



Azienda Sanitaria Territoriale di Ancona

**Piano Integrato  
di Attività e Organizzazione  
2024-2026**



## **Direttore Generale**

Dott. Giovanni Stroppa

## **Direttore Amministrativo**

Dott.ssa Patrizia Viozzi

## **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](mailto:ast.ancona@emarche.it)

C.F. e P.IVA 02938930423

Tel. 0718705319

**INDICE**

<b>1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'ORGANIZZAZIONE</b> .....	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 .....	12
1.4.4 Le risorse professionali .....	14
1.4.5 La struttura dell'offerta .....	17
1.4.6 I servizi sanitari erogati.....	22
<b>2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE</b> .....	34
2.1 Valore pubblico .....	34
2.1.1 Premessa.....	34
2.1.2 Quale tipo di valore pubblico?.....	34
2.1.3 Come incrementarlo? .....	35
2.2 Performance .....	41
2.2.1 Finalità e principi.....	41
2.2.2 Analisi del contesto esterno .....	42
2.2.3 Il ciclo di gestione della performance .....	43
2.2.4 Gli obiettivi strategici (generali).....	46
2.2.5 Gli obiettivi specifici e la performance organizzativa .....	54
2.2.6 Piano degli indicatori e dei risultati attesi .....	55
2.3 - Rischi corruttivi e Trasparenza.....	46
2.3.1 Premessa.....	57
2.3.2 Valutazione di impatto del contesto esterno .....	61
2.3.3 Valutazione di impatto del contesto interno.....	67
2.3.4 Mappatura dei processi e metodologia di analisi del rischio .....	72
2.3.5 Identificazione e valutazione dei rischi potenziali e concreti.....	77
2.3.6 Progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio .....	112
2.3.7 Monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure .....	123

2.3.8 Programmazione dell'attuazione della Trasparenza .....	124
<b>3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO .....</b>	<b>138</b>
3.1 Struttura organizzativa.....	138
3.2 Organizzazione del lavoro agile .....	138
3.2.1 Evoluzione normativa .....	138
3.2.2 Accesso al lavoro agile. ....	140
3.2.3 Accordo individuale per lo svolgimento dell'attività di lavoro in modalità agile .....	141
3.3 Piano triennale dei fabbisogni del personale .....	142
3.3.1 Piani Azioni Positive .....	144
3.4 Formazione del Personale.....	144
3.4.1 Premessa.....	144
3.4.2 Piano Formativo Aziendale .....	145
3.4.3 Attività formative regionali (PFR) .....	145
3.4.4 Attività formative nazionali (PNRR) .....	145
3.4.5 Linee guida per il Piano formativo triennale .....	147
<b>4. MONITORAGGIO .....</b>	<b>149</b>
4.1 - Riepilogo Responsabili .....	149
4.1.1 Analisi per sottosezioni .....	149
4.1.2 Il Monitoraggio delle misure del PIAO.....	149
4.1.3 Monitoraggio della trasparenza e attestazione OIV .....	150
4.1.4 Il Sistema dei Controlli e la Funzione di Internal Audit.....	151
4.1.5 Riepilogo Responsabili .....	151

## ALLEGATI .....

- 1 – Schede di Budget**
- 2 – Obiettivi Performance**
- 3 – Mappatura Rischi**
- 4 – Tabella livello di rischio di Budget**
- 5 – Griglia obblighi di pubblicazione**
- 6 – Fabbisogni Personale ex DG ASUR**
- 7 – Fabbisogni Personale ex AV2 ASUR**
- 8 – Dotazione organica sezionale ex DG ASUR ed ex AV2**
- 9 – Piano della Formazione Regionale**
- 10 – Piano Regionale della Prevenzione**

---

# 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 2024 – 2026 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 2024-2026 costituisce, pertanto, un atto di **avvio della pianificazione e programmazione** aziendale che, nel corso del 2024, si evolverà in ragione della riorganizzazione in atto che sarà completata con l'adozione degli Atti Aziendali di diritto privato da parte di ciascuna delle AST neo-costituite.

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 28/12/2023, in conformità alla normativa di riferimento, è stata pubblicata, sia sulla rete intranet aziendale sia sul sito istituzionale tra le news, la bozza della sezione "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; per il 2024 il termine per la predisposizione del PIAO è stato confermato al **31 gennaio**, come da Comunicato del Presidente dell'ANAC del 10 gennaio, tenendo conto delle indicazioni contenute nella Delibera ANAC n. 7 del 17/01/2023 di approvazione del PNA 2022, oltre che delle disposizioni di cui alle altre Delibere ANAC n. 601 e n. 605/2023.

### 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 di AST di Ancona, troverà compiuta rappresentazione nell'Atto aziendale di diritto privato, in conformità alle linee guida emanate dalla Regione Marche e in corso di approvazione definitiva.

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, Avv. Patrizia Viozzi 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.

La sede legale dell'azienda è ad Ancona, in Viale Cristoforo Colombo 106.

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.

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 2024-2026 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:

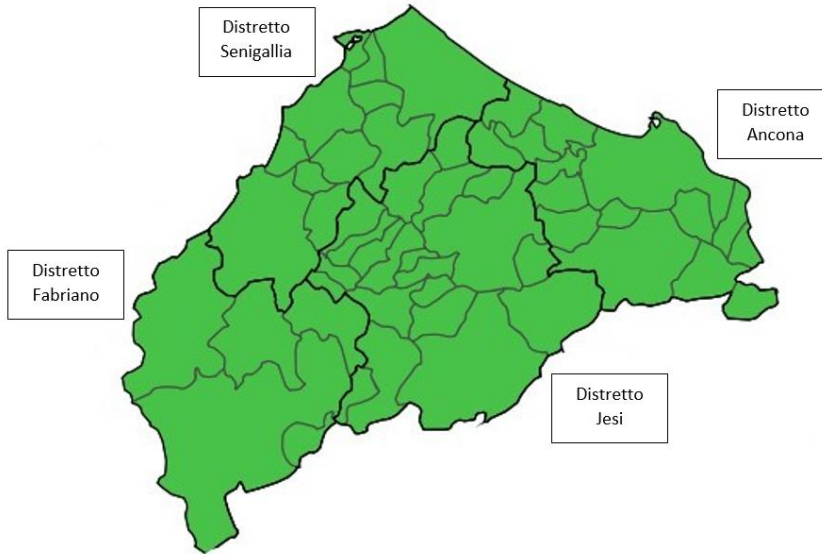
1. Scheda anagrafica dell'amministrazione, da compilarsi con tutti i dati identificativi dell'amministrazione;
2. Valore pubblico, performance e anticorruzione, dove sono definiti i risultati attesi, in termini di obiettivi generali e specifici;
3. Organizzazione e capitale umano, dove verrà presentato 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 tale contesto, la mission dell'AST, ai sensi dell'art. 23 della LR 19/2022, è quella di assicurare 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 garantire la continuità delle cure attraverso un modello integrato tra servizi territoriali e servizi ospedalieri e il coordinamento delle prestazioni correlate alle condizioni di salute del singolo.

Sulla base di tale mission, dei principi e delle finalità definiti dal comma 3 art.1 e comma 4 art.2 della LR n. 19/2022, l'obiettivo strategico dell'AST di Ancona è quello di realizzare un sistema efficiente, snello e capace di risposte rapide, in grado di produrre economie ed ottimizzazioni di sistema al fine di garantire la compatibilità e sostenibilità economica dell'intero sistema socio-economico regionale, peraltro messo a forte rischio dalla netta riduzione dei trasferimenti statali.

Nel caso siano liberate risorse, queste saranno destinate alla qualificazione dell'offerta sanitaria. In questa prospettiva, l'AST assume il ruolo di protagonista rispetto a nuove forme di governance nel proprio ambito territoriale, quale garante dei servizi da fornire e gestore delle strutture e delle organizzazioni all'uopo deputate.

Per perseguire tali finalità strategiche, l'assetto organizzativo-funzionale aziendale sarà previsto nell'Atto Aziendale di cui al comma 1 bis dell'articolo 3 del D.lgs. n. 502/1992. L'organizzazione, ai sensi dell'art. 24 comma 2 della LR n. 19/2022, dovrà essere definita in modo da assicurare l'esercizio unitario delle funzioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, nonché il coordinamento e l'integrazione dell'attività dei servizi territoriali dei Distretti presenti nelle Aziende sanitarie territoriali con quella dei presidi ospedalieri e degli altri soggetti erogatori pubblici e privati.

## 1.4.2 Il territorio e la popolazione assistita

L'Azienda Sanitaria Territoriale di Ancona (AST di Ancona) si estende su un territorio di 2.178,22 Km<sup>2</sup> (23,3% del territorio regionale) con struttura geomorfologica differenziata. La popolazione assistita al 01/01/2023 è pari a 473.512 distribuita in 50 Comuni e in 4 Distretti, con una densità di 217,46 abitanti per Km<sup>2</sup>. La popolazione per Azienda Sanitaria Territoriale di Ancona e classe di età è riportata nella tabella seguente.

AST ANCONA	Popolazione al 01/01/2023	Neonati	Classe 1- 4	Classe 5 - 14	Classe 15 - 44	Classe 45 - 64	Classe 65 - 74	Classe over 75
Distretto di Senigallia	76.520	406	1.940	6.398	23.254	23.765	9.575	11.182
Distretto di Jesi	103.384	596	2.725	9.228	32.238	31.805	12.590	14.202
Distretto di Fabriano	43.433	198	1.026	3.619	13.125	13.638	5.475	6.352
Distretto di Ancona	250.175	1.513	6.733	22.002	79.525	76.832	29.657	33.913
<b>Totale complessivo</b>	<b>473.512</b>	<b>2.713</b>	<b>12.424</b>	<b>41.247</b>	<b>148.142</b>	<b>146.040</b>	<b>57.297</b>	<b>65.649</b>

Popolazione (fonte ISTAT)

La popolazione residente è in costante riduzione dal 2013: al 1 gennaio 2023 la popolazione scende a 473.512 quasi il 4% abitanti in meno rispetto. La presenza femminile è leggermente maggiore di quella maschile (242.740 donne e 230.772 uomini; rapporto uomini/donne pari a 0,95). L'età media della popolazione della provincia di Ancona al 1 gennaio 2023 è di 47,0 anni.

Nella provincia di Ancona il numero medio di anni che una persona può aspettarsi di vivere alla nascita (definita speranza di vita alla nascita), dal 1992 è aumentato progressivamente (era di 78,8 anni per arrivare a 84,3 anni nel 2019). Negli ultimi due anni però c'è stata una battuta d'arresto per gli effetti della pandemia. Il valore è sceso a 83 anni.

Gli stranieri residenti nell'AST ANCONA al 01/01/2023 rappresentano l'8,7% dei residenti. Si tratta di una popolazione più giovane: età media di 33,8 anni. Delle 143 cittadinanze presenti nella provincia di Ancona la comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla Romania con il 20,6% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dall'Albania (9,5%) e dal Bangladesh (8,8%).

## **I Principali indicatori di struttura della Popolazione**

I principali indicatori di struttura della popolazione (indice di vecchiaia, indice di dipendenza anziani, Indice di dipendenza strutturale, indice di ricambio della popolazione attiva, indice di struttura della popolazione attiva), confermano un progressivo invecchiamento della popolazione:

- la popolazione con più di 64 anni costituisce il 25,8% della popolazione mentre quella con meno di 15 anni il 12,2%.

## **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 media nazionale.

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).

Una delle sfide più complesse è quindi rappresentata dall'ottimizzazione, da parte dei sistemi sanitari, delle risorse disponibili, al fine di rispondere alla complessità delle domande di salute indotte dalla continua crescita delle patologie cronico-degenerative. Il mondo della cronicità, in particolare per le fasce più anziane della popolazione, è un'area in progressiva crescita, che comporta un sempre maggiore impegno di risorse, richiedendo continuità di assistenza per periodi di lunga durata e una forte integrazione dei servizi sanitari con quelli sociali.

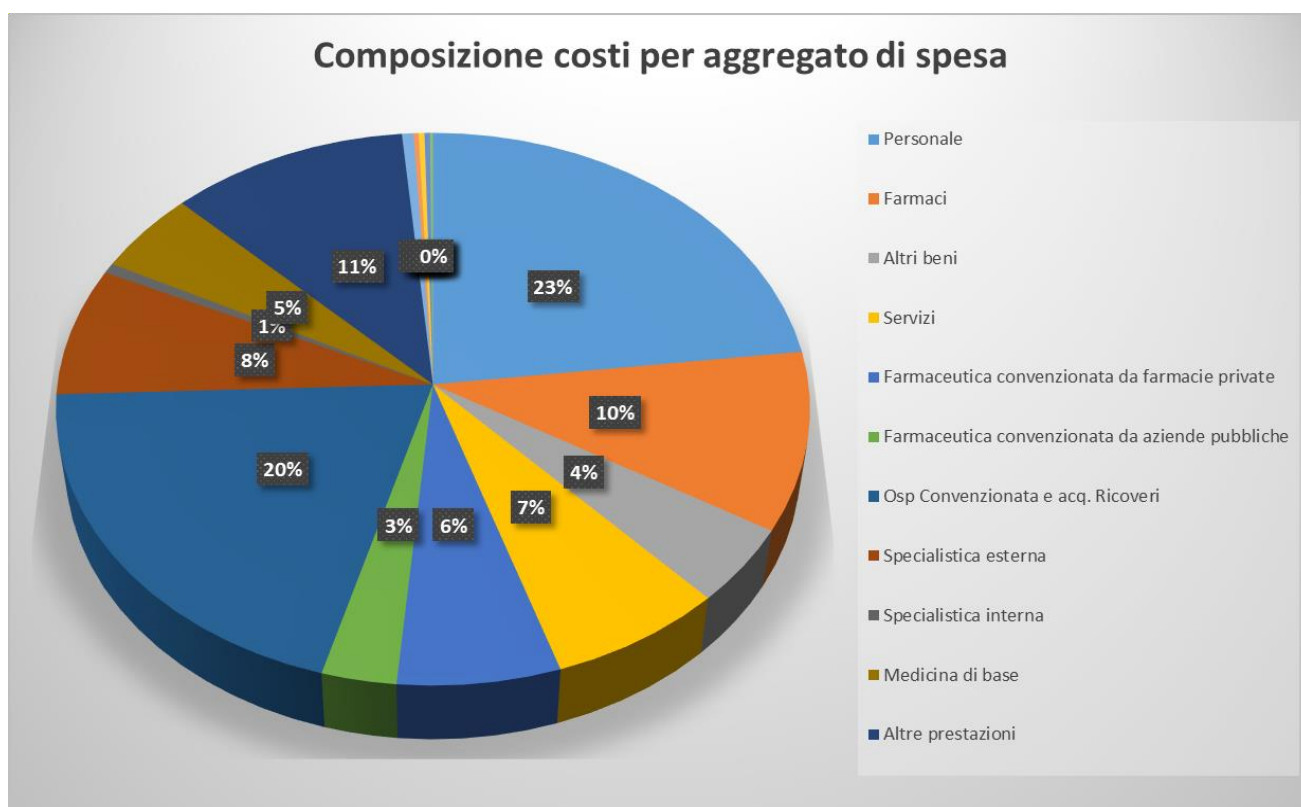
La struttura del nucleo familiare (e le sue modifiche nel tempo) costituisce un parametro fondamentale nella politica del welfare, sicuramente fattore rilevante per la programmazione e l'organizzazione sociale e sanitaria aziendale; a questo proposito, il numero medio di componenti delle famiglie con almeno un nucleo nell'anno 2022 è risultato per le Marche pari a 2,96 unità, valore sostanzialmente allineato alla media nazionale che si attesta a 3,01.

### 1.4.3 Le risorse economiche e finanziarie

L'Azienda Sanitaria Territoriale di Ancona gestisce un Bilancio complessivo di costi per circa 822 milioni di euro (819milioni di costi gestionali e 3,7 milioni di investimenti finanziati con contributi in conto esercizio. La tabella sottostante evidenzia i costi gestionali e gli investimenti finanziati con fondi correnti (cosiddetti ammortamenti non sterilizzati) relativi al Bilancio di Previsione 2023 (Determina DG AST 1901/2023).

<b>Dettaglio costi gestionali:</b>	<b>819.672.616</b>
Personale	246.452.487
Farmaci	111.493.540
Altri beni	47.943.827
Servizi	74.449.040
Farmaceutica convenzionata da farmacie private	68.800.807
Farmaceutica convenzionata da aziende pubbliche	31.586.650
Osp Convenzionata e acq. Ricoveri	214.299.991
Specialistica esterna	80.458.676
Specialistica interna	6.422.576
Medicina di base	51.787.704
Altre prestazioni	119.072.179
Trasferimenti	27.615
Libera professione	5.767.150
Amm.ti	2.484.597
Oneri finanziari	44.592
Acc.ti Rinnovo contrattuale Personale dipendente	2.896.149
Acc.ti Rinnovo contrattuale Medicina convenzionata	2.719.058
Altri acc.ti	1.453.489
Oneri straordinari	-
Costi per scambi SSR	- 248.487.512
<b>Investimenti finanziati con contributi c/esercizio ai sensi del D.Lgvo 118/2011 (rif. voce a4.1)</b>	<b>3.729.677</b>

Di seguito si rappresentano i medesimi dati in formato grafico; esso evidenzia come la voce del Personale rappresenti la quota di assorbimento maggiore di risorse per l'Azienda (23% del totale), seguita dalla spesa farmaceutica esterna (20%) e acquisti diretti di farmaci e beni sanitari.



In relazione alla Gestione Liquidatoria, si rappresenta di seguito lo schema di Stato Patrimoniale di apertura:

<b>ASUR Gestione liquidatoria - Stato patrimoniale di apertura 2023</b>			
<b>ATTIVO</b>		<b>PASSIVO</b>	
A) Immobilizzazioni	0,00	A) Patrimonio netto	2.108.437,10
B) Attivo circolante	620.089.386,15	B) Fondi per rischi ed oneri	99.549.322,62
C) Ratei e risconti attivi	14.711,52	C) Trattamento fine rapporto	2.698.118,27
		D) Debiti	515.748.219,68
		E) Ratei e risconti passivi	0,00
<b>Totale attivo</b>	<b>620.104.097,67</b>	<b>Totale passivo</b>	<b>620.104.097,67</b>

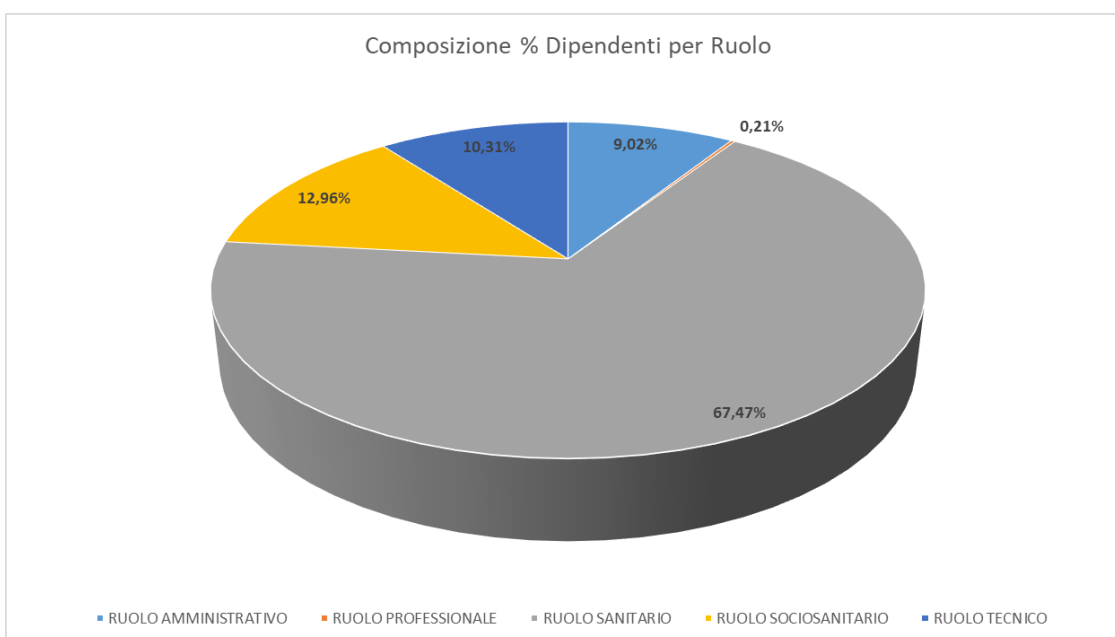
#### 1.4.4 Le risorse professionali

L'AST di Ancona conta 4.267 dipendenti alla data del 01/01/2024, così suddivisi per profilo contrattuale e rappresentati nella tabella e grafici che seguono.

Ruolo Economico	Area Contrattuale	Totale
RUOLO AMMINISTRATIVO	COMPARTO	356
	DIRIGENZA NON MEDICA	29
<b>RUOLO AMMINISTRATIVO Totale</b>		<b>385</b>
RUOLO PROFESSIONALE	DIRIGENZA NON MEDICA	9
<b>RUOLO PROFESSIONALE Totale</b>		<b>9</b>
RUOLO SANITARIO	COMPARTO	2.116
	DIRIGENZA MEDICA	645
	DIRIGENZA NON MEDICA	118
<b>RUOLO SANITARIO Totale</b>		<b>2.879</b>
RUOLO SOCIO SANITARIO	COMPARTO	553
<b>RUOLO SOCIO SANITARIO Totale</b>		<b>553</b>
RUOLO TECNICO	COMPARTO	428
	DIRIGENZA NON MEDICA	12
<b>RUOLO TECNICO Totale</b>		<b>440</b>
<b>Totale complessivo</b>		<b>4.267</b>

### Composizione personale dipendente per ruolo e per sesso

Ruolo Economico	Area Contrattuale	Femmine	Maschi
RUOLO AMMINISTRATIVO	COMPARTO	279	77
	DIRIGENZA NON MEDICA	20	9
<b>RUOLO AMMINISTRATIVO Totale</b>		<b>299</b>	<b>86</b>
RUOLO PROFESSIONALE	DIRIGENZA NON MEDICA	1	8
<b>RUOLO PROFESSIONALE Totale</b>		<b>1</b>	<b>8</b>
RUOLO SANITARIO	COMPARTO	1.641	475
	DIRIGENZA MEDICA	371	274
	DIRIGENZA NON MEDICA	89	29
<b>RUOLO SANITARIO Totale</b>		<b>2.101</b>	<b>778</b>
RUOLO SOCIO SANITARIO			
<b>RUOLO SOCIO SANITARIO Totale</b>		<b>458</b>	<b>95</b>
RUOLO TECNICO	COMPARTO	181	247
	DIRIGENZA NON MEDICA	10	2
<b>RUOLO TECNICO Totale</b>		<b>191</b>	<b>249</b>
<b>Totale complessivo</b>		<b>3.050</b>	<b>1.217</b>





## Composizione personale dipendente per classi di età

Ruolo Economico	Area Contrattuale	Classi di età					Totale complessivo
		18_30	31_40	41_50	51_60	61_70	
RUOLO AMMINISTRATIVO	COMPARTO	11	35	84	147	79	356
	DIRIGENZA NON MEDICA			4	22	3	29
<b>RUOLO AMMINISTRATIVO Totale</b>		<b>11</b>	<b>35</b>	<b>88</b>	<b>169</b>	<b>82</b>	<b>385</b>
RUOLO PROFESSIONALE	DIRIGENZA NON MEDICA			2	4	3	9
<b>RUOLO PROFESSIONALE Totale</b>				<b>2</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>9</b>
RUOLO SANITARIO	COMPARTO	136	442	523	808	207	2.114
	DIRIGENZA MEDICA	2	120	201	160	162	645
	DIRIGENZA NON MEDICA		19	43	38	18	118
<b>RUOLO SANITARIO Totale</b>		<b>138</b>	<b>581</b>	<b>767</b>	<b>1.006</b>	<b>387</b>	<b>2.879</b>
RUOLO SOCIO SANITARIO	COMPARTO	9	62	162	220	100	552
<b>RUOLO SOCIO SANITARIO Totale</b>		<b>9</b>	<b>62</b>	<b>162</b>	<b>220</b>	<b>100</b>	<b>553</b>
RUOLO TECNICO	COMPARTO	6	42	120	161	99	428
	DIRIGENZA NON MEDICA			2	8	2	12
<b>RUOLO TECNICO Totale</b>		<b>6</b>	<b>42</b>	<b>122</b>	<b>169</b>	<b>101</b>	<b>440</b>
<b>Totale complessivo</b>		<b>164</b>	<b>720</b>	<b>1.141</b>	<b>1.568</b>	<b>674</b>	<b>4.267</b>
Incidenza % Classe su totale dipendenti		3,84%	16,87%	26,74%	36,75%	15,80%	100,00%

### 1.4.5 La struttura dell'offerta

L'AST di Ancona opera mediante:

- ✚ 1 Presidio Unico comprendente 4 stabilimenti ospedalieri;
- ✚ 4 Case di Cura Private accreditate;
- ✚ 1 Istituto di Riabilitazione;
- ✚ 3 Case della salute, derivanti dalla riconversione di ex ospedali minori.

Tale struttura dell'offerta è ben rappresentata dai grafici che seguono.

**Stabilimenti ospedalieri e Ospedali di Comunità** -Strutture Pubbliche (Fonte Modello HSP 11 e 11bis 2022)



CODICE STRUTTURA	DESCRIZIONE STRUTTURA	CODICE STABILIMENTO	DESCRIZIONE STABILIMENTO
110002	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV2	01	STABILIMENTO DI SENIGALLIA
		02	STABILIMENTO DI JESI
		04	STABILIMENTO DI FABRIANO
		06	STABILIMENTO DI CINGOLI

I posti letto direttamente gestiti sono pari a 884 unità, comprendenti 89 posti letto di DH/DS, 92 posti letto di riabilitazione e lungodegenza e, infine, 703 posti letto ordinari (incluso detenuti, nido e discipline ospedaliere per acuti).

Descrizione Struttura	Descrizione Stabilimento	Day hospital	Day surgery	Degenza ordinaria Riab. E Lungod. (cod. 56-60)	Degenza ordinaria escluso precedenti	Totale
PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO	STABILIMENTO DI CINGOLI	0	0	30	0	30
	STABILIMENTO DI FABRIANO	12	15	30	114	171
	STABILIMENTO DI JESI	17	15	14	322	368
	STABILIMENTO DI SENIGALLIA	21	9	18	267	315
<b>Totale complessivo</b>		<b>50</b>	<b>39</b>	<b>92</b>	<b>703</b>	<b>884</b>

Di seguito, per ciascun stabilimento ospedaliero vengono riportati, per singola disciplina, i posti letto (Fonte Modello HSP12 – anno 2022).

Codice struttura	Denominazione	Codice disciplina	Day hospital	Day surgery	Degenza ordinaria
110002	STABILIMENTO DI SENIGALLIA	08	1	0	20
110002	STABILIMENTO DI SENIGALLIA	09	0	2	23
110002	STABILIMENTO DI SENIGALLIA	26	2	0	44
110002	STABILIMENTO DI SENIGALLIA	26	0	0	26
110002	STABILIMENTO DI SENIGALLIA	29	1	0	8
110002	STABILIMENTO DI SENIGALLIA	31	0	0	10
110002	STABILIMENTO DI SENIGALLIA	32	1	0	16
110002	STABILIMENTO DI SENIGALLIA	34	0	2	1
110002	STABILIMENTO DI SENIGALLIA	36	0	2	29
110002	STABILIMENTO DI SENIGALLIA	37	1	1	24
110002	STABILIMENTO DI SENIGALLIA	38	0	2	1
110002	STABILIMENTO DI SENIGALLIA	39	1	0	7
110002	STABILIMENTO DI SENIGALLIA	40	0	0	10
110002	STABILIMENTO DI SENIGALLIA	49	1	0	4
110002	STABILIMENTO DI SENIGALLIA	49	0	0	1
110002	STABILIMENTO DI SENIGALLIA	50	0	0	6
110002	STABILIMENTO DI SENIGALLIA	51	0	0	8
110002	STABILIMENTO DI SENIGALLIA	56	0	0	2
110002	STABILIMENTO DI SENIGALLIA	58	1	0	12
110002	STABILIMENTO DI SENIGALLIA	60	0	0	16
110002	STABILIMENTO DI SENIGALLIA	62	0	0	2
110002	STABILIMENTO DI SENIGALLIA	64	12	0	0
110002	STABILIMENTO DI SENIGALLIA	94	0	0	15
			<b>21</b>	<b>9</b>	<b>285</b>

Codice struttura	Denominazione	Codice disciplina	Day hospital	Day surgery	Degenza ordinaria
110002	STABILIMENTO DI JESI	08	0	0	12
110002	STABILIMENTO DI JESI	09	0	6	18
110002	STABILIMENTO DI JESI	26	1	0	42
110002	STABILIMENTO DI JESI	26	0	0	26
110002	STABILIMENTO DI JESI	29	1	0	5
110002	STABILIMENTO DI JESI	31	0	0	12
110002	STABILIMENTO DI JESI	32	1	0	16
110002	STABILIMENTO DI JESI	34	0	0	1
110002	STABILIMENTO DI JESI	35	0	1	1
110002	STABILIMENTO DI JESI	36	0	2	24
110002	STABILIMENTO DI JESI	37	0	2	21
110002	STABILIMENTO DI JESI	38	0	1	1
110002	STABILIMENTO DI JESI	39	1	0	9
110002	STABILIMENTO DI JESI	40	0	0	18
110002	STABILIMENTO DI JESI	43	0	2	10
110002	STABILIMENTO DI JESI	49	1	0	8
110002	STABILIMENTO DI JESI	49	0	0	7
110002	STABILIMENTO DI JESI	50	0	0	6
110002	STABILIMENTO DI JESI	51	0	0	7
110002	STABILIMENTO DI JESI	52	0	1	1
110002	STABILIMENTO DI JESI	56	0	0	4
110002	STABILIMENTO DI JESI	60	0	0	10
110002	STABILIMENTO DI JESI	62	0	0	6
110002	STABILIMENTO DI JESI	64	10	0	0
110002	STABILIMENTO DI JESI	68	1	0	19
110002	STABILIMENTO DI JESI	68	0	0	26
110002	STABILIMENTO DI JESI	71	1	0	14
110002	STABILIMENTO DI JESI	94	0	0	12
			<b>17</b>	<b>15</b>	<b>336</b>

Codice struttura	Denominazione	Codice disciplina	Day hospital	Day surgery	Degenza ordinaria
110002	STABILIMENTO DI FABRIANO	08	0	0	8
110002	STABILIMENTO DI FABRIANO	09	0	3	20
110002	STABILIMENTO DI FABRIANO	26	1	0	26
110002	STABILIMENTO DI FABRIANO	26	0	0	12
110002	STABILIMENTO DI FABRIANO	29	1	0	2
110002	STABILIMENTO DI FABRIANO	34	0	1	3
110002	STABILIMENTO DI FABRIANO	35	0	1	1
110002	STABILIMENTO DI FABRIANO	36	0	3	14
110002	STABILIMENTO DI FABRIANO	37	0	4	0
110002	STABILIMENTO DI FABRIANO	38	0	1	6
110002	STABILIMENTO DI FABRIANO	39	0	1	5
110002	STABILIMENTO DI FABRIANO	43	0	1	5
110002	STABILIMENTO DI FABRIANO	49	0	0	4
110002	STABILIMENTO DI FABRIANO	50	0	0	4
110002	STABILIMENTO DI FABRIANO	51	0	0	4
110002	STABILIMENTO DI FABRIANO	56	0	0	18
110002	STABILIMENTO DI FABRIANO	60	0	0	12
110002	STABILIMENTO DI FABRIANO	64	10	0	0
			<b>12</b>	<b>15</b>	<b>144</b>

Codice struttura	Denominazione	Codice disciplina	Day hospital	Day surgery	Degenza ordinaria
110002	STABILIMENTO DI CINGOLI	60	0	0	<b>30</b>

Nella tabella sottostante vengono riportate le Strutture Ospedaliere Private Accreditate, insite sul territorio dell'AST di Ancona (Fonte Modello HSP 11)

CODICE STRUTTURA	codice stabilimento	Denominazione struttura	Tipologia struttura	Descrizione stabilimento
110037	01	CASA DI CURA VILLA SILVIA	Struttura monospecialistica	CASA DI CURA VILLA SILVIA
110039	01	CASA DI CURA VILLA JOLANDA	Struttura monospecialistica del	KOS CARE SRL - CLINICA VILLA JOLANDA
110076	01	CdC MARCHE - RETE IMPRESA	Struttura multispecialistica	CASA DI CURA VILLA IGEA
110076	02	CdC MARCHE - RETE IMPRESA	Struttura multispecialistica	LABOR SPA CASA DI CURA VILLA SERENA
110079	02	CENTRO OSPEDALIERO SANTO STEFANO	Struttura riabilitativa ex art. 26	IST. DI RIAB. S. STEFANO - VILLA ADRIA

I posti letto delle suddette Strutture sono ripartiti come segue:

Struttura		Day surgery	Degenza ordinaria
MONOSPECIALISTICA	CASA DI CURA VILLA SILVIA		32
MONOSPECIALISTICA	CASA DI CURA VILLA JOLANDA - KOS CARE		15
MULTISPECIALISTICA	CASA DI CURA VILLA IGEA - LABOR SPA	20	62
MULTISPECIALISTICA	CASA DI CURA VILLA SERENA - LABOR SPA		74
ARIS	IST. DI RIAB. S. STEFANO - VILLA ADRIA - KOS CARE		45

Per quanto concerne l'offerta Territoriale, l'AST di Ancona opera mediante 107 strutture territoriali a gestione diretta e 134 Strutture Territoriali Convenzionate (Fonte STS 11).

Di seguito, si evidenzia l'offerta delle strutture residenziali e semiresidenziali distinti tra strutture a gestione diretta e strutture accreditate per tipologia di intervento.

#### Offerta 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
<b>Strutture Residenziali Totale</b>		<b>74</b>	<b>65</b>	<b>48</b>	<b>171</b>	<b>358</b>
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
<b>Strutture Semiresidenziali Totale</b>		<b>15</b>		<b>18</b>	<b>64</b>	<b>97</b>
<b>Totale complessivo</b>		<b>89</b>	<b>65</b>	<b>66</b>	<b>235</b>	<b>455</b>

## Offerta in strutture accreditate

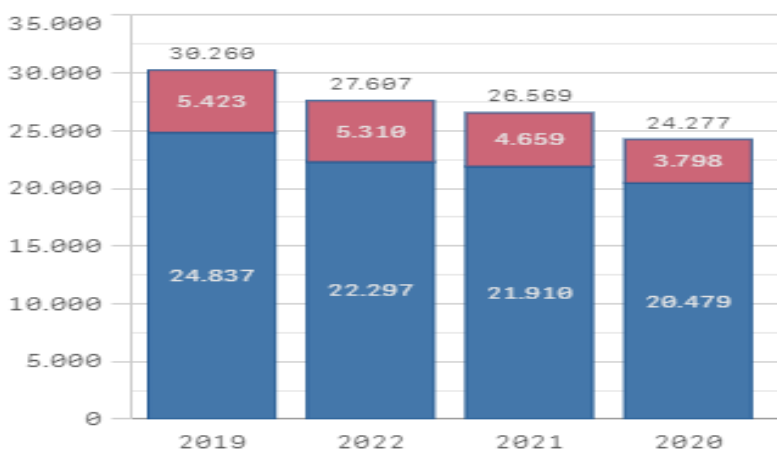
Regime	Intervento	Sede Distretto				Totale AST ANCONA	
		Distretto 4	Distretto 5	Distretto 6	Distretto 7		
Strutture Residenziali	AS - Alloggi Sociali per Adulti In Difficoltà	16	20		15	51	
	CA - Casa Albergo	42			6	48	
	CAA - Comunità Alloggio per Anziani		6		6	12	
	CAD - Comunità Alloggio per Disabili	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 Alim		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		
<b>Strutture Residenziali Totale</b>	<b>1.031</b>	<b>1.071</b>	<b>363</b>	<b>2.293</b>	<b>4.758</b>		
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		
<b>Strutture Semiresidenziali Totale</b>	<b>115</b>	<b>126</b>	<b>104</b>	<b>441</b>	<b>786</b>		
<b>Totale complessivo</b>	<b>1.146</b>	<b>1.197</b>	<b>467</b>	<b>2.734</b>	<b>5.544</b>		

## 1.4.6 I servizi sanitari erogati

### Area Ospedaliera

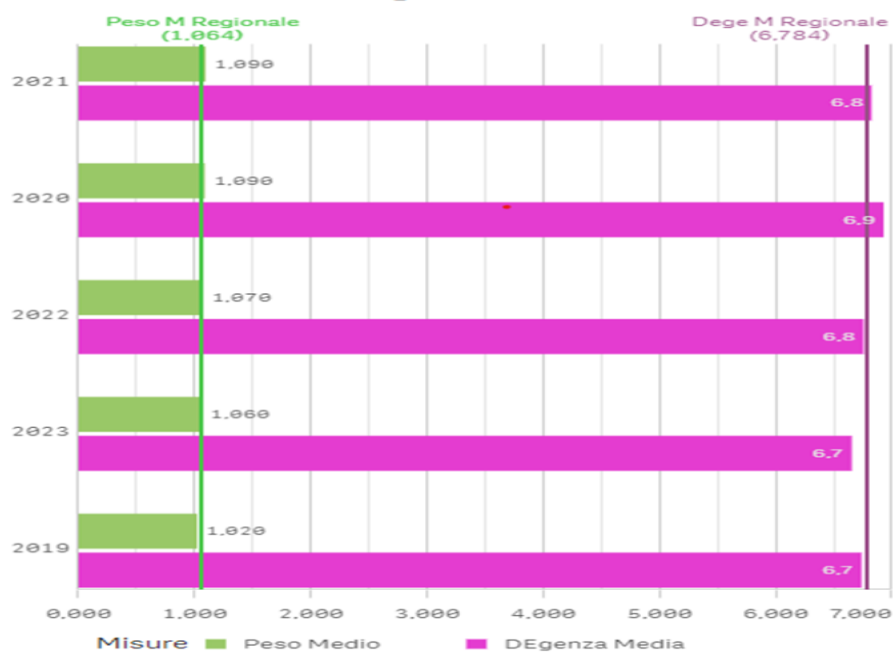
Con riferimento all'assistenza ospedaliera, l'AST nel 2022 ha erogato complessivamente 34.446 ricoveri (comprensivi anche della quota di produzione dei privati accreditati), di cui 80% da strutture pubbliche, e il 20% dalle strutture private accreditate. Il trend della produzione 2023 evidenzia in proiezione un incremento rispetto all'anno precedente, tuttavia non si sono ancora raggiunti i volumi di produzione dell'anno 2019, come evidenziato nel grafico seguente.

#### Numero Dimissioni ORD+DH



Per quanto riguarda complessità dell'attività Ospedaliera si rappresenta un incremento del peso medio rispetto al periodo pre-pandemico, a cui si accompagna una riduzione della degenza media sotto la media regionale.

#### ORDINARI Peso Medio e Degenza Media



In relazione invece ai più significativi indicatori CORE NSG, si propone, nella tabella sottostante il trend del triennio 2021-2023, dalla quale si evince un miglioramento di tutti gli indicatori ad eccezione della % di pazienti sottoposti ad intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza media post operatoria inferiore ai 3 gg.

INDICATORE	2021	2022	2023
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%	12%
% pazienti (età 65+) con diagnosi principale e secondaria di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	86,94%	87%	91,24%
% pazienti sottoposti ad intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	80,0%	79,0%	78,0%
% parti cesarei primari sul totale dei parti nelle strutture con maternità di I livello o con numero parti < 1000	20,53%	21,71%	20,05%
Proporzione di interventi per tumore della mammella eseguiti in U.O. con volumi di attività > 135 interventi annui	92,06%	98,85%	99,34%

Da evidenziare che comunque i volumi di attività non raggiungono ancora i volumi pre-pandemia.

### Dipartimento di Prevenzione

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

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).

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

Sempre nel DPCM dei 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 Arboviroosi, 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 delle 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).

### **Adeguamento dei Dipartimenti di Prevenzione delle AA.SS.TT della Regione Marche 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 sarà mirata:

1. all'adeguamento strutturale necessario per giungere ad una rete regionale integrata per la prevenzione collettiva costituita dal Dipartimento di Prevenzione dell'AST e dalle specifiche strutture di coordinamento individuate dalla normativa regionale presso l'ARS
2. alla revisione delle dotazioni organiche dell'AST, finalizzate al raggiungimento dell'effettiva assegnazione ed utilizzo del 5% del FSR come da indicazioni nazionali e tenendo conto in particolare:
  - della necessità di una omogenea distribuzione del personale nel territorio e di un adeguato equilibrio tra le figure amministrative, tecniche (sanitarie e della prevenzione) e dirigenziali, in coerenza con il rispetto dei vincoli economici e normativi al tempo esistenti;



- delle funzioni da potenziare in relazione alle indicazioni nazionali derivanti dal DM del Ministero della Salute 23.5.2022 n. 77, quali il supporto alle autorità sanitarie locali e regionali per la preparazione e risposta rapida alle crisi/emergenze di natura infettiva ed ambientale, la comunicazione del rischio, la promozione della salute e l'organizzazione degli screening per il contrasto alle patologie croniche non trasmissibili, la funzione epidemiologica per l'analisi dei bisogni ed il monitoraggio della efficacia degli interventi;
  - delle funzioni da potenziare, in coerenza con il Decreto del Ministro della Salute del 9/6/2022, nell'ambito del Sistema Regionale Prevenzione Salute dai Rischi Ambientali e Climatici (SRPS) in fase di costituzione,
3. all'utilizzo della formazione come uno degli strumenti sostanzialmente più importanti per l'adeguamento del Dipartimento di Prevenzione alla sua attuale mission definendo alcuni campi strategici in cui attuare prioritariamente questa 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 Dipartimenti di Prevenzione (DP), già istituiti con L.R. 17.7.1996 n. 26 e successivamente adeguati alle modifiche introdotte dal D.lgs. n. 502/92 e s.m.i. ed alle norme regionali, 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.

Il DP ha il compito di promuovere azioni volte a individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana e animale, mediante iniziative coordinate con i distretti e con 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:

- ✚ Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali.
- ✚ Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati.
- ✚ Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.
- ✚ Salute animale e igiene urbana veterinaria.
- ✚ Sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori.
- ✚ 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 summenzionate aree di intervento indicate dai LEA includono programmi/attività volti a perseguire specifici obiettivi di salute. Per ogni programma vengono indicate le "componenti principali" e tali indicazioni, pur non avendo carattere specificamente vincolante, rappresentano fattori di garanzia per il raggiungimento degli obiettivi.

#### **Integrazione Dei Dipartimenti Di Prevenzione con le Macro aree Territoriale ed Ospedaliera della AST**

Appare fondamentale assicurare/implementare un elevato livello di collaborazione fra il Dipartimento di Prevenzione 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 recante individuazione i compiti e i soggetti che fanno parte del Sistema Regionale Prevenzione Salute dai Rischi Ambientali e Climatici (SNPS). Tale Rete operativa 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 dello stesso D.lgs.

Sul versante Piano Nazionale/Regionale della Prevenzione questa AST ha risposto alle necessità di formalizzare un atto che definisse le modalità operative per dare operatività territoriale agli obiettivi e alle azioni previste dalla pianificazione nazionale/regionale.

Con Determina AST AN n. 1824 del 27/11/2023 "DGRM n. 1640/21 Piano Regionale Prevenzione (PRP) 20-25 "Approvazione Piano Integrato Locale AST di Ancona 2023-25 e nomina referenti (Responsabile Aziendale PRP, Coordinatore del PIL, Componenti del Gruppo Tecnico Locale e Gruppo Ristretto) per attuazione dei Programmi previsti dal PRP 20-25." è stato approvato il **Piano Integrato Locale (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 un'organizzazione coordinata tra il livello regionale (14 gruppi regionali di coordinamento) ed il livello locale (14 gruppi locali di AST di coordinamento).

### **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.

Il processo di modificazione e di ampliamento dei target di popolazione e dei necessari interventi è in atto e trova riscontro in una serie di azioni, sia a carattere legislativo che operativo, individuabili a livello nazionale e regionale, già in corso 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 nuove sfide presenti nel territorio:

- 1-Nuovi LEA
- 2-Progetti cocaina
- 3-Progetti home
- 4-Progetti gap e nuove tecnologie
- 5-Progetto tabagismo
- 6-Reti cliniche
- 7-Unità mobili territoriali
- 8-Telemedicina

## Vision, Mission e obiettivi strategici

Le nuove emergenze e le nuove popolazioni target che caratterizzano il contrasto alle dipendenze impongono una struttura organizzativa capace di garantire strategie protese verso il raggiungimento di nuovi obiettivi di salute, che si articola principalmente sui seguenti settori d'intervento:

### 1- Target principale sugli interventi volti al cambiamento e al sostegno.

Il "core business" del DDP è rappresentato dai trattamenti rivolti al cambiamento con disassuefazioni e recupero funzionale oppure al sostegno e alla riduzione dei danni e dei rischi:

- ✚ 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 riqualificazione come Centro unico Regionale;
- ✚ Riqualificazione delle Comunità Terapeutica Residenziale (CRT) e il Centro Diurno (CDT), in carico al Dipartimento, in strutture in grado anche di accogliere l'utenza acuta multiproblematica e anche cronica con deterioramento sociale e sanitario, per il sostegno e la riduzione dei danni e dei rischi, a causa dell'invecchiamento della popolazione tossicomana;
- ✚ Potenziamento dell'area socio-educativa, in collaborazione con il privato Sociale accreditato, per attuare interventi di prossimità, con l'obiettivo di rispondere all'aumento delle segnalazioni di situazioni di disagio, che richiederebbero un intervento domiciliare;
- ✚ 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;
- ✚ Riqualificazione e rafforzamento dei servizi dedicati per rispondere al crescente numero di soggetti che afferiscono per uso/abuso di cocaina e alla diffusione della Cocaina fumata con grave decadimento funzionale;
- ✚ Adeguamento delle sedi territoriali di Ancona e Castelfidardo, in modo da rendere possibili interventi psicosociali e farmacologici anche di breve durata su strutture territoriali, senza creare pericolose commistioni della giovane utenza presso l'ambulatorio tossicologico di Viale Colombo (ex Crass), che è principalmente dedicato a Oppiacei e terapie sostitutive con agonisti, al fine di rispondere alla diffusione sul territorio dei comportamenti di uso/abuso dalle cosiddette nuove droghe (stimolanti, cannabinoidi sintetici, oppiacei di sintesi, ecc);
- ✚ Rafforzamento dell'équipe dedicata all'utenza afferita per problematiche legate al Gioco d'Azzardo Patologico e dipendenza da nuove tecnologie, in collaborazione con il privato sociale accreditato per accogliere i pazienti affetti da gioco patologico e dipendenza dalle nuove tecnologie;
- ✚ Rafforzamento del Centro di Alcologia per rispondere all'aumento costante dei casi con problematiche legate all'uso/abuso di alcol.

- 2- **Riduzione della domanda e intervento precoce dei comportamenti d'abuso** - Attività di prevenzione basate su dati certi per i gruppi e gli ambienti familiari e sociali destinatari; Attivazione e mantenimento della rete di interventi per le fasi preventive e riabilitative. 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;
- 3- **Riduzione della prevalenza e dell'incidenza delle infezioni legate ai comportamenti d'abuso e di altre conseguenze negative per la salute e la società**, con particolare rilevanza al consumo di alcol nei giovani e negli anziani,
- 4- **Condivisione di spazi, prassi e formazione congiunta per migliorare la collaborazione** attiva con il Dipartimento di Salute Mentale, La Clinica Psichiatrica, i Consultori, i Servizi Sociali Territoriali, per la gestione dei casi complessi in soggetti e famiglie multiproblematiche, anche con minori, in considerazione dell'abbassamento dell'età di esordio; Implementazione del protocollo per i casi dei casi femminili con coinvolgimento di minori e gravidanze "a rischio".
- 5- **Progetto di "custodia attenuata" presso Casa Circondariale di Barcaglione** in collaborazione con la Magistratura (tribunali di Sorveglianza, Amministrazione di Sostegno, Tribunale minori, carcere, ecc.) per contenere l'aumento degli interventi a carattere giudiziario. Tale progetto va integrato con un significativo rafforzamento degli interventi presso il Carcere di Montacuto che ultimamente ha mostrato segnali evidenti di continue criticità e incremento di utenza.
- 6- **Implementazione del nuovo progetto Centro Antifumo** per la sensibilizzazione dei tabagisti che richiedono intervento;
- 7- **Potenziamento informatico e telemedicina**. Nel nostro settore è essenziale per lo sviluppo futuro e presente in molti settori anche 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).

### **Dipartimento Salute Mentale**

Il Dipartimento Salute Mentale (DSM) è un dipartimento strutturale transmurale (territoriale ed ospedaliero), a direzione unica e dotato di autonomia tecnico-organizzativa, che rappresenta il riferimento ed il garante clinico per la tutela della salute mentale. Il DSM opera per la prevenzione, la cura e la riabilitazione di ogni forma di disagio psichico e del disturbo mentale, favorendo una cultura di lotta allo stigma e al pregiudizio.

Il DSM collabora strettamente con il privato sociale e il volontariato, e le varie Unità Operative si interfacciano con i Distretti e con gli Enti locali collaborando alla programmazione locale in ambito socio-sanitario.

L'Area territoriale della Salute Mentale è costituita da Centri di salute mentale, Centri diurni e Strutture residenziali gestiti a livello organizzativo e gestionale sia dai Dipartimenti di Salute Mentale in maniera diretta o in convenzione con il privato Sociale.

Per quanto riguarda la riabilitazione, il DSM individua un referente del caso (con gli Operatori di riferimento nella micro-equipe) che ha il compito di stilare il Progetto Terapeutico Individualizzato (PTI) per il soggetto, coordinare la micro-equipe e di verificare periodicamente l'andamento dello stesso durante il percorso, dove sulla traccia del PTI viene prodotto il Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRP) che ne costituisce l'articolazione. Tale processualità di gruppo necessita una formazione continua volta a mantenere un clima di cooperazione e non di delega leaderistica a una qualche professionalità.

Se il progetto riabilitativo prevede l'inserimento in una struttura del privato accreditato la micro-equipe ha anche il compito di verificare l'andamento del PTRP creando le condizioni per una dimissione sul territorio. In quest'ottica il Dipartimento sviluppa percorsi di dimissione lavorando su due versanti: l'accoglienza, tramite la tecnica del Gruppo multi familiare (GMF) e l'abitare condiviso attraverso percorsi di residenzialità leggera (Cohousing).

Infine, il DSM, nell'implementare in modo sistematico e integrato interventi che, oltre ad essere diretti alla persona, si orientano verso la sua interazione con il contesto di vita e direttamente verso il contesto stesso, interagisce strettamente con i "Servizi di Sollievo" in favore di persone con problemi di salute mentale e delle loro famiglie, come stabilito dalla DGRM 667/2021. Questi servizi mirano a spostare l'asse dell'intervento dalla componente sanitaria a quella di un intervento capace di mobilitare risorse pubbliche, private, del terzo settore, del volontariato, verso una reale integrazione delle politiche sanitarie con quelle sociali."

Il DSM dell'AST di Ancona si caratterizza per il ruolo di collaborazione attiva con i MMG (attualmente in alcune sedi e come linea di sviluppo nell'intero territorio) e tale collaborazione è indispensabile per la razionalizzazione e l'appropriatezza degli invii funzionali all'abbattimento delle liste di attesa.

L'attuale Organizzazione Dipartimentale prevede: **4** Unità Operative Complesse , **3** Unità Operative Semplici Dipartimentali e **3** Unità Operative Semplici, organizzate geograficamente e con specifiche responsabilità:

**UOC Salute Mentale Prevenzione – Area Jesi e Fabriano:**

Responsabile per Salute Mentale con coordinamento DSM SIRTE. Percorsi clinici, Trattamenti Psicosociali EBM, e Riabilitazione Cognitiva.

**UOC Salute Mentale Territorio (Direttore Dipartimento) - Area Ancona e Osimo:**

Responsabile Salute Mentale per Osimo ed Ancona, con coordinamento CSM Osimo, SRR Ancona, e responsabilità in psichiatria sociale e formazione.

**UOC Salute Mentale Strutture Residenziali - Area Falconara e Senigallia:**

Responsabile Salute Mentale per Falconara e Senigallia, gestisce percorsi di riabilitazione residenziale e Residenzialità protetta e leggera.



**UOC Salute Mentale:**

Responsabile CSM Osimo e Strutture Riabilitative semi-residenziali e di residenzialità leggera annesse, psichiatria forense, rapporti con la Clinica Psichiatrica dell'Ospedale di Torrette.

**UOSD Unità di Psicologia Clinica :**

Responsabile dell'Unità di Psicologia nel DSM dell'AST di Ancona. Gestisce gli interventi psicologici e psicoterapici nelle aree d'intervento del DSM: Recovery e Riabilitazione, Psicoterapia, Promozione della Salute, Esordi e Interventi nelle acuzie. **(Necessita di UOS Psicoterapia nell'età di transizione)**

**UOSD Centro Diurno –Fabriano:**

Gestisce il CSM e le Strutture Residenziali con rapporti al DDP e focus su psico-oncologia.

**UOSD Integrazione con il Sociale - Ancona:**

Responsabile CSM Ancona Centro, con ruolo nel gruppo regionale SMG e responsabilità specifiche nella medicina penitenziaria e etnopsichiatria.

**UOS Psichiatria Jesi**

Responsabile SPDC Jesi

**UOS Psichiatria Senigallia (Vacante)**

Responsabile SPDC Senigallia

**UOS Epidemiologia Psichiatrica (Vacante)**

Responsabile CSM Jesi

In base alle evidenze emerse nel 2023. in un'ottica di sviluppo del dipartimento coerente con le criticità del territorio le aree di intervento principali per il 2024 includono:

- ✚ **Percorsi per Adolescenti:** Definizione ed individuazione di un setting di ricovero adeguato agli adolescenti (definizione fascia di età), ora inesistenti. Trattamenti territoriali orientati alla recovery, e supporto alle famiglie. Rapporti con UMEE , Consultorio e Cure Tutelari
  - **Rimedio Cognitivo e in Realtà Virtuale:** Implementazione di trattamenti innovativi per migliorare il percorso verso la guarigione.
- ✚ **Psicogeriatría:** Fornire cure specializzate per la popolazione anziana con problemi di salute mentale in collegamento con gli altri Servizi Sanitari.
- ✚ **Disturbi alimentari: (Attivazione di UOSD D.C.A. )** Trattamento e prevenzione dei disturbi alimentari.
  - **Interazione con Servizi UMEA, Dipendenze Patologiche:** Collaborazione con altri servizi per un approccio integrato alla salute mentale.
  - **Salute mentale Giudiziaria e Carceraria**
- ✚ **Rapporti con la Prefettura e i Servizi Sociali:** Violenza di genere, genitorialità dei pazienti
- ✚ **Psichiatria e Psicologia di Collegamento Ospedaliero:** collega la salute mentale agli altri dipartimenti Ospedalieri.

## 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.

#### 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 che l'azienda si

propone.

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 sconnesse.

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

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 2024-2026 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'ammmodernamento degli strumenti e dei contenuti formativi e lo sviluppo delle competenze tecnico-professionali, digitali e manageriali dei professionisti del SSN.

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

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

L'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.

La pianificazione dello sviluppo delle competenze digitali dei dipendenti dell'AST tende ad assicurare il conseguimento graduale dell'obiettivo formativo, almeno pari al 25% nel 2024 e al 20% nel 2025.

Inoltre, in riferimento ai progetti finanziati nell'ambito della MISSIONE 1 - COMPONENTE 1 - INVESTIMENTO 1.4 "SERVIZI E CITTADINANZA DIGITALE" del PNRR, l'UOC Sistemi Informativi Aziendali ha provveduto a mettere in atto tutte le attività finalizzate alla progettazione dei pagamenti elettronici tramite la piattaforma PagoPA e dei servizi di notifica alla cittadinanza tramite l'App IO.

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.

Le proposte migliorative più impattanti da cui partire riguardano:

- ✓ realizzazione Guida ai Servizi online connessa ad una APP dedicata e ai social;
- ✓ scelta e revoca del MMG/PLS;
- ✓ richiesta protesi e ausili;
- ✓ richiesta rimborsi;
- ✓ potenziamento dell’utilizzo di video call per i servizi che prevedono l’accertamento del soggetto;
- ✓ elimina code attraverso prenotazione online di appuntamenti che consente di prenotare
- ✓ l'accesso ai servizi di sportello;
- ✓ potenziamento del pagamento online per tutte le prestazioni;
- ✓ consegna dei referti online.

#### - **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, anche nel 2024 è impegnata attivamente nella realizzazione di progetti e programmi di promozione dell’attività fisica e contrasto alla sedentarietà in tutte le fasce d’età anche attraverso iniziative specifiche sul territorio e la realizzazione delle attività previste in alcuni Programmi del Piano Integrato Locale (PP1 "Scuole che Promuovono Salute" e PP2 "Comunità Attive").

- ***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.



---

## 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 2024-2026 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. 2074 del 28/12/2023 di assegnazione del Budget dell'anno 2024, per gli anni 2024 e 2025 la Regione ha tenuto conto del livello di finanziamento sanitario nazionale a legislazione vigente, ovvero degli incrementi del finanziamento sanitario nazionale previsti dalla legge statale di bilancio 2023 (L. n. 197/2022).

Il livello del finanziamento del servizio sanitario nazionale (SSN) cui concorre lo Stato a legislazione vigente per gli anni 2024 e 2025 è pari rispettivamente a euro 130.980 milioni ed euro 131.358 milioni; per l'anno 2026 il livello del finanziamento del SSN è stimato pari a quello dell'anno 2025.

Per la Regione Marche la stima del Fondo sanitario indistinto 2024 è valutato pari a euro 3.149.293.712, stimato sulla base della quota d'accesso al FSN 2023, mentre la quota premiale è stimata pari a euro 12.400.000. Quindi, complessivamente il valore del FSR Indistinto risulta pari a euro 3.161.693.032 in incremento rispetto all'anno 2023 di euro 53.239.488.

Le quote vincolate del Fondo Sanitario sono stimate pari a quelle del 2023, ad eccezione del contributo per il rimborso dei farmaci innovativi, il cui fondo a livello nazionale incrementa di 300 milioni di euro rispetto all'anno 2023. L'aumento stimato per la Regione Marche è pari a 2,5 milioni di euro. Le risorse regionali aggiuntive si riferiscono alla stima dei trasferimenti previsti per i rimborsi ai danneggiati ex L. 210/1992 (pari a euro 4.900.000) e per i rimborsi agli assistiti delle spese di cui alle L.R. n. 65/1997, n. 16/1933, n. 7/2021.

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 2024, 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 2024, assegnando un tetto di spesa per l'anno 2024 pari a 786.012.333 euro comprensivo degli investimenti, al netto degli scambi infragruppo.

Il totale degli investimenti o la sterilizzazione straordinaria degli ammortamenti che non hanno una riserva (cosiddetti ammortamenti non sterilizzati) ammonta ad euro 5.000.000.

Il tetto di spesa autorizzato deve essere finanziato con un livello minimo delle entrate proprie pari ad euro 19.000.000.

Tale tetto di spesa è comprensivo di 37.765.388 euro di mobilità passiva interregionale e internazionale, dei costi per i rimborsi ai danneggiati ex L.210/92, ma non comprende gli 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 2023, elaborato in base alla DGRM 2073/2023.

<b>AST DI ANCONA</b>	<b>Bilancio di Previsione anno 2023</b>	<b>DGRM 2074/2023 – anno 2024</b>
BUDGET COSTI	823.402.0293	786.012.333
di cui MOBILITA' PASSIVA SSN	35.506.324	37.765.388
INVESTIMENTI	3.729.677	5.000.000
BUDGET ENTRATE	19.748.018	19.000.000

### 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 2024, 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 (prevista per il 2024), il Direttore 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?

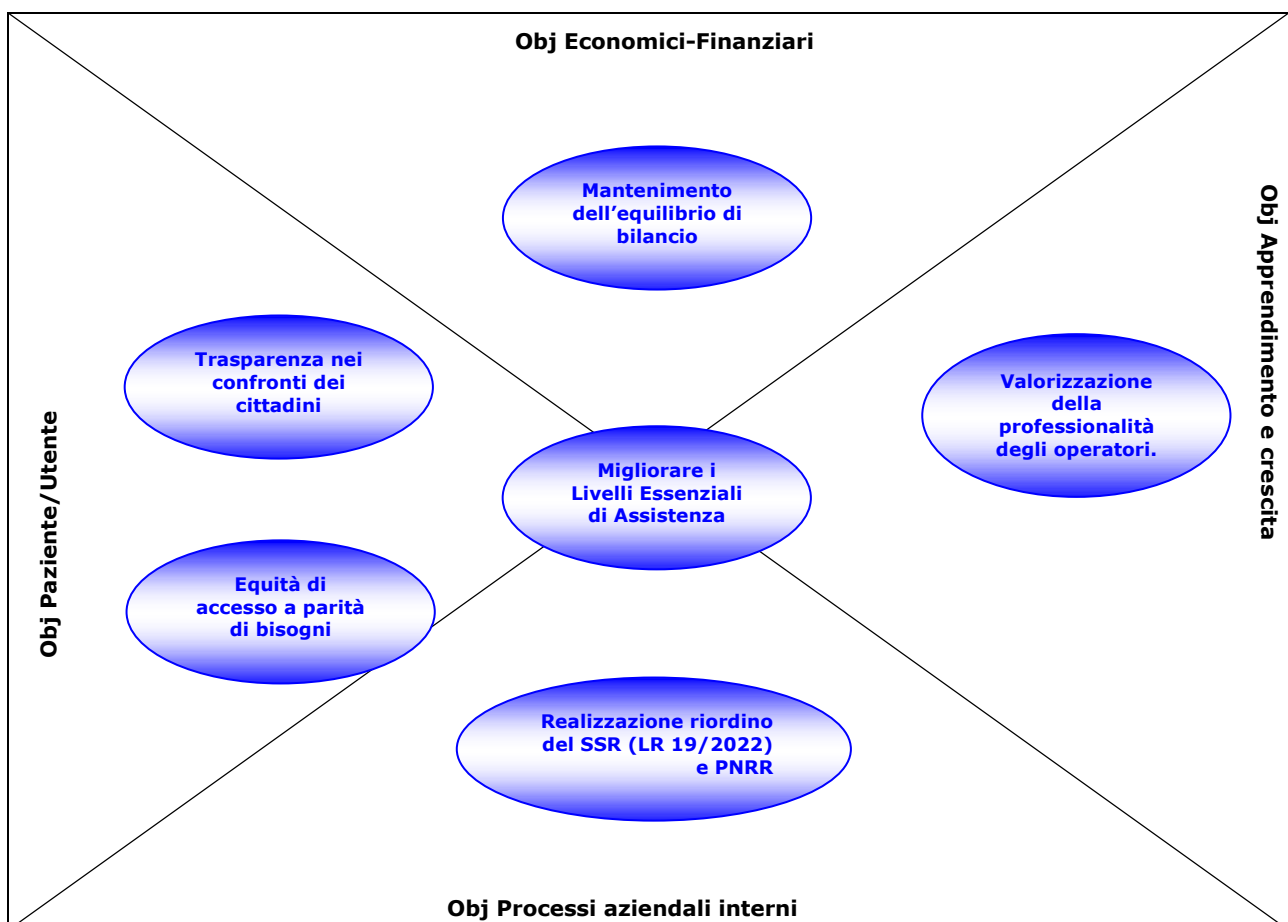
**Prospettiva Efficienza ed appropriatezza organizzativa – processi interni:**In quali processi dobbiamo eccellere?  
quali processi dobbiamo organizzare o revisionare ?**Prospettiva Economico – Finanziaria:**

Quante e quali risorse sono necessarie e come possiamo recuperarle ?

**Prospettiva Apprendimento e crescita professionale e tecnologica dell'organizzazione:**

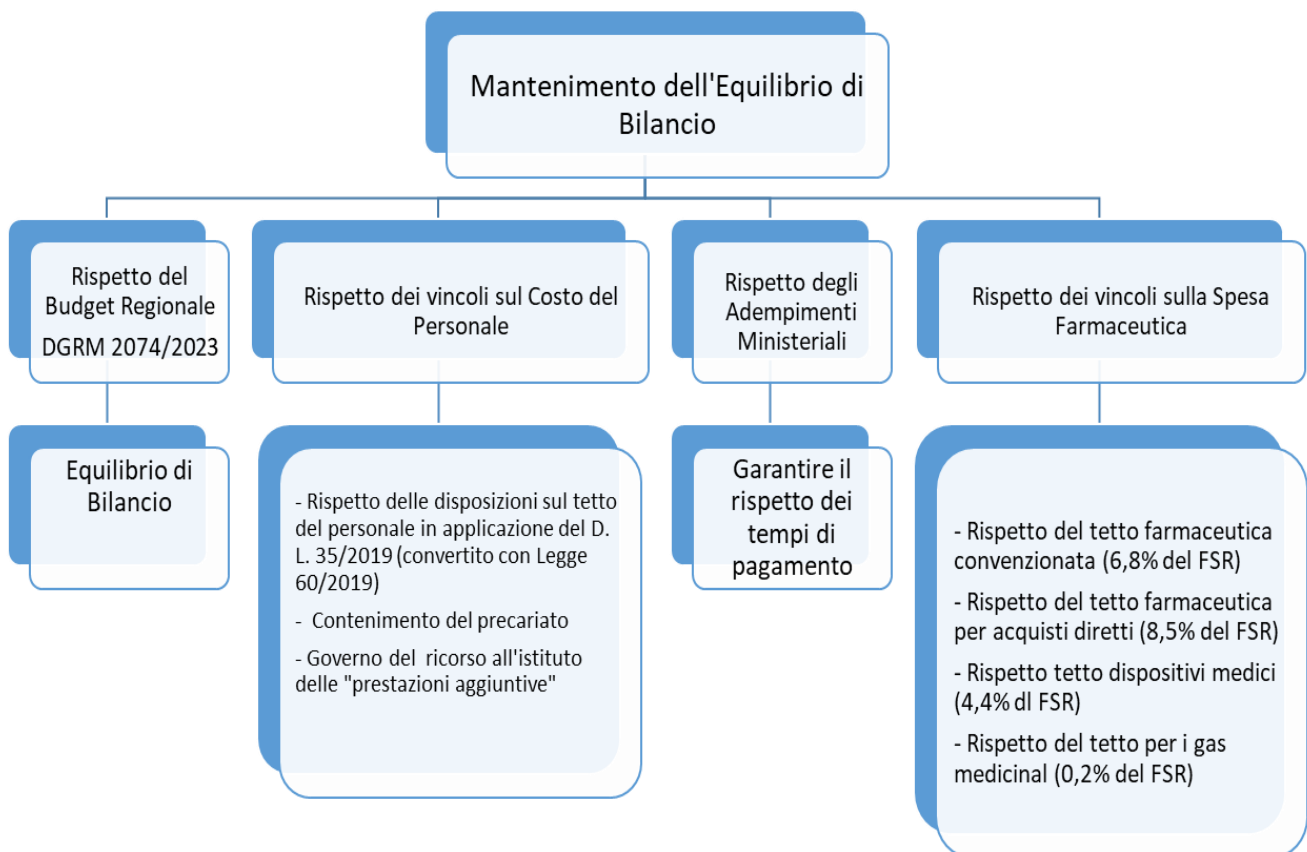
Quali competenze e quali tecnologie dobbiamo sviluppare?

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.



➤ **Mantenimento dell'equilibrio di bilancio**

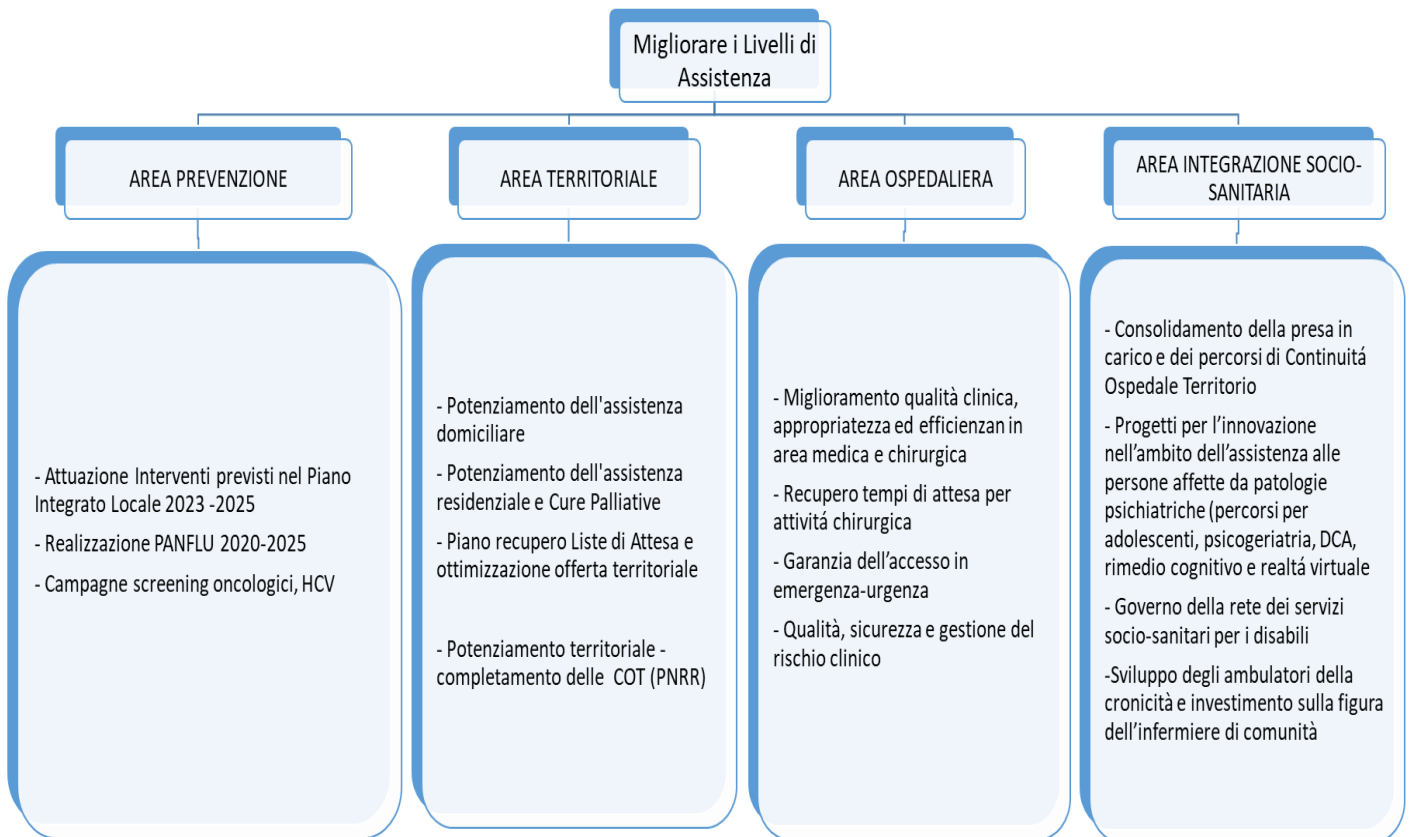
Il mantenimento dell'equilibrio di bilancio costituisce fattore determinante per la sostenibilità del Servizio Sanitario Regionale e condizione necessaria per garantire nel tempo l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza. In tal senso, l'azione aziendale è volta, da un lato, al monitoraggio continuo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





## ➤ Migliorare i Livelli Essenziali di Assistenza

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



## ➤ Realizzazione del Piano di riordino del SSR

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.

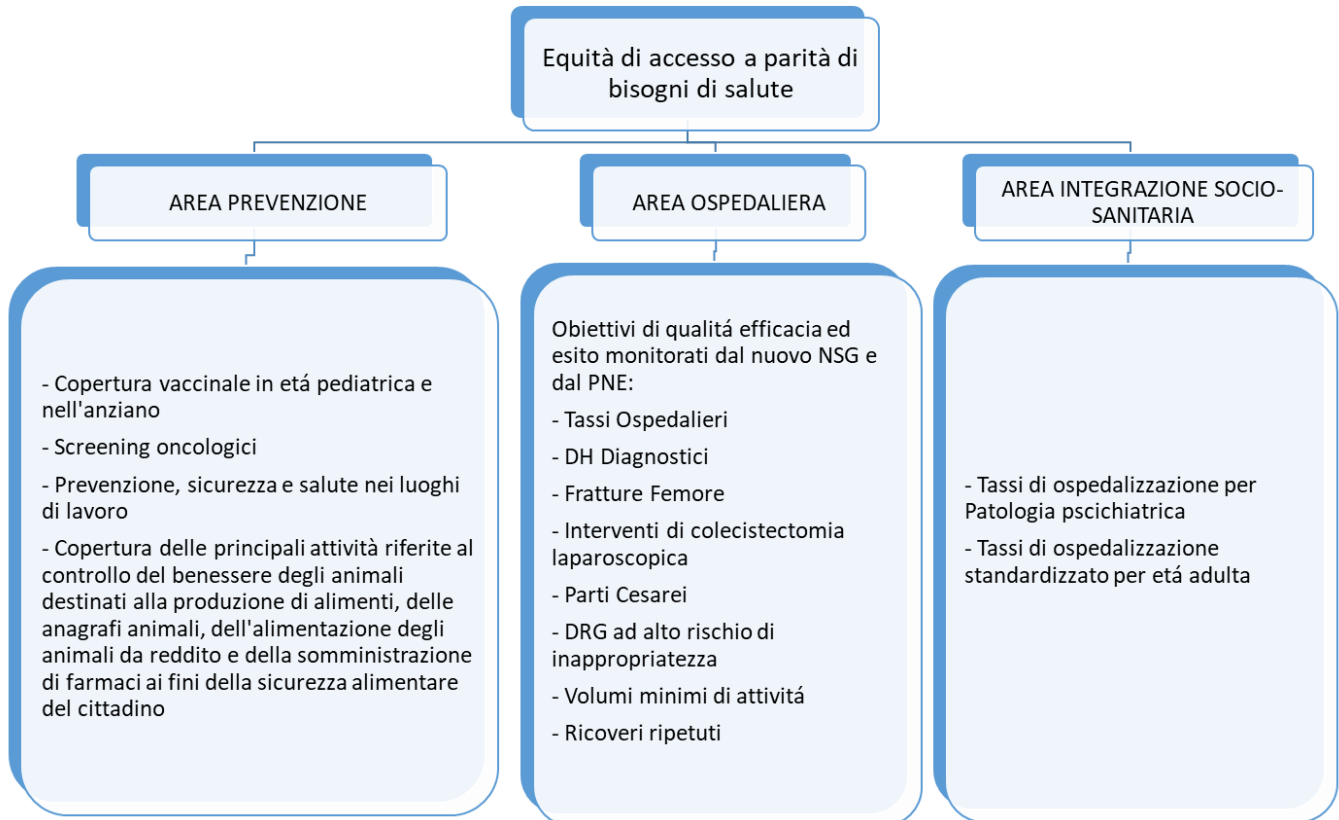
Il Piano di riordino del SSR è strettamente correlato altresì alla realizzazione degli interventi previsti dal PNRR in merito ai due temi fondamentali:

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



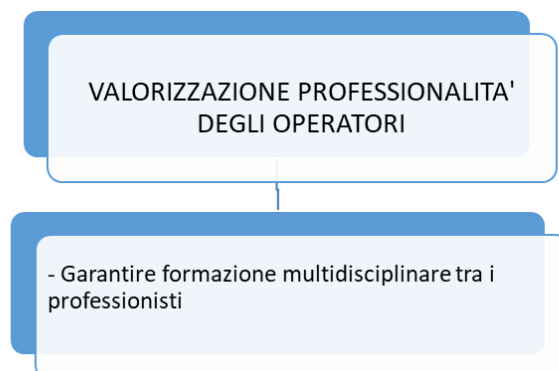
### ➤ Equità di accesso ai servizi a parità di bisogni di salute

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.



### ➤ 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.



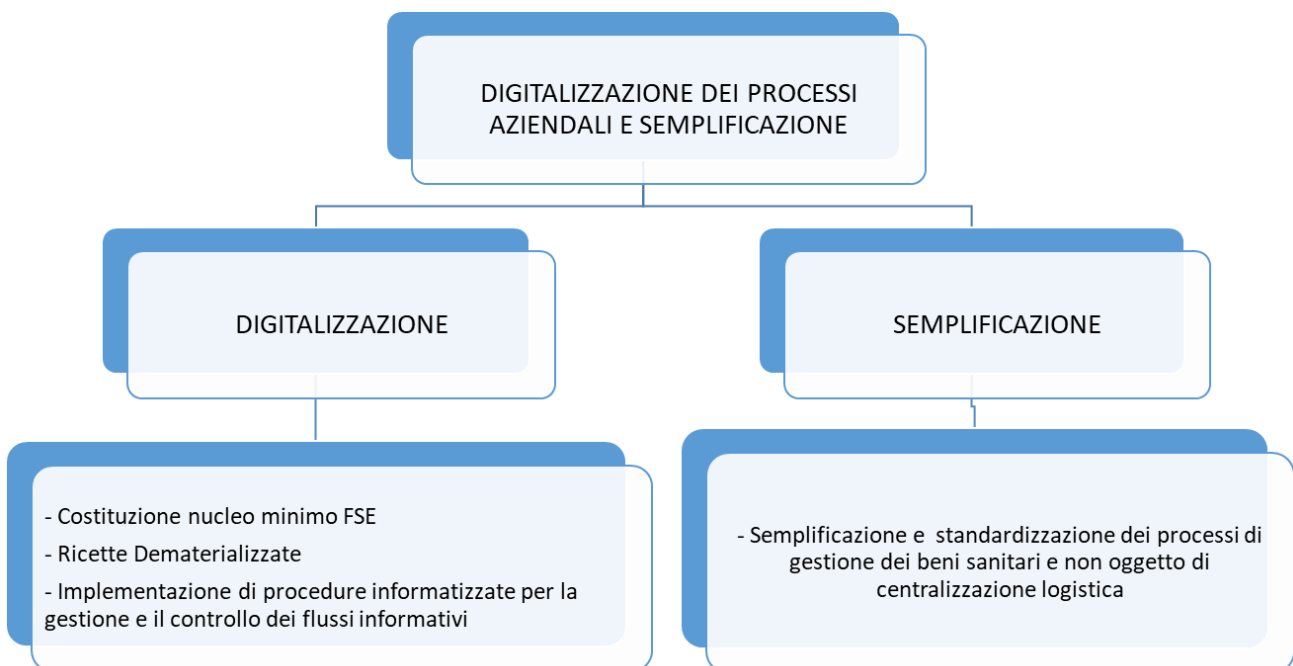
➤ **Digitalizzazione dei processi aziendali e semplificazione amministrativa**

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 nella qualità delle cure.

Per il triennio 2024-2026 in continuità con gli anni precedenti si implementeranno le funzioni del fascicolo sanitario elettronico

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.

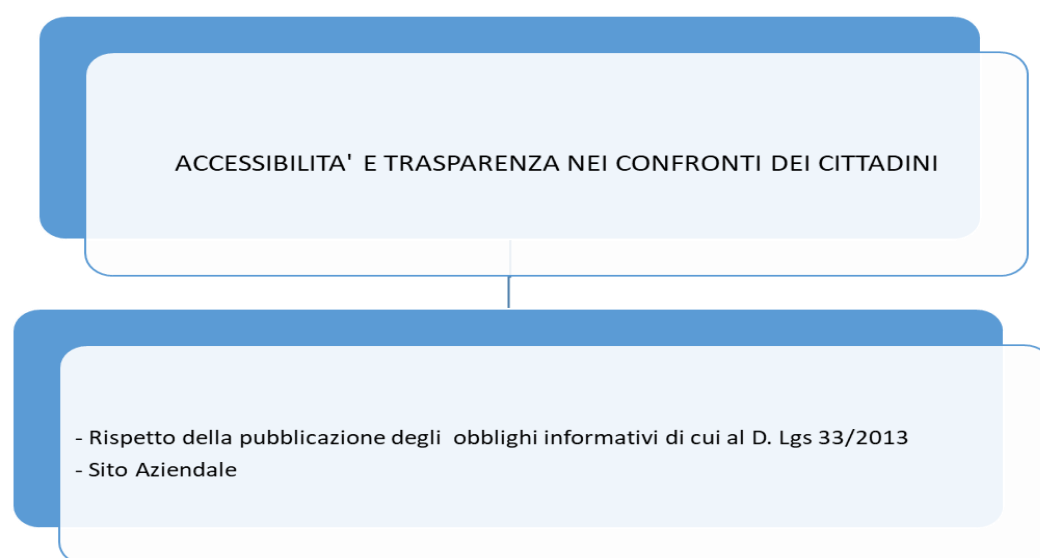
Inoltre nell'ottica di semplificare e standardizzare i processi di gestione si è avviato uno studio di fattibilità per l'istituzione di un Magazzino Unico di AST per la gestione dei beni sanitari e non in una logica di centralizzazione logistica.



### ➤ **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**

Entro il mese di settembre 2023 quindi, tutte le strutture sanitarie e socio-sanitarie (ospedali, ambulatori, strutture residenziali e semiresidenziali, terme, studi professionali, laboratori) delle Marche saranno soggette a nuova autorizzazione all'esercizio secondo i nuovi standard, cui seguirà l'accreditamento ai tre livelli base, avanzato ed eccellenza, processo che contribuirà in modo determinante allo sviluppo qualitativo del Sistema Sanitario Regionale. In attuazione del D.M. Salute del 19/12/2022 che introduce criteri di concorrenza in ambito sanitario, saranno inoltre recepiti gli indirizzi nazionali per la valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate, al fine dell'accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie.



## ➤ **Efficientamento energetico**

Gli obiettivi specifici individuati sono i seguenti:

- ✚ **Formazione diretta e campagna di sensibilizzazione** al personale delle amministrazioni pubbliche sui temi dell'uso intelligente e razionale dell'energia e del risparmio energetico nei luoghi di lavoro
- ✚ **Scelta di sistemi ad alta efficienza energetica** (caldaie, sistemi di illuminazione, serramenti, valvole termostatiche) nel caso di rinnovo di impianti e apparecchiature, sostituendoli con nuovi sistemi

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 2024, di cui all'Allegato 2 alla presente sotto-sezione, sono stati definiti sulla base del mantenimento dei risultati assegnati nell'anno 2023 dalla DGRM 1634 del 13/11/2023 e saranno assegnati alle strutture dell'Azienda attraverso il processo di budgeting. In particolare, tra questi assumono una priorità massima quelli appartenenti al Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) che, introdotto con il DM 12 marzo 2019, rappresenta lo strumento con il quale il Ministero, mediante le informazioni disponibili sul Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), verifica secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e della appropriatezza che tutti i cittadini italiani ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei Livelli essenziali di assistenza (LEA).

Tali indicatori e risultati attesi saranno aggiornati sulla base degli obiettivi che la Regione assegnerà agli Enti del SSR per l'anno 2024 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 presente 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 di Ancona ha inserito tra gli obiettivi della Sezione "Valore pubblico, performance, anticorruzione" del PIAO, specifici obiettivi legati all'efficientamento energetico, come già esposti nel precedente paragrafo 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, 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), approvato definitivamente dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) con delibera n. 7/2023, aggiornando e integrando in un unico atto tutte le indicazioni e gli orientamenti precedentemente adottati.

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 recente di una nuova importante riforma in attuazione della L. 78/2022.

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 2024:

- ✚ 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:

- ✓ 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.

#### **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 negli Enti del Servizio Sanitario Nazionale, con Delibera n. 358 del 29/03/2017, fino alle ultime Linee guida in materia, per tutte le Pubbliche Amministrazioni, approvate con Delibera n. 177 del 19/02/2020;
- 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:
  - 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, anche politico, 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 legge regionale n. 19 dell'8 agosto 2022 (Organizzazione del servizio sanitario regionale), è stato riorganizzato il sistema sanitario nella Regione Marche e sono stati disciplinati i seguenti Enti del SSR:

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

### Compiti dei REFERENTI 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 inconfiribilità ed alle azioni intraprese.

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

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 dell'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 all'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](mailto: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 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 2024 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 2024 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 2024 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 ai 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)
<b>Discrezionalità</b>	<b>Impatto organizzativo</b>
<b>Il processo è discrezionale?</b> No, è del tutto vincolato <b>1</b> E' parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari) <b>2</b> E' parzialmente vincolato solo dalla legge <b>3</b> E' parzialmente vincolato solo da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari) <b>4</b> E' altamente discrezionale <b>5</b>	<b>Rispetto al totale del personale impiegato nel singolo servizio (unità organizzativa semplice) competente a svolgere il processo (o la fase di processo di competenza della p.a.) nell'ambito della singola p.a., quale percentuale di personale è impiegata nel processo?</b> (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% <b>1</b> Fino a circa il 40% <b>2</b> Fino a circa il 60% <b>3</b> Fino a circa l'80% <b>4</b> Fino a circa il 100% <b>5</b>

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

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

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

**Valori e frequenze della probabilità:**

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

**Valori e importanza dell’impatto:**

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

La stima della probabilità ha tenuto conto 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 amministrazioni coinvolte in ciascun procedimento, ha utilizzato un criterio di larga interpretazione ritenendo che via sia il coinvolgimento di più PA tutte le volte in cui in astratto questo sia ipoteticamente possibile.

**Criterio del Valore economico:**

L'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 reputazionale**

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 esser perseguita penalmente - d'ufficio o mediante querela di parte, oltre a generare responsabilità disciplinare, così come meglio descritto nel capo "Centralità del RPCT". L'attività può essere svolta con l'ausilio di un gruppo di lavoro multidisciplinare.

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

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

### Rischio basso (priorità BASSA)

Il RPCT 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 01/01/2024 è diventato pienamente efficace la disciplina del nuovo Codice e la digitalizzazione dell'intero ciclo di vita dei contratti pubblici.

#### **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"), resta valido lo schema approvato, con determina dell'ex ASUR Marche n. 663 del 2/11/2016. (pubblicato tra gli Atti amministrativi generali della sezione "Amministrazione Trasparente).

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. 2021/241 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'UOC Acquisti e Logistica;
- ✓ l'UOC Patrimonio, Nuove Opere e Attività tecniche (comprese Manutenzioni);
- ✓ l'UOC Ingegneria Clinica;
- ✓ 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 2023-2025 è stato approvato con Determina AST AN n. 584 del 24/04/2023. Per quanto concerne gli acquisti di beni e servizi, è in corso di adozione il nuovo programma triennale ai sensi dell'art. 37 del D.Lgs n. 36/2023; in attesa resta valido quello biennale 2023/2024, aggiornato con Determina AST AN n. 831 del 05/06/2023.

Per evitare i rischi specifici, occorre altresì evitare:

- il frazionamento artificioso nelle gare;
- 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:**

- procedure negoziate senza previa pubblicazione del bando di gara/ su gare complessive (per quantità e valore economico);
- affidamenti (quantità e valore) di beni infungibili/esclusivi sul totale delle richieste pervenute per unità di committenza;
- pubblicità ante e post per la selezione degli operatori.

Ulteriori misure definite di competenza per gli acquisti:

- Obbligo di adeguata motivazione in fase di programmazione in relazione a natura, quantità e tempistica della prestazione, sulla base di esigenze effettive e documentate emerse da apposita rilevazione nei confronti degli uffici richiedenti;
- Per servizi e forniture standardizzabili, nonché lavori di manutenzione ordinaria, adeguata valutazione della possibilità di ricorrere 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);
- Utilizzo di modalità trasparenti per documentare il dialogo con gli operatori di mercato.

## **PROGETTAZIONE**

### I principali rischi sono i seguenti:

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

### Misure per il 2024:

- 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;

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

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

- dare evidenza, da parte del RUP nel primo atto adottato, del ricorrere dei presupposti legali per indire procedure negoziate o procedere ad affidamenti diretti, secondo le direttive 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 accorpate 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 che hanno portato l'azienda a non progettare correttamente la gara;
- quantificare il numero di affidamenti fatti in un determinato arco temporale che hanno utilizzato come criterio di scelta quello dell'offerta economicamente più vantaggiosa (OEPV) rispetto a tutti gli affidamenti effettuati in un determinato periodo. Sebbene, infatti, questo criterio troverà uno spazio sempre maggiore con l'introduzione delle nuove direttive, esso presenta un più elevato rischio di discrezionalità rispetto al criterio del prezzo più basso.

### **SELEZIONE DEL CONTRAENTE**

#### Principali rischi:

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

- a) azioni e comportamenti tesi a restringere indebitamente la platea dei partecipanti alla gara;
- b) l'applicazione distorta dei criteri di aggiudicazione della gara per manipolarne l'esito;
- c) la nomina dei commissari in conflitto di 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 2024 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.

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

Misure da adottare nell'anno 2024 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 2024 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.

Possano 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 2024:

- 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 proceduralizzata 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 farmacologica, 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 (Allegato 3 al presente PIAO).

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.

## Affidamenti servizi esternalizzati

Alcuni servizi sono di competenza della SUAM, anche mediante avvalimento 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 2024 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 aggiudicatarie;
- 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 nell'AST di Ancona vengono espletate dall'U.O.C. Acquisti e Logistica per gli acquisti sopra soglia con apposite determine e dall'U.O.C. Sistemi Informativi Aziendali (SIA) per quelli sotto soglia, tramite specifiche schede di acquisizione di beni e servizi. 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 aggiudicatriche;
- percentuale di gare con un'unica offerta valida.

**Procedure di gara per le tecnologie sanitarie**

Tali procedure nell'AST di Ancona vengono espletate dall'U.O.C. Acquisti e Logistica e dall'U.O.C. Ingegneria Clinica sia per l'acquisto sia per la manutenzione delle attrezzature sanitarie.

Per quanto riguarda gli acquisti si rinvia a quanto predisposto da Dott. Spaccia.

Per quanto riguarda i servizi di manutenzione sulle tecnologie biomediche le procedure di affidamento se inferiori alla soglia comunitaria vengono espletate su piattaforma MEPA, nel rispetto del principio di rotazione o previa pubblicazione, ove previsto dalle disposizioni vigenti, di avvisi pubblici a manifestare interesse in linea con le disposizioni di cui al D.lgs n.36/2023 e regolamento aziendale. Le procedure sopra soglia comunitaria vengono espletate attraverso procedure di gara aperte ovvero procedure ristrette previa pubblicazione di avvisi e bandi, secondo le disposizioni di cui al D.lgs n. 36/2023, su piattaforma digitale in dotazione all'Amministrazione (determina n. 1867/ASTAN/2023 piattaforma telematica 'GT SUAM').

**Indicatori adottati e previsti quale monitoraggio per le gare delle Tecnologie Sanitarie e Telecomunicazioni:**

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

**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, l'AST di Ancona si avvale ancora dei regolamenti per la graduazione degli incarichi dirigenziali e il loro 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) 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 TAR e al 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.

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 per gli Enti del SSR di cui all'allegato A formante parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, 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 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; di stabilire inoltre che per il conferimento degli incarichi di direzione di Struttura Complessa 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, 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'organo nominante deve dotarsi di tutti gli strumenti interni che consentano la massima pubblicizzazione delle esigenze alla base del conferimento, delle caratteristiche e delle competenze professionali funzionali allo svolgimento dell'incarico (come ad esempio regolamenti interni, albi e/o elenchi di professionisti ed esperti), al fine anche di consentire opportune verifiche sul possesso dei requisiti e sul rispetto dei principi di trasparenza, rotazione ed imparzialità.

### Misure di trasparenza

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

L'art. 41, del D.lgs. 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, ivi 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 procedurali 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 sia a tempo indeterminato, che determinato e i collaboratori a qualsiasi titolo devono compilare, all'atto del conferimento dell'incarico, i modelli di autocertificazione, pubblicati sulla specifica sotto-sezione dell'Amministrazione Trasparente.

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

### Art. 1- Procedura di contestazione

1. Il RPCT, quando viene a conoscenza, d'ufficio o su segnalazione, della sussistenza o dell'insorgenza di una causa di inconfiribilità o di incompatibilità, a carico di un dirigente titolare di un "incarico amministrativo di vertice", secondo quanto definito dal D.lgs. n. 39/2013 e dalle Delibere ANAC n. 149/2014 e n. 833/2016, deve provvedere tempestivamente alla contestazione del fatto all'interessato, a seguito degli accertamenti istruttori preliminari ritenuti necessari, che dovranno esaurirsi comunque entro il termine massimo di 15 giorni dal momento in cui ha avuto notizia della causa di inconfiribilità o di incompatibilità.
2. La contestazione deve essere effettuata per iscritto e comunicata formalmente al dirigente, a cura del RPCT attraverso lettera, da consegnare a mano e di cui il dirigente deve rilasciare apposita ricevuta. La lettera di contestazione può essere consegnata attraverso il servizio postale (con raccomandata A.R.) in caso di assenza dal servizio del dirigente. In ogni caso è sempre possibile l'inoltro all'indirizzo PEC personale del dirigente, se ufficialmente comunicata o nota al RPC.
3. Il RPCT trasmette copia della contestazione anche al superiore gerarchico dell'interessato.

**Art. 2- Controdeduzioni del dirigente**

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

**Art. 3- Chiusura del procedimento**

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

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

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

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

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

**Art. 6 - Segnalazione violazioni**

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

**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)**, iniziato dall'ex ASUR, relativi ai dati e ai bilanci dell'azienda fino al suo completamento, secondo le indicazioni della Regione Marche (DD.GG.RR.MM. n. 536/2015, n. 1576 del 19/12/2016 e n. 1618 del 28/12/2017);
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 quali, a titolo di esempio, la sicurezza nei luoghi di lavoro e, più in generale, le aree di competenza dei dipartimenti di prevenzione, come previsto negli aggiornamenti al PNA dell'ANAC. In questo campo sono fondamentali misure specifiche volte a perfezionare gli strumenti di controllo e di verifica, come:

- l'utilizzo di modelli standard di verbali con **check list**, già in uso presso le strutture territoriali;
- 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 del Piano triennale aziendale dei volumi dell'attività istituzionale e libero professionale (ex DGRM n. 106/2015): approvato con determina ex Area Vasta 2 n. 1297/22;
- istituzione e operatività della Commissione paritetica aziendale e del Servizio ispettivo aziendale: nomina con determina AST AN n. 31 del 23/01/2024.

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 prestatati 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 (DGR 380/2019 e smi) che rappresentano il completamento del lavoro svolto in questi anni con il raggiungimento dell'obiettivo di piena copertura della domanda di prestazioni e non solo del rispetto del tempo di attesa per gli utenti prenotati.

Infatti, al momento della prenotazione, in caso di mancanza di posti disponibili nell'ambito territoriale dell'AST



limitrofa, il sistema **CUP unico regionale** consente l'inserimento dell'utente in **liste di pre-appointamento**.

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.

Tale 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 libero professionale. 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 2024:**

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.

#### **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.

Con riferimento alle fasi di **autorizzazione** alla realizzazione ed all'esercizio, così come alla fase di **accreditamento** istituzionale, sono di competenza del Comune (una volta acquisito il parere rilasciato dall'Azienda) e della Regione.

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 31/03/2024, .s.m.i, del termine di cui all'art. 5, comma 1, dello stesso, assegnato alla regioni ed alle provincie autonome per adeguare il proprio ordinamento alle disposizioni ivi contenute e di cui all'art. 8- quater, comma 7 ed all'0art. 8-quinquies, comma 1-bis del Decreto legislativo 502/1992.

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

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

Per quanto riguarda i convenzionamenti tra strutture accreditate ed 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 erogative, sia nella definizione dei budget e degli standard qualitativi e quantitativi.

Relativamente alle strutture residenziali e semiresidenziali delle aree sanitarie extra-ospedaliere e socio-sanitarie, l'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 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 2024 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 online 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'art. 54-bis del D.lgs. n. 165/2001, rubricato "Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti" ha introdotto nel nostro ordinamento, una disciplina per favorire l'emersione di condotte illecite, nota nei paesi anglosassoni con il termine di whistleblowing. L'espressione whistleblower indica il dipendente di un ente o amministrazione che segnala agli organi legittimati a intervenire, violazioni commesse ai danni dell'interesse pubblico e dell'amministrazione di appartenenza. L'espressione "*whistleblowing policy*" denomina invece l'insieme delle procedure per la segnalazione e le azioni previste a tutela dei dipendenti che segnalano condotte illecite.

La legge n. 190/2012 aveva introdotto, nel Decreto legislativo n. 165 del 30/03/2001, con l'art. 54-bis disposizioni in materia di tutela dipendente che segnala illeciti. Recentemente lo stesso articolo è stato modificato con la legge n. 179 del 30/11/2017 (pubblicata in GURI il 14/12/2017). In virtù di tale tutela, il dipendente pubblico che segnali illeciti al RPCT, ovvero all'ANAC o denunci all'autorità giudiziaria o a quella contabile, condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro, non può essere sanzionato, demansionato, licenziato, trasferito o sottoposto ad altra misura organizzativa avente effetti negativi, diretti o indiretti, sulle condizioni di lavoro a causa della segnalazione.

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

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

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

Successivamente con Delibera ANAC n. 690 del 1° luglio 2020 è stato adottato il nuovo Regolamento per la gestione delle segnalazioni e per l'esercizio del potere sanzionatorio in materia di tutela degli autori di segnalazioni di illeciti o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro di cui all'art. 54 bis del D.lgs. n. 165/2001. Successivamente con Delibera ANAC n. 469 del 9 giugno 2021, sono state emanate le relative Linee guida in materia di whistleblowing.

Recentemente, in attuazione della Direttiva (UE) 2019/1937, è stato emanato il D.lgs. n. 24 del 10/03/2023 riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni sia del diritto dell'Unione sia delle disposizioni normative nazionali. Di conseguenza 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.

A tal fine è stata elaborata una procedura aziendale di segnalazione degli illeciti, con la finalità di fornire ai dipendenti dell'Azienda indicazioni chiare sull'oggetto, contenuti, destinatari e modalità di trasmissione delle segnalazioni nonché sulle tutele apprestate dall'articolo 54 bis del D.lgs. n. 165/2001 e s.m.i. e sulle conseguenze in termini di responsabilità civile, penale e disciplinare, nel caso in cui la segnalazione costituisca un "*malicious report*".

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

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

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

Il Regolamento prevede che la segnalazione indirizzata al 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](mailto:rpct.ast.an@emarche.it)
- Invio del modulo all'indirizzo e-mail: [rpct.ast.an@sanita.marche.it](mailto:rpct.ast.an@sanita.marche.it)
- consegna diretta del modulo al RPC;
- Invio del modulo a mezzo servizio postale, inserito in busta chiusa indirizzata esclusivamente al **Responsabile Prevenzione Corruzione** - AST di Ancona, Via Oberdan n. 2, 60122 – Ancona (AN), con la dicitura **RISERVATA PERSONALE – NON APRIRE**.

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

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

### 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. 234/2022 integrando le indicazioni di cui alle Linee guida ANAC del 2020. Nel corso del 2024 si prevede un ulteriore aggiornamento a seguito del nuovo Regolamento approvato con DPR 81/2023 come sopra riportato.

### **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 coerenza 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.

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

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 implicino responsabilità nella gestione delle risorse e nei processi decisionali in materia di farmaci, dispositivi, altre tecnologie, nonché ricerca, sperimentazione e sponsorizzazione.

I professionisti dovranno compilare la **dichiarazione pubblica di interessi** (anche attraverso la modulistica dell’applicativo PNA Sanità presso l’AGENAS) entro le scadenze previste dall’ANAC.

### 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 stati esplicitati nel Piano Formativo Annuale approvato con **determina n. 1866 del 22/12/2023**, 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;

- ✓ nuovi obblighi di trasparenza derivanti dalla Riforma “Madia”;
- ✓ Whistleblowing.

Complessivamente sono stati formati oltre 3.000 dipendenti.

Per il 2024 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.

## 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 approvato con DPR n. 81/2023 già citato, sarà aggiornato l'attuale Codice di comportamento dei dipendenti pubblici per l'AST di Ancona.

Fino a nuova adozione resta valido il Codice approvato con Determina ex ASUR n. 234/2022, che aveva tenuto conto delle ultime linee guida ANAC in materia di cui alla Delibera n. 177 del 19 febbraio 2020.

## 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 28/12/2023 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 2024 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, vengono individuati i seguenti indirizzi email:

- [referenti.ast.an@sanita.marche.it](mailto:referenti.ast.an@sanita.marche.it);
- [rpct.ast.an@sanita.marche.it](mailto:rpct.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 quello 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 al cittadino/utente, l'U.O.C. Sistemi Informativi Aziendali ha avviato il percorso per la creazione dei **nuovi cinque siti aziendali** (uno per ogni AST), omogenei e innovativi, in collaborazione con la Regione, 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 della singola 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 apposta 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 e sull'utilizzo delle risorse pubbliche*".

Nel provvedimento sono definite, in maniera vincolante, le norme e le sanzioni relative ai mancati adempimenti. Sono inoltre individuate le disposizioni che regolamentano e fissano i limiti della pubblicazione, nel 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 2024 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.

### 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).

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), rientrano 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 rientrano 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 2024 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 "*Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche*", e, di seguito, 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 in particolare 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 PA, il Dipartimento della Funzione pubblica ha fornito indirizzi per l'attuazione delle disposizioni richiamate attraverso una fase di sperimentazione.

Il lavoro in modalità agile ha rappresentato durante le fasi più acute dell'emergenza pandemica la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa, in virtù dell'art. 87, comma 1, del DL n. 18/2020, seppure in modalità semplificate rispetto a quelle di cui alla legge n. 81/2017, consentendo di garantire la continuità del lavoro in sicurezza per i dipendenti delle pubbliche amministrazioni nonché, per quanto possibile, la continuità dei servizi erogati dalle amministrazioni.

L'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 infatti ha cessato, a decorrere dal 15/10/2021, di essere una delle modalità ordinarie di svolgimento del lavoro alle dipendenze delle pubbliche amministrazioni; a decorrere dalla detta data pertanto la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa è quella svolta in presenza, fermo restando l'obbligo di assicurare il rispetto delle misure sanitarie di contenimento del rischio di contagio da Covid-19.

Il successivo DM 08/10/2021 del Ministro per la Pubblica Amministrazione ha proceduto, in attuazione del DPCM 23/09/2021, a disciplinare il rientro al lavoro in presenza per tutti i dipendenti della Pubblica Amministrazione a partire dal 15/10/2021; con il medesimo DM sono state individuati le condizioni ed i requisiti necessari, sia organizzativi che individuali, per fare ricorso alla modalità agile per l'espletamento dell'attività lavorativa in un quadro di efficienza e di tutela dei diritti dei cittadini ad una adeguata qualità dei servizi.

L'art. 1, comma 3, del DM 08/10/2021 in particolare ha previsto le seguenti condizionalità per il ricorso al lavoro agile:

- ✚ lo svolgimento del lavoro agile non deve pregiudicare o ridurre la fruizione dei servizi verso gli utenti;
- ✚ adeguata rotazione del personale autorizzato alla prestazione di lavoro agile, assicurando comunque la prevalenza per ciascun lavoratore del lavoro in presenza;
- ✚ adozione di appositi strumenti tecnologici idonei a garantire l'assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni trattati durante lo svolgimento del lavoro agile;
- ✚ necessità per l'amministrazione della previsione di un piano di smaltimento del lavoro arretrato, ove accumulato;
- ✚ fornitura di appositi strumenti tecnologici idonei a garantire l'assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni trattati durante lo svolgimento del lavoro agile.
- ✚ stipula dell'accordo individuale di cui all'art. 18, comma 1, Legge n. 817/2017, cui spetta il compito di definire:
  - ✓ gli specifici obiettivi della prestazione resa in modalità agile;
  - ✓ le modalità ed i tempi di esecuzione della prestazione;
  - ✓ le modalità ed i criteri di misurazione della prestazione medesima, anche ai fini del proseguimento della modalità della prestazione lavorativa in lavoro agile.

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", infine, ha infine proceduto a regolamentare il lavoro agile con riferimento alla 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 inoltre 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 tempo per tempo vigenti 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 - previo confronto con le Organizzazioni Sindacali – dovrà avere cura di facilitare l'accesso al lavoro agile ai 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.

Al fine dell'adozione di apposita nuova regolamentazione aziendale in materia di ricorso al lavoro agile, in conformità alle disposizioni del sopra citato CCNL, l'AST di Ancona procederà quindi alla 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 ai sensi dell'art. 6, c. 3, lett. i) del CCNL 2019-2021, fermo restando che sono in ogni caso esclusi i lavori in turno e quelli che richiedono l'utilizzo di strumentazioni o documentazioni non remotizzabili.

In proposito, nel sottolineare che l'art. 18-bis del D.L. 18/10/2023, n. 145 (cd. "decreto anticipi"), convertito dalla L. 15/12/2023, n. 191, ha **prorogato al 31 marzo 2024 il diritto al lavoro agile solo nel settore privato**, per i genitori di figli con una età inferiore ai 14 anni e per i "lavoratori fragili", ossia per quei dipendenti che, a seguito di un accertamento del medico competente, risultino più esposti al rischio Covid, la Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 29 dicembre 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, di norma, è limitata 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 del lavoro agile è rimesso alla sottoscrizione di apposito accordo individuale da parte del dipendente e del responsabile della struttura di assegnazione; la sottoscrizione dell'accordo individuale da entrambe le parti è condizione necessaria ai fini dello svolgimento del lavoro agile.

L'accordo, sottoscritto dalle parti, va trasmesso all'UOC "Organizzazione risorse umane e politiche del 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, del controllo delle presenze e assenze.

L'accordo deve contenere almeno 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

Il Piano di fabbisogni di personale (di seguito PTFP) implica un'analisi qualitativa e quantitativa delle risorse umane necessarie allo svolgimento della mission aziendale e si configura come un atto di programmazione modulabile e flessibile.

In sede di determinazione del PTFP deve inoltre essere definita la consistenza della dotazione organica da esprimersi in termini di unità e del relativo valore economico-finanziario.

Con determina del Direttore Generale dell'ex ASUR n. 452 del 27/06/2022 è stato approvato il Piano triennale dei fabbisogni del personale (2022-2024) e revisione della Dotazione Organica. L'atto è stato trasmesso alla Regione Marche per il controllo ai sensi dell'art. 4 della L. 412/91 e dell'art. 28 della L.R. 26/96 e s.m.i. come sostituito dall'art. 1 della L.R. n. 36 dell'11/11/2013.

Con determina del Direttore Generale dell'ex ASUR n. 988 del 30/12/2022 è stato approvato il Piano triennale dei fabbisogni del personale (2022-2024) e revisione della Dotazione Organica di cui alla determina n. 452/2022: ritiro e riproposizione alla luce delle disposizioni regionali in applicazione L.R. n. 19/2022. Tale atto definisce il fabbisogno di personale necessario all'ex ASUR Marche per raggiungere gli obiettivi assegnati ed i livelli di servizi da erogarsi in favore dei cittadini assistiti, nel rispetto dei vincoli economici, e rivisto alla luce delle comunicazioni e autorizzazioni della Regione Marche in applicazione dell'art. 42 L.R. n. 19/2022 e della nota acquisita al prot. n. 33478/2022 con la quale il Direttore del Dipartimento Salute della Regione Marche ha invitato l'ex ASUR a "riformulare i piani di Fabbisogno Triennale del Personale 2022-2024 rendendoli coerenti con le disposizioni di cui alle note prot. 1131844 del 13/09/2022" ... "e a presentarli per la nuova procedura del controllo atti".

Con DRGM n. 119 del 10/02/2023, la Regione Marche ha parzialmente approvato il suddetto PTFP 2022-2024 di cui alla determina n.988/2022 sopra citata con le seguenti prescrizioni:

1. di approvare il Piano di fabbisogno dell'ex ASUR Marche dell'anno 2022;
2. di approvare i sezionali delle aree vaste n. 1, 2, 3, 4, 5 allegati al piano di fabbisogno dell'ex ASUR dell'anno 2023 con la prescrizione di limitare l'impatto economico, previsto nei sezionali delle cinque aree vaste, al valore economico pari a quattro dodicesimi dell'anno 2023 (saldo tra il valore delle assunzioni programmate e delle cessazioni previste comprensivo dell'effetto trascinamento relativo all'anno 2022);
3. di subordinare l'approvazione completa dei piani di fabbisogno 2023 e 2024 all'adozione entro il 31 marzo 2023 da parte dei Direttori generali delle AA.SS.TT. del piano di fabbisogno triennale 2023/2025, previa definizione da parte della Giunta Regionale dei vincoli di spesa del personale delle AASSTT ai sensi dell'art. 11 comma 1 dl 35/2019.

Relativamente al PTFP 2023-2025, integrato nel PIAO 2023-2025 ex articolo 6, D.L. 80/2021 (Cd. “Decreto Reclutamento”), con nota prot. n. 348218|27/03/2023|R\_MARCHE|GRM|SRU|P il dirigente Settore Risorse Umane e Formazione del Servizio Salute della Regione Marche ha comunicato che nelle more dell’assegnazione da parte della Regione Marche dei tetti di spesa per il personale, le aziende del SSR avrebbero dovuto rendere coerente il PIAO con la programmazione occupazionale già approvata con deliberazione della Giunta Regionale delle Marche in sede di controllo atti.

Il PIAO 2023-2025, contenente il PTFP approvato con la citata DRGM n. 119 del 10/02/2023, quindi, è stato, a sua volta approvato con DGRM n. 779 del 05/06/2023.

Alla data di redazione del presente provvedimento, la Giunta Regionale non ha ancora emanato le linee guida per la definizione del fabbisogno di personale delle aziende del SSR per le nuove AST, sicché anche per il 2024 si ripete la stessa situazione dello scorso anno e dovendo, in ogni caso, rispettare i termini inderogabili di scadenza del PIAO, su indicazione del dirigente regionale preposto alla funzione di coordinamento, è necessario riproporre in questa sede i contenuti della determina n. 988/2022 e s.m.i. già citata, cui si fa esplicito rinvio limitatamente ai contenuti dei sezionali dell’ex Area Vasta 2 e dell’ex Direzione Generale ASUR.

Ciò in quanto, come specificato nell’allegato A della DGRM n. 1718/2022 i rapporti di lavoro del personale in corso al 31/12/2022 presso l’ex Area Vasta 2 e presso l’ex Direzione Generale ASUR (ad eccezione del personale assegnato alle UO Ingegneria Clinica e Ufficio Legale, il cui rapporto di lavoro continua con le AST comprendenti le sedi di lavoro presso cui lo stesso personale operava al 31/12/2022) continuano con l’AST di Ancona e che, “nelle more dell’adozione dell’atto aziendale e dei regolamenti di organizzazione dell’AST di Ancona, la dotazione organica di quest’ultima, è determinata dalla sommatoria dei sezionali dell’Area Vasta 2 e della Direzione Generale della dotazione organica ASUR approvata nel Piano di fabbisogno triennale ASUR vigente” decrementata dei posti del personale delle UO Ingegneria Clinica e Ufficio Legale assegnato ad altre AST. Nel PTFP di cui alla determina n.988/2022 più volte citata vengono attestati e garantiti:

- ✓ La riduzione della spesa del personale con rapporto di lavoro flessibile nel rispetto del vincolo legislativo derivante dalle disposizioni di cui all’art. 9 comma 28 del DL 78/2010 ai sensi dell’art. 27 della LR 33/2014 anche tramite l’attivazione di procedure di stabilizzazione del precariato;
- ✓ Il rispetto degli obblighi assunzionali di disabili e categorie protette da effettuarsi in ottemperanza alla L.68/99 applicando le opportune riserve previste nei concorsi pubblici indetti e riproponendo per il quinquennio 2024-2028 la convenzione con il competente Ufficio dei servizi per l’impiego;
- ✓ Le progressioni verticali tra le aree del personale del comparto nei limiti di legge e del CCNL;
- ✓ La dotazione organica prevista per le ex cat. A e B da intendersi accorpata nell’area del “Personale di supporto” ex CCNL 02/11/2022;

- ✓ La ridefinizione della **dotazione organica** nell’ottica di una riconversione, a seguito di cessazione dei titolari, di posti di qualifiche obsolete quali l’infermiere generico, pediatrico, puericultrice, il declassamento, sempre a seguito di cessazione dei titolari, di posti dell’area “professionisti della salute e funzionari” provenienti dall’ex cat. DS a quella D e l’incremento di posti di Operatore Socio Sanitario mediante riconversione di posti di ausiliario e di OTA;
- ✓ Il Rispetto del vincolo di spesa ex art. 2 L. n. 191/2009 rivisto ex art. 11, c.1, del D.L. n. 35/2019 assegnato all’ex ASUR con DGRM 537/2022 e 1045/2022 e la coerenza con le risorse economiche di budget assegnate, tenuto conto della recente DGRM n. 92 del 30/01/2024 con cui è stata approvato il tetto di spesa del personale.

L’attuazione del piano di fabbisogno 2024, anche nel rispetto dell’impatto economico assegnato all’AST AN, sarà monitorato a livello aziendale e, eventualmente, saranno poste in essere specifiche azioni di rientro.

Il PTFP 2024-2026 dovrà essere aggiornato in ottemperanza alle indicazioni della Giunta Regionale sulla riorganizzazione del SSR in applicazione della LR 19/2022 ed in coerenza con il redigendo atto aziendale.

Gli allegati alla presente sottosezione relativi al personale dell’AST di Ancona sono i seguenti:

- **Allegato 6 - Fabbisogni Personale ex DG ASUR;**
- **Allegato 7 - Fabbisogni Personale ex AV2 ASUR;**
- **Allegato 8 – Dotazione organica sezionale ex DG ASUR ed ex AV2.**

### 3.3.1 Piani Azioni Positive

L’AST di Ancona ha proceduto alla costituzione del Comitato Unico di Garanzia (CUG) e ha adottato il Piano delle Azioni Positive (PAP) rispettivamente con le determine n. 445 del 24/03/2023 n. 163 del 13/02/2023, alle quali si rimanda per una consultazione dettagliata degli allegati approvati dal Direttore Generale.

## 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



delle competenze necessarie per una diversa organizzazione del lavoro e per modalità di coordinamento e di comprensione 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 2024 si è provveduto a richiedere ai vari dipartimenti, servizi, strutture, i fabbisogni formativi che sono stati raccolti tramite apposita scheda a cura dei Referenti di Rete per la Formazione e poi elaborati.

Prima della stesura definitiva del PFA, gli stessi sono stati oggetto di discussione con i responsabili/direttori delle Unità operative e successivamente di valutazione da parte del Comitato Scientifico Formazione (CSF).

L'elenco dei fabbisogni è stato trasmesso alle OO.SS. del Comparto e della Dirigenza per le opportune informative. Il Piano della Formazione dell'AST di Ancona è stato pertanto approvato con **Determina n. 1866 del 22/12/2023**, alla quale si rinvia per tutti i dettagli dei corsi formativi che saranno organizzati nel 2024.

### 3.4.3 Attività formative regionali (PFR)

Con Deliberazione n. 1281 del 10/10/2022 la Giunta Regionale ha approvato il Piano di Formazione Regionale 2022-2024 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.

Con Decreto del Dirigente del Settore Risorse Umane e Formazione n. 11 del 14/02/2023, è stata affidata all'AST di Ancona la gestione di 22 progetti formativi che i referenti regionali dovranno realizzare non oltre il primo semestre 2025, alcuni dei quali già realizzati nel 2023 (Allegato n. 9 – Piano della Formazione Regionale).

I costi relativi all'erogazione di ciascun progetto, preventivati dai singoli proponenti in fase di raccolta del fabbisogno formativo sono in carico alla AST di Ancona, fatta salva la presenza di specifici finanziamenti stanziati da appositi atti nazionali e regionali.

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 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 nel cui allegato si specificano le attività da realizzare entro il 2025 (Allegato n. 10 – 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), moduli pratici B+C, modulo D per i Comitati ICA, di cui gli ultimi due attribuiti organizzativamente agli Enti dell’SSR. Il programma formativo, partito 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.

Per l’anno 2024 si prevede la progettazione, organizzazione ed erogazione del corso Modulo B+C per i professionisti sanitari, finalizzato alla determinazione di un programma locale di contrasto alle ICA. Il corso si svolgerà in tre edizioni a partire dal 2024 e fino al 2026 (DGR 398 del 27 marzo 2023 che approva il Piano Regionale ICA-PNRR). In questo quadro l’AST Ancona contribuirà al raggiungimento degli obiettivi regionali e quindi nazionali formando, alla fine del periodo previsto dal PNRR (2023-2026), i professionisti previsti per tutta la Regione Marche.

Per la seconda linea di intervento, nel quadro del Piano Operativo predisposto da AGENAS per il Corso

---

[1] DGR 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 del 14/03/2022 e approvazione del Piano Operativo Regionale;  
DGR 812 del 27/06/2022; Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – Missione 6 Salute: Recepimento Contratto Istituzione di Sviluppo;  
DGR 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;  
DGR 1330 del 17/10/22 Oggetto: Modifica della DGR. 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.

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. I corsi saranno attivati dalle Università delle Marche e per l'anno 2024 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 2024 dalla Regione. L'ufficio parteciperà 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.

### **3.4.5 Linee guida per il Piano formativo triennale**

Per i successivi anni 2025-2026, è in corso di definizione il percorso di costruzione del Piano triennale della formazione, destinato alla realizzazione e supporto delle iniziative formative secondo le priorità stabilite a livello nazionale dal Piano strategico PANFLU 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 PNNR, 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.

## 4. 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 del PTPCT/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 2024-2026 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"> <li>• nomina di un responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT);</li> <li>• definizione degli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza;</li> <li>• corretta applicazione obblighi di pubblicazione e accesso civico semplice e generalizzato;</li> <li>• adozione e aggiornamento della presente sottosezione di programmazione denominata “Rischi corruttivi e Trasparenza”;</li> <li>• aggiornamento del Codice di Comportamento aziendale;</li> <li>• applicazione di criteri di selezione e rotazione ordinaria e straordinaria del personale operante nelle aree a rischio;</li> <li>• formazione generale e specifica in materia di etica, integrità, trasparenza e prevenzione della corruzione;</li> <li>• predisposizione e verifica dichiarazioni su assenza conflitto di interesse o incompatibilità;</li> <li>• applicazione disciplina specifica in materia di incarichi d’ufficio e attività ed incarichi extra-istituzionali;</li> <li>• 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.;</li> <li>• 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);</li> <li>• adozione disciplina specifica e piattaforma di segnalazione in materia di dipendente che effettua segnalazioni di illecito (whistleblower).</li> </ul>	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 si 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	IND
<p>“Acquisizione e progressione del personale, incarichi e nomine”</p> <p>Attività di rischio:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reclutamento</li> <li>2. Progressioni di carriera, incarichi e nomine</li> <li>3. Conferimento di incarichi libero professionali e di collaborazione</li> <li>4. Forme di reclutamento diverse dal lavoro dipendente (tirocini, borse di studio, ecc.)</li> <li>5. Sostituzione della dirigenza medica e sanitaria</li> </ol>	<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"> <li>1. Fatturazione Attiva</li> <li>2. Fatturazione Passiva</li> <li>3. Gestione del patrimonio immobiliare e mobiliare</li> <li>4. Gestione Finanziamenti Pubblici</li> <li>5. Incasso Ticket (Maneggio denaro)</li> <li>6. Pagamenti</li> <li>7. Gestione delle uscite</li> <li>8. Donazioni</li> </ol>	<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	IND
Attività di vigilanza, controllo, ispezione e l'eventuale irrogazione di sanzioni	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilizzo di modelli standard di verbali con check list;</li> <li>- Rotazione del personale ispettivo,</li> <li>- Controllo a campione dichiarazioni su assenza conflitto di interesse o incompatibilità</li> </ul>	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"> <li>• definizione di un format aziendale di richiesta con indicazione dell'offerta in regime istituzionale presente nel sistema informativo di prenotazione;</li> <li>• negoziazione dei volumi di attività libero professionale nell'ambito del processo di budget;</li> <li>• attivazione di un cruscotto basato sui posti a CUP per centro di costo per il monitoraggio dell'offerta istituzionale e libero professionale;</li> <li>• predisposizione di un format aziendale per la comunicazione del piano di lavoro dei titolari di Unità operativa complessa;</li> <li>• accesso dei referenti della libera professione al sistema rilevazione presenze per il controllo periodico della corretta registrazione dell'orario di attività libero professionale</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Rimodulazione dell'offerta tra diverse prestazioni e rimodulazione dell'offerta tra diverse sedi di erogazione,</li> <li>➤ Implementazione, ove vi sia disponibilità di ore di incarico vacanti, dell'offerta specialistica convenzionata (SUMAISTI),</li> <li>➤ Utilizzo mirato del fondo Balduzzi,</li> <li>➤ Revisione della committenza verso le strutture private</li> </ul>	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"> <li>- numero di prestazioni erogate in intramoenia/numero di prestazioni erogate in attività istituzionali (sia per singolo specialista che in equipe)</li> </ul>	
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"> <li>➤ Effettuazione di controlli continui sull'attuazione degli accordi contrattuali.</li> </ul>	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	IND
<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"> <li>- fissare per ogni medico di medicina generale e pediatra di libera scelta rigorosi obiettivi imposti dal livello regionale;</li> <li>- monitorare tale obiettivi con report specifici;</li> <li>- elaborare dettagliata reportistica che viene notificata ai singoli medici, ai Direttori dei Distretti e al vertice aziendale;</li> <li>- potenziare le attività di distribuzione diretta tramite le farmacie interne;</li> <li>- elaborare specifici indicatori attraverso i quali individuare possibili effetti corruttivi sulla base di influenze negative da parte delle aziende produttrici di farmaci.</li> </ul>	<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 della realizzazione degli obiettivi nella relazione annuale da trasmettere 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"> <li>• l'identificazione e la scelta dell'impresa di onoranze funebri è di esclusiva competenza dei familiari/congiunti;</li> <li>• è fatto divieto assoluto a tutto il personale di suggerire nominativi o indirizzi o procurare servizi alle imprese stesse;</li> <li>• 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;</li> <li>• è fatto divieto all'impresa di utilizzare per le proprie attività il personale dell'AST o corrispondere allo stesso compensi sotto qualsiasi forma;</li> <li>• 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;</li> <li>• gli addetti delle ditte all'interno dell'obitorio devono essere chiaramente identificabili tramite appositi cartellini di riconoscimento (nome e ditta);</li> <li>• 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;</li> <li>• i rapporti tra cittadini ed impresa che attengono all'affidamento del servizio funebre devono svolgersi al di fuori dei locali dell'azienda"</li> </ul>	<p>Misura Effettuata/  Misura NON effettuata</p>	<p>Ogni Direttore delle UUOCC coinvolte, per la propria parte 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 30/04/2024 AGGIORNAMENTO PATTO DI INTEGRITA' E relative DICHIARAZIONI CONFLITTI DI INTERESSE entro il 31/12/2024 ADOZIONE NUOVO REGOLAMENTO INCENTIVI entro il 31/12/2024		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 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 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> <p>- dell'unicità dell'operatore economico (comma 2, lett. b);</p> <p>- dell'estrema urgenza da eventi imprevedibili dalla stazione appaltante (comma 2, lett. c):</p>	<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"> <li>• procedure negoziate senza previa pubblicazione del bando di gara/ su gare complessive (per quantità e valore economico);</li> <li>• affidamenti (quantità e valore) al medesimo fornitore / su gare complessive</li> <li>• numero affidamenti (quantità e valore) di beni infungibili/esclusivi sul totale delle richieste pervenute per unità di committenza</li> </ul>	<p>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 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 (Acquisti e Logistica, Sistemi Informativi, Servizi Farmaceutici, Ingegneria clinica, Patrimonio e Nuove opere) dovranno compilare la relazione annuale al RPCT.</p>
<p><b>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</b></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 (Acquisti e Logistica, Sistemi Informativi, Servizi Farmaceutici, Ingegneria clinica, Patrimonio e Nuove opere) 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 <b>procedura negoziata</b> 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 <b>2026</b>, 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 (Acquisti e Logistica, Sistemi Informativi, Servizi Farmaceutici, Ingegneria clinica, Patrimonio e Nuove opere) dovranno compilare la relazione annuale al RPCT.</p>

## **ALLEGATI DEL PIAO**

- 1 – Schede di Budget**
- 2 – Obiettivi Performance**
- 3 – Mappatura Rischi**
- 4 – Tabella livello di rischio di Budget**
- 5 – Griglia obblighi di pubblicazione**
- 6 – Fabbisogni Personale ex DG ASUR**
- 7 – Fabbisogni Personale ex AV2 ASUR**
- 8 – Dotazione organica sezionale ex DG ASUR ed ex AV2**
- 9 – Piano della Formazione Regionale**
- 10 – Piano Regionale della Prevenzione**