del percorso fino alla formazione dell'intero target.

Per la seconda linea di intervento, nel quadro del Piano Operativo predisposto da AGENAS per il Corso di formazione Manageriale 2.2 (C), come allegato allo Schema di Decreto del Ministro della Salute per l'attuazione dell'intervento e approvato dalla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le PA il 02/03/2023 (Repertorio atti n.27/CSR) e avviato nel 2023, l'AST Ancona ha svolto gli adempimenti richiesti dalla Regione per la identificazione dei professionisti da coinvolgere nei corsi manageriali.

^[1] DGRM 656 del 30/05/2022 Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) Missione 6 Salute – Componenti 1 e 2: aggiornamento dell'elenco degli interventi di cui alla delibera n. 271/2022 e approvazione del Piano Operativo Regionale;

DGRM 812 del 27/06/2022; Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – Missione 6 Salute: Recepimento Contratto Istituzione di Sviluppo;

DGRM 970 del 27/07/2022 Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) Missione 6 Salute – Componenti 1 e 2: Approvazione delega delle attività e ripartizione risorse agli Enti del Sistema Sanitario Regionale;

DGRM 1330 del 17/10/22 Oggetto: Modifica della DGRM. 970 del 27 luglio 2022 "Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) Missione 6 Salute -Componenti 1 e 2: Approvazione delega delle attività e ripartizione risorse agli Enti del Sistema Sanitario Regionale". Sostituzione Allegati n.2 e n.3.

I corsi sono stati attivati dalle Università delle Marche e per l'anno 2025 l'AST AN svolgerà gli ulteriori adempimenti richiesti dalla Regione, secondo le indicazioni del Ministero della Salute e di AGENAS che ha definito contenuti del corso, criteri di selezione dei partecipanti, dei docenti, e degli enti di formazione e che monitorerà le attività.

A livello nazionale l'intervento prevede, infatti, la formazione di n. 4.500 manager e middle manager del Servizio Sanitario Nazionale da effettuarsi in tre anni a partire dal 2023 e fino al 2026. Per la Regione Marche è prevista la formazione di 106 professionisti, di cui una parte provenienti dalla AST AN, nei tre anni previsti dall'investimento.

Per le attività formative previste dal PNRR Missione M6C2 Investimento 1.3.1b «Adozione e utilizzo FSE da parte delle regioni» - Piano Formativo per lo sviluppo del Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0, l'AST Ancona prevede di seguire le indicazioni regionali per l'organizzazione ed erogazioni dei corsi previsti per la formazione, cosiddetta, spoke e che saranno condivise con gli Enti del SRR nei primi mesi del 2025 dalla Regione.

L'ufficio ha partecipato con un suo referente aziendale indicato dalla Direzione Generale al 'Tavolo tecnico di coordinamento regionale sulla Formazione FSE' (Decreto SRU n.83 del 30/11/23) previsto dal documento nazionale *Linee operative Formative Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0*.

Il tavolo è responsabile dell'attivazione, integrazione e coordinamento di tutti gli attori e di tutte le azioni a livello regionale e aziendale, con ruolo di coordinamento della formazione spoke, a partire dalla formazione dei formatori (hub), in linea con il 'Piano Operativo per l'incremento delle competenze digitali Formazione' approvato dal Ministero della Salute e dal Dipartimento per la trasformazione digitale.

Nel 2024 è stata svolta una prima edizione della formazione Spoke a livello aziendale attraverso la realizzazione di due eventi formativi legati agli ambiti RIS e LIS. Nel corso del 2025 tale formazione dovrà essere completata ed estesa agli altri ambiti previsti dal Progetto.

3.4.5 Linee guida per il Piano formativo triennale

Per i successivi anni 2026-2027, gli obiettivi triennali del Piano della formazione saranno orientati dal Piano della Formazione Regionale, dal Piano della Prevenzione Regionale, dalle azioni previste dal PNRR, nonché dai Piani formativi Aziendali a cadenza annuale come previsto dalle condizioni di accreditamento di AST AN come provider ECM.

Altro ruolo guida è costituito dal Piano strategico PANFLU e, a livello regionale, dal Piano strategico operativo di preparazione e risposta a una pandemia influenzale.

Oltre a tali priorità, saranno inserite nel Piano triennale quanto previsto dal PNRR, oltre a tutti i percorsi formativi obbligatori per legge in materia di prevenzione e sicurezza, privacy, anticorruzione, rischio clinico.

Oltre a tali priorità, saranno inserite nel Piano triennale quanto previsto dal PNRR, oltre a tutti i percorsi formativi obbligatori per legge in materia di prevenzione e sicurezza, privacy, anticorruzione, rischio clinico.

Infine nel biennio 2025-2026 si prevedono i seguenti percorsi formativi:

- ✚ lo sviluppo delle competenze strategiche identificate nelle abilità manageriali, per sostenere il gruppo dirigente nell'importante compito di guidare l'Azienda verso il nuovo assetto organizzativo (si veda il paragrafo sul Valore pubblico in merito al programma Syllabus per la digitalizzazione);
- ✚ l'adesione ai corsi formativi promossi dagli enti istituzionali quali la Scuola Nazionale Pubblica Amministrazione (SNA) e l'INPS per i dipendenti pubblici (Valore PA);
- ✚ il miglioramento del funzionamento e dell'efficacia dell'azione amministrativa rafforzando la digitalizzazione e l'innovazione tecnologica;
- ✚ l'aggiornamento dell'offerta formativa rendendola accessibile anche ai colleghi con disabilità uditiva, attraverso la traduzione sincrona nel linguaggio dei segni (LIS) dei video.

Negli anni successivi saranno garantite tutte le attività formative previste per questa AST.

1. MONITORAGGIO

4.1 - Riepilogo Responsabili

4.1.1 Analisi per sottosezioni

Considerando che in ogni sottosezione è stato previsto il relativo monitoraggio al fine di dare una rappresentazione più dettagliata delle modalità, in questa sottosezione si intende riepilogare la responsabilità delle azioni di monitoraggio per le attività già descritte in precedenza:

- ✚ Valore pubblico – Responsabile U.O.C. Comunicazione, Formazione e URP
- ✚ Performance – Responsabile U.O.C. Controllo di Gestione
- ✚ Rischi corruttivi e trasparenza – Responsabile RPCT
- ✚ Lavoro Agile – Responsabile U.O.C. Organizzazione risorse umane e Politiche del Personale
- ✚ Piano Triennale dei fabbisogni – Responsabile U.O.C. Organizzazione risorse umane e Politiche del Personale

Il monitoraggio avverrà con gli strumenti e le modalità descritte in ciascuna sottosezione, cui si rinvia, al fine di intervenire con gli eventuali interventi correttivi che si dovessero rendere necessari per ciascuno dei ambiti sopra riportati.

4.1.2 Il Monitoraggio delle misure del PIAO

L'attività di monitoraggio consiste nella razionalizzazione e messa a sistema dei controlli già esistenti, verificando l'efficacia e l'efficienza delle attività previste nelle misure di prevenzione. Si tratta di un'azione continuativa di verifica dell'attuazione e dell'idoneità delle singole misure di trattamento del rischio. Nuova forma di monitoraggio introdotta dal legislatore è il monitoraggio integrato e permanente delle sezioni che costituiscono il PIAO.

Il monitoraggio, oltre che obbligatorio per legge (vedi art. 1 comma 7-8-9 della L. 190/2012), si pone come azione a natura gestionale per l'attuazione del collegamento sostanziale tra il Piano Anticorruzione e il Piano Performance dell'ente (ora inseriti ed assorbiti nel Piano Integrato di Attività ed Organizzazione – (PIAO)). Tali atti prevedono che l'avvio e la chiusura delle misure previste nel Piano Anticorruzione, nei termini previsti dal Piano stesso, valgano quale pre-requisito di accesso della componente di valutazione individuale della parte relativa alla misurazione del comportamento e competenze organizzative.

Il RPCT, con il supporto dell'OIV, periodicamente verifica l'osservanza e l'applicazione di tutte le misure di prevenzione previste nell'apposita sezione "Rischi corruttivi e Trasparenza" del PIAO, rilevando, se presenti, le criticità e le segnalazioni da parte delle strutture a rischio soggette a misure di prevenzione.

Ognuno dei responsabili, per la propria parte, verifica quanto degli obiettivi programmati, per la sezione che segue, sia stato realizzato e l'adeguatezza della realizzazione degli obiettivi medesimi e condivide gli esiti delle verifiche con gli altri responsabili. Alla cabina di regia per il monitoraggio cui partecipano in posizione di parità assoluta tra loro i Responsabili delle varie sezioni del PIAO.

I Responsabili non si limitano alla parte di propria competenza del PIAO ma ognuno aiuta e coadiuva l'altro per la realizzazione di una effettiva ed efficace sinergia di lavoro e raccordo costruttivo, fatta di continui confronti, aggiornamenti, scambi di buone pratiche e criticità. Il RPCT ha cura di raccordare la sezione anticorruzione e trasparenza alle altre sezioni del PIAO e di allineare, per quanto possibile, le mappature dei processi in vista di mappature uniche.

Le risultanze dell'ultimo monitoraggio effettuato costituiscono presupposto per la definizione del successivo Piano e della relazione annuale sull'intera attività svolta. Gli esiti di monitoraggio delle misure di prevenzione della corruzione sono pubblicati.

4.1.3 Monitoraggio della trasparenza e attestazione OIV

Il monitoraggio, intermedio e finale, da parte del RPCT è attività prodromica e collegata a quella di vigilanza da parte di OIV ed ANAC. L'incisività e la qualità del monitoraggio sono determinate dalla valutazione di più elementi, quali principalmente: l'intervallo temporale tra richiesta di trasmissione ed effettivo invio dei documenti, la qualità dei dati e informazioni da parte delle strutture aziendali, la completezza dei contenuti, il rispetto delle indicazioni in materia di privacy nella redazione delle informazioni, la congruità del formato.

Il fine generale che viene quindi considerato, oltre a quello dell'assolvimento degli obblighi, è l'attuazione del Programma trasparenza e integrità ad opera dei dirigenti responsabili, tant'è che al monitoraggio del RPCT si affianca quello affidato all'OIV mediante la funzione di misurazione della performance; è infatti ancora all'OIV che il RPCT segnala i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione, oltre ad ANAC e, nei casi più gravi, all'ufficio procedimenti disciplinari (UPD).

Le attività di ricognizione e controllo sul processo di attuazione del Programma per la trasparenza e l'integrità sono svolte annualmente dall'OIV, sia attraverso la funzione di misurazione della performance (monitoraggio sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità), sia mediante l'attestazione dell'assolvimento degli obblighi in materia di trasparenza.

Gli esiti e le attestazioni periodiche dell'OIV sono consultabili e scaricabili dalla sottosezione di Amministrazione Trasparente "Controlli e rilievi sull'amministrazione".

Il Sistema di monitoraggio e verifiche

L'attuazione della Trasparenza richiede un'attività di monitoraggio costante e periodica per la verifica dell'assolvimento degli adempimenti agli obblighi imposti dalle norme in materia di trasparenza ed integrità (art. 43 D.lgs. n. 33/2013).

Per quanto già posto in capo del Responsabile Aziendale per la Trasparenza, lo stesso provvede ad effettuare periodiche verifiche presso le varie Strutture responsabili della pubblicazione dei dati mediante:

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

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

4.1.4 Il Sistema dei Controlli e la Funzione di Internal Audit

Presso l'AST di Ancona è vigente e si darà attuazione al Regolamento che istituisce la funzione di Audit e PAC Compliance con il principale compito di allestire, implementare e presidiare il sistema di controllo interno. Tale sistema, ispirato ai principi dei principali framework internazionali (Enterprise Risk Management -ERM) è finalizzato a fornire alla Direzione Aziendale gli elementi utili alla valutazione della natura e del livello di rischio aziendale accettabile e, in particolare nel medio-lungo termine, compatibile con gli obiettivi strategici.

Si rinvia per maggiori dettagli al paragrafo 2.3.7 sul Monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure.

4.1.5 Riepilogo Responsabili e Tabella di Raccordo

I nominativi dei Direttori delle UU.OO.CC. e delle Aree dipartimentali responsabili dell'elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati, con i relativi referenti sono riportati in calce all'Allegato 5 – Griglia degli obblighi di pubblicazione.

Per il triennio 2025-2027 è stata predisposta una **tabella di raccordo** tra le attività a rischio come risultanti dalla mappatura dei processi (allegato 3) e dalla tabella di rischio (allegato 4) integrandolo con le misure generali e specifiche e il relativo monitoraggio, specificando i responsabili e le azioni da porre in essere.

ATTIVITA' A RISCHIO	OBIETTIVI E MISURE GENERALI	INDICATORI	MONITORAGGIO E VERIFICA
Attività trasversali a tutte le UU.OO.CC.	<ul style="list-style-type: none"> • nomina di un responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT); • definizione degli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza; • corretta applicazione obblighi di pubblicazione e accesso civico semplice e generalizzato; • adozione e aggiornamento della presente sottosezione di programmazione denominata "Rischi corruttivi e Trasparenza"; • diffusione del Codice di Comportamento aziendale; • applicazione di criteri di selezione e rotazione ordinaria e straordinaria del personale operante nelle aree a rischio; • formazione generale e specifica in materia di etica, integrità, trasparenza e prevenzione della corruzione; • predisposizione e verifica dichiarazioni su assenza conflitto di interesse o incompatibilità; • applicazione disciplina specifica in materia di incarichi d'ufficio e attività ed incarichi extra-istituzionali; • applicazione 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.; • applicazione 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); • adozione disciplina specifica e piattaforma di segnalazione in materia di dipendente che effettua segnalazioni di illecito (whistleblower). 	Attività Effettuata/ Attività NON effettuata	<p>I Dirigenti responsabili delle Unità operative interessate dai processi e procedimenti relativi alla realizzazione delle misure indicate, essendo considerate aree potenzialmente a rischio corruzione, sono tenuti a mettere a disposizione del RPCT ogni informazione utile per comprendere come la misura venga progressivamente applicata e quali siano le eventuali difficoltà riscontrate nel metterla in azione; inoltre gli stessi devono rendicontare al RPCT il livello di attuazione delle misure di rotazione e del programma di formazione in materia anticorruzione, motivando gli eventuali scostamenti tra quanto pianificate e quanto effettivamente realizzato.</p> <p>Nelle attività a maggior rischio corruzione, ogni Dirigente, per la parte di propria competenza, ha il compito di monitorare il rispetto dei termini di conclusione di ogni procedimento, termini fissati dai responsabili delle singole strutture sulla base della normativa vigente e dei regolamenti interni. Ogni anno gli stessi verificano il rispetto dei termini di conclusione dei procedimenti e relazionano sul numero e sulla fattispecie dei procedimenti per i quali registra un ritardo, motivandolo.</p> <p>Il RPCT, anche ai fini dell'attestazione da parte dell'OIV, almeno 4 volte all'anno, verifica l'osservanza e l'applicazione di tutte le misure di prevenzione previste, rilevando, se presenti, le criticità e le segnalazioni relative.</p>
Prevenzione del riciclaggio	<p>Formazione inserita nel PFA (Piano formativo aziendale) e organizzata dal RPCT per l'approfondimento della normativa e delle attività da porre in essere.</p> <p>Costituzione di un gruppo di lavoro per la redazione di una procedura antiriciclaggio e contrasto al finanziamento del terrorismo</p>	Attività Effettuata/ Attività NON effettuata	Tale attività sarà riportata nel PIAO e nella Relazione annuale del RPCT

ATTIVITA' A RISCHIO	MISURE SPECIFICHE	INDICATORI	MONITORAGGIO E VERIFICHE
<p>“Acquisizione e progressione del personale, incarichi e nomine”</p> <p>Attività di rischio:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Reclutamento 2. Progressioni di carriera, incarichi e nomine 3. Conferimento di incarichi libero professionali e di collaborazione 4. Forme di reclutamento diverse dal lavoro dipendente (tirocini, borse di studio, ecc.) 5. Sostituzione della dirigenza medica e sanitaria 	<p>Applicazione regolamento che assicuri che il procedimento di individuazione del soggetto al quale affidare l’incarico di struttura complessa sia caratterizzato da profili di imparzialità</p> <hr/> <p>Estensione, per quanto applicabili, del regolamento di cui al punto precedente ai casi di conferimento di incarichi individuali anche a professionisti esterni all’organizzazione</p> <hr/> <p>Applicazione principi di integrità, trasparenza e imparzialità a tutti i processi</p> <hr/> <p>Programmazione ed attuazione delle procedure di rotazione, compatibilmente con le caratteristiche della organizzazione, correlandole con altre vicende contrattuali connesse alla scadenza di incarichi.</p>	<p>Misura Effettuata/ Misura NON effettuata</p>	<p>Il Direttore della UOC Organizzazione Risorse Umane e Politiche del Personale verifica quanto degli obiettivi programmati sia stato realizzato e l’adeguatezza della realizzazione, inserendo l’analisi dell’eventuale scostamento nella relazione da trasmettere annualmente al RPCT</p>
<p>“Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio”</p> <p>Attività di rischio:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fatturazione Attiva 2. Fatturazione Passiva 3. Gestione del patrimonio immobiliare e mobiliare 4. Gestione Finanziamenti Pubblici 5. Incasso Ticket (Maneggio denaro) 6. Pagamenti 7. Gestione delle uscite 8. Donazioni 	<p>- Piena tracciabilità e trasparenza dei flussi contabili e finanziari, - Tutti i mandati di pagamento devono avere una doppia firma, al fine di realizzare un controllo incrociato; - Pubblicazione sul sito della trasparenza dell’indice trimestrale di tempestività dei pagamenti e del bilancio secondo gli schemi ministeriali di conto economico; - Gestione contabile–patrimoniale trasparente delle risorse attraverso corretta tenuta delle scritture contabili (registrazione di bilancio e rilevazioni veritiere); - Completamento percorso di Certificabilità del Bilancio</p> <hr/> <p>Tutte le informazioni relative ai beni immobili posseduti o detenuti, compresi i canoni di locazione o di affitto versati o percepiti, sono aggiornati e pubblicati nella specifica sottosezione dell’Amm. Trasp.</p> <hr/> <p>Nell’apposita sotto-sezione “Opere pubbliche” del link “Amministrazione Trasparente” sono pubblicati tutti i dati, compresi gli atti di programmazione, anche attraverso il collegamento con la BDAP</p>	<p>Misura Effettuata/ Misura NON effettuata</p>	<p>Ogni Direttore delle UU.OO.CC. coinvolte (Bilancio, Contabilità e Finanza, Controllo di Gestione, Patrimonio e Nuove Opere) per la propria parte di competenza, verifica se gli obiettivi programmati sono stati realizzati e relaziona sull’adeguatezza delle misure utilizzate per la realizzazione degli obiettivi, riportando l’analisi dell’eventuale scostamento nella relazione da trasmettere annualmente al RPCT</p>

ATTIVITA' A RISCHIO	MISURE SPECIFICHE	INDICATORI	MONITORAGGIO E VERIFICHE
Attività di vigilanza, controllo, ispezione e l'eventuale irrogazione di sanzioni	<ul style="list-style-type: none"> - Utilizzo di modelli standard di verbali con check list; - Rotazione del personale ispettivo, - Controllo a campione dichiarazioni su assenza conflitto di interesse o incompatibilità 	Misura Effettuata/ Misura NON effettuata	Il Direttore del Dipartimento di Prevenzione verifica la realizzazione degli obiettivi programmati e l'adeguatezza delle misure applicate e ne relaziona al RPCT per la rendicontazione annuale
Attività libero professionale (LP) e liste di attesa" Attività di rischio: a) false/imprecise dichiarazioni ai fini del rilascio dell'autorizzazione; b) mancato rispetto della proporzionalità tra attività istituzionale e libero professionale; c) svolgimento della LP in orario di servizio; d) anomalie nella gestione del supporto diretto nell'attività libero professionale; e) trattamento differenziato dei pazienti trattati in LP f) Alterazione liste di attesa	<ul style="list-style-type: none"> • definizione di un format aziendale di richiesta con indicazione dell'offerta in regime istituzionale presente nel sistema informativo di prenotazione; • negoziazione dei volumi di attività libero professionale nell'ambito del processo di budget; • attivazione di un cruscotto basato sui posti a CUP per centro di costo per il monitoraggio dell'offerta istituzionale e libero professionale; • predisposizione di un format aziendale per la comunicazione del piano di lavoro dei titolari di Unità operativa complessa; • accesso dei referenti della libera professione al sistema rilevazione presenze per il controllo periodico della corretta registrazione dell'orario di attività libero professionale 	Misura Effettuata/ Misura NON effettuata numero di prestazioni erogate in intramoenia/numero di prestazioni erogate in attività istituzionali (sia per singolo specialista che in equipe)	Il Direttore Amministrativo del Presidio Ospedaliero verifica quanto degli obiettivi programmati sia stato realizzato e analizza l'adeguatezza della realizzazione nella relazione annuale da trasmettere al RPCT, tenendo conto anche dei seguenti indicatori previsti: <ul style="list-style-type: none"> - numero di prestazioni erogate in intramoenia/numero di prestazioni erogate in attività istituzionali (sia per singolo specialista che in equipe)
Strutture convenzionate Attività di rischio - mancato rispetto delle previsioni contrattuali in merito alla tipologia ed alla qualità delle prestazioni, - riconoscimenti economici indebiti per prestazioni inappropriate o non erogate, assenza o inadeguatezza delle attività di controllo	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Rimodulazione dell'offerta tra diverse prestazioni e rimodulazione dell'offerta tra diverse sedi di erogazione, ➤ Implementazione, ove vi sia disponibilità di ore di incarico vacanti, dell'offerta specialistica convenzionata (SUMAISTI), ➤ Utilizzo mirato del fondo Balduzzi, ➤ Revisione della committenza verso le strutture private 	➤ Effettuazione di controlli continui sull'attuazione degli accordi contrattuali.	➤ Effettuazione di controlli continui sull'attuazione degli accordi contrattuali.
Strutture convenzionate Attività di rischio - mancato rispetto delle previsioni contrattuali in merito alla tipologia ed alla qualità delle prestazioni, - riconoscimenti economici indebiti per prestazioni inappropriate o non erogate, assenza o inadeguatezza delle attività di controllo	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Effettuazione di controlli continui sull'attuazione degli accordi contrattuali. 	Misura Effettuata/ Misura NON effettuata	I Responsabili dei dipartimenti territoriali verificano se gli obiettivi programmati siano stati realizzati e analizza l'adeguatezza della realizzazione delle misure riportando in tutto nella relazione annuale da trasmettere al RPCT

ATTIVITA' A RISCHIO	MISURE SPECIFICHE	INDICATORI	MONITORAGGIO E VERIFICHE
<p>Spesa farmaceutica convenzionata ed interna</p> <p>Attività di rischio:</p> <p>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"</p>	<p>Implementazione di una reportistica utile ad individuare tempestivamente eventuali anomalie prescrittive.</p> <p>Attuazione delle seguenti misure di controllo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. 	<p>Misura Effettuata/ Misura NON effettuata</p>	<p>Ogni Direttore dei Servizi Farmaceutici, per la propria parte di competenza, verifica quanto degli obiettivi programmati sia stato realizzato e l'adeguatezza dellarealizzazione degli obiettivi nella relazione annuale datrasmettere al RPCT</p>
<p>Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero</p>	<p>Aggiornamento delle procedure di polizia mortuaria, rispettando le indicazioni sotto riportate:</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'identificazione e la scelta dell'impresa di onoranze funebri è di esclusiva competenza dei familiari/congiunti; • è fatto divieto assoluto a tutto il personale di suggerire nominativi o indirizzi o procurare servizi alle imprese stesse; • nessuna forma di pubblicità riferita ad imprese di onoranze funebri, neppure indiretta, è consentita all'interno dei locali delle strutture dell'AST e nelle aree pertinenti; • è fatto divieto all'impresa di utilizzare per le proprie attività il personale dell'AST o corrispondere allo stesso compensi sotto qualsiasi forma; • la presenza in camera mortuaria degli addetti delle imprese di Onoranze Funebri deve essere limitata unicamente allo svolgimento delle funzioni consentite e per il tempo strettamente necessario; • gli addetti delle ditte all'interno dell'obitorio devono essere chiaramente identificabili tramite appositi cartellini di riconoscimento (nome e ditta); • è vietata agli addetti delle imprese la permanenza nei locali dell'obitorio per evitare possibili conflitti di interesse tra diverse imprese e per consentire il miglior svolgimento delle attività; • i rapporti tra cittadini ed impresa che attengono all'affidamento del servizio funebre devono svolgersi al di fuori dei locali dell'azienda" 	<p>Misura Effettuata/ Misura NON effettuata</p>	<p>Ogni Direttore delle UUOCC coinvolte, per la propriaparte di competenza, verifica quanto degli obiettivi programmati sia stato realizzato e l'adeguatezza delle misure rispetto all'effettiva realizzazione degli obiettivi riportando l'analisi dettagliata nella relazione annuale da trasmettere al RPCT</p>

AFFIDAMENTO DI LAVORI, SERVIZI E FORNITURE E CONTRATTI PUBBLICI AI SENSI DEL NUOVO CODICE DEI CONTRATTI PUBBLICI (D.LGS. N.36/2023)				
Carattere generale	ADOZIONE PROGRAMMA TRIENNALE BENI E SERVIZI entro il 30/04/2025 AGGIORNAMENTO PATTO DI INTEGRITA' E relative DICHIARAZIONI CONFLITTI DI INTERESSE entro il 31/12/2025 ADOZIONE NUOVO REGOLAMENTO INCENTIVI entro il 31/12/2025		Misura Effettuata/ Misura NON effettuata	I Direttori delle UU.OO.CC. coinvolte dovranno compilare la relazione annuale al RPCT
NORMA DI RIFERIMENTO	ATTIVITA' A RISCHIO	MISURE SPECIFICHE	INDICATORI	MONITORAGGIO E VERIFICHE
Art. 50, d.lgs. 36/2023 Appalti sotto soglia comunitaria In particolare fattispecie di cui al comma 1: per gli appalti di servizi e forniture di importo fino a 140 mila € e lavori di importo inferiore 150 mila € affidamento diretto, anche senza consultazione di più OO.EE.	Condizionamento dell'intera procedura di affidamento ed esecuzione dell'appalto attraverso la nomina di un Responsabile Unico di Progetto (RUP) che NON SIA IN POSSESSO di adeguati requisiti di professionalità ai sensi dell'art. 15, d.lgs. 36/2023 e allegato I.2 al medesimo decreto.	Link alla pubblicazione del CV del RUP, se dirigenti o titolari di posizione organizzativa, ai sensi dell'art. 14 del d.lgs. n. 33/2013 per far conoscere chiaramente i requisiti di professionalità.	SI Misura Effettuata/ Misura NON effettuata	I Direttori delle UU.OO.CC. coinvolte (Acquisti e Logistica, Sistemi Informativi, Servizi Farmaceutici, Ingegneria clinica, Patrimonio e Nuove opere) dovranno compilare la griglia degli obblighi di pubblicazione e inviare gli indicatori per lo stato dell'arte nei monitoraggi semestrali. Inoltre dovranno relazionare annualmente al RPCT, oltre a rispondere a eventuali richieste dell'OIV o di altri organi di controllo interno o esterno.
		Dichiarazione da parte del soggetto che ricopre l'incarico di RUP, o del personale di supporto, delle eventuali situazioni di conflitto di interessi ai sensi dell'art. 16, d.lgs. 36/2023	Misura Effettuata/ Misura NON effettuata	
		Individuazione del soggetto competente alla verifica e valutazione delle dichiarazioni rese (cfr. Parte speciale, Conflitti di interessi in materia di contratti pubblici del PNA 2022).	Misura Effettuata/ Misura NON effettuata	
Nella scelta degli OO.EE. affidatari tramite l'affidamento diretto e la procedura negoziata si applica un criterio di rotazione degli affidamenti NB: La rotazione non si applica quando l'indagine di mercato sia stata effettuata senza porre limiti al numero di operatori economici in possesso dei requisiti richiesti da invitare alla successiva procedura negoziata (art. 49, comma 5).	Mancata rotazione degli operatori economici, secondo il criterio dei successivi due affidamenti ex art. 49, co. 2 e 4 del Codice e formulazione di inviti alla procedura ad un numero di soggetti inferiori a quello previsto dalla norma al fine di favorire determinati operatori economici a discapito di altri.	Verifica da parte della SA circa la corretta attuazione del principio di rotazione degli affidamenti al fine di garantire la parità di trattamento in termini di effettiva possibilità di partecipazione alle gare anche delle micro, piccole e medie imprese tracciamento degli operatori economici per verificare quelli che in un determinato arco temporale risultano come gli affidatari più ricorrenti	Misura Effettuata/ Misura NON effettuata	La UOC Controllo di gestione dovrà effettuare verifiche a campione (un campione rappresentativo del 10%) sulla corretta attuazione del principio di rotazione degli inviti al fine di garantire la parità di trattamento in termini di effettiva possibilità di partecipazione alle gare anche delle micro, piccole e medie imprese

NORMA DI RIFERIMENTO	ATTIVITA' A RISCHIO	MISURE SPECIFICHE	INDICATORI	MONITORAGGIO E VERIFICHE
<p>Art. 76 Codice Appalti sopra soglia</p> <p>Quando il bando o l'avviso o altro atto equivalente sia adottato dopo il 30 giugno 2023, utilizzo delle procedure negoziate senza bando ex art. 76 del Codice.</p>	<p>Possibile abuso del ricorso alla procedura negoziata di cui agli artt. 76 in assenza del ricorrere delle condizioni e in particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dell'unicità dell'operatore economico (comma 2, lett. b); - dell'estrema urgenza da eventi imprevedibili dalla stazione appaltante (comma 2, lett. c): 	<p>Chiara e puntuale esplicitazione nella decisione a contrarre motivazioni che hanno indotto la S.A. a ricorrere alle procedure negoziate</p> <p>Tracciamento di beni infungibili/esclusivi</p>	<p>Misura Effettuata/ Misura NON effettuata</p> <ul style="list-style-type: none"> • procedure negoziate senza previa pubblicazione del bando di gara/ su gare complessive (per quantità e valore economico); • affidamenti (quantità e valore) al medesimo fornitore / su gare complessive • numero affidamenti (quantità e valore) di beni infungibili/esclusivi sul totale delle richieste pervenute per unità di committenza 	<p>I Direttori delle UU.OO.CC. coinvolte dovranno compilare la griglia degli obblighi di pubblicazione e inviare gli indicatori per la verifica dello stato dell'arte nei monitoraggi semestrali (1° semestre entro il 31 luglio dell'anno e il 2° semestre entro il 31 gennaio dell'anno successivo).</p>
<p>Art. 215, d.lgs. n. 36/2023 e All. V.2</p> <p>Disciplina del Collegio consultivo tecnico (CCT) Per servizi e forniture di importo pari o superiore a 1 milione € e per lavori diretti alla realizzazione delle opere pubbliche di importo pari o superiore alle soglie comunitarie è obbligatoria, presso ogni stazione appaltante, la costituzione di un CCT, per la rapida risoluzione delle eventuali controversie in corso di esecuzione, prima dell'avvio dell'esecuzione o entro 10 giorni da tale data</p>	<p>Nomina di soggetti che non garantiscono la necessaria indipendenza rispetto alle parti interessate (SA o impresa) anche al fine di ottenere vantaggi dalla posizione ricoperta.</p>	<p>Pubblicazione dei dati relativi ai componenti del Collegio consultivo tecnico ai sensi dell'art. 28 d.lgs. n. 36/2023 (cfr. LLGG MIT sul Collegio consultivo tecnico approvate con Decreto 17 gennaio 2022 n. 12, pubblicate sulla GURI n. 55 del 7 marzo 2022).</p>	<p>Misura Effettuata/ Misura NON effettuata</p>	<p>Inoltre dovranno relazionare annualmente al RPCT, oltre a rispondere a eventuali richieste dell'OIV o di altri organi di controllo interno o esterno.</p>

NORMA DI RIFERIMENTO	ATTIVITA' A RISCHIO	MISURE SPECIFICHE	INDICATORI	MONITORAGGIO E VERIFICHE
<p>Art. 44 d.lgs. 36/2023 Appalto integrato E' prevista la possibilità per le stazioni appaltanti di procedere all'affidamento di progettazione ed esecuzione dei lavori sulla base del progetto di fattibilità tecnica ed economica approvato, ad eccezione delle opere di manutenzione ordinaria.</p>	<p>Rischio connesso all'elaborazione da parte della S.A. di un progetto di fattibilità carente o per il quale non si proceda ad una accurata verifica</p>	<p>Comunicazione del RUP al Controllo di Gestione dell'approvazione del progetto redatto dall'impresa che presenta un incremento di costo e di tempi rispetto a quanto previsto nel progetto posto a base di gara per eventuali verifiche a campione sulle relative modifiche e motivazioni.</p>	<p>Misura Effettuata/ Misura NON effettuata</p>	<p>La UOC Controllo di gestione dovrà: effettuare verifiche a campione (un campione rappresentativo del 10%) sulle comunicazioni ricevute</p> <p>I Direttori delle UU.OO.CC. coinvolte dovranno compilare la relazione annuale al RPCT.</p>
<p>Norme del d.l. n. 77 del 2021 conv. in l. n. 108/2021 relative ai contratti pubblici finanziati in tutto o in parte con le risorse del PNRR</p>				
NORMA DI RIFERIMENTO	ATTIVITA' A RISCHIO	MISURE SPECIFICHE	INDICATORI	MONITORAGGIO E VERIFICHE
<p>Art. 48 co. 3, d.l. n. 77/2021</p> <p>Per la realizzazione degli investimenti di cui al comma 1 le stazioni appaltanti possono altresì ricorrere alla procedura negoziata senza pubblicazione di un bando di gara di cui all'articolo 63 del decreto legislativo n. 50 del 2016, per i settori ordinari, e di cui all'articolo 125 del medesimo decreto legislativo, per i settori speciali, qualora sussistano i relativi presupposti.</p>	<p>Possibile abuso del ricorso alla procedura negoziata di cui agli artt. 63 e 125 del d.lgs. n. 50/2016 in assenza delle condizioni ivi previste, con particolare riferimento alle condizioni di estrema urgenza derivanti da circostanze imprevedibili, non imputabili alla stazione appaltante, e all'assenza di concorrenza per motivi tecnici.</p>	<p>Chiara e puntuale esplicitazione nella determina a contrarre o atto equivalente delle motivazioni che hanno indotto la S.A. a ricorrere alla procedura negoziata senza bando. Nel caso di ragioni di estrema urgenza derivanti da circostanze imprevedibili, non imputabili alla stazione appaltante, per cui i termini, anche abbreviati, previsti dalle procedure ordinarie non possono essere rispettati, il richiamo alle condizioni di urgenza non deve essere generico ma supportato da un'analitica trattazione che manifesti l'impossibilità del ricorso alle procedure ordinarie per il rispetto dei tempi di attuazione degli interventi.</p> <p>Nel caso di assenza di concorrenza per motivi tecnici vanno puntualmente esplicitate le condizioni/motivazioni dell'assenza.</p>	<p>Misura Effettuata/ Misura NON effettuata</p>	<p>La UOC Controllo di gestione dovrà effettuare verifiche a campione (un campione rappresentativo del 10%) sulla corretta attuazione delle misure</p> <p>I Direttori delle UU.OO.CC. coinvolte dovranno compilare la relazione annuale al RPCT.</p>

NORMA DI RIFERIMENTO	ATTIVITA' A RISCHIO	MISURE SPECIFICHE	INDICATORI	MONITORAGGIO E VERIFICHE
<p>Art. 53, d.l. n. 77/2021</p> <p>Semplificazione degli acquisti di beni e servizi informatici strumentali alla realizzazione del PNRR e in materia di procedure di e-procurement e acquisto di beni e servizi informatici.</p> <p>In applicazione della norma in commento le stazioni appaltanti possono ricorrere alla procedura negoziata anche per importi superiori alle soglie UE, per affidamenti aventi ad oggetto l'acquisto di beni e servizi informatici, in particolare basati sulla tecnologia cloud,</p> <p>nonché servizi di connettività, la cui determina a contrarre o altro atto di avvio del procedimento equivalente sia adottato entro il 31 dicembre 2026, anche ove ricorra la rapida obsolescenza tecnologica delle soluzioni disponibili tale da non consentire il ricorso ad altra procedura di affidamento.</p>	<p>Mancata rotazione dei soggetti chiamati a partecipare alle procedure e formulazione dei relativi inviti ad un numero inferiore di soggetti rispetto a quello previsto dalla norma al fine di favorire determinati operatori economici a discapito di altri.</p>	<p>Verifica da parte dell'ente circa la corretta attuazione del principio di rotazione degli inviti al fine di garantire la parità di trattamento degli operatori economici in termini di effettiva possibilità di partecipazione alle gare, verificando quelli che in un determinato arco temporale risultano essere stati con maggior frequenza invitati o aggiudicatari.</p>	<p>Misura Effettuata/ Misura NON effettuata</p>	<p>I Direttori delle UU.OO.CC. coinvolte dovranno compilare la relazione annuale al RPCT.</p>

ALLEGATI