



*PIANO INTEGRATO DELLE  
ATTIVITA' ED  
ORGANIZZAZIONE 2024 - 2026*

---

Azienda Sanitaria Territoriale di Ascoli Piceno – Regione Marche  
Via Degli Iris - 63100 Ascoli Piceno – C.F. e P.IVA 02500670449

---

Premessa .....	4
Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) - Introduzione e decreti di attuazione.....	4
Le sanzioni per mancata adozioni del PIAO .....	5
1. Scheda Anagrafica dell'Amministrazione.....	5
1.1 L'Azienda Sanitaria Territoriale di Ascoli Piceno.....	5
2. La sezione Valore Pubblico .....	7
3. La sezione Performance.....	10
3.1 Presentazione della sezione Performance: finalità e principi .....	11
3.2 Analisi del contesto esterno e delle risorse .....	12
3.2.1 Il territorio e la popolazione assistita.....	12
3.2.2 Analisi del contesto esterno.....	15
3.2.3 Le risorse economiche e finanziarie.....	16
3.2.4 Le risorse umane.....	17
3.3 La struttura dell'offerta .....	18
3.4 I servizi sanitari erogati .....	23
3.5 Il ciclo di gestione della performance.....	23
3.6 Obiettivi strategici (generali).....	26
3.7 Gli obiettivi specifici e la performance organizzativa.....	28
3.8 Piano degli indicatori e dei risultati attesi.....	32
4. La sezione Rischi corruttivi e Trasparenza.....	33
4.1.1 Premessa.....	33
4.1.2 Valutazione di impatto del contesto esterno .....	38
4.1.3 Valutazione di impatto del contesto interno.....	43
4.1.4 Mappatura dei processi e metodologia di analisi del rischio .....	50
4.1.5 Identificazione e valutazione dei rischi potenziali e concreti .....	55
4.1.6 Contratti pubblici in sanità e PNNR.....	55
4.1.7 Incarichi e nomine .....	70
4.1.8 Gestione entrate, spese e patrimonio .....	75
4.1.9 Attività di vigilanza, controlli, ispezioni.....	76
4.1.10 Attività ALPI .....	77
4.1.11 Controlli nelle strutture convenzionate.....	79
4.1.12 Spesa farmaceutica convenzionata ed interna.....	82
4.1.13 Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero.....	83
4.2 Progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio .....	84
4.2.1 Formazione obbligatoria generale e specifica .....	90
4.2.2 Whistleblowing.....	91
4.3 Programmazione dell'attuazione della Trasparenza .....	93
4.4 Cronoprogramma delle attività trasparenza e anticorruzione.....	103
5. La sezione - Organizzazione e capitale umano.....	105
5.1 Vincoli economici e fabbisogni di personale .....	105
5.2 Linee di sviluppo programmate per l'anno 2024 .....	106
5.3 Politiche di gestione e sviluppo del personale.....	108
5.4 Il piano triennale dei fabbisogni del personale.....	109
5.5 Fabbisogni relativi alla copertura di incarichi di direzione di struttura complessa .....	110
5.6 Piano di potenziamento .....	111
5.6.1 Funzione gestione operativa: .....	111
5.6.2 La programmazione e l'implementazione delle Case della Comunità e degli Ospedali di Comunità	111
5.6.3 Il consolidamento del modello organizzativo dell'infermieristica di Comunità già presente nei comuni delle aree interne della provincia.....	112

5.6.4	L'implementazione dei percorsi di presa in carico della cronicità e delle fragilità da parte delle equipe delle Case della Comunità e dalle AFT della medicina generale .....	112
5.6.5	Lo sviluppo della continuità dell'assistenza attraverso l'integrazione dei medici di continuità assistenziale con le AFT della medicina generale.....	112
5.6.6	L'ulteriore implementazione dei percorsi e delle pratiche professionali, mediche o delle professioni sanitarie, nell'ambito della Telemedicina .....	113
5.6.7	Potenziamento area Ortopedico-traumatologica.....	113
5.6.8	Cure Palliative .....	113
5.6.9	Comunicazione e URP .....	113
5.7	Politiche di stabilizzazione.....	114
5.8	Assunzioni L.68/99.....	114
5.9	Organizzazione del lavoro agile.....	114
5.10	Altre forme di lavoro .....	116
5.11	Dotazione organica.....	116
5.12	Piani azioni positive e comitati unici di garanzia.....	116
6.	Sezione - Formazione del Personale .....	117
6.1	Riferimenti normativi .....	117
6.2	Il ruolo della formazione aziendale.....	118
6.3	Piano formativo aziendale.....	119
6.4	Linee guida per il Piano formativo triennale .....	121
7.	Sezione - Monitoraggio.....	124
7.1	Monitoraggio delle misure del PIAO.....	124
7.2	Monitoraggio della trasparenza e attestazione OIV.....	124
7.3	Catalogo delle attività a rischio, misure previste e monitoraggio .....	125

## Premessa

### Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) - Introduzione e decreti di attuazione

Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione è stato introdotto dall'art. 6 del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, in legge 6 agosto 2021, n. 113 e successivamente integrato e modificato dalle disposizioni di cui:

- all'art. 1, comma 12, del decreto-legge 30 dicembre 2021, n. 228, convertito con modificazioni dalla legge n. 25 febbraio 2022, n. 15, per quanto attiene le disposizioni di cui ai commi 5 e 6 e 6 bis;
- all'art. 7, comma 1, del decreto-legge 30 aprile 2022, n. 36, convertito, con modificazioni, in legge 29 giugno 2022, n. 79, per quanto attiene le disposizioni di cui al comma 6-bis e introduttivo del comma 7-bis.

Ai sensi del citato art. 6, il PIAO ha durata triennale viene aggiornato annualmente, entro il 31 gennaio e con specifico riferimento alla Performance stabilisce quanto segue:

- definisce gli obiettivi programmatici e strategici della performance secondo i principi e criteri direttivi di cui all'articolo 10 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, stabilendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati della performance organizzativa;
- definisce le modalità di monitoraggio degli esiti, con cadenza periodica, inclusi gli impatti sugli utenti, anche attraverso rilevazioni della soddisfazione degli utenti stessi mediante gli strumenti di cui al decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, nonché le modalità di monitoraggio dei procedimenti attivati ai sensi del decreto legislativo 20 dicembre 2009, n. 198.

Il legislatore per rendere attuativo questo nuovo strumento di pianificazione e programmazione, ha operato tramite il “Regolamento recante l'individuazione e l'abrogazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione”, di cui al Decreto del Presidente della Repubblica n. 81 del 30 giugno 2022, entrato in vigore il 15/07/2022 rappresenta il provvedimento cardine per dare attuazione alle nuove disposizioni normative. Attraverso di esso, infatti, vengono “soppressi” i previgenti adempimenti in materia di pianificazione e programmazione che sono i seguenti:

- **Piano dei fabbisogni di personale**, di cui all'art. 6, commi 1, 4, 6, e art. 6-ter del d.lgs. 30 marzo 2001, n. 165;
- **Piano della performance**, di cui all'art. 10, comma 1, lett. a) e comma 1 ter del d.lgs. 27 ottobre 2009, n. 150;
- **Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza** di cui all'art. 1, commi 5, lett. a) e 60, lett. a) della legge 6 novembre 2012, n. 190;
- **Piano organizzativo del lavoro agile**, di cui all'art. 14, comma 1, della legge 7 agosto 2015, n. 124;
- **Piano di azioni positive**, di cui all'art. 48, comma 1, del d.lgs. 11 aprile 2006, n. 198.

Lo stesso atto viene disposto che per le Amministrazioni tenute all'adozione del PIAO, tutti i richiami ai piani individuati dal decreto stesso sono da intendersi come riferiti alla corrispondente sezione del PIAO.

Al suddetto Decreto del Presidente della Repubblica è seguito il decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione concernente la definizione del contenuto del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (cfr. art. 6, comma 6, DL n. 80/2021, convertito in Legge n. 113/2021).

Il 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 definisce il contenuto del Piano Integrato di Attività e Organizzazione, secondo lo schema contenuto nell'allegato al Decreto ministeriale.

## **Le sanzioni per mancata adozioni del PIAO**

L'articolo 10 del decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 30/6/2022 stabilisce quanto segue:

*“Ai sensi dell'articolo 6, comma 7, del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113, in caso di mancata adozione del Piano integrato di attività e organizzazione trovano applicazione le sanzioni di cui all' articolo 10, comma 5, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, ferme restando quelle previste dall'articolo 19, comma 5, lettera b), del decreto-legge 24 giugno 2014, n. 90, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 agosto 2014, n. 114”*

Pertanto in caso di mancata adozione del PIAO si applicano le seguenti sanzioni:

- **divieto di erogazione della retribuzione di risultato ai dirigenti che risultano avere concorso alla mancata adozione del Piano**, per omissione o inerzia nell'adempimento dei propri compiti (art. 10, c.5, D.lgs. n. 150/2009);
- impossibilità di procedere ad assunzioni di personale o al conferimento di incarichi di consulenza o di collaborazione comunque denominati (art. 10, c.5, D.lgs. n. 150/2009);
- applicazione, nel rispetto delle norme previste dalla legge 24 novembre 1981, n. 689, di una sanzione amministrativa non inferiore nel **minimo a euro 1.000 e non superiore nel massimo a euro 10.000** (art. 19, c. 5, l. b), DL n. 90/2014, convertito in Legge n. 114/2014).

## **1. Scheda Anagrafica dell'Amministrazione**

### **1.1 L'Azienda Sanitaria Territoriale di Ascoli Piceno**

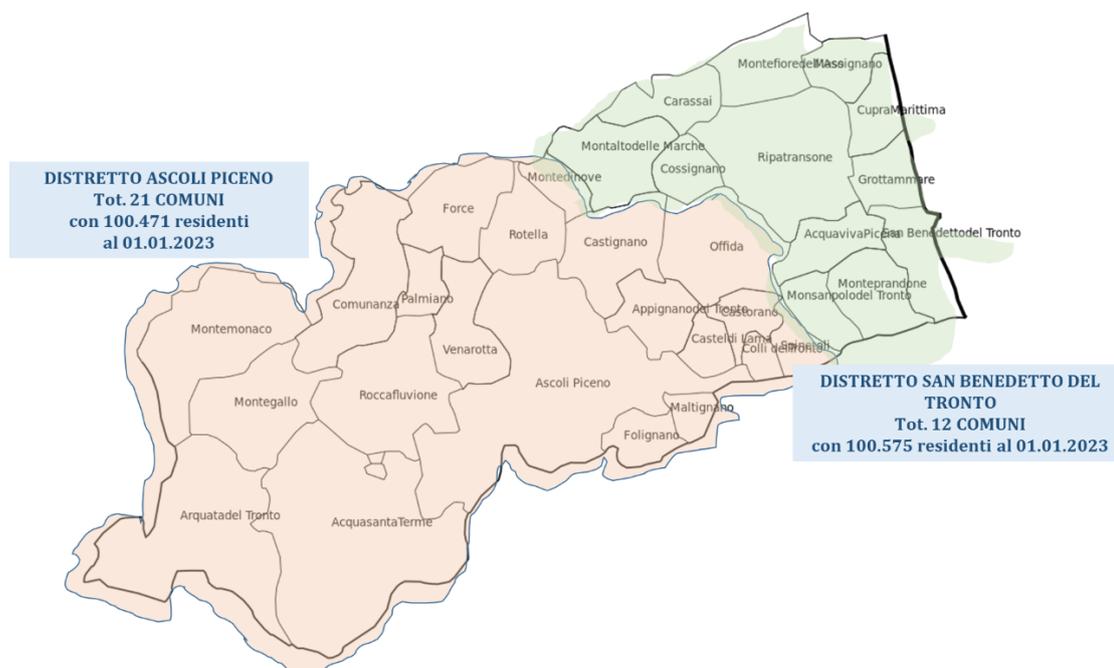
La legge regionale 8 agosto 2022 n. 19 concernente “Organizzazione del Servizio Sanitario Regionale” è stata pubblicata sul Bollettino ufficiale della Regione Marche in data 11 agosto 2022 e, ai sensi dell'articolo 50 della medesima legge, è entrata in vigore il giorno 12 agosto 2022.

L'art. 42 comma 9 della L.R. n. 19/2022 ha previsto la soppressione, a decorrere dal 31/12/2022, dell'Asur e la contestuale istituzione dal 1 gennaio 2023 di n. 5 Aziende Sanitarie Territoriali (AST), nonché l'incorporazione dell'AO Ospedali Riuniti Marche Nord a decorrere dall'1/1/2023 nell'AST di Pesaro-Urbino. L'art. 23 della L.R. 19/2022 individua 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.

Con DGRM 1500 del 21/11/2022 è stata costituita, con decorrenza 01/01/2023 l'Azienda Sanitaria Territoriale (AST) di Ascoli Piceno avente autonoma personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale, organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica con sede legale in Ascoli Piceno Via degli Iris.

L'Azienda Sanitaria Territoriale di Ascoli Piceno è articolata su 2 Distretti di seguito rappresentati (Fig. 1)

**Fig. 1 Mappa Azienda Sanitaria Territoriale – Ascoli Piceno**



In tale contesto, la mission dell'ATS, ai sensi dell'art. 23 della LR 19/2022 è 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 della mission, dei principi delle finalità definiti dal comma 3 art. 1 e c. 4 art. 2 della LR n. 19/2022, l'obiettivo strategico dell'AST è pertanto, è quello di porsi come garante della salute dei propri cittadini, attraverso la programmazione locale, intesa come confronto e presa in carico delle richieste della popolazione del territorio.

La ridefinizione del ruolo delle aziende sanitarie territoriali operato dalla recente legislazione, infatti, ha impresso una forte connotazione di innovazione nella gestione delle aziende sanitarie mediante il riconoscimento della autonomia imprenditoriale.

Le logiche di governo e di gestione aziendale non possono prescindere dall'utilizzo di sistemi dinamici che si adattino al disegno strategico aziendale e collochino l'azienda come partner attivo e propositivo nella definizione, costruzione e realizzazione di un progetto sociale di salute.

La "promozione" diventa quindi il principio ispiratore dell'azione tecnica e organizzativa aziendale intesa come promozione di conoscenza, di autonomia e sviluppo della responsabilità individuale al fine di consentire la ridefinizione del valore della libertà di scelta quale massima espressione della centralità dell'individuo.

Per agire in tale direzione l'Azienda si propone:

1. di porre i bisogni dei cittadini al centro delle decisioni aziendali assumendo il principio della sussidiarietà e della responsabilizzazione sociale;
2. di investire in innovazione organizzativa, tecnologica e gestionale secondo il principio del miglioramento continuo;
3. di sviluppare idonee forme di comunicazione interna ed esterna come condizione indispensabile per attivare il processo di coinvolgimento degli operatori e dei cittadini nello sviluppo aziendale;
4. la ricerca e lo sviluppo di collegamenti stretti con tutte le eccellenze regionali, a vario titolo presenti nel campo dei servizi, come condizione di confronto intorno alle competenze distintive;
5. di investire in formazione ed aggiornamento al fine di potenziare il patrimonio professionale presente.

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. 502/1992 e che ai sensi dell'art. 24 comma 2 della LR n. 19/2022 dovrà essere definito 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.

## ***2. La sezione Valore Pubblico***

Il Valore pubblico è l'aumento del benessere reale della collettività aziendale e territoriale e rappresenta un'innovazione sostanziale.

Il valore pubblico 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 multidisciplinare, intersettoriale e coordinato per affrontare i rischi potenziali o già esistenti che hanno origine dall'interfaccia tra ambiente animali-ecosistemi.

Dieci sono le categorie che determinano Il Valore Pubblico:

**“SOSTENIBILITÀ”**. 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 ambientali. Considerate le dimensioni dell'AST e al di là della mission istituzionale, una maggiore attenzione a risparmio energetico, rifiuti, mobilità dei dipendenti, rappresenterebbe una sfida per la sostenibilità.

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

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

Un fattore causa del ritardo è l'assenza di una cultura digitale.

Secondo il “Rapporto sull'informatizzazione delle Amministrazioni Locali” redatto dalla Banca D'Italia 2017, la mancanza di competenze rientra tra gli ostacoli che maggiormente influiscono sulla difficoltà ad aumentare il ricorso alle nuove tecnologie.

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

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:

- ✓ 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 ed in passato l'ASUR, ha aderito a questo programma di formazione sulle competenze digitali ed ha individuato come primo step il personale dell'ATL come destinatario. Appena ottenuta la data di avvio delle attività da parte del Dipartimento della Funzione Pubblica, l'adesione all'iniziativa sarà possibile in ogni momento.

Contestualmente, si sta procedendo alla realizzazione di piattaforme che prestano particolare attenzione alla interoperabilità dei dati già in possesso dell'Azienda. (es. DSEO, SIRTE).

**“SEMPLIFICAZIONE AMMINISTRATIVA”**. Anche se la pandemia ci ha costretti a trovare soluzioni semplificate, finito lo stato di emergenza si è ritornati, prevalentemente, al ripristino delle storiche procedure. Spostamenti da un ufficio all'altro, consegna manuale di documenti, attese davanti agli sportelli ecc. sono ancora percorsi prevalenti. Le procedure non tengono conto dell'impegno che viene richiesto all'utente ma vengono delineate sulla base delle esigenze degli operatori.

Il Ministro per la Pubblica Amministrazione ha promosso la consultazione pubblica “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:

- ✓ diffusione insufficiente di soluzioni digitali nel rapporto tra amministrazione e cittadino
- ✓ richiesta di informazioni già in possesso dell’amministrazione
- ✓ 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 (tramite appuntamento) 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.

**“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 categorie di persone; almeno per gli screening oncologici e gli stili di vita.

**“NUOVE FRAGILITÀ”**, con un focus sui minori e sugli anziani. Questa categoria rientra pienamente nella nostra mission. 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, la Regione Marche con il CONI delle Marche e l’Ufficio Scolastico Regionale è impegnata nella realizzazione di un progetto

“Marche in Movimento” nell’anno scolastico 2022-23, con il coinvolgimento attivo dell’AST di Ascoli Piceno e la collaborazione del CIP (Comitato Paralimpico Italiano) e del CSI (Centro Sportivo Italiano). Il progetto è rivolto alle prime, seconde e terze classi delle scuole primarie della Regione Marche, statali e paritarie, prevede la presenza del Tutor per un’ora alla settimana per tutto l’anno scolastico.

**“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.

### ***3. La sezione Performance***

La sezione Performance, ai sensi dell’articolo 2, al pari delle altre sezioni del PIAO “deve avere contenuto sintetico e descrittivo delle relative azioni programmate, secondo quanto stabilito dal presente decreto, per il periodo di applicazione del Piano stesso, con particolare riferimento, ove ve ne sia necessità, alla fissazione di obiettivi temporali intermedi”.

Inoltre l’articolo 3 del decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 30/6/2022 stabilisce alla lettera b) quanto segue:

*b) Performance: la sottosezione è predisposta secondo quanto previsto dal Capo II del decreto legislativo n. 150 del 2009 ed è finalizzata, in particolare, alla programmazione degli obiettivi e degli indicatori di performance di efficienza e di efficacia dell’amministrazione.*

*Essa deve indicare, almeno:*

- *gli obiettivi di semplificazione, coerenti con gli strumenti di pianificazione nazionali vigenti in materia;*
- *gli obiettivi di digitalizzazione;*
- *gli obiettivi e gli strumenti individuati per realizzare la piena accessibilità dell’amministrazione;*
- *gli obiettivi per favorire le pari opportunità e l’equilibrio di genere.*

Lo schema contenuto nell’allegato che forma parte integrante del Ministro per la Pubblica Amministrazione, dedica alla Performance una scheda in cui si ribadiscono le logiche di predisposizione della sezione, che sono quelle di “di performance management, di cui al Capo II del decreto legislativo n. 150 del 2009. Esso 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 di cui all’articolo 10, comma 1, lettera b), del predetto decreto legislativo”. Sono inoltre ribaditi gli obiettivi di cui alla lettera b) art. 3 sopracitati (semplificazione, digitalizzazione, ecc.), e quelli di efficienza in relazione alla tempistica di completamento delle procedure, e quelli correlati alla qualità dei procedimenti e dei servizi.

Con riferimento agli obiettivi da inserire nel PIAO si evidenzia che nella 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”, si specifica che tutte le Pubbliche Amministrazioni sono invitate a inserire nel tra gli obiettivi della Sezione “Valore pubblico, performance, anticorruzione” del PIAO, specifici obiettivi legati all’efficientamento energetico. A tal proposito la circolare rammenta che, per aumentare la sicurezza dell’approvvigionamento energetico, l’Unione europea è intervenuta con il Regolamento 2022/1369 del 5 agosto 2022 prevedendo misure volte a ridurre i consumi di gas naturale fino al 31 marzo 2023. Il Dipartimento ha già fornito a riguardo indicazioni operative nel documento “Dieci azioni per il risparmio energetico e l’uso intelligente e razionale dell’energia nella Pubblica Amministrazione”, cui si rimanda per ulteriori approfondimenti.

Stante il riferimento normativo della sezione Performance al Capo II del decreto legislativo n. 150/2009 così come modificato dal decreto legislativo n. 74/2017, la sottosezione Performance del PIAO, al pari del Piano della Performance di cui all’art. 10 del D.Lgs 150/2009, lo schema di riferimento di seguito proposto, recepisce le linee guida del Dipartimento della Funzione Pubblica n. 1/2017 “Linee guida per il Piano della performance”. Tali linee guida sono redatte ai sensi del D.lgs. 150/2009, così come modificato dal D.lgs n. 74/2017, che attribuisce al Dipartimento della Funzione Pubblica le funzioni di indirizzo, coordinamento e monitoraggio in materia di ciclo della performance.

Inoltre, si evidenzia che Il decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 30/6/2022 prevede che nella sottosezione Valore Pubblico l’amministrazione definisce i risultati attesi in termini di obiettivi generali e specifici, programmati in coerenza con i documenti di programmazione finanziaria adottati da ciascuna amministrazione. Pertanto le due sezioni (Valore Pubblico e Performance) dovranno presentare un collegamento dei contenuti.

Nell’articolo 5 (Sezione Monitoraggio) del decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 30/6/2022 sono previste per il monitoraggio delle sottosezioni Valore pubblico e Performance le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b) del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 che di seguito si richiamano:

- articolo 6 così come modificato dal DL 74/2017 attribuisce agli OIV la verifica dell’andamento delle performance rispetto agli obiettivi segnalando la necessità/opportunità di interventi correttivi. Le variazioni, verificatesi durante l’esercizio, degli obiettivi e degli indicatori della performance organizzativa e individuale sono inserite nella relazione sulla performance e vengono valutate dall’OIV ai fini della validazione di cui all’articolo 14, comma 4, lettera c).
- articolo 10, comma 1, lett. b): entro il 30 giugno: *la Relazione annuale sulla performance*, che è approvata dall’organo di indirizzo politico-amministrativo e validata dall’OIV che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all’anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti, e il bilancio di genere realizzato.

### **3.1 Presentazione della sezione Performance: finalità e principi**

La sottosezione Performance, ai sensi Il 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. 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. Tale 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.

### 3.2 Analisi del contesto esterno e delle risorse

#### 3.2.1 Il territorio e la popolazione assistita

L'Azienda Sanitaria Territoriale di Ascoli Piceno (AST Ascoli Piceno) si estende su un territorio di 1.228,2 Km<sup>2</sup> (13,1% del territorio regionale) con struttura geomorfologica differenziata. La popolazione residente al 01/01/2023 è pari a 201.046 distribuita in 33 Comuni e in 2 Distretti, con una densità di 164,69 abitanti per Km<sup>2</sup>. La popolazione per Azienda Sanitaria Territoriale di Ancona e classe di età è riportata nella tabella seguente.:

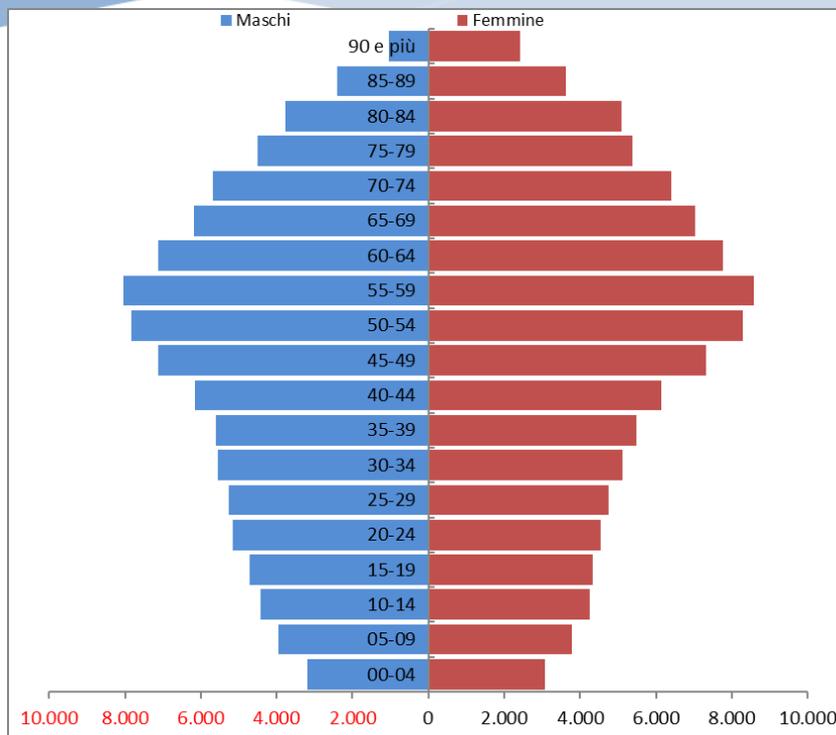
Tab. 1 - Popolazione per classi di età

AST ASCOLI PICENO	TOTALE POPOLAZIONE ALL' 1-1-2023	Neonati	1-4 anni	5-14	15-44 Maschi	15-44 Femmine	45-64anni	65-74anni	=>75anni
ZS 12 - San Benedetto del Tronto	100.575	618	2.666	8.385	16.353	15.619	31.187	12.111	13.636
ZS 13 - Ascoli Piceno	100.471	586	2.389	8.003	16.059	14.756	30.885	13.166	14.627
TOTALE	201.046	1.204	5.055	16.388	32.412	30.375	62.072	25.277	28.263

La "Piramide delle Età", rappresenta la distribuzione della popolazione della provincia di Ascoli Piceno per età e sesso al 1° gennaio 2023. La popolazione è riportata per classi quinquennali di età sull'asse Y, mentre sull'asse X sono riportati due grafici a barre a specchio con i maschi (a sinistra) e le femmine (a destra). In generale, la forma di questo tipo di grafico dipende dall'andamento demografico di una popolazione, pertanto la base piuttosto "stretta", un

segmento mediano più allargato ed un vertice “appiattito” testimonia un calo delle nascite ed un aumento della popolazione più anziana, in particolare si evidenzia la maggiore longevità femminile che rappresenta la popolazione maggioritaria tra gli ultra-sessantenni.

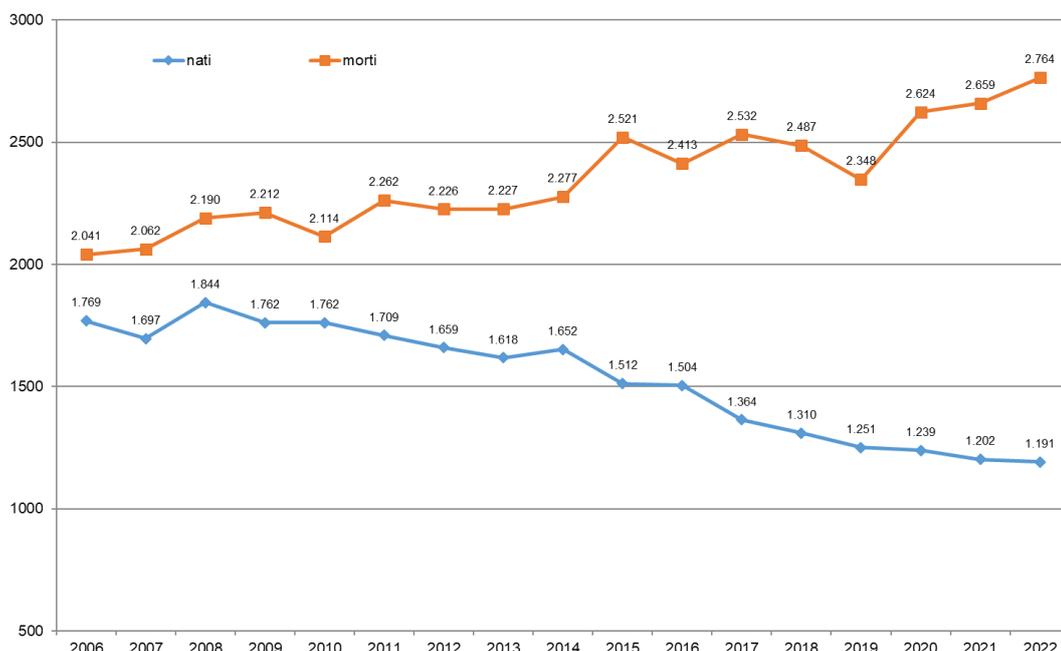
Fig. 2 – Piramide per Età



La piramide evidenzia in sintesi come i valori più bassi si rilevano nelle classi di età della prima infanzia riflettono il calo delle nascite registrato negli ultimi anni. Invece, tra i valori più alti figurano quelli relativi alle coorti superstiti tra i nati del 1961-1976, che oggi presidiano la popolazione in tarda età attiva.

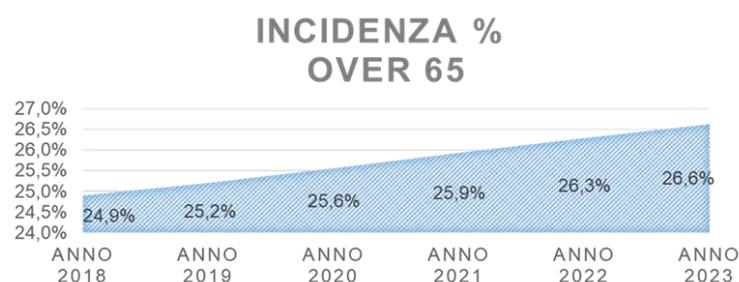
Questo il bilancio demografico della provincia di Ascoli Piceno:

Fig. 3 – Bilancio Demografico 2006-2022



Nella provincia di Ascoli Piceno la speranza di vita alla nascita è di 83,1 anni per gli uomini e di 85,4 per le donne, valori sostanzialmente allineati al dato regionale, che è di 83,2 anni per gli uomini e di 85,4 per le donne e più alti rispetto al dato medio nazionale che è di 82,6 per gli uomini e di 84,8 per le donne (dati Istat 2022). L'indice di vecchiaia determinato come rapporto tra il numero di ultra sessantacinquenni e la popolazione tra 0 e 14 anni è pari al 236%, al di sopra di 17 punti percentuali rispetto al dato regionale che è di 219% e al di sopra di 42 punti percentuali rispetto al dato nazionale, che si attesta a 193%. Al 01/01/2023 gli ultra sessantacinquenni dell'AST Ascoli Piceno sono 53.540 e rappresentano il 26,6% della popolazione residente, dato sostanzialmente allineato alla media regionale che è al 25,9% e superiore al dato italiano che si attesta al 24,02%. Il dato, in continua crescita è rappresentato in Figura 4.

Fig. 4 – Incidenza % Over 65



Una delle sfide più complesse è quindi rappresentata dall'ottimizzazione, da parte dei sistemi sanitari, delle risorse disponibili, al fine di rispondere alle mutate necessità sanitarie, alla complessità delle domande di salute indotte dalla continua crescita della popolazione con uno o più e patologie cronico-degenerative. Il mondo della cronicità, spesso associata alla disabilità, 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 realizzazione di un modello più vicino ai territori, che rende concreta l'assistenza di prossimità per il bacino di utenza di riferimento, consentirà, quindi, all'Azienda di adottare una governance maggiormente aderente al contesto in cui è collocata e di sviluppare una trasversalità ed una sinergia ottimale tra la rete ospedaliera e i servizi territoriali, in favore di una presa in carico globale del cittadino e della continuità assistenziale.

La visione strategica dell'Azienda è orientata a:

- qualificare l'offerta sviluppando la capacità di identificare i bisogni di salute e di valutare gli esiti dell'azione svolta;
- favorire l'integrazione delle articolazioni organizzative, per affermare la logica e la pratica della continuità clinico-assistenziale in un'ottica di prossimità dei servizi
- innovare e differenziare l'offerta clinico-assistenziale attivando livelli di specializzazione crescenti ed ampliando la gamma delle tipologie di servizio;
- incrementare e rinforzare le reti di assistenza aziendali, interaziendali e interistituzionali, in particolare con gli enti locali, le associazioni di volontariato, le strutture sanitarie private accreditate, per qualificare ulteriormente l'offerta di servizi al cittadino, anche sotto il profilo sociosanitario;

- valorizzare l'appropriatezza delle prestazioni e mantenere il tempo d'attesa per la loro fruizione entro limiti che non ne riducano e compromettano l'efficacia;
- utilizzare criteri etici nella scelta dei livelli appropriati d'assistenza e nella valutazione delle attività;
- rendere disponibili percorsi assistenziali preferenziali alle categorie di cittadini più fragili o affetti da disabilità o patologie croniche di particolare gravità;
- favorire un rapporto con i cittadini improntato alla trasparenza;
- dare rilievo ai processi di comunicazione verso i cittadini, i caregiver e gli operatori, al fine di accrescere la condivisione dei valori etici e degli obiettivi dell'azienda;
- sviluppare un'offerta formativa qualificata ed orientata alla valorizzazione delle risorse professionali interne e alla responsabilizzazione sugli obiettivi aziendali

Nel processo di riorganizzazione, in linea con la visione strategica regionale, l'orientamento dell'Azienda contempla lo sviluppo di case e ospedali di comunità quali punti di riferimento continuativo e di prossimità a supporto della popolazione e degli utenti fragili, una rete di servizi ospedalieri e specialistici orientati al criterio dell'appropriatezza e al soddisfacimento dei nuovi bisogni di salute, una riorganizzazione delle attività amministrative e di supporto, finalizzate alla semplificazione e alla economicità dei procedimenti, un ammodernamento delle infrastrutture tecnologiche ed informatiche che consentirà l'interazione e l'interconnessione tra professionisti, strutture e cittadini, anche con l'implementazione di servizi di teleassistenza e telemedicina.

In tal senso la neo costituita Azienda effettuerà in primis una mappatura delle strutture presenti nel Piceno e poi una riorganizzazione delle stesse in un'ottica di rete e capillarità dell'offerta.

### **3.2.2 Analisi del contesto esterno**

La programmazione aziendale 2024-2026 è fortemente condizionata dalle dinamiche del Fondo Sanitario Nazionale dovendo garantire l'equilibrio di bilancio; nell'ultimo triennio tale sostenibilità economica è stata, però, messa in discussione sia dallo stato di emergenza COVID-19 sia della crisi energetica globale in atto.

In particolare, così come indicato nella DGRM 2074 del 29/12/2023 di assegnazione del Budget dell'anno 2024, 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. Sulla base di tale programmazione economica regionale, la Regione Marche ha autorizzato l'AST Ascoli Piceno alla gestione del proprio Bilancio economico preventivo 2024, assegnando tetto di spesa per l'anno 2024 pari a 426.260.955euro (comprensivo di 23.142.857 euro di mobilità passiva extra-regionale e internazionale e dei costi per i rimborsi ai danneggiati ex L.210/92). Il totale degli investimenti finanziati con risorse correnti autorizzato per il 2023 è pari ad euro 3.200.000.

Il livello dei costi autorizzati deve essere finanziato, limitatamente a quanto concerne il valore delle entrate proprie, pari ad euro 11.443.040.

L'altro contesto, è relativo al "Piano Socio Sanitario Regionale 2023-2025. Salute, sicurezza e innovazione per i cittadini marchigiani" che La Giunta regionale, con la deliberazione n. 709 del 25 maggio 2023, ha presentato all'Assemblea legislativa. Il nuovo Piano è un documento di indirizzo strategico che definisce le priorità della sanità a breve-medio termine, e formula

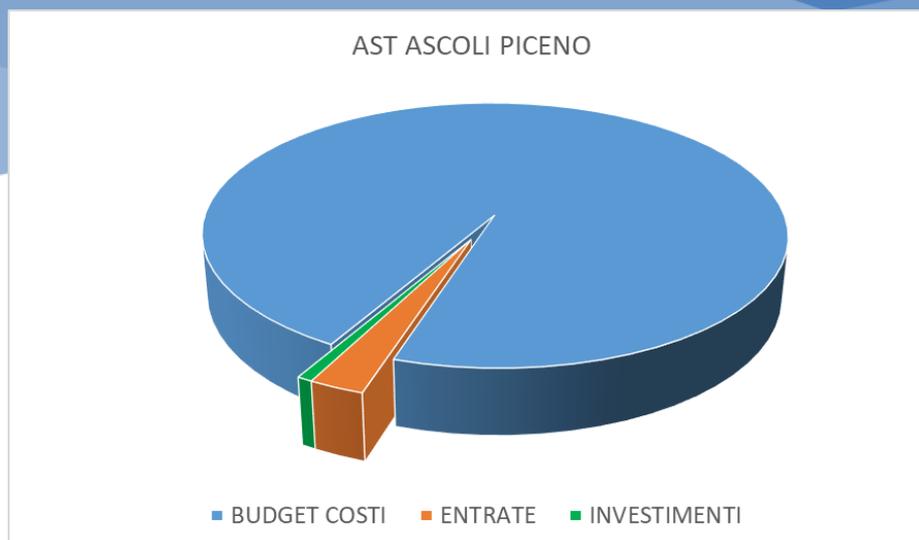
contemporaneamente le principali indicazioni di carattere operativo per dare immediata attuazione all'azione di rinnovamento della sanità regionale. Il piano definisce i programmi strategici per il miglioramento del sistema socio sanitario regionale. Questi programmi sono rivolti a garantire i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e assumono, nella gran parte dei casi, un carattere trasversale a tutti i settori assistenziali; sono previsti obiettivi il cui conseguimento è necessario per creare le migliori condizioni (in termini strutturali, organizzativi, tecnologici, ecc.) per l'attuazione delle specifiche azioni di miglioramento. Il Piano contiene quindi l'inquadramento della situazione regionale e la definizione delle logiche strategiche e degli indirizzi prioritari che rappresenteranno lo scenario della sanità dei prossimi anni, descrive le aree generali di intervento a cui fare riferimento per la definizione di interventi specifici, nonché fornisce indicazioni sugli obiettivi prioritari declinandone l'orizzonte temporale di attuazione. nuovo Piano socio sanitario 2023-2025. Il documento si concentra sui seguenti programmi strategici:

1. potenziamento dei sistemi di prevenzione e sicurezza sul territorio (con azioni concrete di intervento per prevenire le maggiori criticità in caso di situazioni di emergenza, fragilità o cronicità);
2. assistenza territoriale, con ampliamento dei servizi di prossimità domiciliare e delle cure intermedie per rendere disponibili servizi e trattamenti in modo diffuso e in tempi ragionevoli;
3. assistenza ospedaliera - con la rimodulazione delle reti cliniche in finzione dei nuovi assetti aziendali;
4. recupero della mobilità passiva e il potenziamento delle aree disagiate;
5. governo dei tempi di attesa;
6. Seguono lo «sviluppo dell'assistenza farmaceutica, della protesica e dei dispositivi medici»;
7. la digitalizzazione del SSR e l'adeguamento infrastrutturale in applicazione del Pnrr;
8. la qualificazione del personale e la valorizzazione della ricerca.

### 3.2.3 Le risorse economiche e finanziarie

Per quanto concerne l'esercizio corrente, con DGRM 7024 del 29/12/2023 avente ad oggetto "LL.R. n. 19 del 08/08/2022 - Autorizzazione agli Enti del SSR alla redazione del Bilancio Preventivo Economico 2024 e del Bilancio Pluriennale di Previsione 2024-2026", la regione assegna all'AST di Ascoli Piceno i seguenti valori:

DGRM 2074/23	AST ASCOLI
<b>BUDGET COSTI</b>	<b>426.260.955</b>
<b>DI CUI MOBILITA' PASSIVA SSN</b>	<b>23.142.857</b>
<b>INVESTIMENTI</b>	<b>3.200.000</b>
<b>BUDGET ENTRATE</b>	<b>11.443.040</b>



Il presente piano, pertanto, sarà calibrato sulle risorse attualmente finanziate dalla DGRM 7024, interpretando il comma 1 dell'art. 8 del DM 132 del 30/06/2022 che testualmente recita:

“1. Il Piano integrato di attività e organizzazione elaborato ai sensi del presente decreto assicura la coerenza dei propri contenuti ai documenti di programmazione finanziaria, previsti a legislazione vigente per ciascuna delle pubbliche amministrazioni, che ne costituiscono il necessario presupposto.”

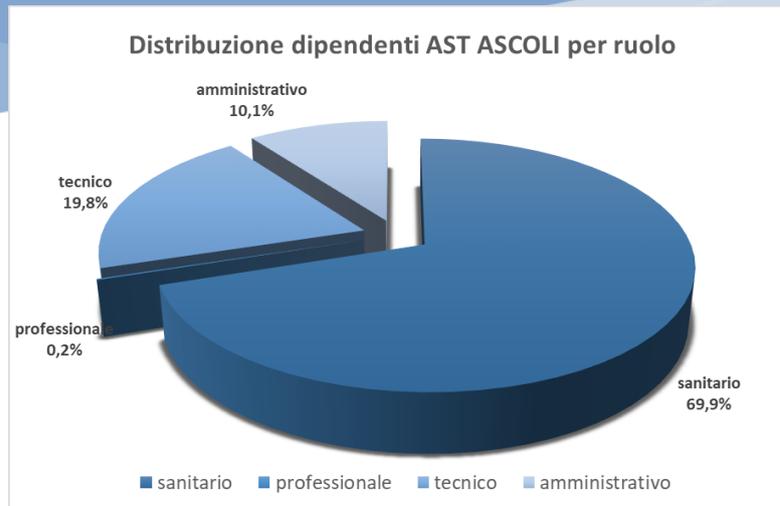
### 3.2.4 Le risorse umane

L'AST di Ascoli Piceno conta 2.532 dipendenti alla data del 31/12/2022, così suddivisi per profilo contrattuale e rappresentati nella tabella che segue.

Tab. 4 – Risorse Umane per profilo contrattuale

DOTAZIONE ORGANICA		AST AP		Teste al 31/12/2023
RUOLO	AREA	TI	TD	
<b>sanitario</b>	dirigenza medica	386	17	403
	dirigenza sanitaria non medica	49	10	59
	comparto sanitario I.P.	954	75	1029
	comparto sanitario non I.P.	265	15	280
<b>professionale</b>	dirigenza professionale	4		4
	comparto prof			
<b>tecnico</b>	dirigenza tecnica		1	1
	comparto tecnico OSS	228	68	296
	comparto tecnico non OSS	179	25	204
<b>amministrativo</b>	dirigenza amministrativa	5	1	6
	comparto amministrativo	224	26	250
<b>totale</b>		<b>2.294</b>	<b>238</b>	<b>2.532</b>

La medesima rappresentazione numerica, per l'esercizio 2022 può essere rappresentata graficamente per ruolo, attraverso la seguente torta:

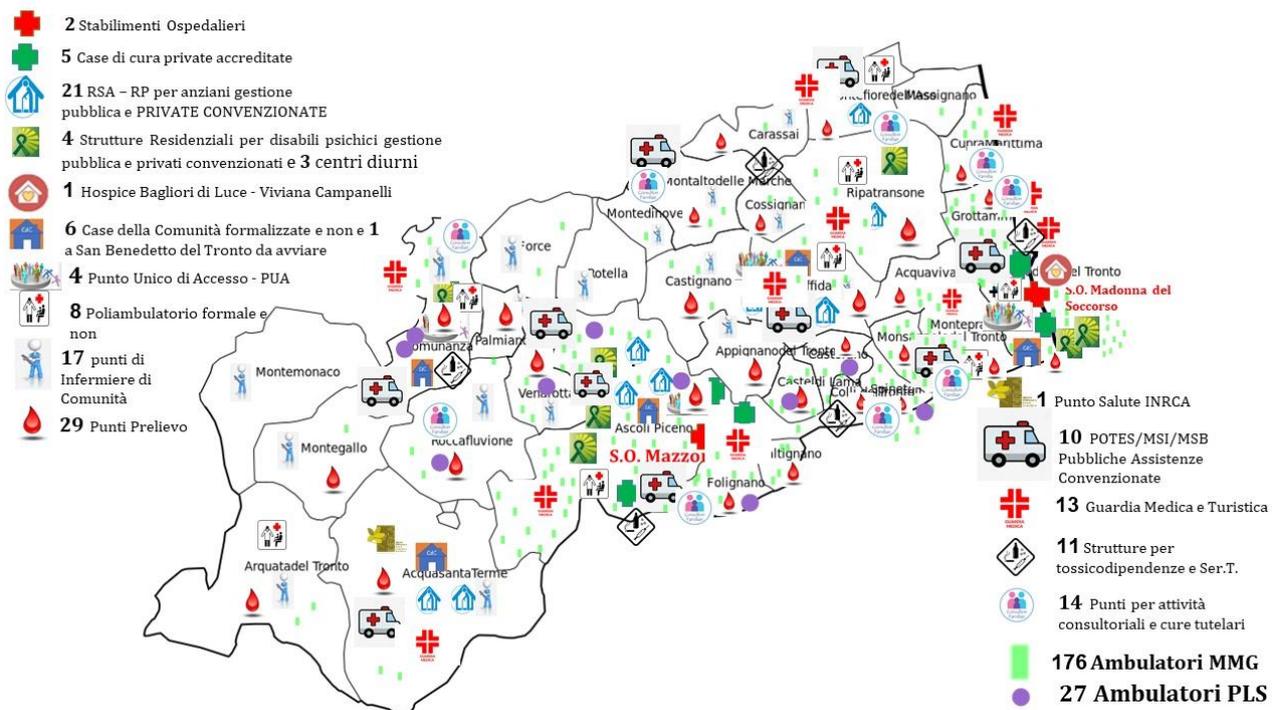


### 3.3 La struttura dell'offerta

La struttura dell'offerta di seguito rappresentata in figura è distinta nelle aree di:

- ✓ Assistenza Ospedaliera
- ✓ Emergenza Urgenza pre-ospedaliera territoriale
- ✓ Attività Ambulatoriale
- ✓ Assistenza Carceraria
- ✓ Assistenza Primaria

Figura 3: Mappa dei Servizi



## Assistenza Ospedaliera

L'AST di Ascoli Piceno opera mediante un presidio ospedaliero unico su 2 stabilimenti ospedalieri: il "Madonna del Soccorso" di San Benedetto del Tronto e il "Mazzoni" di Ascoli Piceno. Sono altresì presenti 4 Case di Cura Private accreditate e 1 Istituto di Riabilitazione.

CODICE STRUTTURA	DESCRIZIONE STRUTTURA	CODICE STABILIMENTO	DESCRIZIONE STABILIMENTO
110005	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO	01	STABILIMENTO DI S.BENEDETTO
		02	STABILIMENTO DI ASCOLI PICENO

CODICE STRUTTURA	codice stabilimento	Denominazione e struttura	Tipologia struttura	Descrizione stabilimento
110071	01	CASA DI CURA 'SAN GIUSEPPE'	Struttura mono-specialistica del	CASA DI CURA 'SAN GIUSEPPE'
110078	02	CdC MARCHE - RETE IMPRESA	Struttura multi-specialistica	CASA DI CURA VILLA SAN MARCO
110078	03	CdC MARCHE - RETE IMPRESA	Struttura multi-specialistica	CASA DI CURA VILLA ANNA SRL
110078	04	CdC MARCHE - RETE IMPRESA	Struttura multi-specialistica	CASA DI CURA SAN BENEDETTO SPA
110079	03	CENTRO OSPEDALIERO SANTO	Struttura riabilitativa ex art. 26	CENTRO SANTO STEFANO - ASCOLI PICENO

Benchè i posti letto formalmente autorizzati e presenti nel flusso HSP 12 del presidio ospedaliero unico risulti essere il seguente:

AUTORIZZATI HSP 12 2023		
Day hospital	Degenza ordinaria	TOTALE
55	439	494

al flusso HSP 22 il numero di posti letto effettivamente attivi ed utilizzati nel corso del 2023 è:

POSTI LETTO ATTIVI, FORMALIZZATI NEL FLUSSO HSP 22		ASCOLI			SAN BENEDETTO		
Codice disciplina	Descrizione Disciplina	Day hospital	Degenza ordinaria	TOTALE	Day hospital	Degenza ordinaria	TOTALE
02	Day Hospital	4	0	4	1	0	1
08	Cardiologia	4	19	23	1	17	18
09	Chirurgia generale	0	12	12	0	20	20
18	Ematologia	0	13	13			
26	Medicina generale	0	50	50	0	32	32
29	Nefrologia	0	10	10			
31	Nido	0	2	2	0	2	2
34	Oculistica	0	2	2			
36	Ortopedia e traumatologia	0	22	22	0	18	18
37	Ostetricia e ginecologia	1	16	17	2	18	20
38	Otorinolaringoiatra	0	2	2	0	2	2
39	Pediatria	2	12	14	1	10	11
40	Psichiatria	1	0	1	0	16	16
43	Urologia	0	12	12	0	0	0
49	Terapia intensiva	0	8	8	0	8	8
50	Unità coronarica	0	7	7			
51	Medicina d'Urgenza	0	6	6	0	6	6
62	Neonatologia	0	5	5			
64	Oncologia	8	0	8	13	0	13
68	Pneumologia	0	20	20			
98	Day Surgery	5	0	5	5	0	5
19	Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione				6	0	6
21	Geriatrics				0	20	20
56	Recupero e riabilitazione funzionale				0	1	1
60	Lungodegenti				0	9	9
32	Neurologia				1	19	20
<b>TOTALE PL</b>		<b>25</b>	<b>218</b>	<b>243</b>	<b>30</b>	<b>198</b>	<b>228</b>

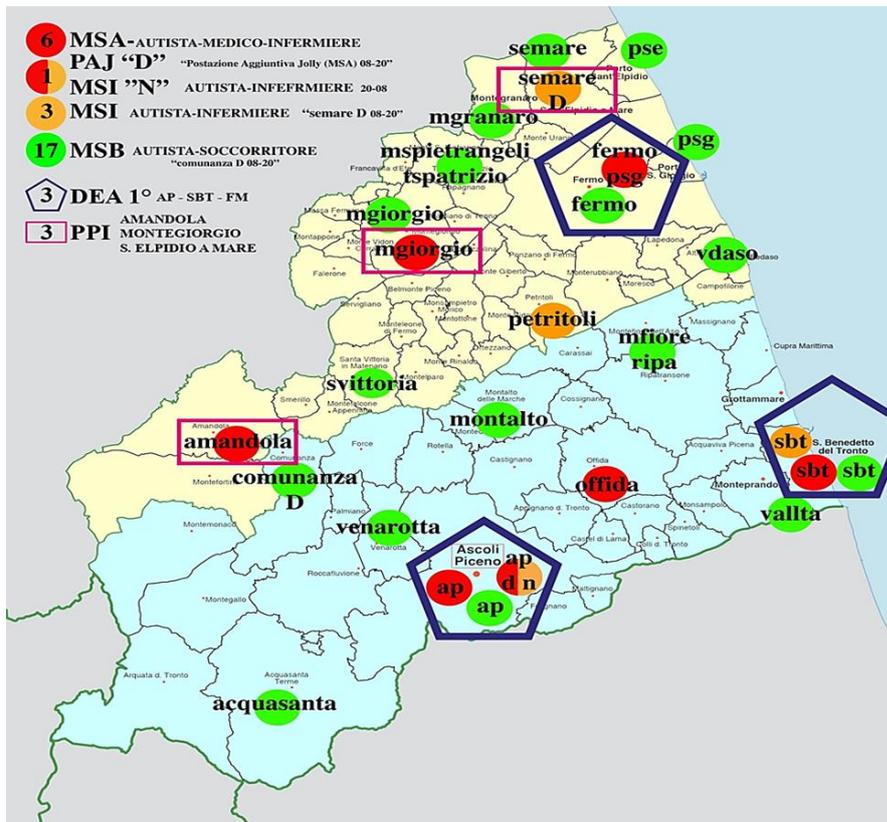
Emergenza Urgenza pre-ospedaliera territoriale

Il sistema di emergenza urgenza pre-ospedaliero delle provincie di Ascoli Piceno e Fermo è gestito in modo unitario dal direttore ff afferente all'AST di Ascoli Piceno. Inoltre, a fronte di convenzione specifica, il personale dell'AST di Ascoli Piceno integra il personale dell'AST di Fermo nella copertura dei turni della sede POTES di Amandola.

Specificamente, sul territorio di pertinenza dell'AST sono presenti:

- 3 MSA + 1 postazione Jolly con autista-medico-infermiere
- 2 MSI con autista-infermiere
- 8 MSB con autista-soccorritore

Complessivamente la rete sovraprovinciale è così costituita/distribuita:



Attività Ambulatoriale

Le prestazioni di specialistica ambulatoriale a carico del SSR, vengono erogate da 3 differenti categorie di produttori:

- dipendenti dell'AST afferenti alla struttura ospedaliera;
- convenzionati con l'AST che operano all'interno delle strutture ambulatoriali territoriali
- strutture private accreditate, a fronte di specifico contratto di fornitura.

E' stata data evidenza che all'interno dell'AST vengono erogate prestazioni di specialistica ambulatoriale anche in regime di libera professione di intra moenia, anche se è rappresenta una quota veramente minimale di attività.

**Assistenza territoriale: residenziale, semiresidenziale socio-sanitaria, riabilitativa e carceraria**

Le tabelle che seguono, coerentemente con i flussi ministeriali STS 11 e 24, riportano il numero, la tipologia di struttura e il tipo di assistenza erogata, suddivise tra “a gestione diretta” e “private convenzionate”.

Numero di strutture a gestione diretta	Tipo struttura				
assistenza erogata	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE	AMBULATORIO E LABORATORIO	STRUTTURA RESIDENZIALE	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE	Totale complessivo
Assistenza agli anziani			8		8
Assistenza ai malati terminali			1		1
Assistenza per tossicodipendenti	2				2
Assistenza psichiatrica	3		2	3	8
Attività clinica	17	2			19
Attività di consultorio familiare	14				14
Attività di laboratorio	1	1			2
Covid-19			1		1
Diagnostica strumentale e per immagini	4	1			5
Vaccinazioni anti COVID-19	5				5
<b>Totale</b>	<b>46</b>	<b>4</b>	<b>12</b>	<b>3</b>	<b>65</b>
Numero di strutture convenzionate	Tipo struttura				
assistenza erogata	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE	AMBULATORIO E LABORATORIO	STRUTTURA RESIDENZIALE	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE	Totale complessivo
Assistenza agli anziani			13	3	16
Assistenza ai disabili fisici			2	4	6
Assistenza ai disabili psichici			1	3	4
Assistenza idrotermale	1				1
Assistenza per tossicodipendenti			8	1	9
Assistenza psichiatrica			2		2
Attività clinica	1	14			15
Attività di laboratorio		12			12
Diagnostica strumentale e per immagini		4			4
<b>Totale</b>	<b>2</b>	<b>30</b>	<b>26</b>	<b>11</b>	<b>69</b>

Le strutture sopra riportate operano con il seguente numero di posti letto:

POSTI LETTO PER STRUTTURA	Tipo di assistenza erogata	STRUTTURA RESIDENZIALE	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE	TOTALE
Strutture a gestione diretta ASUR	Assistenza agli anziani	168	-	168
	Assistenza ai malati terminali	8	-	8
	Assistenza per tossicodipendenti	-	-	-
	Assistenza psichiatrica	25	55	80
	Attività clinica	-	-	-
	Attività di consultorio familiare	-	-	-
	Attività di laboratorio	-	-	-
	Covid-19	-	-	-
	Diagnostica strumentale e per immagini	-	-	-
	Vaccinazioni anti COVID-19	-	-	-
	<b>Totale</b>		<b>201</b>	<b>55</b>
Strutture convenzionate	Assistenza agli anziani	503	50	553
	Assistenza ai disabili fisici	14	61	75
	Assistenza ai disabili psichici	30	51	81
	Assistenza idrotermale	-	-	-
	Assistenza per tossicodipendenti	-	-	-
	Assistenza psichiatrica	56	-	56
	Attività clinica	-	-	-
Attività di laboratorio	-	-	-	
Diagnostica strumentale e per immagini	-	-	-	
<b>Totale</b>		<b>603</b>	<b>162</b>	<b>765</b>
<b>Totale complessivo</b>		<b>804</b>	<b>217</b>	<b>1.021</b>

### Assistenza Carceraria

Sul territorio provinciale di competenza di questa AST è presente una Casa Circondariale, collocata presso Marino del Tronto. L'AST, oltre a dover garantire l'assistenza sanitaria primaria a tutti i detenuti, ha, attraverso il dipartimento di salute mentale, l'obbligo di garantire assistenza psichiatrica presso la "Sezione osservandi" dove sono presenti 2 posti letto e presso l'"Articolazione Tutela Salute Mentale" –ATSM- dove sono presenti 3 posti letto. E' vigente un accordo siglato tra Ex Area Vasta 5 AP e Amministrazione Penitenziaria-Regione Marche che sancisce formalmente il numero di accessi dei medici ed infermieri, presenze, ore da dedicare all'assistenza.

Si precisa che la ATSM è struttura unica per tutta la Regione (riceve anche da fuori Regione secondo disposizioni del DAP dell'Emilia Romagna) ed è stata, storicamente, disposta dalla Regione Marche a carico del DSM AST AP senza alcun riconoscimento di personale dedicato.

### Assistenza Primaria

L'AST di Ascoli Piceno eroga assistenza primaria (medicina generale e pediatria di libera scelta) attraverso il seguente numero di professionisti diffusi sull'intero territorio, presenti al 1/1/2023:

Al fine di rendere la copertura territoriale più capillare e portare l'assistenza primaria più vicino alla popolazione, tenuto conto che soprattutto la popolazione dei comuni montani ha un'età media elevata, l'AST ha ottenuto che molti medici svolgessero la loro attività convenzionale su più sedi.

Infatti, a fronte di 140 MMG, gli ambulatori attivi sul territorio risultano essere ben 176 e, per i PLS, 20 medici hanno attivi 27 ambulatori che assistono 195.485 assistiti (Fonte: Modello FLS 12, Anno 2023).

Sono presenti altresì aggregazioni funzionali di medici fisicamente collocate all'interno di case di comunità.

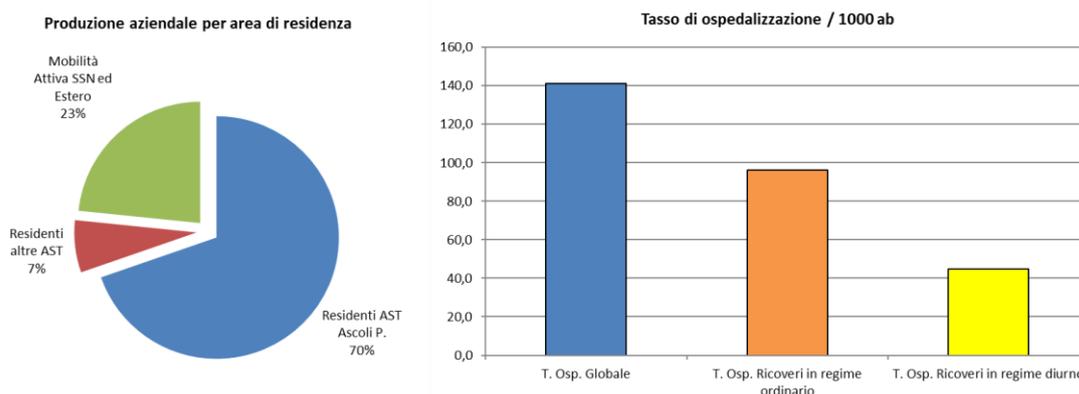
L'AST di Ascoli Piceno ha storicamente investito sulla funzione di assistenza domiciliare integrata che viene erogata, per quanto riguarda la componente infermieristica, attraverso personale esterno.

Il sistema di assistenza domiciliare ha consentito nell'anno 2022 di prendere in carico 4.032 pazienti, con livelli di assistenza differenziati, anche in cure palliative.

### 3.4 I servizi sanitari erogati

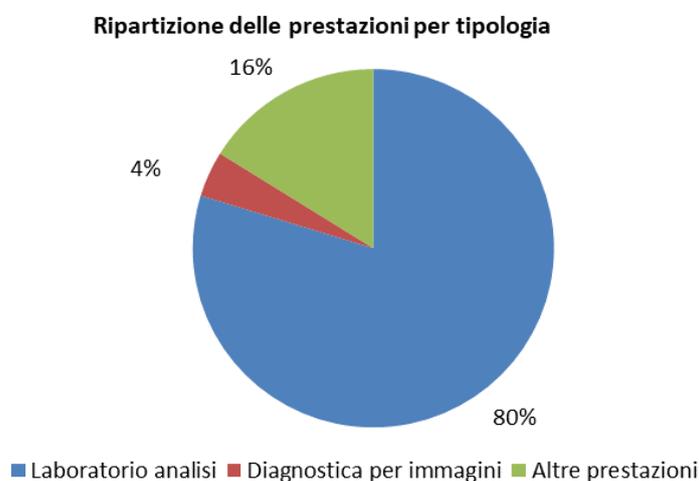
L'AST Ascoli P. eroga livelli essenziali di assistenza alla popolazione assistita attraverso varie articolazioni organizzative (Distretti e Presidi Ospedalieri). Con riferimento all'assistenza ospedaliera, l'AST nel 2023 ha erogato complessivamente 19.080 ricoveri (comprensivi anche della quota di produzione dei privati accreditati), di cui 73% ai propri residenti, 5% per i residenti di altre AST ed il 22% ai residenti di altre regioni. Il tasso di ospedalizzazione globale per acuti (numero di ricoveri per mille abitanti con la mobilità passiva extraregionale) è pari a 141 con un valore pari a 96 per i ricoveri in regime ordinario e 45 per quelli in regime diurno.

Fig. 7



In merito all'assistenza specialistica, nel 2022 sono state globalmente erogate dall'azienda e dagli erogatori privati accreditati ad essa convenzionati 4.823.230 prestazioni, di cui 80% prestazioni di laboratorio analisi e 4% di diagnostica per immagini e la rimanente per altre prestazioni (Specialità Cliniche).

Fig. 8.



### 3.5 Il ciclo di gestione della performance

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

a) definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori, tenendo conto anche dei risultati conseguiti nell'anno precedente, come documentati e validati nella relazione annuale sulla performance di cui all'articolo 10;

b) collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;

c) monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;

d) misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;

e) utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;

f) rendicontazione dei risultati, nonché ai competenti organi di controllo interni ed esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

Nelle more dell'adozione del nuovo SMVP (Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance) della AST Ascoli Piceno, nello sviluppo del ciclo previsto nella presente, ci si attiene alla prassi in essere regolata dalla Determina ASUR DG 736 del 15-12-2020 avente ad oggetto "Regolamento dei processi di misurazione e valutazione della performance – Approvazione".

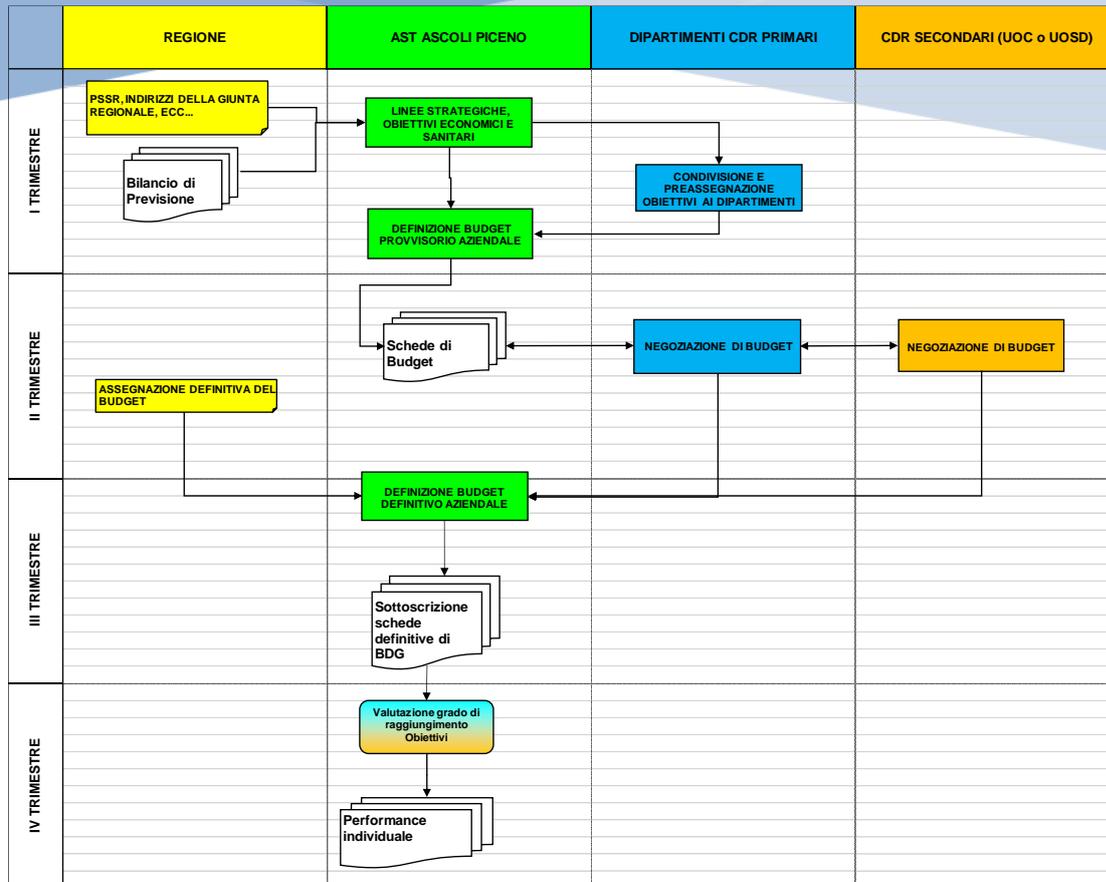
### Performance Organizzativa

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



## Ciclo della Performance dell'AST Ascoli Piceno

Il ciclo della performance dell'AST di Ascoli Piceno è schematizzato attraverso il seguente flow (Allegato 1):



In particolare, l'attività di programmazione strategica aziendale è avviata con la definizione delle risorse a disposizione per l'Azienda, così come stabilite dalla Giunta Regionale nella delibera di approvazione del Bilancio Preventivo per l'anno di riferimento, 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 strategiche aziendali 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).

Sulla base di tale quadro programmatico, la Direzione Aziendale recepisce il documento di previsione ed assegna, in coerenza, un tetto di spesa ai Centri di Responsabilità primari e secondari.

Contestualmente, la Direzione Aziendale recepisce gli obiettivi sanitari da perseguire nell'anno di riferimento da parte della Regione e ne formalizza l'assegnazione, in coerenza con gli obiettivi assegnati dalla Regione e con le risorse disponibili. Questo passaggio, dà l'avvio al percorso di budget per l'anno di riferimento.

Il percorso procede infatti, con la stessa logica di ripartizione a cascata. Il Direttore dell'AST definisce un piano di attività annuale di Area e 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) e negozia le singole schede di budget con le UU.OO. di competenza (CDR secondari).

Il Budget di attività e costi assegnato a ciascuna AST e, all'interno della stessa AST, a ciascun CDR primario e secondario, è oggetto di monitoraggio periodico. I Direttori Dipartimentali ed i Responsabili di CDR correlano i report ricevuti dal Controllo di Gestione con le considerazioni ritenute utili per un'esatta comprensione dei risultati raggiunti nel periodo di riferimento e nel caso in cui si rilevino scostamenti negativi, forniscono un'analisi dettagliata delle cause degli stessi, indicando gli opportuni interventi correttivi che si propongono per eliminare le non conformità rilevate. Questo processo si sostanzia attraverso un feedback continuo, che culmina a fine anno, appena disponibili i dati di chiusura del Bilancio di esercizio e di attività, con la valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi economici e sanitari dei CDR primari e secondari e la produzione di una relazione sul grado di raggiungimento.

### **Performance Individuale**

La performance individuale rappresenta il livello di partecipazione ai risultati del CdR ed agli obiettivi di budget della struttura, nonché l'approccio organizzativo di ciascun dipendente, in base al ruolo, alla responsabilità, alle funzioni assegnate ed agli specifici obiettivi assegnati.

La performance individuale è definita all'interno di aree differenziate tra dirigenza e comparto ed al loro interno tra dirigenti con incarico gestionale e dirigenti con incarico professionale, relativamente alla dirigenza; tra personale titolare di incarico di funzione e personale appartenente alle diverse categorie, relativamente al comparto.

La valutazione individuale verte sulla coerenza ed idoneità dei comportamenti individuali e dell'approccio operativo in relazione alle attività del CdR di appartenenza.

Pertanto il criterio di assegnazione degli obiettivi terrà conto della posizione organizzativa ricoperta dal Dipendente, in quanto vi deve essere coerenza fra obiettivo e funzione.

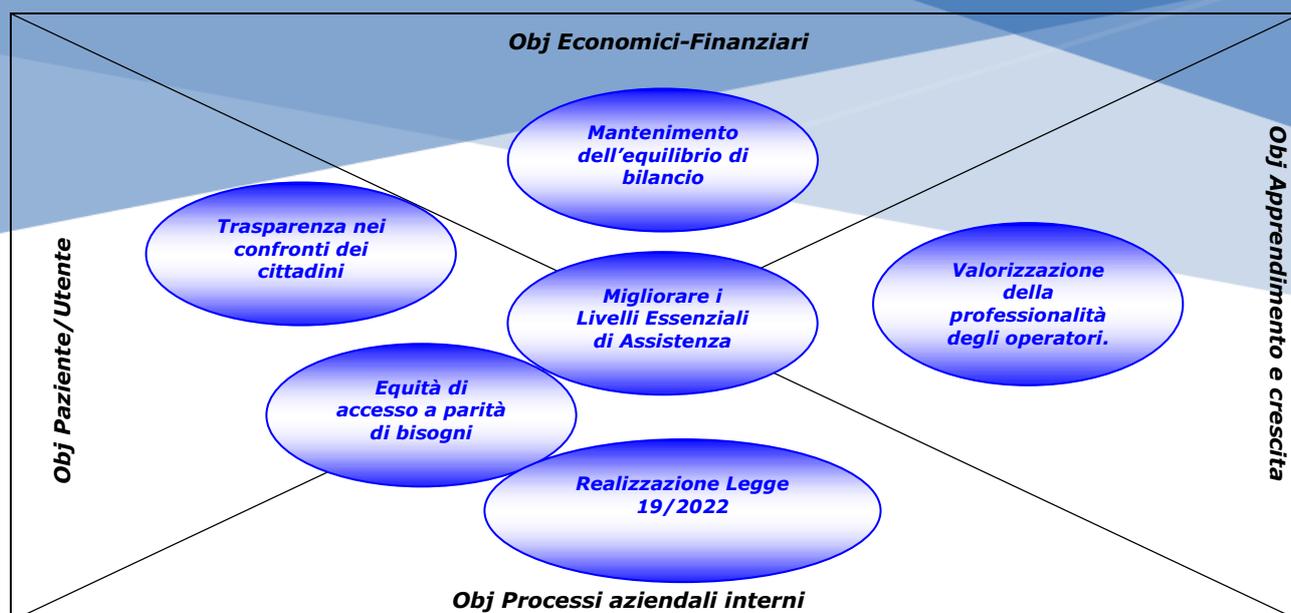
Si evidenzia che alla luce della disciplina introdotta con il D. Lgs 74/2017 si enfatizza il ruolo dell'OIV, lungo tutto il ciclo, un supporto metodologico volto ad assicurare efficacia, solidità e affidabilità al Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP), che dovrà, fornire parere vincolante sul SMVP adottato annualmente dall'Azienda (art. 7 D. Lgs 150/2009).

### **3.6 Obiettivi strategici (generali)**

Di seguito, si descrive la logica che lega 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 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 di paziente/utente;
- Prospettiva dei processi aziendali interni;
- Prospettiva economico-finanziaria;
- Prospettiva di apprendimento e crescita dell'organizzazione.



➤ **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**

Attuazione della Riforma del SSR della LR n. 19/2022.

➤ **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 delle 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.

➤ **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.

La valenza di tali obiettivi strategici è pluriennale, pertanto rappresentano gli obiettivi generali di cui all'art. 5 del D. Lgs 150/2009.

### **3.7 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. 150/2009).

In base alle indicazioni dell'art. 3 lett b) del decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 30/6/2022 sui contenuti "minimi", gli obiettivi relativi al seguente piano conterranno "almeno":

- gli obiettivi di semplificazione, coerenti con gli strumenti di pianificazione nazionali vigenti in materia;
- gli obiettivi di digitalizzazione;
- gli obiettivi e gli strumenti individuati per realizzare la piena accessibilità dell'amministrazione;
- gli obiettivi per favorire le pari opportunità e l'equilibrio di genere.

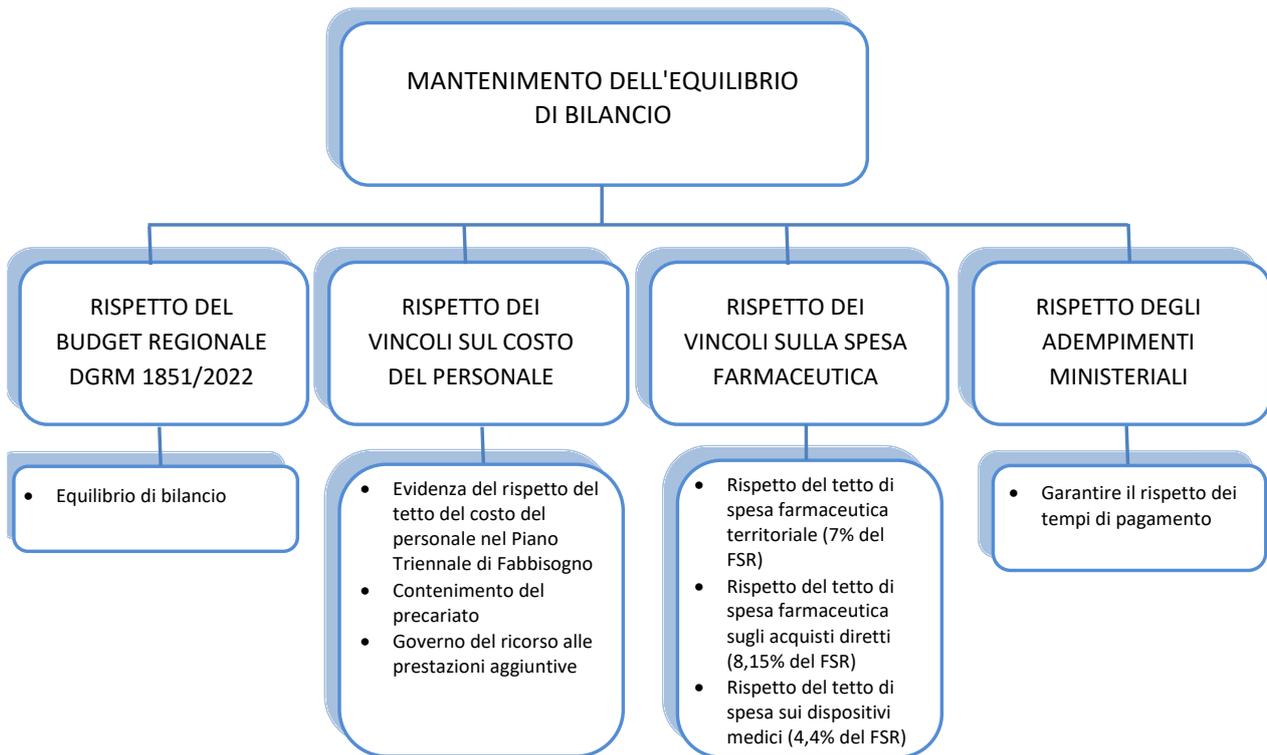
Inoltre, nella circolare n.2/2022 del Dipartimento della Funzione Pubblica ad oggetto "Indicazioni operative in materia di Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) di cui all'articolo 6 del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80", tutte le Pubbliche Amministrazioni sono invitate a inserire nel tra gli obiettivi della Sezione "Valore pubblico, performance, anticorruzione" del PIAO, specifici obiettivi legati all'efficientamento energetico.

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.

Nel presente Piano saranno quindi definiti gli obiettivi correlati alla mission istituzionale, alle aree strategiche e gli obiettivi strategici, che si rappresentano di seguito:



MIGLIORARE I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

AREA PREVENZIONE

- Realizzazione Piano Pandemico 2022-2025 (PANFLU)
- Realizzazione Piano di Recupero Screening

AREA OSPEDALIERA

- Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza medica
- Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza chirurgica
- Realizzazione Piano di Recupero Liste Attesa interventi chirurgici
- PNRR – Posti Letto ospedalieri DL 34/2020 e percorsi dei PS

AREA TERRITORIALE

- Potenziamento dell'Assistenza Domiciliare
- Potenziamento dell'assistenza residenziale e Cure Palliative
- Potenziamento territoriale e domiciliare (PNRR)
- Realizzazione Piano Recupero Liste Attesa ambulatoriali

REALIZZAZIONE DEL PIANO DI RIORDINO DEL SSR

RAZIONALIZZAZIONE SPESA FARMACEUTICA (Det. 518/19, Det. 741/19)

- Allineamento del consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1000 abitanti agli STD Nazionali. (Adrenergici, Agenti beta bloccanti, Antibiotici, Antidepressivi, Antiipertensivi, Antiparkinson, Calcio omeostatici, Inibitori di pompa, Statine, Uricemia, Urologici)
- Prescrizione di farmaci per cronici con confezioni contenenti almeno 28 UP

RIORDINO ORGANIZZATIVO

- Adeguamento n° SOC / SOS previste (comprese strutture universitarie e di ricerca) agli standard della DGR 1219/2014

ATTUAZIONE RIFORMA SSR LR 19/2022

- Costituzione AST
- Realizzazione PNRR nel rispetto delle scadenze

EQUITÁ DI ACCESSO AI SERVIZI A  
PARITÁ DI BISOGNI DI SALUTE

AREA PREVENZIONE

- Copertura vaccinale età pediatrica
- rispetto LEA per Screening Oncologici (mammella, cervice uterina, colon retto)
- Effettuazione sorveglianza epidemiologica (Progetti "Passi" e "Guadagnare Salute")
- Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il Cittadino.

AREA OSPEDALIERA

- Obiettivi di qualità, efficacia ed esito monitorati dal Nuovo Sistema di garanzia (Decreto Ministero della salute 12 marzo 2019):
- Tassi ospedalieri
  - Fratture di femore
  - Interventi per tumore della mammella
  - Parti cesarei
  - Interventi di colecistectomia laparoscopica
  - DRG ad alto rischio di inappropriatezza

AREA TERRITORIALE E  
INTEGRAZIONE  
SOCIO- SANITARIA

- Tassi di ospedalizzazione per patologie psichiatriche (DM 12/2019)
- Efficacia delle prese in carico territoriali dei pazienti con patologia psichiatrica
- Efficiente ed Efficace Sistema "118"
- Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta

TRASPARENZA NEI CONFRONTI DEI  
CITTADINI

- Rispetto degli adempimenti previsti in tema di Anticorruzione e Trasparenza

### 3.8 Piano degli indicatori e dei risultati attesi

Gli obiettivi 2023, di cui all'**Allegato 2** alla presente sezione, risultano provvisoriamente assegnati alle articolazioni dell'Azienda e sono stati definiti sulla base del mantenimento dei risultati assegnati nell'anno 2023 con DGRM 1634/2023.

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 e rendicontati nella Relazione sulla Performance 2024.

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 (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 il 15 dicembre 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 15/12/2024).

Inoltre si evidenzia che la scheda di valutazione della performance individuale, per tutta la catena delle responsabilità, prevede la verifica del rispetto degli obblighi di trasparenza, di pubblicazione, di collaborazione con il RPCT e delle norme in materia di anticorruzione.

In ossequio alle indicazioni relative alla circolare n.2/2022 del Dipartimento della Funzione Pubblica, inerente gli obiettivi di risparmio energetico, si è ritenuto in questa prima fare di inserire un indicatore specifico di formazione/informazione da estendere a tutti i CDR.

Si allegano alla Sezione Performance del Piano:

- Allegato 1: Ciclo della Performance Organizzativa
- Allegato 2: Obiettivi, indicatori e risultati attesi per l'anno 2024

## 4. La sezione Rischi corruttivi e Trasparenza

### 4.1.1 Premessa

Nella redazione della presente sottosezione si tiene conto in primo luogo del mutato assetto istituzionale previsto nella legge regionale n.19 del 8 agosto 2022 concernente “Organizzazione del Servizio Sanitario Regionale” pubblicata sul Bollettino ufficiale della Regione Marche in data 11 agosto 2022 e, ai sensi dell’articolo 50 della medesima legge, in vigore il giorno 12 agosto 2022. Tale normativa ha disposto, a far data dal 01/01/2023, la soppressione della Azienda Sanitaria Unica Regionale, della quale le Aree Vaste (compresa l’AV5 di Ascoli Piceno) erano articolazioni territoriali, trasformando tali ultime in Aziende Sanitarie Territoriali.

L’art.23 della L.R. 19/2022 individua 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. Al comma 1 del predetto art. 23 vengono individuate le seguenti AST:

- 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.

Le Aziende sanitarie territoriali operative dal 01/01/2023, devono dotarsi di una propria organizzazione, da includere nell’atto aziendale da emanarsi con le procedure previste nella medesima normativa.

La Delibera Giunta Regione Marche (di seguito DGRM) n. 1718 del 19/12/2023 prevede che *“...Le AST sono tenute a garantire – nella fase di prima operatività e sino a successive nuove determinazioni in merito da parte del Legale Rappresentante – la validità ed efficacia della normazione interna (Regolamenti, Atti generali, Codici, Accordi sindacali, Circolari e relative disposizioni di attuazione), allo stato vigente presso le Aziende sopresse. Per le AST di Ancona, Macerata, Fermo e Ascoli Piceno si fa riferimento alla normazione ASUR/Aree Vaste. Restano impregiudicati i doverosi adeguamenti dei suddetti atti a sopravvenute disposizioni di legge e regolamentari, statali e regionali...”*.

Con Determina del Direttore Generale n.467 del 30/06/2022 l’ex ASUR ha approvato il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) anni 2022-2024, sostituendo il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione (PTPC) e aggiornando quello precedente, approvato con Determina n.195 del 31/03/2020, ai sensi dell’art. 1, co. 8 della L. n. 190/2012.

La legge n.190/2012 prevede che la pianificazione di misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza sia svolta da numerosi soggetti pubblici e privati. La disciplina sul PIAO ha a sua volta circoscritto alle sole amministrazioni pubbliche previste dal d.lgs n.165/2001 l’applicazione del nuovo strumento di programmazione.

Il mutato quadro normativo oltre al mutato assetto istituzionale (con la soppressione della ASUR e la costituzione delle Aziende Sanitarie Territoriali) comporta, pertanto, che la AST di Ascoli Piceno sia chiamata a programmare le strategie di prevenzione della corruzione non più nel PTPCT ma nel PIAO.

Il Piano nazionale anticorruzione (PNA) è stato approvato definitivamente dal Consiglio di Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) il 17 gennaio 2023 con la delibera del 17 gennaio 2023, n. 7 a seguito del parere della Conferenza Unificata reso il 21 dicembre 2022 e di quello del Comitato interministeriale reso il 12 gennaio 2023. Il PNA è suddiviso in due parti:

-  una parte **generale**, volta supportare i RPCT e le amministrazioni nella pianificazione delle misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza alla luce delle modifiche normative sopra ricordate che hanno riguardato anche la prevenzione della corruzione e la trasparenza. L'ANAC è intervenuta con orientamenti finalizzati a supportare i RPCT nel loro importante ruolo di coordinatori della strategia della prevenzione della corruzione e, allo stesso tempo, cardini del collegamento fra la prevenzione della corruzione e le altre sezioni di cui si compone il PIAO, prime fra tutte quella della performance, in vista della realizzazione di obiettivi di valore pubblico;
-  una parte **speciale**, incentrata sulla disciplina derogatoria in materia di contratti pubblici a cui si è fatto frequente ricorso per far fronte all'emergenza pandemica e all'urgenza di realizzare interventi infrastrutturali di grande interesse per il Paese. Detta parte, pur delineata nel quadro del vigente Codice dei contratti pubblici, è prevalentemente ancorata ai principi generali di derivazione comunitaria contenuti nelle direttive. Proprio per la diffusione di numerose norme derogatorie, l'Autorità ha, innanzitutto, voluto offrire alle stazioni appaltanti un supporto nella individuazione di misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza agili ma allo stesso tempo utili ad evitare che l'urgenza degli interventi faciliti esperienze di cattiva amministrazione, propedeutiche a eventi corruttivi e a fenomeni criminali ad essi connessi.

La presente sottosezione di programmazione denominata “Rischi corruttivi e Trasparenza” costituisce un atto organizzativo fondamentale in cui è definita la strategia di prevenzione della corruzione dell'azienda, all'interno del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) introdotto dal D.L. n.80/2021, quale documento di programmazione annuale unitario dell'Ente che integra e coordina tutti gli strumenti di pianificazione delle attività dalla Prevenzione della corruzione al Valore pubblico, all'Organizzazione del lavoro agile, ai Fabbisogni del personale, fino alla Performance. La presente sottosezione definisce gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione.

La sottosezione dedicata all'anticorruzione contiene i seguenti capitoli specifici relativi alla:

- analisi e valutazione di impatto del contesto esterno: per evidenziare se le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente, culturale, sociale ed economico nel quale l'azienda AST di Ascoli Piceno si trova ad operare possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi;
- analisi e 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;
- 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;

- identificazione e valutazione dei rischi corruttivi potenziali e concreti (quindi analizzati e ponderati con esiti positivi);
- progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio, sia generali sia specifiche per contenere i rischi corruttivi individuati;
- monitoraggio sull' idoneità e sull'attuazione delle misure;
- 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 Amministrativa-tecnico-logistica (ATL), ma anche dei processi sanitari e professionali relativamente alla **costituzione dal 01/01/2023 della AST di Ascoli Piceno**.

La stesura della presente sottosezione è avvenuta tenendo in considerazione l'ultimo Piano Nazionale Anticorruzione (PNA), adottato dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) con la delibera del 17 gennaio 2023, n. 7 quale aggiornamento dei Piani precedenti, integrando in un unico atto tutte le indicazioni, integrandole con gli orientamenti maturati nel tempo, oggetto di appositi atti regolatori.

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

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

- La mission istituzionale dell'Azienda;
- La struttura organizzativa e la sua articolazione funzionale;
- La metodologia utilizzata nello svolgimento del processo di gestione del rischio;
- 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.
- Il **potere** è l'esercizio della funzione affidata al dipendente pubblico;
- Il **soggetto** è il dipendente pubblico cui è affidata la funzione (funzionario, medico, professore...)
- L'**abuso** si ha quando il potere non è esercitato nei termini previsti dalla delega;
- Il **vantaggio privato** è un beneficio finanziario o di altra natura, non necessariamente personale, ma che può riguardare anche soggetto terzi cui il soggetto è legato in qualche modo (famiglia, amicizia, etc.)

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

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

La Corte dei Conti ribadisce un ulteriore concetto importante: *"Si ha colpa in presenza di una Gestione della cosa pubblica organizzata confusamente, gestita in modo inefficiente, non responsabile e non responsabilizzata."*

La responsabilità dei **dirigenti responsabili degli uffici dell'amministrazione** risulta rafforzata dall'art.43 del D.Lgs. n. 33/2013 come novellato dal sopra citato D.Lgs. 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** sulla base di 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.

## Organigramma e funzioni della AST di Ascoli Piceno

La struttura organizzativa complessiva della AST di Ascoli Piceno con specifico riguardo all'Area ATL è rappresentata qui di seguito con i Dirigenti responsabili secondo quanto di seguito indicato:

- Area Acquisti e Logistica:** Dott. Pietrino Maurizi (Dirigente sostituto);
- Area Affari Generali e Contenzioso:** Dott. Silvio Maria Liberati;
- Area Contabilità Bilancio e Finanza:** Dott.ssa Luisa Polini;
- Area Controllo di Gestione:** Dott. Pietrino Maurizi (Dirigente sostituto);
- Area Patrimonio Nuove Opere Attività Tecniche:** Ing. Giovanni Ferrari (f.f.);
- Organizzazione Risorse Umane Area Politiche del Personale:** Dott. Massimo Esposito;
- Area Sistemi Informativi:** Dott.ssa Cristina Capretti (f.f.);
- URP - Formazione:** Dott. Massimo Esposito (Dirigente sostituto);
- Direzione amministrativa ospedaliera:** Dott. Marco Canaletti
- Direzione Amministrativa Territoriale:** Dott. Pietrino Maurizi
- Ufficio Legale AST:** Dott. Silvio Maria Liberati (Dirigente sostituto);
- Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza:** Dott. Silvio Maria Liberati.

La suddetta articolazione è espressione, al momento, della previgente organizzazione aziendale che sarà oggetto di ridefinizione in sede di stesura dell'Atto Aziendale in ottemperanza alle linee guida di cui alla DGR Marche n.1980 del 18/12/2023 allo stato all'esame della Assemblea Legislativa Regionale, in base a quanto stabilito dalla Legge Regionale n.19/2022.

### Obiettivi strategici di prevenzione della corruzione e integrati con la 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, in maniera rafforzata rispetto agli anni precedenti, il raccordo con la presente sottosezione, attraverso la previsione degli obiettivi strategico-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, assegnati a tutti i dirigenti della AST di Ascoli Piceno, consistono nella realizzazione delle seguenti attività:

- ✚ Adempimento degli obblighi di pubblicazione di competenza previsti dalla Griglia approvata nelle tempistiche richieste per ogni dato o documento (assolvimento di almeno il 95% degli adempimenti);

- + Verifica indicatori di monitoraggio e invio Report semestrale sullo stato dell'arte della pubblicazione dei dati sulla sezione "Amministrazione Trasparente" (entro la fine del mese successivo);
- + Trasmissione dati per la predisposizione della Relazione annuale del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza (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 e la Trasparenza (invio modulistica completa entro il 15 Dicembre 2024).

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

#### 4.1.2 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 intende disciplinare in materia di anticorruzione:

- *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. 190/2012 “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione” ha introdotto nuove misure per la prevenzione e il contrasto delle attività illegali nelle PP.AA;
- ✓ D.Lgs. n. 39 del 08/04/2013 recante “Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell’art. 1, commi 49 e 50, L. 190/12;
- ✓ D.Lgs. n. 33 del 14/03/2013 sul “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità trasparenza e diffusione dell’informazione da parte delle pubbliche amministrazioni”;
- ✓ Decreto Presidente Repubblica n. 62 del 16/04/2013 “Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell’art. 54 del D.Lgs. 30/03/2001, n. 165” e s.m.i.;
- ✓ Decreto Legislativo n. 97 del 25/05/2016 “Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della L. 190/2012 e del D.Lgs. 33/2013, ai sensi dell’articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche.”;
- ✓ Legge n. 179 del 30/11/2017 “Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell’ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato.”.
- ✓ D.lgs.n.24 del 10/03/2023 “Attuazione della direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 ottobre 2019, 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”;
- ✓ 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 Privacy – GDPR 2018 che aggiorna il Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003;
- ✓ Decreto Legislativo n.150 del 27/10/2009 "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n.15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni";
- ✓ D.P.C.M. del 16/01/2013 “Istituzione del Comitato interministeriale per la prevenzione e il contrasto della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”;
- ✓ Circolare n. 1 del 25/01/2013 Presidenza Consiglio dei Ministri- Dipartimento della Funzione Pubblica, avente ad oggetto: “Legge n. 190 del 2012 - Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”;
- ✓ Linee di indirizzo per la predisposizione del Piano Nazionale Anticorruzione del "Comitato Interministeriale per la prevenzione e il contrasto della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione” del 13/03/2013;

- ✓ Articoli da 318 a 322 del Codice Penale Italiano.

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

- il Piano Nazionale Anticorruzione (PNA), Delibera CIVIT n. 72 dell'11/09/2013;
- l'Aggiornamento 2015 al PNA, Determinazione ANAC n. 12 del 28/10/2015;
- l'Aggiornamento 2016 del PNA, Delibera ANAC n. 831 del 03/08/2016;
- l'Aggiornamento 2017 del PNA, Delibera ANAC n. 1208 del 22/11/2017;
- l'Aggiornamento 2018 del PNA, Delibera ANAC n. 1074 del 21/11/2018;
- l'Aggiornamento 2019 del PNA, Delibera ANAC n. 1064 del 13/11/2019;
- l'Aggiornamento 2022 del PNA, Delibera ANAC n. 7 del 17/01/2023;
- le Linee guida in materia di Codici di Comportamento delle pubbliche amministrazioni, Delibera ANAC n. 75 del 24/10/2013;
- le Linee Guida per l'adozione dei Codici di Comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale, Delibera ANAC n.358 del 29/03/2017;
- l'interpretazione e l'applicazione del decreto legislativo n. 39/2013 nel settore sanitario, Delibera ANAC n. 149 del 22/12/2014;
- le Linee guida in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza da parte delle società e degli enti di diritto privato controllati e partecipati dalle PP.AA., Determinazione n. 8/2015;
- le Linee guida in materia di tutela del whistleblower, Determinazione n. 6 del 28/04/2015
- Le linee guida in materia di trasparenza e attestazione OIV delibera n.201/2022;
- le Linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità ed incompatibilità del RPC e di vigilanza e poteri di accertamento dell'ANAC, Delibera ANAC n. 833 del 03/08/2016;
- le Linee guida in materia di contratti pubblici per l'attuazione del D.Lgs. 18/04/2016, n. 50, aggiornato con il D.Lgs. 19/04/2017 n. 56;
- le Linee guida sugli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni di cui al D.Lgs. 33/2013 (Delibera n. 1310 del 28/12/2016);
- le Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui all'art.5, co. 2 del D.Lgs. 33/2013 (Delibera n. 1309 del 28/12/2016);
- le Linee guida sulla tracciabilità dei flussi finanziari ai sensi dell'art. 3 della L. 136/2010 - aggiornamento determinazione n.4/2011 al D.Lgs. 56/2017 (Delibera n. 556 del 31/05/2017);
- le "Nuove linee guida per l'attuazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza da parte delle società e degli enti di diritto privato controllati e partecipati dalle PP.AA. e degli enti pubblici economici" (Delibera 1134 dell'8/11/2017);
- le Linee guida n.12 Affidamento dei servizi legali - Delibera numero 907 del 24 ottobre 2018;
- le Linee guida in materia di Codici di comportamento delle amministrazioni pubbliche,

approvate con delibera n. 177 del 19 febbraio 2020;

- la Disciplina sanzionatoria in materia di trasparenza: Individuazione dell'autorità amministrativa competente all'irrogazione delle sanzioni relative alla violazione di specifici obblighi di trasparenza (art. 47 del d.lgs. 33/2013) - Delibera n. 10 del 21/01/2015;
- il Regolamento ANAC del 14/07/2015 in materia di esercizio del potere sanzionatorio ai sensi dell'articolo 47 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33;
- il Regolamento ANAC del 29/03/2017 sull'esercizio dell'attività di vigilanza sul rispetto degli obblighi di pubblicazione di cui al decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33;
- il Regolamento ANAC del 07/12/2018 per l'esercizio della funzione consultiva svolta dall'ANAC ai sensi della L. n. 190/2012, e decreti attuativi e ai sensi del D.Lgs n.50/2016.
- il Regolamento concernente l'organizzazione e il funzionamento dell'ANAC con Delibera n. 4/2023;
- le Linee Guida 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”. Anche in questo caso un'affermazione impegnativa, che vede nella **salute** e nel **benessere** uno degli obiettivi più qualificanti da perseguire a livello individuale e collettivo.

La **salute** è un bene che va preservato da ogni contaminazione e da ogni opacità. È un bene “di tutti e di ciascuno”, “di cui tutti godono e a cui tutti concorrono”; “un bene che trascende e insieme comprende quello delle singole persone”. In questo senso potrebbe essere considerato un **“bene comune”**, come l'aria, l'acqua, la conoscenza, il territorio e il paesaggio.

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

In tutto il mondo, il **settore sanitario** è considerato uno dei più esposti al rischio di illegalità e per questo necessita di adeguati livelli di trasparenza: le notevoli dimensioni della spesa, la pervasività delle asimmetrie informative, l'entità dei rapporti con i privati, l'incertezza e l'imprevedibilità della domanda, l'alta specializzazione dei prodotti acquistati e delle prestazioni fornite, la necessità di complessi sistemi di regolazione, non sono che alcuni dei fattori che rendono la sanità un terreno particolarmente sensibile, dove germinano con effetti

ancora più evidenti che in altri settori, comportamenti opportunistici che possono degenerare in corruzione. Si tratta di azioni, di non facile individuazione, tutte caratterizzate da differenti forme di abuso di posizioni di potere per scopi privati.

Secondo l'**ONU**, la sanità è uno dei settori dell'economia legale maggiormente interessati dalla corruzione. Il segretario generale ONU 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 operanti sul territorio regionale;
- la nomina e revoca del Direttore generale degli enti del SSR;
- la designazione del componente di propria spettanza dei Collegi sindacali degli enti del SSR;
- la disciplina della procedura di accreditamento delle strutture sanitarie;
- la disciplina delle Agenzie regionali per la sanità.

In forza della Legge Regionale n.19 del 08/08/2022 (Organizzazione del Servizio Sanitario Regionale), l'attuale assetto degli Enti del servizio sanitario regionale è costituito come segue:

1. n.5 Aziende Sanitarie Territoriali (AST) di Ancona, di Ascoli Piceno, di Fermo, di Macerata, di Pesaro - Urbino;
2. l'Azienda ospedaliera-universitaria delle Marche con sede in Ancona.
3. l'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico “I.N.R.C.A.” di Ancona.

## I soggetti che interagiscono con l'AST di Ascoli Piceno

L'AST di Ascoli Piceno si relaziona in maniera diffusa, con la pluralità di cittadina, in quanto destinataria di richieste da parte di tutta la popolazione residente del territorio della provincia di Ascoli Piceno (abitanti 200.908 al 31/10/2023 in una superficie di 1228 Km/q distribuita in n.33 Comuni) nonché utenza proveniente da territori limitrofi regionali/extraregionali.

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

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

### 4.1.3 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 sulla prevenzione della corruzione e della trasparenza. Il nuovo PNA approvato il 17/01/2023 conferma tale ruolo e prevede per tale figura la necessità di una struttura organizzativa dotata di adeguate risorse umane, finanziarie e tecnologiche.

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

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

Con Determina n. 33 del 31/01/2023 il Commissario Straordinario della AST di Ascoli Piceno ha nominato il Dott. Silvio Maria Liberati, Direttore della U.O.C. Supporto Area Dipartimentale Affari Generali e Contenzioso quale RPCT dell'Azienda neo costituita. Il predetto RPCT nell'esercizio dell'attività si avvarrà della collaborazione dei direttori di struttura complessa area Funzioni locali (PTA) e Area Sanitaria dell'AST di Ascoli Piceno ciò per l'espletamento delle attività di conciliazione dati ed informazioni, reportistica, raccordo flussi informativi, monitoraggio, formazione specifica ed organizzazione di relativi eventi formativi e di aggiornamento. Inoltre dovranno essere svolte tutte le attività amministrative connesse, volte a consentire al RPCT di assicurare la corretta

applicazione, e/o revisione e/o 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, già nella fase di formazione del Piano e, poi, nelle fasi di verifica del suo funzionamento e dell'attuazione delle misure adottate.

Fondamentale, certamente, 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 e trasparenza.

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 Generale, in caso di mancata collaborazione con il RPCT nelle varie fasi di predisposizione e attuazione dei documenti, del Codice di Comportamento e della pubblicazione dei dati obbligatori previsti dalla normativa vigente 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;
- ✓ i Dirigenti Sanitari e Dirigenti P.T.A.;
- ✓ i titolari di incarichi di funzione dell'Area PTA;
- ✓ i funzionari afferenti a tutte le strutture coinvolte nel percorso previsto dalla normativa.

### **Supporto conoscitivo e operativo al RPCT**

L'interlocuzione con gli uffici e la disponibilità di elementi conoscitivi idonei non sono condizioni sufficienti per garantire una migliore qualità 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, ai controlli interni, alle strutture che curano la predisposizione dei documenti in materia di Performance).

**Referenti del RPCT**

Oltre al Responsabile aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza, tenuto conto delle indicazioni previste nella Circolare n. 1/2013 del Dipartimento della Funzione Pubblica, viene costituita una rete aziendale di Dirigenti Referenti del RPCT, con riferimento agli adempimenti sia in materia di anticorruzione che in materia di trasparenza. In caso di sostituzioni, avvicendamenti o rotazioni, la funzione di Referente è automaticamente attribuita in ragione del ruolo ricoperto nelle qualifiche individuate, senza necessità di ulteriore formalizzazione.

**Direttori delle Aree ATL presso AST**

<b>Nominativo</b>	<b>Area/Struttura/Ufficio</b>	<b>Qualifica</b>
Dott. Pietrino Maurizi	Area Dipartimentale Acquisti e Logistica	Dirigente amministrativo sostituto
Dott.ssa Luisa Polini	Area Dipartimentale Contabilità e Bilancio	Dirigente amministrativo
Dott. Massimo Esposito	Area Dipartimentale Politiche del Personale	Dirigente amministrativo
Dott.ssa Cristina Capretti	Area Dipartimentale Servizi Informativi	Dirigente analista f.f.
Dott. Pietrino Maurizi	Area Dipartimentale Controllo di Gestione	Dirigente amministrativo sostituto
Ing. Giovanni Ferrari	Area Dipartimentale Patrimonio e Nuove opere	Dirigente Ingegnere
Dott. Marco Canaletti	Direzione Amministrativa ospedaliera	Dirigente Amministrativo
Dott. Pietrino Maurizi	Direzione Amministrativa Territoriale	Dirigente Amministrativo
Dott. Massimo Esposito	URP - Formazione	Dirigente Amministrativo sostituto
Dott. Silvio Maria Liberati	Ufficio legale AST	Dirigente amministrativo sostituto

**Direttori/Responsabili di Strutture sanitarie della AST**

<b>Nominativo</b>	<b>Area/Struttura/Ufficio</b>	<b>Qualifica</b>
Dott. Giancarlo Viviani	Presidio Ospedaliero Unico	Dirigente medico
Dott. Remo Appignanesi	Governo clinico e gestione del rischio	Dirigente medico
Dott. Claudio Angelini	Dipartimento di Prevenzione	Dirigente medico
Dr.ssa Giovanna Picciotti	Distretto Ascoli Piceno	Dirigente medico
Dr.ssa Maria Teresa Nespeca	Distretto di San Benedetto del Tronto	Dirigente psicologo
Dott. Isidoro Mazzoni	Farmacia ospedaliera	Dirigente Farmacista
Dott. Giuseppe Acquaviva	RSPP della AST	Dirigente incaricato

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 DIRIGENTI REFERENTI della Prevenzione della corruzione e della trasparenza**

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

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

- sono tenuti al rispetto degli obblighi previsti dalla legge anticorruzione e successivi provvedimenti attuativi;
- svolgono attività informativa nei confronti del Responsabile affinché questi abbia elementi e riscontri sull'intera attività dell'Azienda;
- coadiuvano il Responsabile nel monitoraggio del rispetto delle previsioni del presente documento da parte delle strutture/ dirigenti/personale di afferenza;
- segnalano al Responsabile 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 Dirigenti referenti, per l'area di rispettiva competenza, 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 permettere la vigilanza dell'osservanza delle misure previste;
- 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 Dirigenti 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 specificatamente 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 ed 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.

### **Team Working**

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

- ✚ di raccordo sui temi e sugli adempimenti relativi alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza per realizzare un circuito di coordinamento tra le varie articolazioni organizzative dell'AST;
- ✚ di armonizzazione delle attività di prevenzione della corruzione e di trasparenza con i principali documenti di programmazione dell'amministrazione ed in primo luogo con la sottosezione di programmazione della Performance;
- ✚ analisi delle criticità ed elaborazione delle proposte di risoluzione delle stesse.

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

Delle riunioni e degli incontri viene dato atto in apposito verbale con funzione proattiva e propositiva rispetto alle iniziative e le azioni da intraprendere ed alle soluzioni alle problematiche e criticità rilevate.

### **Meccanismi di raccordo e comunicazione**

Il meccanismo di raccordo tra il RPCT, i Dirigenti Referenti è assicurato da un sistema di comunicazione/informazione, da realizzarsi con riunioni periodiche da programmarsi a cura del RPCT, scambi di email o note informative, nell'ambito delle quali verrà relazionato sull'assolvimento dei rispetti compiti. Per le dette finalità è stato istituito l'indirizzo email: [rpct.ast.ap@sanita.marche.it](mailto:rpct.ast.ap@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 sottosezione relativa alla programmazione dell'attuazione della Trasparenza riporta, in forma tabellare, i nominativi e le strutture responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati nel link "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale per le parti di rispettiva competenza e garantisce:

un adeguato livello di trasparenza, sulla base delle Linee Guida elaborate sia dalla ex CIVIT sia dall'ANAC (Delibere nn.105/2010, 2/2012, 50/2013, 146/2014, 43/2016, 1309/2016, 213/2020; 294/2021);

la legalità e lo sviluppo della cultura dell'integrità.

Alla stesura della presente sottosezione si giunge dopo una serie di azioni preliminari necessarie per creare le condizioni idonee a coinvolgere tutto il personale nel processo di cui trattasi, in un sistema organizzativo complesso ed articolato in numerose strutture sanitarie e amministrative, come quello dell'AST di Ascoli Piceno.

Dopo un'accurata valutazione delle aree a maggior rischio-reato con il supporto dei dirigenti responsabili, è stata predisposta la mappatura dei rischi di tutte le aree dell'AST di Ascoli Piceno, ai sensi dell'art.1, comma 75 L. 190/12 (**Allegato 3 – Mappatura dei rischi**). 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'AST processi o attività "a rischio", di varia misura.

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

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

In particolare, sono state sottoposte a "valutazione del rischio da reato presupposto" le aree generali indicate nel citato PNA (provveditorato/economato, bilancio, gestione del personale, prevenzione-vigilanza-controlli), nonché le aree specifiche (attività libero-professionale intramuraria e liste d'attesa; privato accreditato; farmaceutica; SPP; attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero). Sulla base della matrice di rischio sono adottati gli interventi correttivi riportati come misure anticorruzione per ogni Area/settore/Ufficio della AST (**allegato 4 – Tabella di rischio**).

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 prevista dal novellato D.Lgs. 33/2013, evidenziando in grigio le sezioni abrogate/informazioni non pertinenti per l'AST (**allegato 5 – Griglia di pubblicazione**), sia le colonne aggiunte dal PNA 2022 dell'ANAC.

La proposta così aggiornata dal RPCT viene rielaborata in relazione alla recente normativa sul PIAO e inserita nel documento completo sottoposto al Direttore Generale dell'AST di Ascoli Piceno per l'approvazione definitiva dell'atto.

### **Analisi della struttura organizzativa e capitale umano**

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

La struttura organizzativa sarà oggetto di revisione in funzione dell'adozione dell'Atto aziendale della AST di Ascoli Piceno.

### **Il modello organizzativo da adottare sarà funzionale all'esigenza di soddisfare i servizi a garanzia dei LEA conseguenti all'analisi del fabbisogno espresso dalla popolazione.**

Le funzioni di indirizzo e controllo, garantite dalla Direzione aziendale, attraverso la propria Dirigenza, sono finalizzate alla *governance* aziendale e si caratterizzano per il contenuto di pianificazione, programmazione, organizzazione generale, di allocazione delle risorse e di committenza.

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

La **AST** costituisce, quindi, l'entità di riferimento per l'ottimizzazione dei servizi, per la programmazione integrata e il loro coordinamento.

I **Distretti socio-sanitari** si configurano come Strutture Complesse con compiti fondamentali di erogazione dei servizi territoriali alla persona e di realizzazione a livello locale di rispettivo ambito dei programmi e progetti di governo della domanda. Debbono altresì, tradurre gestionalmente le attività di governo della domanda (attività di informazione e accesso al SSR - scelta e revoca del medico - e alle prestazioni direttamente erogate e/o esternalizzate) secondo modelli orientati alla gestione budgetaria (delle attività e dei processi).

### **La Rete Ospedaliera**

La AST di Ascoli Piceno ha n.1 **Presidio Ospedaliero Unico** (P.O.U.) costituito da n.2 stabilimenti ospedalieri ("C&G Mazzoni" di Ascoli Piceno e "Madonna del Soccorso" di San Benedetto del Tronto).

### **Assistenza Territoriale**

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

il Dipartimento di Prevenzione è una macro struttura operativa dell'Azienda Sanitaria che garantisce la tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita;

il Dipartimento di Salute Mentale è la struttura operativa dell'Azienda preposta alla promozione ed alla tutela della Salute Mentale della popolazione e svolge attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle sofferenze mentali e psichiche, delle disabilità psicofisiche;

il Dipartimento delle Dipendenze Patologiche opera nel settore delle tossicodipendenze e delle dipendenze di altre realtà (alcolismo, gioco, etc.).

L'Assistenza **territoriale** viene altresì assicurata da **2 distretti sanitari** con 7 poliambulatori.

Tali distretti assicurano le Cure Domiciliari, la gestione della Sanità penitenziaria. In ambito territoriale è altresì operante la Medicina Legale. Inoltre l'assistenza **residenziale e semiresidenziale** è assicurata da strutture pubbliche e private contrattualizzate in possesso del requisito dell'accREDITAMENTO ex L.R. 20/2000 (dati desunti dal flusso informativo NSIS - Mod. STS 11 – anagrafica strutture residenziali e semiresidenziali). L'Assistenza **ospedaliera** in regime di accREDITAMENTO è assicurata da Case di Cura Private accREDITATE ed Istituti di Riabilitazione.

#### 4.1.4 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.

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

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

#### Mappatura dei processi e criteri di valutazione del rischio

La mappatura dei processi è 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.

L'AST di Ascoli Piceno ha avviato un'attività di mappatura dei processi aziendali ed ha messo a punto una griglia che identifica i processi, le relative attività e le eventuali procedure operative, classificate per dipartimento e struttura aziendale di riferimento (**allegato 3**).

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

Tali attività possono essere così distinte:

- piani e procedure di acquisto (annuali e/o pluriennali) e di approvvigionamento di beni e servizi (comprese le acquisizioni in economia);
- procedimenti di gara di appalto in tutti gli aspetti tecnico-procedurali (compresi la definizione dell'oggetto dell'affidamento, i requisiti di qualificazione e di

aggiudicazione, la valutazione delle offerte, le procedure negoziate, gli affidamenti diretti, le variazioni in corso di esecuzione del contratto, i subappalti);

- procedure per l'assunzione e la selezione del personale (dipendente o convenzionato);
- progressioni di carriera;
- valutazione del personale (anche dirigenziale);
- controllo del rispetto dell'orario di servizio da parte del dirigente in tempo reale;
- conferimento di incarichi di collaborazione;
- concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati;
- rapporti con le strutture sanitarie e socio-sanitarie accreditate;
- incompatibilità, e cumulo di impieghi e incarichi, retribuiti e non retribuiti, conferiti a dipendenti pubblici e a soggetti privati (art. 53 del D.Lgs. 165/2001);
- le materie oggetto del Codice di comportamento (art. 54 del D.Lgs. 165/2001);
- ispezioni e controlli (ed eventuali sanzioni conseguenti), con particolare riferimento all'area della prevenzione;
- gestione dell'attività del personale che opera nelle casse;
- verifiche a campione del possesso dei titoli richiesti per il conferimento degli incarichi.

### **Schede di valutazione e trattamento del rischio**

La valutazione del rischio è fatta per tutte le attività svolte nelle seguenti macrostrutture e Servizi:

- Area Acquisti e Logistica
- Area Affari Generali e Contenzioso
- Area Contabilità, Bilancio e Finanza
- Area Controllo di Gestione
- Area Comunicazione e Formazione
- Area Patrimonio, Nuove Opere e Attività tecniche
- Area Politiche del Personale - Gestione Risorse Umane
- Area 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.
- Attività del Decesso in ambito intraospedaliero

al fine di aumentare la copertura del rischio specifico in Sanità.

L'attività svolta è coordinata dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione sulla base dell'analisi del rischio, secondo la metodologia proposta dal PNA, con i responsabili di UOC con riferimento alle seguenti fasi:

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

**Gli esiti vengono riportati, 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 - Tabella livello rischi).**

### La valutazione e l'analisi del rischio di corruzione

Le schede di rischio sono state somministrate a tutti i dirigenti e i delegati delle strutture. Sono stati applicati a ciascun processo, previo confronto con i Dirigenti Referenti, i criteri indicati nella Tabella di cui all'Allegato 5 del PNA.

TABELLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO	
INDICI DI VALUTAZIONE DELLA PROBABILITÀ (1)	INDICI DI VALUTAZIONE DELL'IMPATTO (2)
<u>Discrezionalità</u>	<u>Impatto organizzativo</u>
<p><b>Il processo è discrezionale?</b></p> <p>No, è del tutto vincolato <b>1</b></p> <p>E' parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari) <b>2</b></p> <p>E' parzialmente vincolato solo dalla legge <b>3</b></p> <p>E' parzialmente vincolato solo da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari) <b>4</b></p> <p>E' altamente discrezionale <b>5</b></p>	<p><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? (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)</b></p> <p>Fino a circa il 20% <b>1</b></p> <p>Fino a circa il 40% <b>2</b></p> <p>Fino a circa il 60% <b>3</b></p> <p>Fino a circa l'80% <b>4</b></p> <p>Fino a circa il 100% <b>5</b></p>

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

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

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

#### VALORI E FREQUENZE DELLA PROBABILITÀ:

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

#### VALORI E IMPORTANZA DELL'IMPATTO:

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

## **Indice di Valutazione della Probabilità**

### Criterio della discrezionalità:

L'AST, 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'AST, 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, 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'impatto economico dei processi viene valutato 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.

Viene attribuita valutazione economica anche a benefici di natura diversa purché economicamente valutabili.

### Criteri di frazionabilità del processo:

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

### Criterio impatto economico

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

### Impatto organizzativo economico e d'immagine

Si applica 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, partecipa del percorso di prevenzione della corruzione si impegna ad individuare azioni di miglioramento volte a prevenire il rischio di corruzione da proporre al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

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

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

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

## Rischio basso (priorità BASSA)

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

### 4.1.5 Identificazione e valutazione dei rischi potenziali e concreti

Il Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) 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 (si rinvia all'area specifica di cui all'elenco sotto riportato).

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.

### 4.1.6 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".

#### **Patto di Integrità e RASA**

In ambito dei contratti pubblici nel corso dell'anno 2023 l'allora Commissario Straordinario dell'AST di Ascoli Piceno, con Determina n. 3/AST di AP del 05.01.2023, aveva nominato il Direttore dell'Unità Operativa Complessa Acquisti e Logistica, Dott. Cesare Milani, quale Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (R.A.S.A.). In relazione alla recente cessazione per limiti di età del predetto Dirigente è in corso di nomina il nuovo R.A.S.A. della AST di Ascoli Piceno.

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).

Allo stesso modo si conferma per l'AST di Ascoli Piceno il "patto di integrità in materia di contratti pubblici aventi ad oggetto beni e servizi", il cui schema è stato approvato dall'ex ASUR Marche con determina n. 697 del 21/11/2016. Si tratta di un documento snello eppure denso di contenuti che dovrà essere rispettato in tutti gli atti di gara, salvo nei casi in cui sono previsti specifici patti di integrità (adesioni alle convenzioni Consip SPA, acquisti sotto soglia mediante MEPA e procedure gestite dalla SUAM).

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

- richiamo espresso al patto di integrità e all'obbligo del rispetto dello stesso contenuto negli atti di gara posti a base della procedura, salvo che nei seguenti casi in cui sono previsti specifici patti di integrità: adesione convenzioni Consip SPA, acquisti 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 (art.77, comma 6, D.lgs.50/2016), del direttore dell'esecuzione, dei relativi assistenti e del personale interno.

Resta valido fino a nuova approvazione da parte dell'AST, il Regolamento per l'acquisizione di beni e servizi di importo inferiori alla soglia di rilevanza comunitaria (anch'esso pubblicato tra gli Atti amministrativi generali della sezione "Amministrazione Trasparente"), approvato con determina dell'ex ASUR Marche n. 49/2021.

**Considerazione a parte meritano gli appalti PNRR-PNC che prevedono l'applicazione del "regime speciale" di cui al DL 77/2021 e DL 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'art. 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

Nella AST di Ascoli Piceno le aree deputate all'attivazione di procedure di gara ed affidamenti diretti sono:

- UOC Acquisti e Logistica;
- UOC Patrimonio, Nuove Opere e Attività tecniche (comprese Manutenzioni);
- Ingegneria Clinica;
- UOC Sistema Informativi Aziendali (SIA);
- Direzioni Amministrative dei Servizi territoriali e PP.OO.;
- Direzioni Amministrative dei Dipartimenti di Prevenzione
- Servizio Farmaceutico.

Si precisa che il Servizio Farmaceutico della AST di Ascoli Piceno, alla luce della peculiare competenza sanitaria, 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.

In particolare, gli operatori del Servizio Farmaceutico, oltre a fornire supporto tecnico-scientifico ai clinici, può essere coinvolto sia come progettisti in sede di gara, sia come direttori

dell'esecuzione del contratto per il controllo delle forniture e le attività connesse (liquidazione fatture, comunicazioni e rilevazioni di non conformità).

## ANALISI PER SINGOLA FASE DELLE PROCEDURE DI GARA

### Programmazione

L'art. 21 del codice dei contratti (Programma degli acquisti e programmazione dei lavori pubblici) prevede che le amministrazioni aggiudicatrici adottano il programma biennale degli acquisti di beni e servizi, qui di seguito specificato, nonché il programma triennale dei lavori pubblici, il cui ultimo aggiornamento è stato approvato con Determina ex ASUR n. 909 del 22/12/2022.

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

Anche per quanto concerne il programma biennale degli acquisti di beni e servizi, di importo unitario annuo stimato superiore ad un milione di euro, in attesa di nuove determinazioni è quello aggiornato con Determina ex ASUR n. 964 del 30/12/2022. Il programma è stato pubblicato sull'apposita sottosezione in "Amministrazione Trasparente", aggiornando i precedenti programmi approvati, coerentemente con quanto previsto dall'art. 21 e dal Decreto ministeriale di cui sopra.

In tale documento sono indicate le maggiori criticità riscontrate e le possibili soluzioni organizzative, compresa l'implementazione della struttura in termini di risorse umane. Ai fini della corretta gestione dell'intero ciclo di approvvigionamento, è prevista la documentazione di ogni fase operativa:

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

Per evitare i rischi specifici, occorre altresì evitare:

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

Indicatori adottati dalla AST e previsti quale monitoraggio per la fase di programmazione:

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

### Ulteriori misure:

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

### **Progettazione**

#### I principali rischi sono i seguenti:

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

#### Misure 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 dall'art. 4 del 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 contenute nel Regolamento della AST;
- Predeterminare nella determina a contrarre dei criteri che saranno utilizzati per l'individuazione delle imprese da invitare;
- Impiegare sistemi informatizzati per l'individuazione degli operatori da consultare.

- 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;
- Obbligare a comunicare al RPC la presenza di ripetuti affidamenti ai medesimi operatori economici in un dato arco temporale (definito in modo congruo dalla stazione appaltante);
- Verificare 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;
- Dare direttive/linee guida interne che introducano come criterio tendenziale modalità di aggiudicazione competitive ad evidenza pubblica ovvero affidamenti mediante cottimo fiduciario, con consultazione di almeno 5 operatori economici, anche per procedure di importo inferiore a 40.000 euro;
- Obbligare ad effettuare l'avviso volontario per la trasparenza preventiva.
- Utilizzo di elenchi aperti di operatori economici con applicazione del principio della rotazione, previa fissazione di criteri generali per l'iscrizione.

#### **Indicatori previsti quale monitoraggio per le gare dell'area tecnica nella fase di progettazione:**

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

#### **Selezione del contraente**

##### Principali rischi:

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

Possono rientrare in tale alveo:

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

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

- l'assenza di pubblicità del bando e dell'ulteriore documentazione rilevante;
- l'immotivata concessione di proroghe rispetto al termine previsto dal bando;
- il mancato rispetto delle disposizioni che regolano la nomina (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 ed eventuali consulenti;
- Rilascio da parte dei commissari di **dichiarazioni** attestanti:
  - di non svolgere o aver svolto «alcun'altra funzione o incarico tecnico o amministrativo relativamente al contratto del cui affidamento si tratta» (art.77 co. 4, D.Lgs.n.50/2016);
  - di non aver concorso, «in qualità di membri delle commissioni giudicatrici, con dolo o colpa grave accertati in sede giurisdizionale con sentenza non sospesa, all'approvazione di atti dichiarati illegittimi» (art.77 co.6, D.Lgs. n.50/2016);
  - di non trovarsi in conflitto di interesse con riguardo ai dipendenti della stazione appaltante per rapporti di coniugio, parentela o affinità o pregressi rapporti professionali;
  - dell'assenza di cause di incompatibilità con riferimento ai concorrenti alla gara, tenuto anche conto delle cause di astensione di cui all'articolo 51 c.p.c., richiamato dall'art.77 del Codice.
- Effettuare procedure di gara, in assenza di convenzioni CONSIP e disponibilità del prodotto/servizio sul MEPA, utilizzando le procedure telematiche avvalendosi, ove disponibili, di apposite piattaforme;
- Predisposizione di idonei ed inalterabili sistemi di protocollazione delle offerte;
- Conservazione della documentazione di gara per un tempo congruo al fine di consentire verifiche successive, per la menzione nei verbali di gara delle specifiche cautele adottate a tutela dell'integrità e della conservazione delle buste contenenti l'offerta ed individuazione di appositi archivi (fisici e/o informatici);
- Rilascio da parte dei commissari delle dichiarazioni (previste dal patto di integrità) attestanti l'esatta tipologia di impiego/lavoro, l'eventuale iscrizione in albi professionali (art.77, co.8);

- Documentazione del procedimento di valutazione delle offerte anormalmente basse e verifica della congruità dell'anomalia, specificando espressamente le motivazioni nel caso in cui, all'esito del procedimento di verifica, la stazione appaltante non abbia proceduto all'esclusione;
- Nel caso in cui si riscontri un numero significativo di offerte simili o uguali o altri elementi, adeguata formalizzazione delle verifiche espletate in ordine a situazioni di controllo/collegamento/accordo tra i partecipanti alla gara, tali da poter determinare offerte "concordate";
- Tempestiva segnalazione all'ANAC in caso di accertata insussistenza dei requisiti di ordine generale e speciale in capo all'operatore economico;
- Adozione dello schema di patto di integrità.

**Indicatori adottati dalla AST e previsti quale monitoraggio per le gare dell'area tecnica nella fase di selezione del contraente:**

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

### **Aggiudicazione e stipula del contratto**

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

In questa fase i processi rilevanti sono:

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

#### Principali rischi:

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

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

### **Indicatori previsti quale monitoraggio nella fase di aggiudicazione e stipula**

Un indicatore utile in questa fase del processo attiene alla ricorrenza delle aggiudicazioni ai medesimi operatori economici, **il 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:

- Direttive interne che assicurino la collegialità nella verifica dei requisiti, sotto la responsabilità del dirigente dell'UOC Acquisti e Logistica 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 del contratto.

#### Principali rischi:

- approvazione delle modifiche del contratto originario;
- autorizzazione al subappalto;
- ammissione delle varianti;
- 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);
- apposizione di riserve;
- 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 (di cui all'art. 1 co. 32 della Legge n. 190/2012 e art. 29 co. 1 del D.Lgs.n.50/16).

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

Misure da adottare in questa fase:

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

**Indicatori previsti dalla AST quale monitoraggio per le gare dell'area tecnica nella fase di rendicontazione:**

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

## Procedure di gara per la fornitura di farmaci e presidi

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

Le competenze della SUAM comprendono l'acquisto di quanto oggetto di programmazione (definito con DGRM n.468 del 09/05/2016 aggiornata annualmente) 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 il Servizio Farmaceutico della AST di Ascoli Piceno, che costituisce un ponte/collegamento tra gli uffici preposti agli acquisti (SUAM e UOC 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 Prontuario Terapeutico Ospedaliero 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 (DGR 974/2014).

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

La tracciabilità dei farmaci/materiali sanitari nel loro percorso che va dalla richiesta, all'acquisto, alla ricezione/stoccaggio fino alla somministrazione deve necessariamente essere organizzata e proceduralizzata da parte dell'Amministrazione, con il necessario coinvolgimento di tutti i soggetti coinvolti nelle fasi indicate.

Occorre permettere di effettuare le movimentazioni ed i controlli di magazzino tramite l'uso dei lettori di codice a barre; avere evidenza informatica dell'avvenuta prescrizione e controllo di eventuali interazioni tra medicinali o incompatibilità per la situazione clinica del paziente; migliorare le anagrafiche dei dispositivi medici con le informazioni necessarie e senza duplicazioni.

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

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

- definizione delle necessità (qualificazione del fabbisogno);
- programmazione dell'acquisto;
- definizione delle modalità di reperimento di beni e servizi;
- 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.

È in fase di definizione presso la AST di Ascoli Piceno un progetto che si prefigge lo scopo di colmare una lacuna di informatizzazione nei reparti ospedalieri e contemporaneamente adottare un meccanismo in grado di sincronizzare due importanti cicli aziendali:

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

Nell'ambito della prescrizione dei farmaci in ambito ospedaliero ed extra-ospedaliero, le attività a rischio, 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 AST 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-	Utilizzo dei farmaci inseriti nel PTO	

ricovero e post-visita specialistica		2. Trasmissione dei suddetti report ai diretti interessati, ai Direttori Medici di presidio, ai Direttori dei Distretti ed ai vertici aziendali.
Prescrizione da parte di MMG e PLS	Analisi delle prescrizioni al fine di individuare per particolari indicatori quali paziente, medicinali, ditte farmaceutiche e farmacie, scostamenti significativi rispetto alle medie di riferimento	
Sperimentazioni cliniche	Predisposizione del conflitto di interesse da parte dei soggetti interessati	Verifica delle dichiarazioni rese nella dichiarazione di conflitto di interesse
Sponsorizzazioni		

Occorre altresì evitare:

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

**Indicatori previsti dalla AST di Ascoli Piceno quale monitoraggio:**

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

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

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

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

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

**Affidamenti servizi esternalizzati**

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

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

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

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

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

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

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

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

Misure previste nel 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 previsti dalla AST di Ascoli Piceno 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**

Nella AST di Ascoli Piceno gli acquisti di materiale economale (fax, scanner, stampati, materiale per pulizia, guardaroba, suppellettili, arredi etc.) vengono effettuati principalmente dall'UOC Acquisti e Logistica.

Tali procedure nell'AST di Ascoli Piceno potranno essere effettuate solo attraverso il mercato elettronico (MEPA) o con adesione alle gare Consip, salvo quanto previsto dalla Legge di stabilità e nel rispetto del Regolamento AST per gli acquisti sotto-soglia.

**Indicatori previsti dalla AST di Ascoli quale monitoraggio per le gare dei beni economici:**

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

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

Tali procedure nella AST di Ascoli Piceno vengono espletate dall'UOC Acquisti e Logistica per gli acquisti sopra soglia e dall'Area Sistemi Informativi per quelli sotto soglia, con apposite Determine sempre in collaborazione con l'UOC Acquisti e Logistica.

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

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

**Indicatori previsti dalla AST di Ascoli quale monitoraggio per le gare dei beni informatici:**

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

**Procedure di gara per le tecnologie sanitarie**

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

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

**Indicatori previsti dalla AST di Ascoli Piceno 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 aggiudicatarie;
- percentuale di gare con un'unica offerta valida.

#### 4.1.7 Incarichi e nomine

##### **Conferimento incarichi dirigenziali**

Il D.lgs. 39/2013 applicabile in ambito sanitario, come confermato dalla delibera 149/2014 dell'ANAC, si occupa esclusivamente delle inconfiribilità e delle incompatibilità degli incarichi di direttore 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 Ascoli Piceno, invece, nella fase di attribuzione degli incarichi dirigenziali, tiene conto delle indicazioni contenute negli aggiornamenti al P.N.A., adattando all'AST 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 fase di riorganizzazione l'AST di Ascoli Piceno si avvale ancora dei regolamenti per la graduazione e il conferimento degli incarichi dirigenziali, rispettivamente dell'area della dirigenza PTA e della dirigenza Sanitaria, approvati dall'ex ASUR Marche con le Determinazioni 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'art.20 della Legge n. 118 del 05/08/2022 è stata profondamente modificata la disciplina relativa al conferimento degli incarichi di struttura complessa già contenuta nel D.P.R. 10/12/1997 n.484 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."

In buona sostanza, con questa nuova norma di legge i tre Direttori di struttura complessa sorteggiati a far parte della commissione dovranno essere due di fuori Regione e uno solo della medesima Regione, ribaltando così la precedente proporzione e, inoltre, viene promossa la parità di genere. Il Direttore generale non avrà più la facoltà di conferire l'incarico al secondo o al terzo

della graduatoria, previa adeguata motivazione, ma dovrà obbligatoriamente far vincere la selezione al candidato che ha conseguito il miglior punteggio. 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 prevale 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.

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

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

### **Incarichi a soggetti esterni**

#### **Rischi e misure**

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

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

#### **Misure di trasparenza**

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

L'art.41, del D.lgs. 33/2013, come modificato dal D.Lgs. n. 97/2013, prevede ai commi 2 e 3 l'obbligo di pubblicare tutte le informazioni e i dati concernenti le procedure di conferimento degli incarichi di direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo, responsabile di dipartimento e di strutture complesse e semplici, 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.

L'ANAC, 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 aggiornamento al PNA dell’ANAC nella Delibera sopra citata) non trova applicazione per le attività infungibili o altamente specializzate. Sono ritenute infungibili le attività svolte da profili professionali per il quale è previsto il possesso di lauree specialistiche, di abilitazioni o di iscrizioni in Ordini / Collegi / Albi possedute da una sola unità lavorativa all’interno dell’Azienda.

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

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

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

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

La rotazione “STRAORDINARIA” (ridefinita nella Delibera ANAC n. 1064/2019) è in ogni caso assicurata in caso di procedimento disciplinare e/o penale a carico dei dipendenti, per reati di natura corruttiva.

In tale ipotesi, per il personale dirigenziale si può procedere con atto motivato alla revoca dell’incarico in essere ed il passaggio ad altro incarico ai sensi del combinato disposto dell’art. 16, comma 1, lett. l quater e dell’art. 55 ter, comma 1 del D.Lgs 165/2001.

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

### **Programmazione e monitoraggio della misura di rotazione**

La AST 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 inconferibilità**

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

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

#### **Art. 1- Procedura di contestazione**

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

2. La contestazione deve essere effettuata per iscritto e comunicata formalmente al dirigente, a cura del 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 RPCT.

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 RPCT 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.L.gs 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 inconfiribilità dell'incarico di cui è titolare, permanendo comunque in capo al medesimo la facoltà di dimettersi.

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

4. Nel caso di cui al punto 2 e nel caso comunque che entro il 15° giorno dalla data di ricevimento della contestazione non giunga la comunicazione di cui al punto 3), il 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'AST.

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

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

2. Il RPCT, 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;

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **Art. 6 - Segnalazione violazioni**

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

#### 4.1.8 Gestione entrate, spese e patrimonio

##### Bilancio e Gestione dei pagamenti

Le attività connesse ai pagamenti presentano rischi bassi di corruzione:

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

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 agevola pertanto la verifica e il controllo sulla correttezza del percorso di liquidazione e del pagamento delle fatture;
3. tutti gli ordinativi elettronici di pagamento presentano la doppia firma: in prima firma quella del Responsabile del Bilancio ed in seconda firma quella del Direttore/Legale rappresentante dell'Azienda Territoriale al fine di realizzare un controllo incrociato;
4. la pubblicazione sul sito della trasparenza dell'indice trimestrale di tempestività dei pagamenti e del bilancio consuntivo secondo gli schemi ministeriali di conto economico;
5. la gestione contabile-patrimoniale trasparente delle fonti di finanziamento attraverso la corretta tenuta delle scritture contabili (registrazione di bilancio e rilevazioni veritiere);
6. L'impegno della AST di Ascoli Piceno a seguire il Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC) dei dati e dei bilanci dell'azienda fino al suo completamento, secondo le indicazioni della Regione Marche (DGRM n. 536/2015). Tale percorso è stato riprogrammato con DGRM n.1576 del 19/12/2016 e successivamente con DGRM n. 1618 del 28/12/2017 fino alle ultime disposizioni regionali di cui alla DGRM n. 1627 del 22/12/2021.
7. il "Regolamento di registrazione, liquidazione e pagamento fatture" vigente è quello aggiornato con determina ex ASUR n. 605/DG del 02/12/2021.

##### Area Patrimonio e Servizi Manutentivi

Il patrimonio dell'AST di Ascoli Piceno, sia in termini di proprietà edilizia che per terreni, ha una gestione è affidata alla U.O.C. Patrimonio, Nuove Opere e Attività tecniche. Il predetto servizio cura anche la gestione di tutti gli immobili in affitto (attivo e passivo) e la loro dismissione in

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

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

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

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

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

#### 4.1.9 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 AST;
- l'introduzione nel **codice di comportamento** aziendale, in sede di aggiornamento, di disposizioni in merito al personale dipendente con compiti di vigilanza.

E' opportuno a tal proposito prevedere frequenti verifiche ispettive interne da parte dei competenti uffici, senza preavviso, con criteri "random" 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 esplicitate nel paragrafo dedicato alla "rotazione del personale".

Si specifica che, tutti i servizi dell'Area Veterinaria e Sicurezza alimentare sono sottoposti periodicamente ad audit, in attuazione della normativa nazionale ed europea. In particolare, nel sistema di audit implementato in tale Area, viene elaborato il piano strategico di verifica dell'efficacia di tutti i controlli ufficiali che sono a capo delle autorità competenti (ossia i Direttori dei servizi nella AST), al fine di rendere omogeneo il sistema dei controlli su tutto il territorio regionale.

#### 4.1.10 Attività ALPI

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

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 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’AST per la corretta gestione dell’attività libero professionale intramuraria si sviluppano nelle seguenti attività:

- Inserimento totale dell’attività libero professionale in agende gestite dal sistema CUP regionale;
- Aggiornamento del piano triennale aziendale dei volumi dell’attività istituzionale e libero professionale (ex DGR 106/2015);
- istituzione e operatività della Commissione paritetica aziendale;
- istituzione e operatività del Servizi ispettivo aziendale: Determina n. 121/2023/ASTAP.

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/poste in essere:

- 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:

- verifica presso il sistema rilevazione presenze per il controllo periodico della corretta registrazione dell'orario di attività libero professionale;
- sono attivi i 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 e indiretto Determina n.577/AV5 del 2021 "Approvazione e recepimento del Regolamento per il personale di supporto diretto all'attività libero-professionale intramuraria" ed indiretto – determina n. 578/AV5 del 2021 "Approvazione e recepimento del Regolamento per il personale di supporto indiretto all'attività libero-professionale intramuraria".

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

**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 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 s.m.i.) che rappresentano il completamento del lavoro svolto in questi anni con il raggiungimento dell'obiettivo di piena copertura della domanda di prestazioni e non solo del rispetto del tempo di attesa per gli utenti prenotati.

Infatti, al momento della prenotazione, in caso di mancanza di posti disponibili nell'ambito territoriale dell'AST limitrofa, il sistema CUP unico regionale consente l'inserimento dell'utente in liste di pre appuntamento. Queste sono liste di pre-appuntamento sono gestite dal Centro servizi del CUP regionale, che procede a richiamare l'utente con l'offerta di un posto dopo una ulteriore ricerca e verifica, nel caso tale ricerca non dia esito positivo viene attivato apposito referente della AST 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.

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

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

- Verifica delle prestazioni ad accesso diretto e revisione dei percorsi fuori CUP esistenti

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

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

#### Misure per l'anno 2024:

Si è proceduto alla costituzione del Comitato Tecnico per il governo ed il monitoraggio dei Tempi di Attesa della AST di Ascoli Piceno (Determina n. 46/ASTAP del 03/02/2023) di recente aggiornato con Determina ASTAP n.1118 del 22/12/2023, nonché del Nucleo Operativo per il monitoraggio periodico delle liste d'attesa (Determina n.129/ASTAP del 02/03/2023).

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 almeno pari all'80% dell'attività ambulatoriale a favore di utenti registrati nel sistema CUP regionale.

#### **4.1.11 Controlli nelle strutture convenzionate**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Per quanto riguarda i convenzionamenti tra strutture accreditate e Azienda Sanitaria Territoriale, essi avvengono:

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

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

La contrattazione nell'Azienda Sanitaria Territoriale 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, l'Azienda Sanitaria Territoriale dovrebbe promuovere procedimenti di sospensione o revoca del contratto.

Le misure specifiche per la fase contrattuale prevedono pertanto l'individuazione degli elementi di **discrezionalità** dell'Azienda Sanitaria Territoriale, al fine di porre le misure più adeguate per la corretta esplicazione dell'attività negoziale.

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

A tal riguardo, nella definizione a livello aziendale dei **criteri di distribuzione** delle risorse ai soggetti accreditati e contrattualizzati, devono essere presi in considerazione, oltre al dato storico, anche le performance clinico-assistenziali, in termini di volumi ed esiti, delle prestazioni rese. Tali criteri devono essere comunque resi pubblici.

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

Le attività demandate all'Azienda Sanitaria Territoriale 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.

Premesso che, ai sensi della Legge n. 19-2022 e degli atti amministrativi regionali, le Aziende Sanitarie Territoriali succedono a titolo universale alla disciolta ASUR Marche e che i regolamenti dalla stessa emanati rimangono in vigore fino all'adozione dei regolamenti delle singole AST, va considerato che, relativamente alle strutture residenziali e semiresidenziali delle aree sanitarie extra-ospedaliere e socio-sanitarie, l'ASUR suddetta, con Determina del DG n. 605/2018 aveva costituito un **gruppo di coordinamento** delle procedure di verifica e controllo degli accordi contrattuali, che coinvolge i responsabili amministrativi e sanitari individuati nelle singole convenzioni o, in mancanza di specifica individuazione degli stessi, i Direttori UOC delle Aree Anziani/Fragilità, Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Disabilità/Minori.

Il controllo è rivolto a garantire in particolare:

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

Con successiva Determina n. 620/ 2019, l'ex ASUR aveva adottato le linee guida per l'attività di controllo nelle strutture residenziali e semiresidenziali delle aree sanitarie extra ospedaliere e socio-sanitarie, per effetto delle convenzioni/accordi contrattuali.

La AST di Ascoli Piceno provvederà a dotarsi di un proprio autonomo regolamento.

#### **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.

#### 4.1.12 Spesa farmaceutica convenzionata ed interna

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

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

In questo ambito, è stato rilevato il pagamento di tangenti a medici e ricercatori affinché falsificassero le informazioni 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:

1. furto di medicinali
2. comparaggio farmaceutico,
3. improprio utilizzo di farmaci
4. richiesta di indebiti rimborsi
5. 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.

Relativamente all'acquisto di farmaci, si richiama l'attenzione alla necessaria attuazione di quanto previsto nella DGR. 963/2017, in particolare per i vincoli e le sanzioni previste.

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

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

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

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

In merito a quest'ultimo punto, è stato richiesto a tutti gli operatori interessati "la dichiarazione pubblica di interessi da parte dei professionisti finalizzata al rafforzamento della trasparenza delle relazioni che possono coinvolgere i singoli professionisti nell'esercizio della loro professione, in particolare nei processi decisionali legati all'area dei farmaci, dei dispositivi, nonché alle attività di ricerca, sperimentazione e sponsorizzazione" (vedi paragrafo sulle misure generali).

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.

#### **4.1.13 Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero**

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

Nelle more di un auspicabile approfondimento, anche in sede legislativa, delle problematiche correlate alla fase del decesso avvenuto nelle strutture sanitarie e comunque collegato alla gestione e utilizzo delle camere mortuarie, è assicurata, dal punto di vista organizzativo e delle risorse a disposizione, una modalità di gestione adeguata. Come misura anticorruzione si ritiene di aggiornare costantemente le procedure di polizia mortuaria, rispettando le indicazioni seguenti:

- 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 AST e nelle aree pertinenti;
- è fatto divieto all'impresa di utilizzare per le proprie attività il personale dell'AST o corrispondere allo stesso compensi sotto qualsiasi forma;
- la presenza in camera mortuaria degli addetti delle imprese di Onoranze Funebri deve essere limitata unicamente allo svolgimento delle funzioni consentite e per il tempo strettamente necessario;

- gli addetti delle ditte all'interno dell'obitorio devono essere chiaramente identificabili tramite appositi cartellini di riconoscimento (nome e ditta);
- è vietata agli addetti delle imprese la permanenza nei locali dell'obitorio per evitare possibili conflitti di interesse tra diverse imprese e per consentire il miglior svolgimento delle attività;
- i rapporti tra cittadini ed impresa che attengono all'affidamento del servizio funebre devono svolgersi al di fuori dei locali dell'azienda".

Su richiesta degli utenti, è possibile mettere a disposizione un elenco telefonico pubblico per la ricerca degli operatori presenti sul territorio di competenza. 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 della AST.

Le regole per la tutela dei diritti degli utenti devono essere rappresentati con apposita "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. Quando e dove ritenuta opportuna, l'informativa può essere inoltre consegnata anche direttamente a 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.

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

#### 4.2 Progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio

##### Obiettivi e misure principali

In attuazione delle norme relative alla prevenzione della corruzione, l'AST di Ascoli Piceno 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 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).

### **Ulteriori misure**

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

#### **Ridurre il rapporto tra politica e sanità**

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

#### **Rendere trasparenti le forme di utilizzo delle risorse pubbliche**

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

In particolare il recente D.LGS. n.97/2016 prevede nel nuovo art.4 bis quanto segue: “L’Agenzia per l’Italia digitale, d’intesa con il Ministero dell’economia e delle finanze, al fine di promuovere l’accesso e migliorare la comprensione dei dati relativi all’utilizzo delle risorse pubbliche, gestisce il sito internet denominato “**Soldi pubblici**” che consente l’accesso ai dati dei pagamenti delle pubbliche amministrazioni e ne permette la consultazione in relazione alla tipologia di spesa sostenuta e alle amministrazioni che l’hanno effettuata, nonché all’ambito temporale di riferimento.” Per attuare tale disposizione, l’AST nei termini di legge provvederà a pubblicare sul proprio sito istituzionale, in una parte chiaramente identificabile della sezione “Amministrazione trasparente”, i dati sui propri pagamenti, al fine di permetterne la consultazione in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all’ambito temporale di riferimento e ai beneficiari.

#### **Aumentare l’efficienza ed intensificare i controlli**

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

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

I controlli riducono la corruzione specie se sono previste adeguate sanzioni per i comportamenti scorretti. A questo proposito l’Azienda collabora con gli organi di polizia (Guardia di Finanza, Comando NAS per un maggiore scambio di informazioni e di dati), anche per

studiare procedure innovative e sviluppare sistemi di monitoraggio e segnalazione automatica delle anomalie.

### **Etica quale azione di contrasto a forme di corruzione non percepite**

Nel 2024 la AST s'impegna ad avviare corsi specifici e monotematici sulle tematiche attinenti la prevenzione della corruzione e lo strumento della trasparenza, con particolare approfondimenti dell'istituto dell'accesso civico semplice e generalizzato, del nuovo codice dei contratti pubblici e dei recenti obblighi di pubblicazione per la trasparenza.

### **Aumentare controlli sulle procedure di appalto e sulla esecuzione dei contratti**

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

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

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

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

Sulla scorta delle indicazioni dell'ANAC sono individuate le seguenti sotto-aree di rischio:

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

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

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

### **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**

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

### **Rendere pubblici i pagamenti effettuati**

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

### **Prevenire il rischio di infiltrazione del crimine organizzato negli appalti**

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

### **Codice di comportamento**

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

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

L'AST di Ascoli Piceno nelle more dell'adozione di un proprio regolamento adotta il precedente codice di comportamento di cui alla Determina dell'ex ASUR n.795/2014 aggiornato con Determina. n. 234/2022.

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

### **Applicabilità del Codice**

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

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

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

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

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

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

### **Strumenti di informazione e pubblicità**

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

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

### **Sanzioni degli obblighi derivanti dal Codice di Comportamento**

La violazione degli obblighi previsti dal nuovo Codice di Comportamento approvato con Determina n. 234/2022, 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.

In seguito all'aggiornamento del Codice di Comportamento il dipendente, all'atto dell'assegnazione all'ufficio, rilascia la dichiarazione relativa alle situazioni di incompatibilità e conflitto di interessi in forma di autocertificazione.

### **Soggetti responsabili del monitoraggio della misura**

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

### **La gestione dei conflitti di interesse - dichiarazioni pubbliche di interessi**

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

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

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

### **Strumenti di interrelazione con altre misure di prevenzione della corruzione**

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

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

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

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

a) “autodichiarazione assenza conflitto di interesse” da richiedersi ai docenti, ai consulenti, ai collaboratori esterni (art.15, comma 1 lett c) d.lgs. n.33/2013) e da parte di chiunque entri in contatto con l'AST ovvero sia assunto con contratto di lavoro di tipo subordinato;

- b) “autodichiarazione per gli incarichi amministrativi di vertice” (direttore generale, amministrativo e sanitario);
- c) “autodichiarazione da rilasciarsi a cura di ciascun dirigente” (ai sensi dell’art. 15 co. 1 lett. c) e dell’art. 41 co. 1 e 2 D.Lgs n.33/2013) e dei co.co.co. (ai sensi l’art. 15 co. 1 lett. c) D.Lgs. 33/2013);
- d) “autodichiarazione pubblica di interessi da parte dei professionisti” del servizio sanitario secondo i modelli AGENAS – ANAC.

A tal riguardo l’AST, in considerazione della complessità delle relazioni che intercorrono tra i soggetti che operano nel settore sanitario e intervengono nei processi decisionali, anche in coerenza con gli obblighi previsti dal codice di comportamento, dispone che i professionisti di area sanitaria e amministrativa rendano conoscibili, attraverso apposite dichiarazioni, le relazioni e/o interessi che possono coinvolgerli nello svolgimento della propria funzione che implichi responsabilità nella gestione delle risorse e nei processi decisionali in materia di farmaci, dispositivi, altre tecnologie, nonché ricerca, sperimentazione e sponsorizzazione.

Nel 2024 se ed in quanto dovuto i professionisti della AST dovranno compilare la dichiarazione pubblica di interessi (anche attraverso la modulistica dell’applicativo PNA Sanità presso l’AGENAS) entro le scadenze previste dall’ANAC.

#### **4.2.1 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.

Nel **Piano Formativo Annuale** dell’AST per l’anno 2024 facente parte del presente Piano Integrato, sono stati esplicitati i relativi fabbisogni dell’Azienda Sanitaria Territoriale, prevedendo un’attività formativa anche in materia trasparenza e anticorruzione. Tutti i dipendenti aziendali, in particolare coloro che, direttamente o indirettamente, svolgono attività ritenute ad elevato rischio di corruzione, devono partecipare ad un programma formativo sulla prevenzione e repressione della corruzione, oltre che sui temi della legalità.

#### **Corso di formazione in materia Anticorruzione e Trasparenza**

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

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

- referenti trasparenza e anticorruzione;
- organi di indirizzo;
- responsabili di Area/U.O./Uffici;
- titolari di funzioni strategiche.

Sotto il profilo dei contenuti la formazione nel prossimo triennio dovrà concentrarsi, anche in materie specialistiche, in tutte le varie fasi di **costruzione del 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 dovranno essere sviluppati in modo da accrescere le competenze e lo sviluppo del senso etico e, quindi, 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.

#### 4.2.2 Whistleblowing

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

L'espressione whistleblower indica il dipendente di un ente o amministrazione che segnala agli organi legittimati a intervenire, violazioni commesse ai danni dell'interesse pubblico e dell'amministrazione di appartenenza.

L'espressione "whistleblowing policy" denomina l'insieme delle procedure per la segnalazione e le azioni previste a tutela dei dipendenti che segnalano condotte illecite.

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

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

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

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

La Legge 179/2017 ha sostituito l'art. 54-bis sopracitato, introducendo misure di tutela per il soggetto che effettua la segnalazione di condotte illecite. In particolare la norma vigente

stabilisce, a tutela del segnalante, il divieto di qualsiasi provvedimento dal quale possano derivare, direttamente o indirettamente, effetti negativi sul rapporto e sulle condizioni di lavoro (con espresso riferimento a licenziamento, trasferimento, demansionamento ed applicazione di sanzioni), comminandone la nullità, nonché la reintegrazione del lavoratore eventualmente licenziato a motivo della segnalazione.

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. 165/2001. Di conseguenza sono state emanate le nuove Linee guida in materia di whistleblowing con la Delibera ANAC n. 469 del 9 giugno 2021.

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

A tal fine era stata elaborata a cura della ex ASUR Marche una procedura 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 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 dell'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 RPC può essere trasmessa con le seguenti modalità alternative che assicurano che, nel rispetto delle garanzie previste dalla norma, l'identità del Segnalante sia conosciuta solo dal RPCT:

- Invio del modulo all'indirizzo PEC: [rpct.ast.ap@emarche.it](mailto:rpct.ast.ap@emarche.it)
- Invio del modulo all'indirizzo e-mail: [rpct.ast.ap@sanita.marche.it](mailto:rpct.ast.ap@sanita.marche.it)
- consegna diretta del modulo al RPCT;
- Invio del modulo a mezzo servizio postale, inserito in busta chiusa indirizzata esclusivamente al **Responsabile Prevenzione Corruzione e trasparenza** - AST di Ascoli Piceno, Via degli Iris n.1, 63100 – Ascoli Piceno (AP), 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'Ispektorato della Funzione pubblica.

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 apposite Linee Guida relative alle procedure per la presentazione e la gestione delle segnalazioni esterne, che la AST di Ascoli Piceno tradurrà in apposito regolamento interno.

### 4.3 Programmazione dell'attuazione della Trasparenza

#### Premessa

Ai sensi dell'art. 10 del D.Lgs. n. 33 del 14 marzo 2013, tenuto conto delle indicazioni contenute nel PNA (Determinazione ANAC n. 12/2015), la presente sottosezione relativa alla **Trasparenza** è rivolta anche a cittadini, enti e soggetti interessati, in quanto sono esplicitate le modalità d'accesso, previa pubblicazione sul sito istituzionale provvisorio [www.asur.marche.it](http://www.asur.marche.it), alla sezione **“Amministrazione Trasparente” della AST di Ascoli Piceno**, dei documenti, delle informazioni e dei dati concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni.

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

Secondo quanto previsto dalla Circolare n. 1/2013, par. 2.2, al fine di agevolare i percorsi connessi alla normativa sono stati individuati i **Referenti della Trasparenza**, che operano secondo le direttive impartite dal RPCT ed è periodicamente confermato o sostituito.

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 istituzionale ai sensi dell'art. 6, co. 3 del D.Lgs. 97/2016:

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

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

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

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

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

L'implementazione e l'aggiornamento delle informazioni nelle singole sotto-sezioni della sezione "Amministrazione Trasparente" sono a cura dei Responsabili di ogni struttura/servizio per le parti di rispettiva competenza, come già previsto dai precedenti Programmi triennali, secondo la Griglia allegata degli obblighi di pubblicazione ulteriormente aggiornata con l'indicazione delle strutture responsabili rispetto allo schema generale di riferimento di cui all'allegato 1 della Delibera ANAC n.1310 del 28/12/2016, che aggiorna l'elenco di cui al D.Lgs.n.33/2013 (Allegato 5 – griglia degli obblighi).

### **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 della Trasparenza e ai Dirigenti Referenti, anche tutti i dipendenti delle UU.OO. interessate.

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

L'AST di Ascoli 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 aziendale, attraverso i soggetti a tal uopo profilati con il supporto della UOC Sistemi Informativi aziendali.

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

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

### **Il collegamento con il Codice di Comportamento**

Alla luce delle modifiche in corso al Decreto del Presidente della Repubblica n. 62 del 16 aprile 2013, sarà elaborato un nuovo Codice di comportamento dei dipendenti pubblici per l'AST di Ascoli Piceno. 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.

Il presente documento una volta approvato con determina del Direttore Generale sarà trasmesso con apposita informativa alle Organizzazioni Sindacali del Comparto e della Dirigenza, a tutte le UU.OO. dell'AST, all'URP aziendale e sarà pubblicato, sul sito Internet aziendale, nonché all'interno della sezione "Amministrazione Trasparente".

### **L'AST organizzerà nel 2024 la Giornata della trasparenza prevista dall'art. 10, comma 6, del decreto legislativo n.33/2013.**

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

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

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

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

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

### **Il Responsabile per la Trasparenza**

Nell'AST di Ascoli Piceno come detto sopra, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione è anche Responsabile per la Trasparenza, che si avvale di Referenti aziendali individuati in 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. 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, segnala i casi di inadempimento o di adempimento

parziale degli obblighi in materia di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, all'Ufficio di disciplina, ai fini dell'eventuale attivazione del procedimento disciplinare, segnala altresì gli inadempimenti al vertice dell'Amministrazione, all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) - art. 44 D.Lgs. 33/2013 - ai fini dell'attivazione delle altre forme di responsabilità. Infine, cura l'istruttoria per l'applicazione delle eventuali sanzioni amministrative di cui all'art.47 del D.Lgs. 33/2013.

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

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

Nell'AST, 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, viene individuato il seguente indirizzo e-mail:

[rpct.ast.ap@sanita.marche.it](mailto:rpct.ast.ap@sanita.marche.it)

### ***I Referenti per la Trasparenza***

I referenti per la Trasparenza, come previsto dalla Circolare n. 1/2013 del Dipartimento della Funzione Pubblica, nonché dall'Intesa della Conferenza Unificata del 24/07/2013, assicurano il collegamento con il RPCT, con cui collaborano all'attuazione della presente Sezione, sono responsabili dell'organizzazione dei flussi di pubblicazione all'interno della AST, coadiuvano e supportano il personale assegnato ai servizi di riferimento nell'adempimento degli obblighi di pubblicazione e segnala eventuali disfunzioni che dovessero verificarsi nel sistema di loro riferimento.

Inoltre, sulla base delle indicazioni fornite dal Dirigente Responsabile Aziendale della Trasparenza, essi promuovono incontri, stabiliscono modalità, richiedono approfondimenti presso le strutture di riferimento. Possono altresì proporre al Dirigente Trasparenza Aziendale iniziative di varia natura nel campo della Trasparenza e richieste di ulteriori nominativi per garantire il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare.

**Il mancato rispetto degli adempimenti** sopra riportati da parte del Referente comporterà un primo **sollecito** ad ottemperare alla richiesta. Qualora, quest'ultima rimanesse inevasa, il RPCT provvederà ad inviare segnalazione formale alla Direzione Generale dell'AST, con proposta di **sostituzione** del Referente stesso, ferme restando le conseguenze relative alla responsabilità disciplinare.

### ***I Responsabili della pubblicazione ed aggiornamento dei dati***

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

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

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

Poiché la pubblicazione delle informazioni sul sito (attualmente in uso 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 maggio 2018).

Tali disposizioni sono state recepite e adattate alla struttura organizzativa dell'azienda con il **Regolamento organizzativo aziendale Privacy**, approvato dall'ex ASUR con Determina n.349/2018 (pubblicato nella sottosezione “Atti Amministrativi” tra i Regolamenti approvati dalla Direzione Generale) applicabile nelle more della adozione di specifica regolamentazione da parte della AST di Ascoli Piceno.

Al fine di rendere sempre più accessibile e trasparente tutta l'attività aziendale al cittadino/utente, è stato avviato il percorso per la creazione del **nuovo sito aziendale**, in collaborazione con la Regione, che tenga conto delle **Linee guida di design per i siti internet e i servizi digitali** della Pubblica Amministrazione, adottate da AGID con la Determina n. 224/2022.

**Il Dirigente della singola struttura** preposta alla pubblicazione dei rispettivi dati (individuato nell'apposita griglia allegata), in qualità di “fonte di produzione” del documento di competenza è **responsabile** dell'individuazione, dell'elaborazione, della pubblicazione e dell'aggiornamento nonché dell'esattezza e completezza **dei dati di ogni notizia/informazione** di rispettiva competenza. Inoltre è responsabile della mancata pubblicazione dei documenti di competenza.

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

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

Per ogni necessità, il Dirigente Aziendale per la Trasparenza, il Dirigente dell'Area Sistemi Informativi della AST forniscono il supporto necessario.

**La mancata collaborazione al RPCT e ai suoi Referenti** da parte di ogni dipendente per ogni fase relativa all'elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati sarà considerata ai fini delle **sanzioni disciplinari** previste dalle norme e per la **valutazione negativa** della performance.

## **Il Sistema di monitoraggio e verifiche**

L'attuazione della Trasparenza richiede un'attività di monitoraggio costante e periodica per la verifica dell'assolvimento da parte dell'AST degli adempimenti agli obblighi imposti dalle norme in materia di trasparenza ed integrità (art. 43 D.Lgs. 33/2010).

Per quanto già posto in capo del Dirigente Aziendale per la Trasparenza, lo stesso (anche attraverso il Referente per la Trasparenza) 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. 33/2013. Le ordinarie funzioni di controllo per le parti di specifica competenza rimangono a capo dei Dirigenti delle UU.OO., responsabili della pubblicazione dei dati di competenza.

### **L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)**

Sulla base di quanto stabilito dalle Delibere CIVIT prima e ANAC ora (n. 77/2013 e n. 148/2014 e ss.mm.ii.), gli organi di verifica 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. 33/2013).

Nell'AST di Ascoli Piceno, il nuovo OIV è stato nominato ad esito della procedura selettiva con Determina n.676 AST di Ascoli Piceno del 09/08/2023; tra le funzioni svolte la prima ha riguardato 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 dovrà effettuare la verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato dei documenti e dei dati elencati nella griglia di rilevazione prevista.

Al termine degli accertamenti svolti attraverso l'utilizzo di supporti informatici, l'OIV firmerà i documenti di attestazione compresa la griglia di rilevazione e la scheda di sintesi compilate con le note di quanto riscontrato. Tali documenti saranno pubblicati a cura del RPCT entro la data di scadenza stabilita dall'ANAC sulla sotto-sezione "Atti degli OIV – Attestazioni" al link "Amministrazione Trasparente", mentre la griglia sarà inviata direttamente all'indirizzo 'attestazioni.oiv@anticorruzione.it'.

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 sarà pubblicato sulla sotto-sezione "Relazione del RPCT" al link "Amministrazione Trasparente".

L'OIV verificherà, 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.

L'Organismo medesimo 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. 97/2016, l'accesso civico diventa uno strumento di controllo sociale e diffuso sull'operato della pubblica amministrazione, che devono garantire l'accessibilità totale di dati, informazioni e documenti detenuti, ivi compresi quelli non soggetti a pubblicazione obbligatoria.

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

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

L'AST, nell'evasione delle istanze di accesso civico, incluse quelle di accesso civico generalizzato, oltre a seguire le disposizioni contenute nelle Linee guida ANAC di cui alla Delibera n. 1309 del 20/12/2016, si attiene, nelle more dell'adozione di un proprio regolamento, alle indicazioni contenute nel regolamento dell'ex ASUR, adottato con Determina n.778 del 27/12/2017 aggiornato con la recente revisione approvata con Determina n. 689 del 26/11/2018. Tale *“Regolamento per l'esercizio del diritto di accesso agli atti e ai documenti amministrativi, del diritto di accesso civico e del diritto di accesso civico generalizzato”* è stato 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'Area 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.

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. 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 sia dei Dirigenti Responsabili (Referenti per la Trasparenza) per le parti di rispettiva competenza, secondo la **griglia** degli obblighi di pubblicazione contenente i dati oggetto di pubblicazione, aggiornata con l'indicazione delle strutture operative competenti e la tempistica prevista per gli obblighi normativi, di cui al novellato D.Lgs. 33/2013 (**allegato 5**).

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

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

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

- Modulistica: autodichiarazione di assenza di conflitto di interesse; procedure e informativa polizia mortuaria;
- Giornata della Trasparenza: relazioni e slides presentate nel corso della giornata;
- Libera professione: dati relativi alle tariffe della libera professione intramuraria;
- Rischio clinico: aggiornamento rete operativa per il clinical risk management;

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 dell'AST**

La Carta dei servizi dell'Azienda Sanitaria Territoriale è il documento che garantisce processi d'informazione/comunicazione verso i cittadini. Essa si compone di due parti: la Guida ai Servizi e 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.

Nell'anno 2020 la soppressa ASUR Marche, implementò la Guida Unica ai Servizi. Un gruppo appositamente individuato e formato da operatori degli Uffici Relazioni con il Pubblico provenienti da tutto il territorio regionale; ha provveduto a definire le informazioni necessarie da inserire.

Ogni AST ha pubblicato la propria Guida (sia nella sua interezza, sia nelle sue parti singole appositamente richiamate per argomento) disponibile all'apposita sottosezione nel sito aziendale: [www.asur.marche.it](http://www.asur.marche.it) ancora operativo. Le Guide ai Servizi presenti in questa sezione

sono costantemente aggiornate a cura delle singole AST, in vista di un loro aggiornamento secondo le dinamiche alla Legge 19/2022.

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 forniti dall'ex ASUR, 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 Ascoli Piceno, come avviata negli anni precedenti e risultante dal percorso esposto nel PIAO dell'ex ASUR 2022-2024.

Tutte le informazioni relative alla Guida e alla Carta sono pubblicate nell'apposita sezione del link "Amministrazione Trasparente".

### **Piano di comunicazione aziendale**

Con il piano di comunicazione, anche in attuazione dei principi di trasparenza e di efficacia dell'azione amministrativa, si riconosce nell'informazione e nella comunicazione la condizione essenziale per assicurare la partecipazione e l'esercizio del diritto di accesso da parte dei cittadini e delle formazioni sociali secondo quanto stabilito dalle leggi statali e regionali e dai regolamenti specifici dell'ente, e pertanto le attività di informazione e comunicazione sono in particolare finalizzate a:

- illustrare le attività dell'ente ed il loro funzionamento;
- favorire l'accesso ai servizi amministrativi, promuovendone la conoscenza;
- favorire processi interni di semplificazione delle procedure di accesso.

Il processo di comunicazione non è rappresentato dalla mera esigenza di dare notizie, ma è parte integrante del processo decisionale della Direzione Aziendale. Un'efficace comunicazione sia interna che esterna consente ricadute positive non solo sulla percezione della qualità del servizio reso, ma sul miglioramento reale della qualità dei servizi.

Le "Linee guida di design per i siti internet e i servizi digitali della Pubblica Amministrazione", adottate da AGID con la determina n. 224/2022, sono uno strumento funzionale alla realizzazione dei progetti di miglioramento dei servizi pubblici previsti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), ai quali sono destinati importanti investimenti nel nostro Paese.

### **La trasparenza degli interventi finanziati con i fondi del PNRR**

Una delle priorità per l'attuazione delle misure contenute nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) è quella di garantire che l'ingente mole di risorse finanziarie stanziata sia immune da gestioni illecite, nel rispetto dei principi di sana gestione finanziaria, assenza di conflitto di interessi, frodi e corruzione. Inoltre, in linea con quanto previsto dall'art. 34 del Regolamento (UE) 2021/241, va garantita adeguata visibilità ai risultati degli investimenti e al finanziamento dell'Unione europea per il sostegno offerto. I destinatari dei finanziamenti dell'Unione sono tenuti a rendere nota l'origine degli stessi e ad assicurarne la conoscibilità,

diffondendo informazioni coerenti, efficaci e proporzionate “destinate a pubblici diversi, tra cui i media e il vasto pubblico”. Per quanto riguarda la trasparenza degli interventi finanziati con i fondi del PNRR, l’Autorità ha inteso fornire alcuni suggerimenti volti a semplificare ed a ridurre gli oneri in capo delle Amministrazioni centrali titolari di interventi. In particolare, laddove gli atti, dati e informazioni relativi al PNRR, da pubblicare secondo le indicazioni della Ragioneria Generale dello Stato (RGS), rientrino in quelli previsti dal d.lgs. n. 33/2013, l’Autorità ritiene che gli obblighi stabiliti in tale ultimo decreto possano essere assolti dalle Amministrazioni centrali titolari di interventi, inserendo, nella corrispondente sottosezione di Amministrazione Trasparente, un link che rinvia alla predetta sezione dedicata all’attuazione delle misure del PNRR. Con riferimento ai Soggetti attuatori degli interventi – in assenza di indicazioni della RGS sugli obblighi di pubblicazione sull’attuazione delle misure del PNRR - si ribadisce la necessità di dare attuazione alle disposizioni del D.lgs. n. 33/2013. I Soggetti attuatori, in un’ottica di semplificazione e di minor aggravamento, laddove i dati rientrino in quelli da pubblicare nella sezione “Amministrazione trasparente” ex d.lgs. n. 33/2013, possono inserire in A.T., nella corrispondente sottosezione, un link che rinvia alla sezione dedicata all’attuazione delle misure del PNRR. Inoltre, si fa presente che, al fine di garantire la piena conoscibilità degli interventi PNRR, sono posti a carico dei Soggetti attuatori degli interventi:

- l’obbligo di conservazione e archiviazione della documentazione di progetto, anche in formato elettronico. Tali documenti, utili alla verifica dell’attuazione dei progetti, dovranno essere sempre nella piena e immediata disponibilità dell’Amministrazione centrale stessa, della Ragioneria Generale dello Stato (Servizio centrale per il PNRR, Unità di missione e Unità di audit), della Commissione europea, dell’OLAF, della Corte dei Conti europea (ECA), della Procura europea (EPPO) e delle competenti Autorità giudiziarie nazionali, anche al fine di permettere il pieno svolgimento delle fasi di monitoraggio, verifica e controllo. Rispetto alla documentazione conservata relativa ai progetti finanziati, è importante rilevare che la stessa RGS sottolinea la necessità di garantire il diritto dei cittadini all’accesso civico generalizzato;
- l’obbligo di tracciabilità delle operazioni e la tenuta di apposita codificazione contabile per l’utilizzo delle risorse PNRR. Va inoltre evidenziato che, al fine di garantire maggiore trasparenza e condivisione del patrimonio informativo relativo agli interventi del PNRR, con il DPCM 15 settembre 2021, lo stesso Governo ha valorizzato il formato open data.

## Antiriciclaggio

Le misure di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo che le pubbliche amministrazioni sono tenute ad adottare ai sensi dell’art. 10 del d.lgs. n. 231/2007 (cd. Decreto antiriciclaggio) si pongono nella stessa ottica di quelle di prevenzione e trasparenza, e cioè la protezione del “valore pubblico”. I presidi adottati al pari di quelli anticorruzione, sono da intendersi, come strumento di creazione di tale valore, essendo volti a fronteggiare il rischio che entri in contatto con soggetti coinvolti in attività criminali.

Nell’attuale momento storico, l’apparato antiriciclaggio, come quello anticorruzione, può dare un contributo fondamentale alla prevenzione dei rischi di infiltrazione criminale nell’impiego dei fondi rivenienti dal PNRR, consentendo la tempestiva individuazione di eventuali sospetti di sviamento delle risorse rispetto all’obiettivo per cui sono state stanziare ed evitando che le stesse finiscano per alimentare l’economia illegale.

Per il 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.

#### 4.4 Cronoprogramma delle attività trasparenza e anticorruzione

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

<b>Attività</b>	<b>Soggetto/i</b>	<b>Tempi</b>
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	Entro il 31 dicembre di ogni anno
Definizione “Rischi corruttivi e Trasparenza”	RPCT	Entro il 31 gennaio di ogni anno o diverso termine stabilito dall’ANAC
Pubblicazione PIAO o sezione rischi corruttivi e trasparenza	RPCT	Entro il 31 gennaio di ogni anno o diverso termine stabilito dall’ANAC
Relazione annuale sull’attività svolta in materia di prevenzione della corruzione	RPCT	Entro il 15 gennaio di ogni anno o diverso termine stabilito dall’ANAC

Adempimenti degli obblighi di pubblicazione di competenza previsti nella Griglia	Dirigenti responsabili RPCT	Entro il 31 Luglio e il 31 Gennaio di ogni anno
Verifica indicatori di monitoraggio e invio Report stato dell'arte di pubblicazione dei dati	Dirigenti responsabili RPCT	Entro il 31 Luglio e il 31 Gennaio di ogni anno
Verifica pubblicazione dati della griglia degli obblighi per attestazione OIV	Dirigenti responsabili RPCT	Entro il 30 Aprile di ogni anno o diverso stabilito dall'ANAC
Acquisizione nominativi dipendenti da formare	Dirigenti responsabili RPCT	Entro il 31 marzo di ogni anno
Definizione percorsi e iniziative formative da inserire nel Piano della formazione per l'anno successivo	Dirigenti responsabili RPCT	Entro il 31 gennaio di ogni anno o diverso termine stabilito dalla 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 di ogni anno

## 5. La sezione - Organizzazione e capitale umano

In riferimento alla nota del Dipartimento Salute della Regione Marche prot. n. 101309 del 26/01/2024 avente a oggetto "Adozione PIAO 2024\_2026 ex art. 6 D.L. 80/2021 – PTFP di cui all'art. 6 del D.Lgs. 165/2001. Comunicazione." si rappresentano di seguito le previsioni sul fabbisogno e sull'andamento delle risorse umane, finalizzate alla definizione del PTFP per il triennio di competenza, in aggiornamento di quanto già riportato nel PTFP 2023-2025 ed in osservanza delle linee operative indicate nella nota inviata.

L'Azienda Sanitaria territoriale di Ascoli Piceno è composta dal personale di cui al Decreto del Direttore del Dipartimento Salute n. 59 del 28/12/2022.

Il processo di riorganizzazione aziendale attualmente in corso, per effetto della L.R. n. 19/2022 verrà portato a completamento entro il 31/03/2024 e, comunque, all'approvazione da parte della Regione del PIAO 2024-2026.

### 5.1 Vincoli economici e fabbisogni di personale

Ai fini di una rappresentazione dell'andamento dei costi del personale negli ultimi anni si riporta di seguito una tabella riepilogativa con i dati complessivi per singolo ruolo

TABELLA CON SPESA PER PERSONALE 2019 -2023

2019	2020	2021	2022	2023 (da preconsuntivo)
<b>COSTO DEL PERSONALE RUOLO SANITARIO</b>				
105.624.536	108.847.918	108.787.828	114.445.669	112.950.508
<b>COSTO DEL PERSONALE RUOLO PROFESSIONALE</b>				
267.710	362.452	387.105	445.271	459.909
<b>COSTO DEL PERSONALE RUOLO TECNICO</b>				
16.108.180	16.936.633	19.341.907	18.732.679	19.395.322
<b>COSTO DEL PERSONALE RUOLO AMMINISTRATIVO</b>				
9.665.784	9.188.672	10.444.941	10.006.696	10.674.325
<b>ALTRI COSTI DEL PERSONALE</b>				
1.897.445	3.121.797	3.757.487	2.309.872	686.317
<b>COSTO COMPLESSIVO</b>				
133.563.655	138.457.472	142.719.269	145.940.188	144.166.381

Per l'anno 2024 le determinanti della programmazione del personale possono essere raggruppate in tre aree di sviluppo:

- quella collegata all'applicazione/attivazione delle funzioni e strutture previste dal PNRR già operative a partire dall'anno 2024 e con progressivo incremento fino alla completa realizzazione del 2026;
- quella legata all'attuazione delle indicazioni previste del DM 77/2022 sullo sviluppo della sanità territoriale

- c. quella collegata al mantenimento, alla ripresa ed allo sviluppo di tutte le altre attività aziendali, in riferimento al piano socio-sanitario 2023 e alla riforma dell'organizzazione sanitaria della Regione Marche L. 19/2022.

Per l'anno 2024, il tetto di spesa del personale assegnato all'Azienda Territoriale di Ascoli Piceno è stato rideterminato, con Delibera di Giunta in fase di pubblicazione, in € 112.456,00.

## 5.2 Linee di sviluppo programmate per l'anno 2024

- Gestione degli OSCO
- Consolidamento degli organici infermieristici presso le Case della Comunità
- Attivazione della UOC Gastroenterologia ed endoscopia digestiva
- Attivazione del fast track geriatrico e pediatrico a supporto delle attività di pronto soccorso
- Investimento sulle equipe infermieristiche e mediche di sala operatoria per il rispetto dei tempi d'attesa degli interventi chirurgici per classi di priorità
- Implementazione delle equipe del DSM-DP per la presa in carico ed i percorsi sull'autismo, sulla salute mentale giovanile e nel carcere, sulla residenzialità nel territorio provinciale (recupero del costo di mobilità passiva)
- Implementazione del percorso nascita pre e post partum con attivazione del puerperio a domicilio per le donne residenti nei comuni montani e delle aree interne;
- Intervento sullo skill-mix del personale infermieristico e OSS presso i reparti ospedalieri aziendali;
- Implementazione del personale sanitario per erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale all'interno dei tempi previsti dalle classi di priorità nelle percentuali previste da legge.

Si riporta di seguito un approfondimento della composizione del personale dipendente per ruolo, categoria, età e genere al 31/12/2023, nonché i principali dati di monitoraggio dell'andamento di dinamiche sensibili, quali l'assenteismo, le limitazioni o inidoneità, il turn-over.

TABELLA PERSONALE DIPENDENTE PER RUOLO E GENERE AL 31/12/2023

Descrizione Ruolo	Femmine	Maschi	Totale	% femmine	% maschi
RUOLO SANITARIO	1.264	507	1.771	71%	29%
RUOLO PROFESSIONALE	1	3	4	25%	75%
RUOLO TECNICO	85	102	187	45%	55%
RUOLO AMMINISTRATIVO	191	65	256	75%	25%
RUOLO SOCIOSANITARIO	255	59	314	81%	19%
<b>Totale</b>	<b>1.796</b>	<b>736</b>	<b>2.532</b>	<b>71%</b>	<b>29%</b>

Nel ruolo sanitario rientra il personale medico, veterinario, sanitario (es. farmacisti, biologi, psicologi, fisici sanitari, chimici), delle professioni sanitarie (es. professioni infermieristiche-ostetriche, della riabilitazione, tecniche sanitarie, della prevenzione).

Il ruolo professionale nell'AST di Ascoli Piceno è costituito da ingegneri, avvocati, ecc.

Nel ruolo amministrativo rientrano i coadiutori, gli assistenti, i collaboratori e i dirigenti amministrativi.

Del ruolo tecnico fanno parte gli operatori tecnici e il restante personale tecnico non sanitario non ricompreso nei ruoli amministrativo e professionale.

Il CCNL del comparto sottoscritto il 02/11/2022 ha introdotto il ruolo socio-sanitario nel quale vengono ricompresi gli Operatori Socio Sanitari e gli Assistenti Sociali.

#### PERSONALE DIPENDENTE PER CATEGORIA E GENERE AL 31/12/2023

Categoria	Femmine	Maschi	Totale	% femmine	% maschi
Dirigenti medici e veterinari	207	196	403	51%	49%
Dirigenza sanitaria non medica	42	17	59	71%	29%
Dirigenti PTA	4	7	11	36%	64%
Personale Infermieristico	853	200	1.053	81%	19%
Personale Tecnico Sanitario	74	58	132	56%	44%
Personale della riabilitazione	56	11	67	84%	16%
Personale della Prevenzione	13	24	37	35%	65%
Operatori Socio Sanitari	237	59	296	80%	20%
Altro personale tecnico- sanitario	112	80	192	58%	42%
Personale amministrativo e tecnico ATL	198	84	282	70%	30%
<b>TOTALE</b>	<b>1.796</b>	<b>736</b>	<b>2.532</b>	<b>71%</b>	<b>29%</b>

Come si evince dalle tabelle sopra riportate, le donne costituiscono circa il 71% di tutto il personale dipendente.

Il personale infermieristico rappresenta circa il 40% di tutto il personale dipendente, seguito da medici e veterinari (circa il 18%).

#### PERSONALE DIPENDENTE AL 31/12/2023 PER FASCE D'ETÀ E GENERE

Fasce di età	Femmine	Maschi	Totale	% femmine	% maschi
≤ 35	233	84	317	74%	26%
36-44	322	161	483	67%	33%
45-54	568	198	766	74%	26%
55-64	617	254	871	71%	29%
≥ 65	56	39	95	59%	41%
<b>Totale</b>	<b>1.796</b>	<b>736</b>	<b>2.532</b>	<b>71%</b>	<b>29%</b>

## RIEPILOGO ASSENZE ECCEDENZE ORARIE E FERIE 2019-2023

ANNO 2019		ANNO 2020		ANNO 2021		ANNO 2022		ANNO 2023	
FERIE									
FRUITE TOTALE GIORNI	RESIDUE TOTALI GIORNI								
46894	27620	45000	34196	50159	38981	52174	41534	59326	30878
ORE ECCEDENTI		ORE ECCEDENTI		ORE ECCEDENTI		ORE ECCEDENTI		ORE ECCEDENTI	
ORE TOTALI ANNO CORRENTE	ORE TOTALI COMPLESSIVE	ORE TOTALI ANNO CORRENTE	ORE TOTALI COMPLESSIVE	ORE TOTALI ANNO CORRENTE	ORE TOTALI COMPLESSIVE	ORE TOTALI ANNO CORRENTE	ORE TOTALI COMPLESSIVE	ORE TOTALI ANNO CORRENTE	ORE TOTALI COMPLESSIVE
4451	664114	25008	724300	12612	474064	12511	641516	3353	492086
ASSENZE A VARIO TITOLO		ASSENZE A VARIO TITOLO		ASSENZE A VARIO TITOLO		ASSENZE A VARIO TITOLO		ASSENZE A VARIO TITOLO	
49575		65157		63164		76087		41276	

Per quanto riguarda il turnover del personale dipendente, nel 2023 sono state registrate 156 uscite di personale con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, tra cui n. 60 cessazioni, n. 71 pensionamenti e n. 25 trasferimenti ad altre Aziende.

cessazioni		pensionamenti		trasferimenti	
COMPARTO	30	COMPARTO	44	COMPARTO	12
DIRIGENZA	16	DIRIGENZA	15	DIRIGENZA	3
PTA	0	PTA	2	PTA	0
INFERMIERI	14	INFERMIERI	10	INFERMIERI	10
<b>totale</b>	<b>60</b>	<b>totale</b>	<b>71</b>	<b>totale</b>	<b>25</b>

A fronte delle suindicate cessazioni, l'AST nell'anno 2023 ha provveduto ad effettuare 412 assunzioni di cui 313 a tempo determinato e 99 a tempo indeterminato.

Nell'anno 2024 anche con le stabilizzazioni l'AST si pone l'obiettivo di ridurre in modo importante il precariato, a maggiore garanzia della qualità e continuità dell'assistenza.

### 5.3 Politiche di gestione e sviluppo del personale

Il focus centrale delle politiche di sviluppo del personale nel 2023 è stato quello di lavorare, unitamente alle rappresentanze dei lavoratori, all'implementazione degli strumenti contrattuali per l'applicazione dei diversi istituti giuridici ed economici e di sviluppo professionale.

In tal senso in area comparto il 2023 si è contraddistinto per:

- l'attuazione parziale del nuovo sistema degli incarichi di funzione con l'attribuzione di una parte degli incarichi, dopo che alla fine del 2022 si erano svolte le selezioni. Sono stati attribuiti a decorrere dall'01/12/2023 n. 77 incarichi. Entro il mese di febbraio 2024 è previsto il completamento delle attribuzioni di detti incarichi con ulteriori n. 63 assegnazioni, per arrivare a ricoprire tutte le posizioni previste dall'assetto organizzativo approvato con determina \_ n. 1197/AV5 del 21/10/2022.

Si ritiene necessario specificare che la mappatura effettuata nel 2022 che ha portato allo svolgimento delle selezioni per gli incarichi, corrispondeva all'organizzazione aziendale dell'allora AV5, area funzionale di ASUR. Dal 1.1.2023 è nata l'AST di Ascoli Piceno, dotata di autonomia gestionale e giuridico contabile che dovrà elaborare un nuovo atto aziendale a seguito del quale sarà necessario provvedere ad una verifica della corrispondenza o meno della mappatura esistente ed agire di conseguenza.

- emissione di un avviso per la progressione economica orizzontale per l'annualità 2022.
- definizione di un accordo per le procedure di progressione economica orizzontale per l'anno 2023;

Gli impegni per il 2024 sono:

- Regolamento sulla mobilità extra ed intra-aziendale
- Regolamento sull'orario di lavoro e di servizio
- Regolamento sulle attività extra istituzionali
- Regolamento sull'espletamento delle prestazioni aggiuntive
- Regolamento sul diritto allo studio
- Regolamento sul lavoro agile
- Regolamento sul diritto alla mensa-pasto
- Consolidamento delle relazioni con l'Università Politecnica delle Marche relativamente ai corsi di laurea per le professioni sanitarie presenti sul territorio provinciale in collaborazione con l'AST

Sul versante delle aree dirigenziali, nel 2023 si è proceduto alla definizione dei percorsi per l'erogazione dei compensi per gli istituti contrattuali relativi agli anni pregressi ed all'avvio della definizione delle procedure per l'attribuzione degli incarichi dirigenziali ancora in fase di espletamento.

Parimenti, sempre per le aree dirigenziali nel corso del 2024 gli impegni sono:

- Definizione degli assetti organizzativi delle diverse strutture aziendali
- Definizione del sistema di graduazione degli incarichi e sua applicazione
- Costruzione e definizione dei percorsi di carriera individuali e di valorizzazione professionale, strumento imprescindibile per la tenuta organizzativa dell'Azienda
- La revisione congiuntamente, ad Università Politecnica delle Marche dei rapporti e delle modalità di ingaggio degli specializzandi iscritti alle Scuole di Specialità della Facoltà di Medicina e Chirurgia nell'ambito delle strutture aziendali complementari e collegate alla rete formativa provinciale; corsi di laurea delle professioni sanitarie, ecc...

#### **5.4 Il piano triennale dei fabbisogni del personale**

Con delibera di giunta n. 730 del 30/05/2023 è stato approvato il Piano triennale dei fabbisogni del personale (2023-2025) e revisione della Dotazione Organica, che prevede la revisione ed aggiornamento del precedente PTFP 2022-2024, redatto secondo le linee di indirizzo di cui al DM 08/05/2018 e le indicazioni regionali. Esso definiva il fabbisogno di personale necessario all'AST di Ascoli Piceno per raggiungere gli obiettivi assegnati ed i livelli di servizi da erogarsi in favore dei cittadini assistiti, nel rispetto dei vincoli economici.

Il fabbisogno di personale viene quindi definito sotto un duplice profilo (punto 2.0 Linee guida del 08/05/2018):

- quantitativo, perché riferito alla consistenza numerica di unità necessarie ad assolvere la missione aziendale, nel rispetto dei vincoli di finanza;

- qualitativo, perché riferito alle tipologie e profili professionali corrispondenti alle esigenze aziendali.

Il PTFP qui proposto relativo agli anni 2024-2026 è un atto programmatico, prima che meramente autorizzatorio, inquadrato all'interno dei tre vincoli: quantitativo (unità di personale), qualitativo (contingente di personale per specifico profilo professionale) ed economico (tetto di spesa).

Il Piano occupazionale 2024, è stato redatto tenendo conto del tetto di spesa assegnato dalla Regione all'Ast di Ascoli Piceno pari a € 112.456,00, come riepilogato **nell'Allegato n. 6**.

Il numero di unità in cessazione, riportate nel piano sulla base degli atti di dimissione a conoscenza degli uffici al momento della redazione del piano stesso e del numero delle assunzioni programmate, tracciano lo spazio annuale di azione dell'Azienda anche ai fini della rimodulazione qualitativa e quantitativa dei contingenti di personale per profilo.

Il costante mantenimento dei contingenti di personale distintamente per ogni ruolo e profilo professionale richiederà però di considerare, nell'ambito del reclutamento, anche le ulteriori cessazioni che ad oggi non sono conosciute, ma che certamente interverranno, tenuto conto che esse non incidono sul tetto di spesa; ciò è necessario al fine di assicurare: gli obiettivi aziendali, i servizi essenziali ed i livelli prestazionali definiti negli atti di programmazione nonché il rispetto delle norme sull'orario di lavoro del personale.

È di tutta evidenza che la tempestiva sostituzione di un dipendente cessato con un nuovo assunto di pari profilo, da un lato risulta indispensabile per non creare disservizi o discontinuità nella erogazione dei servizi, dall'altro non inficia in alcun modo i tre vincoli cardine che reggono il piano; infatti non si produce variazione della spesa programmata (che è spesa totale per il personale e non spesa differenziale per nuove assunzioni) e non si alterano i contingenti quantitativi e qualitativi programmati. Quest'ultimo processo, sotteso al PTFP trova specifica e puntuale tracciatura negli atti di dimissione del personale e di conseguente assunzione di nuove unità, atti che dovranno essere specificamente collegati in termini di "unità entrante" a fronte di "unità uscente" di pari profilo.

L'attuazione del piano di fabbisogno sarà costantemente monitorata affinché vengano puntualmente rispettati i tetti di spesa del personale previsti ed, eventualmente, posti in essere specifiche azioni di rientro.

Il PTFP potrà essere aggiornato in qualsiasi momento e nel rispetto delle limitazioni e dei vincoli previsti dalle disposizioni normative di riferimento, qualora si verificassero esigenze o condizioni tali da determinare modifiche del quadro di riferimento relativamente al triennio in considerazione o sopravvengano specifici indirizzi regionali.

### **5.5 Fabbisogni relativi alla copertura di incarichi di direzione di struttura complessa**

*Relativamente ai fabbisogni di copertura di incarichi di struttura complessa di area sanitaria, tecnica ed amministrativa, nel rispetto degli standard previsti dal D.M. 70/2015, dalla Legge Regionale di riordino L. 19/2022, dal Piano Sociale e Sanitario e dalle linee di indirizzo per la costituzione degli atti aziendali si ritiene utile prevedere che entro l'anno 2024 verranno espletate tutte le procedure per la copertura delle strutture dell'intera rete territoriale ed ospedaliera necessarie per la completa attuazione della mission dell'azienda così come verrà rappresentata nell'atto aziendale .*

## 5.6 Piano di potenziamento

Per l'anno 2024 la Direzione Generale nell'ambito delle linee strategiche che intende perseguire e dei vincoli economici e giuridici, ha individuato una serie di azioni che rappresentano un piano di potenziamento al fine di migliorare qualitativamente e quantitativamente la performance aziendale, di seguito elencate:

### 5.6.1 Funzione gestione operativa:

Si rende necessario introdurre la funzione di "operation management" nella struttura strategica dell'azienda. La volontà, mutuata da esperienze internazionali, è quella di garantirne il massimo efficientamento dei processi standardizzabili della sala operatoria e della gestione delle agende ed erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e chirurgia ambulatoriale. Da tale mission deriva la necessità di intervenire sui modelli organizzativi, al fine di snellire e semplificare i processi clinici e assistenziali, sviluppando una serie di strumenti di analisi e riprogettazione dei processi alla luce di criteri di rinnovamento ed efficientamento e supportando tale evoluzione con le opportune soluzioni tecnologiche.

### 5.6.2 La programmazione e l'implementazione delle Case della Comunità e degli Ospedali di Comunità

Il potenziamento e la riorganizzazione dei servizi sanitari territoriali ed extra ospedalieri rappresenta una delle principali linee di sviluppo tracciate dal livello nazionale con gli investimenti del PNRR e l'adozione del DM 77/2022, dal cui investimento si concentra sul potenziamento e sulla creazione di strutture e presidi che rappresentino il riferimento territoriale per la presa in carico del bisogno di salute dei cittadini.

Tra le strategie dalla Regione Marche (PSSR) c'è il potenziamento dell'offerta specialistica ambulatoriale che verrà diffusa capillarmente sul territorio, soprattutto nell'ambito dei poli di aggregazione residenziale (Ospedali di Comunità, Case della Comunità, etc.), al fine di intercettare la domanda in prossimità del domicilio del Cittadino e creare pertanto percorsi "facilitati" (accesso diretto) per l'erogazione delle prestazioni in ambito ospedaliero, favorendo il recupero della mobilità passiva, in particolare nelle aree cosiddette disagiate dei territori interni.

Nel contesto dell'AST di Ascoli Piceno sono previste (PSSR)

Acquasanta Terme

S. Benedetto del Tronto

Ascoli Piceno

Comunanza

Offida

Le strutture territoriali progettate e realizzate nell'ambito del PNRR (Case della comunità e Ospedali di comunità), rappresentano i luoghi di riferimento per le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), monoprofessionali, e per le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), multiprofessionali, che coinvolgono anche gli Specialisti Ambulatoriali interni e la realizzazione di quanto già previsto negli accordi nazionali vigenti con le categorie mediche convenzionate sopra citate potrà favorire la migliore organizzazione territoriale.

### **5.6.3 *Il consolidamento del modello organizzativo dell'infermieristica di Comunità già presente nei comuni delle aree interne della provincia.***

Nel progetto Aree Interne di cui alla DGR Marche 1675/2018 è stata prevista la figura dell'infermiere di comunità nei 17 comuni dell'AST di Ascoli Piceno interessati al progetto, di cui 14 al Distretto di Ascoli Piceno e 3 al Distretto di San Benedetto del Tronto.

Secondo il DM 77 l'infermiere di comunità è la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica, ai diversi livelli di complessità, in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera. Non solo si occupa delle cure assistenziali verso i pazienti, ma interagisce con tutti gli attori e le risorse presenti nella comunità per rispondere a nuovi bisogni attuali o potenziali.

L'obiettivo è mantenere, e migliorare nel tempo, l'equilibrio e lo stato di salute della famiglia, nella comunità, aiutandola a evitare o gestire le minacce alla salute.

Oggetto dell'assistenza dell'Infermiere di famiglia è l'intera comunità, di cui la famiglia rappresenta l'unità di base.

In tal senso l'infermiere di famiglia svolge il suo ruolo nel contesto comunitario di cui fanno parte la rete dei servizi sanitari e sociosanitari, le scuole, le associazioni e i vari punti di aggregazione.

### **5.6.4 *L'implementazione dei percorsi di presa in carico della cronicità e delle fragilità da parte delle equipe delle Case della Comunità e dalle AFT della medicina generale***

Cronicità e policronicità raggiungono numeri importanti con l'avanzare dell'età: tra i 65 e gli 85 anni più della metà delle persone convive con una patologia cronica e la quota aumenta fino a interessare i tre quarti degli ultra-ottantacinquenni, di cui la metà risulta policronico.

Nel modello delineato da AGENAS di Assistenza Territoriale, attuativo del Piano Nazionale di Recupero e Resilienza, questi soggetti sono destinati ad essere presi in carico dalle equipe multiprofessionali delle Case della Comunità assieme ai Medici di Medicina Generale in base a definiti modelli di stratificazione.

La presa in carico della cronicità e delle fragilità da parte delle equipe delle Case della Comunità è un approccio che mira a garantire un'assistenza più integrata e personalizzata per i pazienti con patologie croniche o fragilità.

L'AST di Ascoli Piceno mette in campo diversi percorsi di presa in carico. L'implementazione efficace di questi percorsi richiede una stretta collaborazione tra i professionisti della salute, il paziente e le risorse comunitarie. Inoltre, è importante adattare i percorsi in base alle specifiche esigenze di ciascun individuo.

### **5.6.5 *Lo sviluppo della continuità dell'assistenza attraverso l'integrazione dei medici di continuità assistenziale con le AFT della medicina generale.***

L'integrazione dei medici di continuità assistenziale (MCA) con le AFT (Assistenza di Continuità Territoriale) della medicina generale è fondamentale per garantire una gestione efficace e continua delle cure mediche a livello territoriale. Questa collaborazione può contribuire a migliorare la qualità dell'assistenza, ridurre gli accessi impropri al pronto soccorso e ottimizzare le risorse sanitarie.

L'integrazione efficace tra MCA e AFT richiede una cultura di collaborazione, comunicazione aperta e un impegno comune per fornire cure di alta qualità in modo continuo e personalizzato.

### **5.6.6 L'ulteriore implementazione dei percorsi e delle pratiche professionali, mediche o delle professioni sanitarie, nell'ambito della Telemedicina**

E' fondamentale consolidare e sviluppare ulteriori modelli organizzativi focalizzati sull'integrazione tra assistenza ospedaliera - assistenza territoriale – MMG anche attraverso strumenti tecnologici e di telemedicina, al fine di realizzare una medicina di prossimità.

I principali ambiti di sviluppo rappresentano i percorsi di cura e di presa in carico dei pazienti affetti dalle principali patologie croniche, quali ad esempio, diabete, scompenso cardiaco, demenza, BPCO, insufficienza renale cronica.

### **5.6.7 Potenziamento area Ortopedico-traumatologica**

L'area ortopedico-traumatologica rappresenta l'area con la maggiore mobilità sanitaria. I DRG più rilevanti di area ortopedico-traumatologica causano gli importi maggiori della mobilità passiva, in particolare per gli interventi di protesica (anca, ginocchio e spalla) e di artrodesi vertebrale.

Pertanto si tratta di dare una risposta alle esigenze della comunità locale e di una strategia necessaria per migliorare l'offerta di cure mediche nella regione.

### **5.6.8 Cure Palliative**

La rete delle unità d'offerta sanitarie e sociosanitarie, di cui al Regolamento regionale n.1/2018, comprende servizi residenziali e semiresidenziali rivolti agli utenti delle diverse aree assistenziali previste dai LEA.

Per la fase terminale della vita, si evidenziano le strutture residenziali quali gli hospice e le cure palliative domiciliari.

La rete delle cure palliative si interseca con tutti i piani di potenziamento descritte sopra e potrà consentire anche interventi volti a garantire le cure palliative di fine vita nella sede di residenza, con la integrazione precoce tra le terapie oncologiche attive e le cure palliative, dal momento della presa in carico del paziente oncologico ed oncoematologico e con tutte le patologie in fase di end stage.

### **5.6.9 Comunicazione e URP**

Come da Delibera G.R. 1635 del 13/11/2023 si rende necessaria una revisione organizzativa e di funzionamento degli Uffici Relazioni con il Pubblico (URP) secondo le indicazioni regionali.

L'URP dell'AST di Ascoli Piceno per poter garantire le funzioni ed i compiti assegnati si deve rapportare con tutte le strutture organizzative e, pertanto, opera alle dirette dipendenze del Direttore Generale, collocandosi a livello di staff della Direzione generale.

Per garantire una efficiente comunicazione esterna l'URP attiva i necessari processi di comunicazione interna per consentire interventi tempestivi in caso di segnalazioni di disservizi da parte degli utenti. Ogni articolazione organizzativa dell'Azienda nomina i propri referenti, tramite i quali vengono trasmessi all'URP le informazioni e la documentazione necessaria per consentire risposte esaurienti alle richieste dei cittadini.

Entro il mese di marzo 2024, a seguito di emissione di specifico bando per il reclutamento del personale necessario, verrà attivato l'Ufficio stampa sulla base delle indicazioni fornite dal Dipartimento salute della Regione.

## 5.7 Politiche di stabilizzazione

Alla luce della normativa vigente in merito alla stabilizzazione dei rapporti di lavoro precari di cui all'art. 20 del D.Lgs. n.75/2017 è utile fornire un quadro di quanto attuato nel 2023, nel corso del quale sono state portate a conclusione le procedure ex Legge Madia

Per l'anno 2024 è stata programmata l'espletamento della procedura di stabilizzazione c.d. "COVID", nella misura dell'80% delle assunzioni, ad esito di specifica contrattazione integrativa con le rappresentanze sindacali del comparto.

Le risultanze del piano delle stabilizzazioni per l'anno 2024 sono riportate nell'allegato prospetto **Allegato n. 7.**

Si fa presente che la stabilizzazione riguarderà per la maggior parte il personale del ruolo sanitario.

Al fine di perseguire la copertura del fabbisogno di personale e la stabilizzazione del personale, a garanzia della qualità dell'assistenza e della valorizzazione del capitale umano, l'azienda intende predisporre ed emanare un regolamento sull'applicazione della mobilità interaziendale (vedi sopra) che risulta complementare alle altre modalità consentite per legge per la copertura dei posti disponibili.

## 5.8 Assunzioni L.68/99

La legge 68/99 stabilisce obblighi di assunzioni di disabili e categorie protette nelle percentuali ivi indicate.

L'art. 11 della citata Legge 68/99 prevede, per favorire l'inserimento lavorativo delle suddette categorie, la stipula di una convenzione al fine di determinare un programma mirato al conseguimento di obiettivi occupazionali di cui alla citata legge.

La DGRM n.737/2018 prevede, quando la ricaduta occupazionale interessa territori di competenza di più Centri per l'Impiego, la stipula di una convenzione unica regionale con il Servizio Attività produttive, lavoro della Regione Marche.

Al tal fine, è in corso di approvazione apposita convenzione fra l'AST di Ascoli Piceno e la Regione Marche, relativa agli obblighi di assunzione, sulla base del numero delle scoperture dei disabili e delle categorie protette al 31 dicembre 2023, con un piano di inserimento lavorativo quadriennale (2024-2027).

## 5.9 Organizzazione del lavoro agile

Il lavoro agile è stato introdotto dall'art. 18, comma 1, della Legge 22.5.2017, n. 81 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 e dal DPR n. 70/1999; il lavoro agile è definito come modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti, anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro, con il possibile utilizzo di strumenti tecnologici per lo svolgimento dell'attività lavorativa; obiettivo dichiarato è promuovere il lavoro agile per incrementare la competitività e agevolare la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro.

Il comma 3 del citato art. 18 della L. 81/2017 precisa che le disposizioni normative si applicano anche ai rapporti di lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche.

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 da autorizzare.

Con il DPCM 23.9.2021 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 anzidetta data del 15.10.2021 pertanto la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa è quella svolta in presenza.

Il conseguente DM 8.10.2021 del Ministro per la Pubblica Amministrazione ha proceduto, in attuazione del DPCM 23.9.2021, 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 individuate le condizioni ed i requisiti necessari, sia organizzativi che individuali, per fare ricorso alla modalità agile per l'espletamento dell'attività lavorativa in un quadro di efficienza e di tutela dei diritti dei cittadini ad una adeguata qualità dei servizi.

Il recente CCNL Area Comparto Sanità siglato il 2.11.2022 disciplina con un'intera sezione (TITOLO VI) sia il lavoro agile sia il lavoro da remoto, prevedendo il Confronto sindacale sui criteri generali per l'individuazione delle attività che possono essere effettuate in lavoro agile e/o da remoto nonché sui criteri di priorità per l'accesso agli stessi.

Una delle principali innovazioni della disciplina normativa in materia di lavoro agile riguarda l'introduzione del "Piano organizzativo del lavoro agile" (POLA).

Attualmente, infatti, il comma 1 dell'art. 14, della legge 7 agosto 2015, n. 124 (come modificato dall'art. 87-bis, comma 5, D.L. 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla L. 24 aprile 2020, n. 27, dall'art. 263, comma 4-bis, lett. a), D.L. 19 maggio 2020, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla L. 17 luglio 2020, n. 77, e, successivamente, dall'art. 11-bis, comma 2, lett. a), b) e c), D.L. 22 aprile 2021, n. 52, convertito, con modificazioni, dalla L. 17 giugno 2021, n. 87) prevede che, entro il 31 gennaio di ciascun anno, le amministrazioni pubbliche redigano, sentite le organizzazioni sindacali, il Piano organizzativo del lavoro agile (POLA), quale sezione del Piano della performance.

Il POLA individua le modalità attuative del lavoro agile prevedendo, per le attività che possono essere svolte in modalità agile, che almeno il 15 per cento dei dipendenti possa avvalersene, garantendo che gli stessi non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera.

Il POLA definisce, altresì, le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale, anche dirigenziale, e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa, della digitalizzazione dei processi, nonché della qualità dei servizi erogati, anche coinvolgendo i cittadini, sia individualmente, sia nelle loro forme associative.

In caso di mancata adozione del POLA, il lavoro agile si applica almeno al 15 per cento dei dipendenti, ove lo richiedano.

Nel corso dell'anno 2024 verrà recepito un apposito regolamento aziendale sulla disciplina del lavoro agile.

### 5.10 Altre forme di lavoro

Questa Azienda utilizza in maniera limitata i contratti atipici per professionisti di qualificazione medica e/o sanitaria e si intende confermare tale trend anche nel triennio di riferimento del presente Piano. E' necessario però sottolineare come, con particolare riferimento al personale medico, sia sempre più critica la fase di reclutamento di molte discipline. Il fenomeno già osservato da anni, delinea uno scostamento sempre più preoccupante e sempre maggiore tra domanda ed offerta di lavoro, con procedure concorsuali che sempre più spesso esitano in graduatorie esigue e totalmente insufficienti a garantire i fabbisogni aziendali o costituite solo da medici che ancora frequentano le scuole di specializzazione e, come tali, sulla base delle normative vigenti, possono solo in parte e per periodi limitati coprire il fabbisogno aziendale. Ne deriva che aumenta la necessità del ricorso a forme contrattuali più flessibili (a volte proprio per questo preferite dai professionisti rispetto all'inquadramento come dipendente) a cui ricorrere come extrema ratio dopo che attraverso le normali procedure concorsuali, non è stato possibile garantire la continuità delle prestazioni assistenziali. Per alcune discipline come ad es. emergenza urgenza, la esiguità dei candidati alle selezioni è massima, e l'AST rischia di non riuscire a garantire la risposta sanitaria e il servizio. Per questo si è reso necessario il ricorso a contratti libero-professionali con medici in quiescenza ed a gare di appalto per l'acquisizione di un servizio integrativo attraverso cooperative di medici.

### 5.11 Dotazione organica

Nella redazione del PTFP 2024 – 2026 si è provveduto alla revisione della Dotazione Organica, di cui **Allegato n. 8**, ai fini di una maggiore qualificazione dei profili professionali previsti in relazione a nuove esigenze aziendali con particolare riferimento all'area amministrativa.

Inoltre, si è proceduto alla trasformazione dei posti dell'area sanitaria del comparto per adeguare gli organici alle attuali esigenze assistenziali.

### 5.12 Piani azioni positive e comitati unici di garanzia

Con determina del Commissario Straordinario dell'AST di Ascoli Piceno n. 11 del 16/01/2023 si è proceduto alla costituzione, ai sensi dell'art. 21 della L. 4/11/2010 n. 183, del Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (CUG).

Il medesimo Comitato ha provveduto nella seduta del 26/01/2023 ad approvare il Piano delle Azioni Positive 2023-2025 il quale nelle more di un'eventuale revisione a cura del Comitato stesso, si conferma per il biennio 2024-2026, come da **Allegato n.9**.

## 6. Sezione - Formazione del Personale

### 6.1 Riferimenti normativi

- ✓ **D.Lgs. n. 502/92** e ss.mm.ii.;
- ✓ **D.Lgs. n. 229/99** e ss.mm.ii.;
- ✓ **D.Lgs. n. 165/2001** e ss.mm.ii.;
- ✓ **Direttiva Fu.Pu. del 13/12/2001** “Formazione e valorizzazione del personale delle Pubbliche Amministrazioni”;
- ✓ **Accordo Stato-Regioni del 2/02/2017** ai sensi dell’art.4 del D.Lgs. 28 agosto 1997, n.281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento “La formazione continua nel settore salute” ;
- ✓ **Contratti Collettivi Nazionali** Area Dirigenza Medica e Veterinaria, Area Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa, Area Comparto Sanità;
- ✓ **DGRM n. 2673** dell’11/12/2000 “Linee guida alle aziende sanitarie, ospedaliere INRCA e ARPAM per la gestione delle attività della formazione”;
- ✓ **DGRM n. 353 del 19/03/2012** “Legge regionale n. 20/2001, articoli 3, comma 1 e 14, commi 1 e 2 - Disciplina concernente l'organizzazione ed il funzionamento della Scuola Regionale di Formazione della Pubblica Amministrazione ai sensi del regolamento regionale n. 32/1992 nonché l'istituzione e la tenuta dell'Albo dei formatori: Modifiche alla DGR n. 1009 del 11 luglio 2011;
- ✓ **DGRM n. 520 dell’8/04/2013** “Disposizioni relative al nuovo sistema di formazione continua in medicina e all’accreditamento dei provider pubblici e privati della Regione Marche”;
- ✓ **DGRM n. 774 del 28/05/2013** “Piano di Formazione regionale rivolto al personale del Sistema Sanitario Regionale”;
- ✓ **DGRM n. 977 del 7/08/2014** “L.R. n. 13/2003 art. 3 comma 2 lett. c) - Direttiva vincolante per gli enti del SSR in materia di contenimento della spesa del personale;
- ✓ **DGRM n. 1501 del 18/12/2017** “Modifica della DGR n. 520 del 8/04/2013 "Disposizioni relative al nuovo sistema di formazione continua in medicina e all’accreditamento dei provider pubblici e privati della Regione Marche". Recepimento Accordo Stato Regioni 2017 "La formazione continua nel settore Salute" del 2 febbraio 2017 (Rep. Atti n. 14/CSR)”;
- ✓ **Documento di Economia e Finanza Regionale (DEFER) 2021-2023 della Regione Marche** - Deliberazione Consiglio Regione Marche n. 6 del 29.12.2020;
- ✓ **Decreto RUM n. 27 del 28/07/2021** rinnovo accreditamento standard Provider ECM ASUR Marche
- ✓ **DGRM n. 970 del 27/07/2022** Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) Missione 6 Salute, Componenti 1 e 2: Approvazione delega delle attività e ripartizione risorse agli Enti del Sistema Sanitario Regionale;
- ✓ **DGRM n. 1281 del 10/10/2022** “Piano Formazione Regionale 2022-2024 rivolto al personale del Servizio Sanitario Regionale”;
- ✓ **Nota Dipartimento– Settore Risorse umane e formazione – R.Marche/DGRM/1112549/2022-09-08 prot. n. 31083|08/09/2022|ASUR|AAGG|A** “Linee di indirizzo per la programmazione delle attività formative 2023”;
- ✓ **La legge regionale 8 agosto 2022 n. 19** concernente “Organizzazione del Servizio Sanitario Regionale”.
- ✓ **DGRM n. 1500 del 21/11/2022** avente ad oggetto “Attuazione delle disposizioni di cui all’art. 42 della L.R. 8 agosto 2022, n. 19 (Organizzazione del servizio sanitario regionale): Costituzione della Azienda Sanitaria Territoriale di Ascoli Piceno”;

- ✓ **DGRM n. 1620 del 3/12/2022** avente ad oggetto “Modifica all'allegato B della DGR n. 1501/17, Manuale di accreditamento dei provider pubblici e privati della Regione Marche per l'erogazione di eventi ECM. Recepimento delibere della Commissione nazionale per la formazione continua in medicina -anno 2022”.
- ✓ **DGRM n. 1839 del 30/12/2022** avente ad oggetto “Articoli 39, 42, 43 e 44 della legge regionale 8 agosto 2022 n. 19 – Indirizzi per l'esercizio delle funzioni dell'Agenzia regionale sanitaria e approvazione schema di convenzione per lo svolgimento delle attività a valenza regionale”.
- ✓ **DGRM n. 1851 del 30/12/2022** avente ad oggetto “Articoli 39, 42, 43 e 44 della legge regionale 8 agosto 2022 n. 19 – Indirizzi per l'esercizio delle funzioni dell'Agenzia regionale sanitaria e approvazione schema di convenzione per lo svolgimento delle attività a valenza regionale”  
L.R. n. 19 del 08/08/2022. - Autorizzazione agli Enti del SSR alla gestione provvisoria dei rispettivi bilanci economici preventivi per l'anno 2023

## 6.2 Il ruolo della formazione aziendale

La formazione aziendale è un'attività essenziale per la visione di futuro di un'azienda.

In particolare con la nascita dal 1 gennaio 2023 dell'Azienda Sanitaria Territoriale la formazione del personale in una nuova azienda sanitaria è un elemento cruciale per garantire una transizione efficace e un'integrazione armoniosa.

Ecco perché ai “tradizionali” percorsi formativi del personale, oggi è essenziale affiancare una nuova formazione con diversi obiettivi:

- orientare e offrire una visione generale della missione, visione, valori e obiettivi strategici dell'azienda sanitaria, e presentare l'organigramma dell'azienda spiegandone la struttura organizzativa
- orientare il personale alle nuove Politiche e alle nuove Procedure aziendali, compresi aspetti quali gestione delle risorse umane, sicurezza sul lavoro, gestione dei dati e conformità normativa.
- fornire materiale informativo e manuali per consentire di fare riferimento alle informazioni necessarie in futuro.
- insegnare l'utilizzo di nuovi o rinnovati sistemi informatici, software sanitari e altre tecnologie utilizzate all'interno dell'azienda.
- organizzare attività di team building per favorire la coesione e il senso di appartenenza inseriti in un nuovo contesto
- creare opportunità per gli incontri informali che favoriscano la comunicazione e la collaborazione tra colleghi.
- programmare sessioni di aggiornamento periodiche per mantenere il personale informato su cambiamenti organizzativi, nuovi protocolli o aggiornamenti normativi.

La formazione del personale deve essere progettata in modo completo, con attenzione sia agli aspetti tecnici che a quelli relazionali, al fine di garantire una transizione agevole e un'immediata produttività dei nuovi membri del team.

La sua funzione consiste nell'aiutare i dipendenti a sviluppare le competenze e le conoscenze necessarie per esprimere il proprio ruolo in maniera efficace ed efficiente.

In ambito sanitario è fondamentale per garantire la qualità dei servizi forniti agli utenti.

In particolare, l'educazione continua in medicina rappresenta uno strumento essenziale per mantenere costantemente aggiornati i professionisti del settore sulle evidenze scientifiche in termini di trattamenti, tecniche e protocolli di cura. In un contesto di complessità, le aziende sanitarie hanno il compito di fornire ai propri dipendenti le opportunità formative necessarie per mantenere elevati standard di professionalità e offrire ai pazienti le cure migliori possibili. La formazione continua rappresenta quindi un investimento importante che, non solo favorisce la crescita delle competenze tecniche dei dipendenti, ma anche la crescita delle loro competenze trasversali, le soft skill, indispensabili per il successo dell'azienda e per la realizzazione di obiettivi condivisi.

La progettazione formativa si esplica dando un valore aggiunto al tempo di formazione, razionalizzandolo attraverso metodologie formative coerenti a questo fine, oltre che ai contenuti. Viene dato il giusto spazio alla formazione sul campo attraverso i gruppi di miglioramento che per definizione, sono finalizzati alla “produzione” di processi virtuosi. L'e-learning, sempre più interattivo, facilita la fruizione ottimizzando i momenti formativi. Infine, l'uso di modalità blended, potenzia l'effetto delle varie didattiche in gioco.

Per raggiungere lo scopo di un'offerta formativa in linea con le esigenze suddette, vengono ascoltate le necessità formative dei dipendenti (bottom-up), in sinergia con le strategie aziendali **e regionali (top-down), stimolandoli anche al confronto con i colleghi e i professionisti di altre** aziende, per affrontare con successo le sfide future.

La formazione continua deve essere vista come un'opportunità per tutti i lavoratori, a prescindere dal loro livello di esperienza o dal ruolo che ricoprono all'interno dell'azienda, azione che non solo li rende più produttivi e professionalmente realizzati, ma anche più soddisfatti e motivati sul lavoro.

A tal proposito la Direzione aziendale si spende affinché le attività formative, attraverso i propri contenuti, raggiungano tutti i dipendenti, ponendosi come stimolo e garante dell'aggiornamento e della crescita professionale di ciascuno.

### **6.3 Piano formativo aziendale**

A partire dal primo gennaio 2023, le cinque aziende sanitarie territoriali hanno sostituito l'ASUR, portando di conseguenza alla cessazione dello status di provider ECM dell'azienda unica. Le AST hanno autonomamente effettuato richiesta di accreditamento alla Regione Marche. L'AST di Ascoli Piceno ha ricevuto l'accreditamento provvisorio come provider ECM con Decreto del Dirigente del Settore Risorse Umane e Formazione n. 16 del 16/03/2023.

Successivamente, al fine di costituire una nuova rete di referenti per la formazione, le strutture organizzative sono state interpellate per proporre un professionista per unità operativa. I referenti sono stati coinvolti in un'attività formativa al fine di redigere il Piano Formativo Aziendale 2024, che sarà completato entro il 28 febbraio 2024, come previsto dalla DGRM n. 1620 del 3/12/2022.

Il ruolo dei referenti come facilitatori del processo di formazione ha visto l'impiego di diverse tecniche di valutazione per identificare le esigenze che saranno discusse in sede di comitato dipartimentale. L'elenco delle necessità formative è stato organizzato in sezioni, in linea con la ripartizione delle risorse economiche destinate alle diverse macroaree:

- Trasversale: iniziative, di interesse strategico o obbligatorie da normativa, rivolte a tutte le macroaree;
- Servizio Prevenzione e Protezione: iniziative da normativa dell'ambito della sicurezza dei luoghi di lavoro;
- Macroarea Territorio;
- Direzione Medica Ospedaliera;

- Dipartimento Medicina;
- Dipartimento Chirurgia;
- Dipartimento Materno – Infantile;
- Dipartimento Salute Mentale;
- Dipartimento Servizi;
- Dipartimento Emergenza;
- Dipartimento Prevenzione;
- Governo Clinico; rischio clinico, a seguito di decreto regionale.
- Dipartimento Amministrativo
- Servizio delle Professioni Sanitarie

Sono state altresì considerate per la definizione del PFA 2024 le **linee di indirizzo della Regione Marche** Prot. n. 1215238 – 05/10/2023/R\_Marche/GRM/SRU/P riguardanti gli obiettivi da privilegiare, individuati come:

- Piano prevenzione 2020-2025 (DGR n.1640/21): azioni formative regionali e locali a supporto del raggiungimento degli indicatori previsti nei Programmi di cui si compone il Piano (PP01 Scuole che promuovono salute, PP05 Sicurezza negli ambienti di vita, PP09 Ambiente clima e salute)
- Medicina penitenziaria: consolidamento della formazione realizzata con l'AST di Ascoli Piceno nel 2023 attraverso la realizzazione di un nuovo percorso che comprenda sia la popolazione detenuta adulta che i minori ed i giovani adulti di tutta la regione Marche (nuove metodologie relative alla funzione dei "peer supporter" in ambito penitenziario).
- autorizzazione e accreditamento: rafforzamento delle competenze dei professionisti e coinvolgimento dei cittadini nei percorsi di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie attraverso la formazione del personale coinvolto e dei Comitati di partecipazione, in raccordo con l'OTA;
- Corretta codifica della scheda di dimissione ospedaliera (SDO);
- Benessere dei sanitari e di tutto il personale dipendente e convenzionato (Sani stili di vita);
- PNRR M6 C1.3.1 implementazione dell'utilizzo del FSE in coerenza con l'infrastruttura tecnologica e con il Piano operativo per l'incremento delle competenze digitali – Formazione spoke;
- PNNR M6 C.2.2 accrescere le competenze in tema di infezioni ospedaliere.
- Programmazione regionale DGR n.398 del 27 marzo 2022: nel successivo triennio 2024-2026, è prevista la prosecuzione sia dell'attivazione degli interventi di formazione professionale disposti dal PNRR, sia dell'attuazione di tutti i percorsi formativi obbligatori per legge (salute e sicurezza sul lavoro, privacy...).

Vengono integrate nel PFA 2024 risultando dunque a carico del Bilancio dell'AST di Ascoli Piceno anche le attività formative inserite (in parte svolte nel 2023) nel **Piano Formativo Regionale 2023-2025**:

- One Health: l'ambiente e la salute umana ed animale: L'antibiotico resistenza nel settore veterinario;
- One Health: l'ambiente e la salute umana ed animale: Il sistema di sorveglianza di SARS –COV-2 nelle acque reflue.
- Il piano regionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (Panflu) 2021-2023;
- Zoonosi a trasmissione vettoriale: stato dell'arte e sguardo al futuro;

- La presa incarico nei centri DCA della regione Marche;
- Rete Ospedaliera, la gestione del paziente con disturbi della nutrizione durante il ricovero
  - Rete per ogni Centro DCA, Torrette e Salesi (CORSO Regionale);
- Prevenzione e cura dei disturbi alimentari;
- Autismo (ASD): il punto sulla ricerca e individuazione dei percorsi di implementazione delle risposte territoriali sanitarie e sociosanitarie;
- Seminari di Formazione continua sulla metodologia didattica.

## 6.4 Linee guida per il Piano formativo triennale

### Proposta progetto Dossier Formativo di Equipe/VO:

- È uno strumento di programmazione della formazione
- È un requisito di Accredimento per la Funzione di Governo della formazione
- È coerente con le indicazioni dell'OIV in termini di strumenti di gestione e valorizzazione delle Risorse Umane («valutazione delle competenze» per tutti i professionisti, senza effetti economici)

### Obiettivi e avvio implementazione Dossier Formativo

Il Dossier formativo (DF) è lo strumento di programmazione e valutazione del percorso formativo del singolo operatore (individuale) o del gruppo di cui fa parte (equipe o network professionale). Non è un portfolio delle competenze possedute dai singoli componenti dell'equipe, ma è correlato al profilo professionale ed alla posizione organizzativa (solo le competenze agite nel ruolo e necessarie allo stesso) e in relazione alle necessità delle equipe.

Il DF si avvale di tre specifiche attività documentabili:

- individuazione del piano formativo dell'equipe/VO pluriennale, in relazione alle competenze necessarie
- periodica e sistematica attività di verifica e di acquisizione della documentazione sulle attività di formazione svolte dai professionisti
- valutazione triennale dell'andamento e dei risultati del percorso.

I DF di equipe/unità operativa sono elaborati e aggiornati nell'ambito del Dipartimento di appartenenza, con il supporto dei servizi Formazione.

Le stesse strutture hanno anche la funzione di promuoverne la realizzazione e di valutarne l'esito.

Anno di svolgimento	Livello di Priorità	Linea Guida Direzionali di riferimento	Titolo evento	Obiettivi formativi	Numero e qualifica destinatari	Responsabile scientifico	Tipologia	Durata prevista (in ore)	Numero edizioni previste	Strumenti di valutazione apprendimento	Costi previsti su budget aziendale	Costi previsti su finanziamenti da fondi vincolati	Per i finanziamenti da fondi vincolati indicare la commessa, la tematica di riferimento e l'ente erogatore	Competenze da sviluppare	note
1															

## PROPOSTE FORMATIVE 2025

**Anno di svolgimento:** indicare il periodo di effettuazione previsto per gli interventi formativi,

**Livello di priorità:** indicare il livello di priorità per ogni evento proposto, specificando cosa è prioritario per l'anno 2025 e cosa può essere differito al 2026:

livello 1: vitale, da fare assolutamente nel 2025

livello 2: importante, ma può essere rinviato al 2026

livello 3: differibile.

La programmazione formativa di dettaglio dovrà focalizzare gli interventi ritenuti prioritari in quanto collegati agli obiettivi assegnati ed alla mission delle diverse realtà operative e, pertanto, da realizzarsi nell'anno di riferimento (2025); oltre a questo, la programmazione potrà indicare ciò che potrà essere realizzato nei primi mesi dell'anno successivo (gennaio-aprile 2026) per garantire la continuità formativa.

**Linea guida direzionale di riferimento:** almeno il 70% delle proposte formative dovrà rispondere/declinare le LG Direzionali; il rimanente 30% potranno essere progetti proposti dalle singole articolazioni.

1. Promozione e diffusione dell'assistenza territoriale (infermiere di famiglia, casa della comunità, cot, rete locale cure palliative, dimissioni protette)
2. Sviluppo attività di percorsi di presa in carico
3. Promozione di una cultura d'azienda (competenze manageriali, responsabilità, trasparenza, integrità e gestione del ruolo)
4. Revisione dei percorsi e processi di integrazione, con particolare attenzione al tema dell'accesso
5. Partecipazione cittadini e comunità (associazioni, caregiver...)
6. Semplificazione dell'accesso/ engagement del paziente
7. Progetti formativi a supporto degli obiettivi di budget
8. Competenze tecnico professionali specifiche coerenti con lo sviluppo e il mantenimento della clinical competence

**Competenza da sviluppare:** indicare l'area di competenza che si intende promuovere/sviluppare attraverso l'evento formativo:

- a) **competenze tecnico-professionali di base:** si intendono le competenze che è necessario saper agire e padroneggiare in relazione alla mission dell'UO e dell'area professionale specifica
- b) **competenze tecnico-professionali avanzate:** si intendono le competenze che è possibile ed auspicabile sviluppare per rispondere al meglio a situazioni di maggiore complessità e/o innovazione
- c) **competenze organizzative:** si intendono le competenze che riguardano gli aspetti di organizzazione del lavoro e delle attività anche in considerazione dell'innovazione tecnologica e organizzativa
- d) **competenze gestionali-manageriali (soltanto per i ruoli gestionali/manageriali):** si intendono le competenze che riguardano gli aspetti di gestione delle risorse umane assegnate, di motivazione e orientamento dell'équipe e dei collaboratori anche volti alla promozione del cambiamento e dell'innovazione
- e) **competenze relazionali:** si intendono le competenze che si riferiscono alla relazione con interlocutori esterni (pazienti, utenti, parenti, stakeholder, ecc.) e interni all'organizzazione, agli aspetti comunicativi e di gestione dei contrasti/conflitti.

#### **Monitoraggio e indicatori legati alla formazione**

**Numero corsi annullati sul totale dei corsi programmati**

**Numero corsi regolarmente programmati e eseguiti**

**Numero di presenze medie per ciascun formativo**

**% di professionisti iscritti al corso che non si presentano**

Il documento derivante dai vari passaggi indicati verrà trasmesso, per la fase di **valutazione** da parte del **Comitato Scientifico Formazione (CSF)**.

Al suo interno sono state previste anche proposte formative indicate come “**fabbisogni differibili**” la cui attivazione sarà subordinata alla realizzazione dei percorsi già definiti come “**prioritari**”.

Per quanto concerne il **finanziamento delle iniziative** del PFA 2024, si specifica che:

- sono a carico del Bilancio dell’AST di Ascoli Piceno per l’anno 2024 i costi preventivati per la realizzazione, gestione e supporto dei corsi di formazione indicati nel documento come “**Formazione in sede**” derivanti dalla quota dello 0,6% del monte salari del personale dipendente;
- sono a carico del Bilancio dell’AST di Ascoli Piceno per l’anno 2024 i costi preventivati per la partecipazione a corsi di aggiornamento esterno, l’acquisto di testi e riviste, la contribuzione come ente Provider per la formazione, derivanti dalla quota dello 0,6% del monte salari del personale dipendente.

## **7. Sezione - Monitoraggio**

### **7.1 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 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, semestralmente 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 funzione di monitoraggio partecipano 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.

### **7.2 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 l'attestazione dell'OIV sono consultabili e scaricabili dalla sottosezione di Amministrazione Trasparente “Controlli e rilievi sull’amministrazione”.

### 7.3 Catalogo delle attività a rischio, misure previste e monitoraggio

ATTIVITA' A RISCHIO	OBIETTIVI E MISURE GENERALI	INDICATORI	MONITORAGGIO E VERIFICA
<p>Attività trasversali a tutte le UU.OO.CC.</p>	<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>	<p>Attività Effettuata/ Attività NON effettuata</p>	<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>

Piano Integrato di Attività e Organizzazione

			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.
Prevenzione del riciclaggio	Formazione inserita nel PFA (Piano formativo aziendale) e organizzata dal RPCT per l'approfondimento della normativa e delle attività da porre in essere.  Costituzione di un gruppo di lavoro per la redazione di una procedura antiriciclaggio e contrasto al finanziamento del terrorismo	Attività Effettuata/ Attività NON effettuata	Tale attività sarà riportata nel PIAO e nella Relazione annuale da parte del RPCT
<b>ATTIVITA' A RISCHIO</b>	<b>MISURE SPECIFICHE</b>	<b>INDICATORI</b>	<b>MONITORAGGIO E VERIFICHE</b>
<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> <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> <p>Applicazione principi di integrità, trasparenza e imparzialità a tutti i processi</p> <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>	Misura Effettuata/ Misura NON effettuata	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>“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>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Piena tracciabilità e trasparenza dei flussi contabili e finanziari,</li> <li>- Tutti i mandati di pagamento devono avere una doppia firma, al fine di realizzare un controllo incrociato;</li> <li>- Pubblicazione sul sito della trasparenza dell'indice trimestrale di tempestività dei pagamenti e del bilancio secondo gli schemi ministeriali di conto economico;</li> <li>- Gestione contabile-patrimoniale trasparente delle risorse attraverso corretta tenuta delle scritture contabili (registrazione di bilancio e rilevazioni veritiere);</li> <li>- Completamento percorso di Certificabilità del Bilancio</li> </ul> <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</p>	Misura Effettuata/ Misura NON effettuata	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

Piano Integrato di Attività e Organizzazione

	<p>pubblicati nella specifica sottosezione dell'Amministrazione trasparente</p> <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 Banca dati delle Amministrazioni pubbliche (BDAP)</p>		
ATTIVITA' A RISCHIO	MISURE SPECIFICHE	INDICATORI	MONITORAGGIO E VERIFICHE
Attività di vigilanza, controllo, ispezione e l'eventuale irrogazione di sanzioni	<ul style="list-style-type: none"> <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
<p>Attività libero professionale (LP) e liste di attesa"</p> <p>Attività di rischio:</p> <p>a) false/imprecise dichiarazioni ai fini del rilascio dell'autorizzazione;</p> <p>b) mancato rispetto della proporzionalità tra attività istituzionale e libero professionale;</p> <p>c) svolgimento della LP in orario di servizio;</p> <p>d) anomalie nella gestione del supporto diretto nell'attività libero professionale;</p> <p>e) trattamento differenziato dei pazienti trattati in LP</p> <p>f) Alterazione liste di attesa</p>	<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>	<p>Misura Effettuata/ Misura NON effettuata</p> <p>numero di prestazioni erogate in intramoenia/numero di prestazioni erogate in attività istituzionali (sia per singolo specialista che in equipe)</p>	<p>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:</p> <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>
<p>Strutture convenzionate</p> <p>Attività di rischio</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mancato rispetto delle previsioni contrattuali in merito alla tipologia ed alla qualità delle prestazioni,</li> <li>- riconoscimenti economici indebiti per prestazioni</li> </ul>	<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

Piano Integrato di Attività e Organizzazione

inappropriate o non erogate, assenza o inadeguatezza delle attività di controllo			
ATTIVITA' A RISCHIO	MISURE SPECIFICHE	INDICATORI	MONITORAGGIO E VERIFICHE
<p>Spesa farmaceutica convenzionata ed interna</p> <p>Attività di rischio:</p> <p>a) furto di medicinali, b) comparaggio farmaceutico, c) improprio utilizzo di farmaci, d) richiesta di indebiti rimborsi, e) il fenomeno c.d. "delle ricette ai morti"</p>	<p>Implementazione di una reportistica utile ad individuare tempestivamente eventuali anomalie prescrittive.</p> <p>Attuazione delle seguenti misure di controllo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <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> </ul>	<p>Misura Effettuata/ Misura NON effettuata</p>	<p>Ogni Direttore delle UO/OCC 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>

Piano Integrato di Attività e Organizzazione

- i rapporti tra cittadini ed impresa che attengono all'affidamento del servizio funebre devono svolgersi al di fuori dei locali dell'azienda"

**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	Mancata rotazione degli operatori economici, secondo il criterio dei successivi due affidamenti ex art. 49, commi 2 e 4 del Codice, chiamati a partecipare e formulazione di inviti alla procedura ad un numero di soggetti inferiori a quello previsto dalla norma al fine di favorire determinati operatori economici a discapito di altri.	Verifica da parte della SA circa la corretta attuazione del principio di rotazione degli affidamenti al fine di garantire la parità di trattamento in termini di effettiva possibilità di partecipazione alle gare anche delle micro, piccole e medie imprese  tracciamento degli operatori economici per verificare quelli che in un determinato arco	Misura Effettuata/ Misura NON effettuata	La UOC Controllo di gestione dovrà effettuare verifiche a campione (un campione rappresentativo del 10%) sulla corretta attuazione del principio di rotazione degli inviti al fine di garantire la parità di trattamento in termini di effettiva possibilità di partecipazione alle gare anche delle micro, piccole e medie imprese

Piano Integrato di Attività e Organizzazione

negoziata (art. 49, comma 5).		temporale risultano come gli affidatari più ricorrenti		
NORMA DI RIFERIMENTO	ATTIVITA' A RISCHIO	MISURE SPECIFICHE	INDICATORI	MONITORAGGIO E VERIFICHE
<p>Art. 76 Codice Appalti sopra soglia</p> <p>Quando il bando o l'avviso o altro atto equivalente sia adottato dopo il 30 giugno 2023, utilizzo delle procedure negoziate senza bando ex art. 76 del Codice.</p>	<p>Possibile abuso del ricorso alla procedura negoziata di cui agli artt. 76 in assenza del ricorrere delle condizioni e in particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- dell'unicità dell'operatore economico (comma 2, lett. b);</li> <li>- dell'estrema urgenza da eventi imprevedibili dalla stazione appaltante (comma 2, lett. c):</li> </ul>	<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>Inoltre dovranno relazionare annualmente al RPCT, oltre a rispondere a eventuali richieste dell'OIV o di altri organi di controllo interno o esterno.</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>	

Piano Integrato di Attività e Organizzazione

NORMA DI RIFERIMENTO	ATTIVITA' A RISCHIO	MISURE SPECIFICHE	INDICATORI	MONITORAGGIO E VERIFICHE
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.	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	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.	Misura Effettuata/ Misura NON effettuata	La UOC Controllo di gestione dovrà: effettuare verifiche a campione (un campione rappresentativo del 10%) sulle comunicazioni ricevute  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.

**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**

NORMA DI RIFERIMENTO	ATTIVITA' A RISCHIO	MISURE SPECIFICHE	INDICATORI	MONITORAGGIO E VERIFICHE
Art. 48 co. 3, d.l. n. 77/2021  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.	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.	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.  Nel caso di assenza di concorrenza per motivi tecnici vanno puntualmente esplicitate le condizioni/motivazioni dell'assenza.	Misura Effettuata/ Misura NON effettuata	La UOC Controllo di gestione dovrà effettuare verifiche a campione (un campione rappresentativo del 10%) sulla corretta attuazione delle misure  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
<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, nonché servizi di connettività, la cui determina a contrarre o altro atto di avvio del procedimento equivalente sia adottato entro il 31 dicembre 2026, anche ove ricorra la rapida obsolescenza tecnologica delle soluzioni disponibili tale da non consentire il ricorso ad altra procedura di affidamento.</p>	<p>Mancata rotazione dei soggetti chiamati a partecipare alle procedure e formulazione dei relativi inviti ad un numero inferiore di soggetti rispetto a quello previsto dalla norma al fine di favorire determinati operatori economici a discapito di altri.</p>	<p>Verifica da parte dell'ente circa la corretta attuazione del principio di rotazione degli inviti al fine di garantire la parità di trattamento degli operatori economici in termini di effettiva possibilità di partecipazione alle gare, verificando quelli che in un determinato arco temporale risultano essere stati con maggior frequenza invitati o aggiudicatari.</p>	<p>Misura Effettuata/ Misura NON effettuata</p>	<p>I Direttori delle UU.OO.CC. coinvolte (Acquisti e Logistica, Sistemi Informativi, Servizi Farmaceutici, Ingegneria clinica, Patrimonio e Nuove opere) dovranno compilare la relazione annuale al RPCT.</p>

## ALLEGATI

- ✓ Allegato 1: Ciclo della Performance Organizzativa
- ✓ Allegato 2: Obiettivi 2024
- ✓ Allegato 3: Mappatura Rischi PIAO 2024-2026
- ✓ Allegato 4: Tabella Livello Rischio PIAO 2024-2026
- ✓ Allegato 5 : Griglia obblighi di pubblicazione PIAO 2024-2026
- ✓ Allegato 6: PTFT 2024- 2026
- ✓ Allegato 7: Previsione Stabilizzazioni 2024
- ✓ Allegato 8: Dotazione Organica 2024
- ✓ Allegato 9: Piano Formativo 2024
- ✓ Allegato 10: Piano Azioni Positive 2024-2026