

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE (PIAO) 2022-2024

Approvato con Decreto n. del giugno 2022

PREMESSA.....	4
SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE	6
1.1.MISSION.....	6
1.2.L'AZIENDA: GLI ELEMENTI IDENTIFICATIVI E IL SUO PATRIMONIO.....	7
SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE.....	18
2.1. VALORE PUBBLICO.....	18
2.1.1. SWOT Analysis	18
2.1.2. Analisi degli stakeholder	20
2.2. PERFORMANCE	25
2.2.1.La pianificazione strategica e la programmazione delle attività	25
2.2.2. Ciclo delle performance – dimensioni di analisi ed indicatori – budget.....	41
2.2.3. Indicatori per la misurazione della performance	45
2.3. RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA.....	49
2.3.1. Gli strumenti per la prevenzione della corruzione e gli obiettivi strategici	49
2.3.2. Analisi del contesto esterno	52
2.3.3. Analisi del contesto interno	54
2.3.4. Valutazione del rischio	61
2.3.5. Misure Generali.....	67
2.3.6. TRASPARENZA	82
SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	85
3.1. LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA AZIENDALE.....	85
3.1.1. Livelli di responsabilità organizzativa	89
3.2. ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE E SMARTWORKING	91
3.2.1. Analisi quantitativa del ricorso al lavoro agile nell'ASST	92
3.2.2. Prospettive e impegni aziendali.....	94

3.3. PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE.....	96
3.3.1. Programmazione strategica delle risorse umane	98
3.3.2. Strategia di copertura del fabbisogno.....	99
3.3.3. Formazione del personale.....	100
SEZIONE 4. MONITORAGGIO	102

PREMESSA

Il Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO) è lo strumento di programmazione introdotto dal decreto-legge 9 giugno 2021 n.80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021 n. 113. Rientra tra le misure operative previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) per accompagnare la riforma della Pubblica Amministrazione.

Si tratta di un unico documento di programmazione destinato a comprendere e sostituire:

- il Piano della Performance, poiché dovrà definire gli obiettivi programmatici e strategici della performance, stabilendo il collegamento tra performance individuale e i risultati della performance organizzativa;
- il POLA (Piano organizzativo del lavoro agile) e il piano della formazione, poiché definirà la strategia di gestione del capitale umano e dello sviluppo organizzativo, comprese le linee guida per il lavoro agile definite lo scorso anno dal POLA stesso;
- il Piano triennale del fabbisogno del personale, poiché dovrà definire gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e la valorizzazione delle risorse interne;
- il Piano per la prevenzione della corruzione e trasparenza (PTPCT), come previsto dalle disposizioni di riferimento, che utilizza il sistema di misurazione e valutazione della Performance come uno strumento fondamentale attraverso cui si realizzano la trasparenza e la prevenzione dell'illegalità;
- il Piano di azioni positive, che individua le misure temporanee speciali per garantire il principio di uguaglianza formale, mirando a rimuovere gli ostacoli alla piena ed effettiva parità di opportunità tra donne e uomini;

al fine di rispondere agli obiettivi:

- 1.integrare gli atti di programmazione in una prospettiva strategica unitaria;
- 2.orientare i sistemi di programmazione (e rendicontazione) anche verso la misurazione degli outcome e del valore pubblico generato.

Il PIAO 2022 – 2024, come previsto dall'art. 7 del DL 30 aprile 2022 n. 36 che ha modificato il decreto-legge 9 giugno 2021 n.80, convertito dalla legge 6 agosto 2021 n. 113, deve essere pubblicato entro il 30 giugno 2022.

Esso contiene la scheda anagrafica dell'Amministrazione all'interno della quale viene descritta l'amministrazione di riferimento ed è suddiviso nelle sezioni e sottosezioni previste dagli articoli 3, 4 e 5 del sopracitato decreto.

Si rende necessario specificare che, in considerazione del particolare momento che caratterizza il Sistema Socio Sanitario di Regione Lombardia, in fase di piena trasformazione ad opera della riforma introdotta con la Legge Regionale 14 dicembre 2021 n. 22, il PIAO dell'ASST di Mantova costituisce una prima elaborazione che troverà necessariamente il suo perfezionamento una volta che saranno divenute pienamente operative e consolidate le modifiche all'assetto organizzativo aziendale (in corso di revisione). Quanto formulato nel presente Piano, inoltre, vale nelle more dell'adeguamento ordinamentale regionale previsto dall'art. 7, comma 7-bis, del DL 30/04/2022 n. 36).

L'impegno, come previsto dalla norma, è quello di addivenire ad una pianificazione unitaria; a tal fine, dovrà essere intensificato e perseguito con ancor maggiore determinazione quel cambiamento culturale e di prospettiva – già in atto da alcuni anni nell'ASST di Mantova – che porterà nel tempo alla piena e concreta integrazione tra tutti gli strumenti di gestione a disposizione del management aziendale, con il fine ultimo della creazione di valore pubblico per la propria comunità di riferimento.

SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

1.1.MISSION

L'ASST di Mantova ha fatto propri i principi promossi dal SSN e dal SSL e pertanto si adopera per il perseguimento degli indirizzi e delle disposizioni di cui alla L.r. n.33 del 30/12/2009 novellata dalla L.r. n.22 del 14/12/2021.

Concorre con tutti gli altri soggetti erogatori del sistema, di diritto pubblico e di diritto privato (insistenti sul territorio mantovano e per contiguità sul territorio cremonese), all'erogazione dei LEA e di eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla Regione, per tutelare e promuovere la salute fisica e mentale del singolo e della comunità.

Garantisce, attraverso lo sviluppo della rete ospedaliera e territoriale, l'esercizio delle funzioni di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione della persona presa in carico.

Garantisce la continuità della presa in carico della persona nel proprio contesto di vita, attraverso articolazioni organizzative a rete e modelli integrati tra ospedale e territorio, compreso il raccordo con il sistema di cure primarie e delle farmacie convenzionate

Riconosce i principi di universalità, eguaglianza, equità e sussidiarietà orizzontale dei servizi.

Promuove la sperimentazione di forme di partecipazione e valorizzazione del volontariato (non in forma sostitutiva dei servizi), con particolare riferimento alle organizzazioni dei pazienti, per il miglioramento dei servizi sanitari e sociosanitari.

Riconosce il ruolo della famiglia, delle reti sociali e degli enti del terzo settore, quali componenti essenziali per lo sviluppo e la coesione territoriale e il pieno coinvolgimento degli stessi nell'erogazione dei servizi e delle prestazioni.

Opera al potenziamento e valorizzazione dei servizi territoriali, per garantire una maggiore accessibilità, prossimità, uniformità di prestazioni su tutto il territorio mantovano e per offrire un'assistenza personalizzata, integrata, multidisciplinare e multiprofessionale.

Adotta un modello organizzativo e assistenziale atto a favorire: l'individuazione dei bisogni sanitari e sociosanitari (secondo i principi della medicina di prossimità e di iniziativa); l'attivazione del percorso di cura al livello erogativo più appropriato; la continuità assistenziale e la presa in carico accompagnando il singolo e la famiglia in tutto il percorso di cura e attraverso i diversi setting assistenziali.

1.2.L'AZIENDA: GLI ELEMENTI IDENTIFICATIVI E IL SUO PATRIMONIO

Elementi Identificativi

Denominazione:	Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) di Mantova
Costituzione:	costituita con DGR n. X/4495 del 10/12/2015 e attivata a far data dal 01/01/2016 (in applicazione della L.r. n.23 del 11/08/2015)
Afferenza:	nell'ambito del Sistema Sociosanitario Lombardo (SSL), afferisce alla Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Val Padana insieme al ASST di Cremona e alla ASST di Crema
Tipologia ente:	la ASST di Mantova è dotata di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica
Sede legale:	Strada Lago Paiolo n.10 – 46100 Mantova
Codice fiscale e Partita Iva:	02481840201
Codice regionale ASST:	725
Codici regionali Presidi Ospedalieri:	030907_00 (sede Mantova); 030239_00 (sede Borgo Mantovano); 030227_01 (sede Asola), 030227_02 (sede Bozzolo)

Contesto

La ASST di Mantova afferisce alla Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Val Padana insieme alla ASST di Cremona e alla ASST di Crema,

ASST CREMA



ASST CREMONA

ASST MANTOVA

e offre una copertura socio sanitaria a livello provinciale.



- Estensione Provincia di Mantova: 2.341 m²;
- Popolazione residente: 406.061
- di cui circa il 12.4 % stranieri;
- Indice di vecchiaia: 185 (a fronte di una media regionale pari a 172.3);

Fonte dati ISTAT al 01/01/2021

Assetto della ASST di Mantova

Si precisa che l'organizzazione aziendale presentata fa riferimento al nuovo Piano Organizzativo Aziendale Strategico 2022-2024, adottato con Decreto ASST n. 507 del 7 giugno 2022, ed in attesa dell'approvazione regionale.

Ai sensi della L.r. n.33/2009 così come modificata della L.r. n.23/2015 e della L.r. n.22/2021, l'ASST si articola in due settori il **Polo Ospedaliero e il Polo Territoriale**.

Il **Polo Ospedaliero** è prevalentemente orientato alle prestazioni in acuzie e in elezione, nonché all'erogazione di prestazioni sanitarie specialistiche a livelli crescenti di complessità; si articola in presidi ospedalieri e in dipartimenti.

Ai sensi della L.r. n.33/2009 art.7, comma 4, la funzione di direzione del polo ospedaliero è attribuita al Direttore sanitario.

I Presidi ospedalieri della ASST di Mantova sono distribuiti su tutto il territorio provinciale:

- Presidio Ospedaliero di Mantova - Strada Lago Paiolo 10 Mantova
- Presidio Ospedaliero di Borgo Mantovano - via Bugatte 1 Borgo Mantovano
- Presidio Ospedaliero di Asola-Bozzolo che comprende:
 - Stabilimento di Asola - Piazza Ottantesimo Fanteria 1 Asola;
 - Stabilimento di Bozzolo - via XXV Aprile 71 Bozzolo;
 - Struttura ex Ospedale di Viadana - Largo De Gasperi 7 ;

Essi si differenziano per il livello di complessità delle prestazioni erogate e precisamente:

- nel Presidio di Mantova è garantita in particolare l'attività a elevata complessità e le alte specialità. Infatti, oltre alle strutture e servizi di base, sono presenti: DEA; Centro MMF (Medicina Materno Fetale) e TIN (DGR n.XI/2395 del 11/11/2019), Ostetricia e Ginecologia di II° livello, PMA di III° livello (Procreazione Medicalmente Assistita); Centro di Senologia appartenente alla rete delle Breast Unit (DGR n.XI/2849 del 18/02/2020); Cardiochirurgia, Cardiologia e UTIC, Emodinamica ed Elettrofisiologia; Chirurgia Toracica; Chirurgia Vascolare; Urologia; Terapia Intensiva Anestesia e Rianimazione; Chirurgia Maxillo Facciale; Neuroradiologia, Neurochirurgia.
- nel Presidio di Borgo Mantovano è garantita l'attività a medio/alta complessità; infatti, oltre alle strutture di base sono presenti: Pronto Soccorso, Terapia Intensiva Anestesia e Rianimazione, Cardiologia con attività di Elettrofisiologia.
- nello Stabilimento di Asola sono presenti strutture e servizi di base ed è garantita l'attività a medio/bassa complessità e la day surgery. Inoltre è prevista l'attivazione dell'Ospedale di Comunità.
- nello Stabilimento di Bozzolo sono presenti servizi di base ed è garantita l'attività di riabilitazione specialistica, di sub acute.
- nella Struttura di Viadana sono presenti servizi di base ed è garantita l'attività di riabilitazione

generale geriatrica.

Le strutture aziendali del polo ospedaliero sono aggregate in n.7 dipartimenti gestionali e n.1 dipartimento funzionale aziendale; inoltre è attivo n.1 dipartimento funzionale interaziendale:

Dipartimento Area Cardio Toraco Vascolare

Dipartimento Area Chirurgica

Dipartimento Area Materno Infantile

Dipartimento Area Medica

Dipartimento Area Emergenza Urgenza

Dipartimento Area Neuroscienze

Dipartimento Area dei Servizi

Dipartimento Funzionale di Riabilitazione

Dipartimento Interaziendale Funzionale Oncologico

POSTI LETTO

Di seguito si riporta una tabella riassuntiva dei posti letto attivi, suddivisi per presidio, che nel complesso assommano a 847.

2021				POSTI LETTO TECNICI		
CODICE	DENOMINAZIONE	POSTI LETTO ORDINARI	POSTI LETTO DH	POSTI LETTO SUBACUTI	POSTI LETTO HOSPICE	NIDO
030227	PRESIDIO OSPEDALIERO - ASOLA- STABILIMENTO ASOLA 01	57	12			10
030227	PRESIDIO OSPEDALIERO - ASOLA- STABILIMENTO BOZZOLO 02	51		25		
030239	OSP. CIVILE DESTRA SECCHIA-PIEVE CORIANO	140	10			10
030907	OSPEDALE C. POMA - MANTOVA	462	39		10	21
TOTALE		710	61	25	10	41

Il **Polo Territoriale** è articolato in distretti e in dipartimenti a cui afferiscono i presidi territoriali della ASST che svolgono l'attività di erogazione dei LEA riferibili all'area delle attività dell'assistenza distrettuale.

Al Polo Territoriale è attribuito il coordinamento dell'attività erogativa delle prestazioni territoriali; per il tramite dell'organizzazione distrettuale fornisce prestazioni specialistiche, di prevenzione sanitaria, di

diagnosi, cura e riabilitazione a media e bassa complessità, nonché le cure intermedie e garantisce le funzioni e le prestazioni medico-legali.

Eroga, inoltre, le prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali territoriali e domiciliari in base a livelli di intensità di cura in una logica di sistema e di integrazione delle funzioni e delle risorse, con modalità di presa in carico, in particolare per persone in condizione di cronicità e di fragilità.

Ai sensi della L.r. n.33/2009 art.7, comma 4, la funzione di direzione del polo territoriale è attribuita al Direttore socio sanitario.

Nel 2021 è maturato il percorso regionale per la riforma sanitaria (legge regionale 14 dicembre 2021, n. 22) che, nel rispetto della linea progettuale delineata dall'AGENAS (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali) per il servizio sanitario nazionale e in considerazione delle esigenze emerse in fase emergenziale e al termine della sperimentazione quinquennale della legge regionale n. 23/2015, mira – tra l'altro - ad una valorizzazione della medicina territoriale e si concentra sull'articolazione dei due Poli delle ASST, Ospedaliero e Territoriale, in Distretti e Dipartimenti.

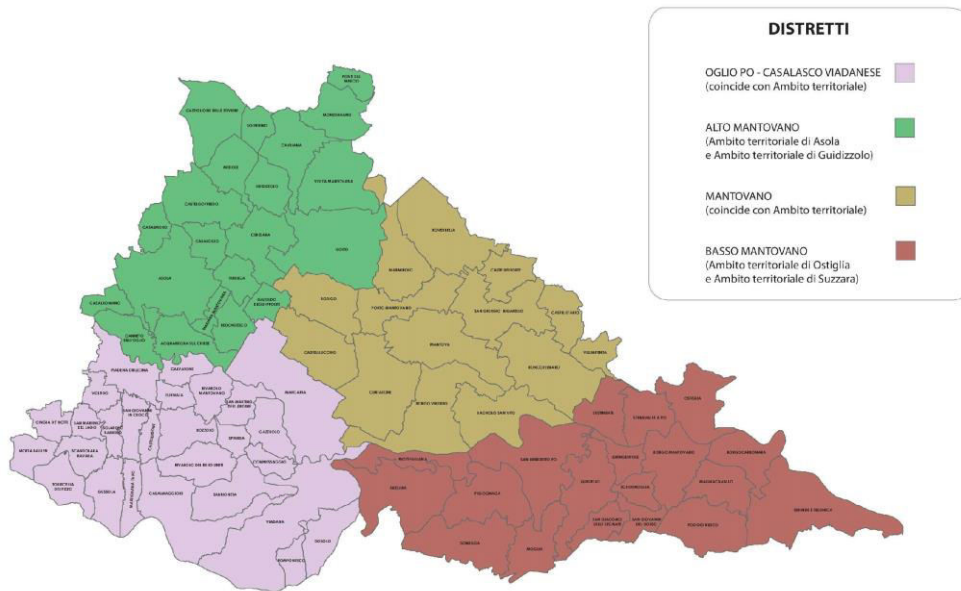
Il percorso di riforma regionale è correlato con l'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), approvato dalla Commissione europea il 22 giugno 2021– missione 6.

Il distretto, in particolare, consisterà in strutture che erogheranno prestazioni sul territorio come Case di Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali. Il compito di tali articolazioni sarà quello di “valutare il bisogno locale, fare programmazione e realizzare l'integrazione dei professionisti sanitari”.

Con il Decreto n. 267 del 29/03/2022, sentita la Conferenza dei Sindaci, acquisiti i pareri del Collegio di Direzione e del Consiglio dei Sanitari ed esperita la consultazione con le OO.SS. della Dirigenza e del Comparto e con le RSU, l'ASST di Mantova ha istituito, a decorrere dal 30 marzo 2022, n. 4 Distretti:

- Distretto Alto Mantovano
- Distretto Mantovano
- Distretto Basso Mantovano
- Distretto Oglio Po Casalasco-Viadanese (Distretto a scavalco tra ASST Mantova e ASST Cremona);

e con il decreto n. 281 del 29/03/2022, nelle more della definizione degli assetti definitivi conseguenti all'approvazione del POAS, ha effettuato le nomine temporanee dei Direttori di Distretto.



Con il Decreto aziendale n. 282 del 30/03/2022, inoltre, sono stati istituiti il Dipartimento di Cure Primarie e il Dipartimento funzionale di Prevenzione, ai sensi dell'art. 36 comma 5 della richiamata legge regionale n. 22/2021.

Le Case di comunità (CdC), almeno 1 ogni 50.000 abitanti, componente fondante del rilancio del territorio, saranno il punto di riferimento del cittadino, la porta per accedere ai servizi e alle prestazioni. Favoriranno un approccio integrato (anche con il sociale) e multidisciplinare, realizzando diversi obiettivi: la continuità dei percorsi di cura ospedale-territorio, l'assistenza nell'ambiente di vita del paziente, il rafforzamento dell'attività di prevenzione, l'introduzione di modelli innovativi di presa in carico per affrontare la cronicità e la fragilità.

Nelle Case di comunità troveranno spazio le cure primarie, la medicina specialistica, i servizi territoriali e i servizi sociali in un'ottica di integrazione e dialogo con la rete ospedaliera. In altre parole, nello stesso luogo fisico opererà un team composto da medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti, infermieri di comunità, altri professionisti della salute, assistenti sociali.

Le Case di comunità, luogo fisico di prossimità e di facile individuazione, potranno essere HUB o Spoke. I requisiti richiesti per le due diverse tipologie sono elencati di seguito:

<i>Obbligatorie sia per HUB sia per Spoke</i>	<i>Obbligatorie per HUB Facoltative per Spoke</i>	<i>Raccomandati sia per HUB sia per Spoke</i>
Cure primarie attraverso equipe multidisciplinari -MMG, PdF, IFeC, Specialisti	Servizi diagnostici	Servizi Sociali
Punto unico di accesso e Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale	Continuità assistenziale	Servizi DSMD
ADI livello base	Punto prelievi	Attività Consultoriali
Servizi infermieristici	/	Vaccinazioni
Programmi di screening	/	/

In stretto collegamento con le case di comunità saranno realizzati gli Ospedali di comunità (OdC), destinati al ricovero breve di pazienti a media-bassa intensità clinica. Di norma dotati di 20 posti letto, fino a un massimo di 40, avranno una gestione prevalentemente infermieristica. Queste strutture garantiranno una maggiore appropriatezza delle cure, determinando una riduzione di accessi impropri, come ad esempio quelli che riguardano il pronto soccorso.

Le Centrali operative territoriali avranno il compito di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari e si avvarranno di tutte le attività di telemedicina.

La nuova organizzazione della rete territoriale avrà quindi la funzione di avvicinare il cittadino alle cure primarie e ai servizi socio-assistenziali, e collegarlo, in base alle necessità, direttamente con la rete ospedaliera.

Fra i pilastri della riforma figura la valorizzazione dell'infermiere di famiglia e di comunità, che avrà principalmente un ruolo di monitoraggio e prevenzione.

L'ASST di Mantova ha presentato ad ATS Val Padana la propria progettualità per una rete territoriale di assistenza che prevede la realizzazione di **9 case della comunità e 5 ospedali di comunità**. Il progetto ha tenuto conto del criterio della prossimità e della possibilità di fruire in primis degli immobili di proprietà, in linea con le indicazioni delle DDGGRR N° XI / 5066 del 19/07/2021 e 4385 del 03/03/2021 che stanziavano risorse per finanziare nuovi interventi e per la messa in sicurezza delle attuali sedi.

ASOLA - Riqualficazione del palazzo della sede territoriale per la creazione di una casa della comunità hub. Sarà inoltre ristrutturata una porzione di ospedale per l'attivazione di 20 posti letto di ospedale di comunità.

GOITO - La sede territoriale ospiterà una casa della comunità hub i cui servizi sono stati attivati a partire dal primo gennaio 2022 e verranno ulteriormente implementati.

CASTIGLIONE - I locali in cui vengono erogate le prestazioni sono inadeguati. Si prevede quindi la costruzione di un nuovo edificio da adibire a casa della comunità hub.

MANTOVA - Saranno ristrutturate quattro palazzine del vecchio complesso ospedaliero (2, 5, 10 e 20), che andranno a costituire una cittadella della salute al di fuori del monoblocco, ma nel contempo all'interno dell'area del Carlo Poma. Saranno realizzati un ospedale di comunità (nella palazzina 10, con 20 posti letto) e una casa della comunità hub.

BOZZOLO - All'interno del Pot verranno attivate la casa della comunità hub e l'ospedale di comunità, che deriva dalla trasformazione di 25 posti letto di cure subacute, da portare poi a 30. L'ospedale di comunità è stato attivato dal primo gennaio 2022.

VIADANA - La sede territoriale sarà ampliata tramite la ristrutturazione di una porzione di edificio per poter svolgere in modo più articolato le attività delle casa di comunità. Saranno inoltre attivati 30 posti letto di ospedale di comunità.

SUZZARA - La sede territoriale sarà ampliata tramite la ristrutturazione di una porzione di edificio per poter svolgere in modo più articolato le attività delle casa di comunità hub.

BORGO MANTOVANO - All'interno dell'ospedale saranno attivati 20 posti letto di ospedale di comunità.

QUISTELLO - Oltre alla ristrutturazione del vecchio ospedale con fondi post sisma verrà ristrutturato l'edificio dei poliambulatori per realizzare una casa di comunità hub.

SERMIDE - Sarà ristrutturata una porzione di edificio già adibito a ospedale per creare una casa di comunità spoke, da collegare all'hub di Quistello.

In sintesi

Proposte interventi ASST di Mantova

COMUNE	CdC Hub/Spoke	OdC	Ristrutt./Riqualific./Nuovo
ASOLA	CdC Hub	OdC*	Ristrutt.*
GOITO	CdC Hub		Riqualific.
CASTIGLIONE D/STIVIERE	CdC Hub		Nuovo
MANTOVA	Cdc Hub	OdC	Ristrutt.
BOZZOLO	CdC Hub*	OdC	Riqualific.*
VIADANA	CdC Hub	OdC	Ristrutt./Riqualific.
SUZZARA	CdC Hub		Ristrutt./Riqualific.
BORGO MANTOVANO		OdC	Riqualific.
QUISTELLO	CdC Hub		Ristrutt./Riqualific.
SERMIDE	CdC Spoke		Nuovo

Ai sensi dell'art. 36, comma 4, legge regionale 14 dicembre 2021, n. 22 "Il quaranta per cento degli ospedali di comunità e delle case di comunità, previsti dal PNRR, deve essere realizzato entro il 2022, il successivo trenta per cento entro il 2023 e il restante trenta per cento entro il 2024, sulla base di criteri definiti dalla Giunta regionale. Il rispetto della tempistica di cui al primo periodo costituisce obiettivo prioritario del SSL".

L'ASST di Mantova curerà l'attivazione delle funzioni in parola nel rispetto del seguente cronoprogramma, la realizzazione del progetto seguirà le tempistiche dettate dal PNRR:

Anno attivazione

2022	2023	2024
CdC Goito (già attiva)	CdC Suzzara	OdC Mantova
OdC Bozzolo (già attivo)	CdC Quistello	OdC Asola
CdC Bozzolo	CdC Sermide	CdC Mantova
CdC Asola	OdC Viadana	CdC Castiglione delle Stiviere
CdC Viadana		
OdC Borgo Mantovano		

Emergenza Urgenza (118)

Organizzazione di base

Attraverso la SSD AAT di Mantova (Articolazione Aziendale Territoriale) struttura gerarchicamente afferente al Dipartimento Emergenza Urgenza e funzionalmente ad AREU, l'ASST garantisce lo svolgimento del servizio di soccorso sanitario extra-ospedaliero con circa 36.000 interventi primari/anno.

L'articolazione del servizio si traduce nelle seguenti attività:

- Pianificazione ed organizzazione delle fasi del soccorso extra-ospedaliero nel territorio di competenza;
- Gestione dei mezzi, delle équipes, delle tecnologie e delle dotazioni di soccorso;
- Trasporto dei pazienti verso la struttura di ricovero e cura ritenuta più idonea sulla base delle valutazioni e dei protocolli adottati dalla SOREU – Pavia;
- Stesura ed implementazione dei piani di emergenza e maxi-emergenza extra-ospedalieri in collaborazione con le istituzioni sulla base dell'analisi dei rischi del territorio e secondo le indicazioni di AREU. Tra questi di particolare rilievo sono i percorsi e protocolli definiti con ex ASL neo costituita AST, per l'attivazione delle reti provinciali di STEMI, STROKE e TRAUMA;
- Gestione della documentazione sanitaria;
- Sviluppo di progetti di integrazione del personale intra-extraospedaliero. A tal riguardo l'ASST mette a disposizione personale sanitario e operatori tecnici che vengono impiegati sulle postazioni aziendali.
- Gestione e coordinamento dei rapporti con il territorio e le sue istituzioni;
- Controllo dei rapporti convenzionali con enti ed associazioni di volontariato del soccorso;
- Analisi e validazione degli eventi e delle manifestazioni programmate sul territorio provinciale (piattaforma GAMES);
- Censimento mappatura e controllo Defibrillatori sul territorio di competenza tramite piattaforma dedicata (HIPPO);
- Gestione attività didattica di AAT e docenze in coordinamento con AREU.

Patrimonio Aziendale

Il patrimonio della ASST di Mantova è costituito da due macro-fattori:

- lo stato patrimoniale
- il patrimonio intellettuale

Lo stato patrimoniale dell'ASST di Mantova, in applicazione del DDG Welfare n. 11963 del 31/12/2015 "Attuazione della L.r. 23/2015: ASST di Mantova – Trasferimento del personale, dei beni immobili e mobili delle posizioni attive e passive già in capo delle ex ASL e AO", deriva dal rapporto tra i beni immobili, mobili, i fondi, i debiti e i crediti confluiti nella nuova azienda al momento della sua costituzione e attivazione (01/01/2016). Tale stato patrimoniale si modificherà ulteriormente con l'applicazione della L.r. 22/2021 e il transito di funzioni e personale dalla ATS Val padana alla ASST di Mantova.

Ai sensi della normativa vigente, l'ASST di Mantova dispone del proprio patrimonio secondo il regime della proprietà privata, fermo restando che i beni mobili e immobili utilizzati per il perseguimento dei fini istituzionali costituiscono patrimonio indisponibile e pertanto non possono essere sottratti alla loro destinazione, se non nei modi stabiliti dalla normativa in materia alla quale si rinvia.

L'Azienda provvede alla classificazione dei beni patrimoniali ripartiti fra beni disponibili e beni indisponibili.

Riconoscendo la valenza strategica del patrimonio quale strumento di valorizzazione strutturale e tecnologica dell'offerta di servizio, l'Azienda si riserva iniziative di investimento anche mediante processi di parziale alienazione del patrimonio da reddito.

Il patrimonio intellettuale è soggetto a valorizzazione ed è costituito dal: capitale umano (risorse umane e professionali qualificate, conoscenze, competenze, skill, cultura e clima organizzativo); capitale organizzativo (infrastrutture, processi manageriali, specializzazioni, setting e procedure organizzative, adeguate sia alla tipologia di prestazioni da erogare sia ai criteri di appropriatezza e qualità) capitale relazionale (partnership e relazioni significative con il territorio e con la realtà del volontariato, customer utenti). L'ASST per mantenere e valorizzare il proprio patrimonio intellettuale si impegna nel garantire il costante investimento in tecnologie d'avanguardia, nella revisione dei processi lavorativi e organizzativi, nell'attenzione ai percorsi di sviluppo e formazione delle risorse umane, nello sviluppo delle competenze, nella sicurezza e nel comfort degli ambienti di cura e di lavoro nel rispetto delle norme vigenti, nella valorizzazione del pluralismo socioeconomico, riconoscendo il ruolo della famiglia, delle reti sociali, degli enti del terzo settore e in particolare del volontariato.

SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2.1. VALORE PUBBLICO

Il Valore Pubblico viene definito come l'incremento del benessere reale (economico, sociale, ambientale, culturale etc.), che si viene a creare presso la collettività e che deriva dall'azione dei diversi soggetti pubblici, che perseguono questo traguardo mobilitando al meglio le proprie risorse tangibili (finanziarie, tecnologiche etc.) e intangibili (capacità organizzativa, rete di relazioni interne ed esterne, capacità di lettura del territorio e di produzione di risposte adeguate, sostenibilità ambientale delle scelte, capacità di riduzione dei rischi reputazionali dovuti a insufficiente trasparenza o a fenomeni corruttivi).

È interessante sottolineare che il Valore Pubblico non fa solo riferimento al miglioramento degli impatti esterni prodotti dalle Pubbliche Amministrazioni e diretti ai cittadini, utenti e stakeholder, ma anche alle condizioni interne all'Amministrazione presso cui il miglioramento viene prodotto (lo stato delle risorse). Non presidia quindi solamente il "benessere addizionale" che viene prodotto (il "cosa", logica di breve periodo) ma anche il "come", allargando la sfera di attenzione anche alla prospettiva di medio-lungo periodo.

Ne consegue che il Valore Pubblico non s'inventa ma si progetta, non può essere il frutto di una contingenza fortunata o casuale, ma il risultato di un processo razionalmente e pragmaticamente progettato, governato e controllato. Questo significa adottare una serie di strumenti specifici, coerenti con tale finalità, a partire dal cambiamento degli assetti interni per giungere agli strumenti di interazione strutturata con le entità esterne all'Amministrazione.

Presupposto imprescindibile per assumere decisioni strategiche è lo sviluppo in continuo del processo di analisi e conoscenza dell'Azienda e degli stakeholder capaci di influenzare le decisioni stesse.

2.1.1. SWOT Analysis

Per palesare i fattori endogeni, punti di forza e punti di debolezza del sistema aziendale, ossia gli elementi capaci di favorire o di ostacolare il perseguimento degli obiettivi, e quelli esogeni, ovvero le opportunità o minacce che derivano dal contesto esterno, è opportuno utilizzare l'analisi SWOT (strengths, weaknesses, opportunities, threats).

Tra i primi si considerano tutte quelle variabili che fanno parte integrante del sistema, sulle quali è possibile intervenire per perseguire gli obiettivi. Tra i secondi, invece, figurano variabili esterne al sistema, che possono condizionarlo sia positivamente che negativamente.

Implementare l'analisi SWOT consente dunque di evidenziare i principali fattori, interni ed esterni all'Azienda, in grado di influenzare il successo di un programma, nella prospettiva di supportare

coerentemente l'impostazione della strategia rispetto al contesto e, soprattutto, con l'intento di identificare e tracciare le principali linee guida strategiche in relazione ai diversi obiettivi di sviluppo.



2.1.2. Analisi degli stakeholder

L'analisi degli stakeholder, pilastro della pianificazione strategica, ha lo scopo di identificare i soggetti portatori di un'attesa legittima, di varia natura, sull'attività svolta dall'ASST Mantova e permette, al contempo, di individuare le modalità attraverso le quali l'Azienda contribuisce, tramite la soddisfazione delle aspettative dei sopracitati stakeholder, alla creazione di valore pubblico. Infatti, un ente genera Valore Pubblico quando riesce a gestire in modo razionale le risorse economiche a disposizione e a valorizzare il proprio patrimonio intangibile in modo funzionale al soddisfacimento delle esigenze sociali degli utenti, degli stakeholder e dei cittadini in generale. Di seguito gli stakeholder individuati:



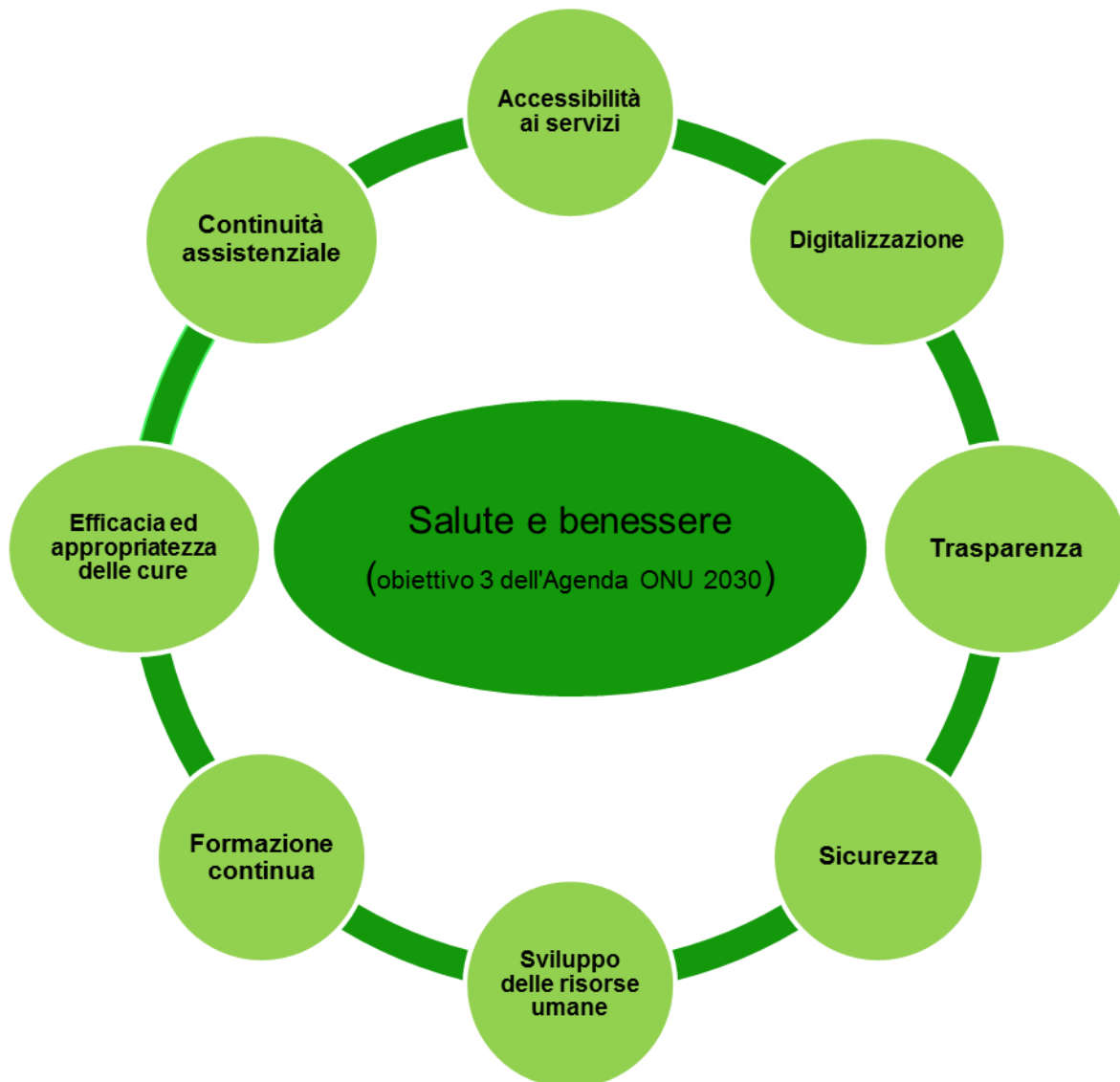
Obiettivi di Valore Pubblico

Gli obiettivi che l'ASST si pone a livello generale e specifico, tenuto conto della normativa nazionale, del Piano Regionale di Sviluppo (PRS), del Piano Socio-Sanitario Regionale (PSSR), delle regole di sistema e nel rispetto del proprio contesto di riferimento sono declinati nel [Piano delle performance 2022-2024](#), adottato con decreto n. 81 del 27 gennaio 2022.

Ogni obiettivo è costruito e sviluppato per aumentare il benessere sanitario e socio-sanitario della popolazione del territorio di competenza, per tutte le età (Goal 3 dell'Agenda ONU 2030) e perciò si traducono in obiettivi di Valore Pubblico.

Nel triennio si punta, altresì, ad implementare la riorganizzazione della rete territoriale al fine di avvicinare il cittadino alle cure primarie e ai servizi socio-assistenziali e collegarlo, in base alle necessità, direttamente con la rete ospedaliera.

Le dimensioni di monitoraggio di tali obiettivi sono:



Gli indicatori attraverso i quali valutare la capacità dell'Azienda di perseguire i propri obiettivi sono definiti in ogni successiva sottosezione.

Per alcune delle dimensioni sopra riportate, è importante l'analisi degli indicatori del PNE (Programma Nazionale Esiti), messo a disposizione da AGENAS (sito <https://pne.agenas.it/>), e del Sistema di Valutazione del Network delle Regioni della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa (sito <https://performance.santannapisa.it/pes/start/start.php>).

L'Azienda è impegnata anche nella promozione del benessere e della sicurezza dei lavoratori.

Tra gli strumenti concreti di attuazione di azioni orientate a dette finalità e di contrasto alle discriminazioni vi è il Piano Triennale delle Azioni Positive, documento programmatico che individua obiettivi e risultati attesi per riequilibrare le situazioni di non equità di condizioni tra uomini e donne che lavorano nell'Ente.

La Legge n° 125 del 10 aprile 1991 "Azioni positive per la realizzazione della parità uomini e donne nel lavoro", così come modificata dal Decreto Legislativo n° 196 del 23 maggio del 2000, prevede che le Pubbliche Amministrazioni predispongano Piani di Azioni Positive di durata triennale al fine di promuovere l'inserimento delle donne nell'ambito lavorativo ad ogni livello, ad ogni settore e di rimuovere gli ostacoli che di fatto impediscono le pari opportunità.

Il Decreto amministrativo legislativo del 30 marzo 2001 n° 165 "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche" detta, inoltre, importanti principi in tema di pari opportunità tra uomini e donne per l'accesso e il trattamento sul lavoro e stabilisce l'obbligatorietà della predisposizione di Piani di Azioni positive

Il D.Lgs. n. 198 dell'11/04/2006 all'art. 48 prevede che le pubbliche amministrazioni si dotino di un Piano di Azioni Positive per la realizzazione delle pari opportunità tra uomo e donna; in particolare, le azioni positive devono mirare al raggiungimento dei seguenti obiettivi: - Condizioni di parità e pari opportunità per tutto il personale dell'Ente; - Uguaglianza sostanziale fra uomini e donne per quanto riguarda le opportunità di lavoro e di sviluppo professionale; - Valorizzazione delle caratteristiche di genere.

La Direttiva 2/19 "Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle amministrazioni pubbliche", registrata dalla Corte dei conti in data 16 luglio 2019 prevede che le Pubbliche Amministrazioni aggiornino il Piano triennale delle azioni positive ogni anno, in collegamento con il ciclo della performance.

I destinatari delle azioni contenute nel PAP sono tutti i dipendenti dell'ASST.

Le azioni positive contenute nel PAP 2022-2024 sono state elaborate in coerenza con la normativa nazionale e comunitaria, in continuità con il PAP 2017-2019 e soprattutto in funzione dei cambiamenti organizzativi che sono stati adottati dall'Azienda per affrontare la pandemia da COVID19.

Per azioni positive si intendono misure concrete, calate nella realtà aziendale, per creare quelle condizioni di valorizzazione professionale e di benessere, elementi fondamentali anche per l'attuazione delle pari opportunità.

L'attenzione per le differenze, non solo di genere, trova compiutezza nell'adozione di diverse misure, tra le quali, a titolo esemplificativo, politiche di conciliazione famiglia-lavoro, il lavoro agile ecc.

Il PAP 2022-2024 conferma l'attenzione ai temi delle pari opportunità, della conciliazione, della promozione della cultura di genere, del contrasto alle discriminazioni, della valorizzazione delle differenze, del benessere lavorativo nella sua accezione più ampia.

Attraverso l'approvazione del PAP, CUG e ASST si impegnano a favorire le azioni positive che di seguito verranno descritte, attraverso la collaborazione degli Uffici/Servizi aziendali coinvolti nell'attuazione concreta delle azioni positive proposte, che verranno di volta in volta individuati a seconda dell'azione positiva presa in esame.

L'attività del CUG non si esaurisce tuttavia nei contenuti approvati nel Piano, che comunque potrà essere aggiornato, per esigenze nuove o maturate nel tempo, per perfezionare alcuni contenuti o per esigenze nate e condivise all'interno del CUG successivamente all'approvazione del presente documento, che è parte sostanziale ed integrante del Piano delle Performance 2022/2024.

Si descrivono di seguito le azioni positive che si intendono attuare nel triennio di riferimento, suddivise per tematiche integrate.

1) Formazione/informazione e aggiornamento

- attività di formazione per i componenti del CUG;
- organizzazione di eventi formativi, per far conoscere le attività del CUG e le tematiche di competenza;
- partecipazione alle attività della rete dei CUG di Regione Lombardia;
- partecipazione dell'ASST a progetti di altri Enti con il coinvolgimento del Cug;
- organizzazione di eventi di sensibilizzazione e informazione anche in concomitanza a Giornate internazionali dedicate alle tematiche di pertinenza (Medicina di Genere, festa della donna, giornata internazionale contro la violenza sulle donne, festa del lavoro ecc);

2) conciliazione vita lavoro

- consolidamento dello smart working attivato durante la pandemia;
- proposte in merito all'attivazione di servizi dedicati ai dipendenti, al fine di poter conciliare vita professionale e vita personale;

3) pari opportunità, contrasto alle discriminazioni, benessere lavorativo

- collaborazione con il gruppo aziendale per la Gestione del Benessere organizzativo e con le strutture aziendali al fine di promuovere e realizzazione di azioni atte a favorire il benessere organizzativo e prevenire lo stress lavoro correlato;
- contrasto alle molestie sessuali, morali e psicologiche, mobbing, straining, situazioni di discriminazioni di ogni tipo: identificazione strategie di prevenzione, anche attraverso la

programmazione di corsi e seminari specifici, con l'obiettivo di anticipare l'insorgere delle problematiche e con lo scopo di creare un ambiente di lavoro disteso, svincolato da tensioni e conflitti;

- promozione di azioni volte a favorire la comunicazione interna;

4) **Medicina di genere**

- collaborazione con le strutture aziendali, al fine di creare un contesto orientato alla medicina di genere.

AGGIORNAMENTO, MONITORAGGIO E VERIFICA DEL PIANO DI AZIONI POSITIVE

Nel periodo di vigenza del Piano vengono raccolti pareri, consigli, osservazioni, suggerimenti e possibili soluzioni ai problemi incontrati da parte del personale dipendente in modo di poter procedere alla scadenza ad un adeguato aggiornamento del successivo Piano Triennale delle Azioni Positive.

La necessità di curare un costante aggiornamento degli obiettivi, se del caso modificandoli o integrandoli, e la ancor più rilevante esigenza, strettamente connessa alla interrelazione del presente Piano con il ciclo della performance, di eseguire monitoraggi periodici circa lo stato di avanzamento degli obiettivi medesimi, richiedono la predisposizione di idonei strumenti di verifica dell'attività posta in essere dall'Amministrazione in adempimento del Piano. In particolare, sulla base di quanto previsto dalla Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 4 marzo 2011, recante "Linee guida sulle modalità di funzionamento dei Comitati Unici di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni", competerà primariamente al CUG l'attività di verifica sui risultati connessi alle azioni positive illustrate nel presente Piano.

Il Piano è pubblicato e reso disponibile per tutto il personale dell'Ente sulla Rete Intranet e sul sito web (istituzionale) dell'Ente.

2.2. PERFORMANCE

2.2.1. La pianificazione strategica e la programmazione delle attività

Gli obiettivi strategici che la Regione annualmente declina sulle varie aziende hanno avuto una importante revisione legata all'applicazione del principale riferimento normativo e strategico elaborato a seguito dell'emergenza epidemiologica, in seno al Ministero della Salute: il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza approvata dalla Commissione Europea il 22/06/2021.

La base operativa adottata per la redazione del documento è essenzialmente costituita dalle indicazioni definite nell'ambito Obiettivi regionali specifici annuali (D.G.R. n. 5832 del 29/12/2021); altro elemento cardine della programmazione sanitaria sono le Regole di Sistema 2022. Gli obiettivi annuali sono fortemente indirizzati verso un sistema di efficientamento organizzativo atto a garantire tutti gli adeguati livelli di assistenza in fase pandemica, mantenendo l'adeguato livello qualitativo e quantitativo dell'offerta al cittadino di tutte le restanti necessità "non Covid".

Per il 2022 tali obiettivi sono stati definiti nella tabella seguente:

Obiettivo	Risultato atteso
Piano di contrasto al Covid-19	Rispetto dei target numerici e temporali indicati dall'Unità di Crisi Vaccinazioni Covid-19 sia per le somministrazioni nei centri vaccinali che per le somministrazioni domiciliari Rispetto delle indicazioni della Task Force Tamponi Garanzia di almeno l'8% del personale medico e infermieristico dedicato alle vaccinazioni e ai tamponi
Potenziamento rete territoriale	Rispetto del cronoprogramma di realizzazione delle Case di Comunità e degli Ospedali di Comunità secondo le indicazioni della Direzione Generale Welfare
Attuazione legge regionale n. 22/2021	Istituzione dei Distretti entro le tempistiche previste dalla legge regionale e nomina dei Direttori di Distretto Approvazione dei Piani Organizzativi Aziendali Strategici secondo le indicazioni e le tempistiche indicate dalla Direzione Generale Welfare
Piano di ripresa 2022 e programmi di screening	Rispetto delle indicazioni e raggiungimento dei target previsti dalla Direzione Generale Welfare in ordine all'attuazione del piano di ripresa 2022, relativamente all'erogazione di prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale da parte degli erogatori. Per gli erogatori dotati di sistema di chirurgia robotica rispetto dei target previsti con DGR n. XI/5450 del 3.11.2021. Rispetto dei target indicati dalla Direzione Generale Welfare sulle attività di screening, compresa l'adesione al programma regionale di screening per l'eliminazione del virus HCV.
Liste d'attesa	Rispetto del tempo massimo di attesa: - Ricoveri chirurgici oncologici in classe A: 1° trimestre: 80%; 2° trimestre: 85%; 3° trimestre: 85%; 4° trimestre: 90%. - Ricoveri chirurgici non oncologici (tutte le classi, solo nuovi casi): 2°

	trimestre 75%, 3° trimestre: 80%; 4° trimestre: 85%. - Prestazioni di specialistica ambulatoriale (solo prestazioni di diagnostica per immagini, nuovi casi): 3° trimestre: 80%; 4° trimestre: 90%. - Prestazioni di specialistica ambulatoriale (classe B – 10 gg, solo prime visite): 2° trimestre: 80%; 3° trimestre: 85%; 4° trimestre: 90%.
Investimenti	Rispetto dei cronoprogrammi degli interventi finanziati nei programmi di investimento
Attività di donazione di organi e tessuti	Rispetto dei target indicati dalla Direzione Generale Welfare in merito alla percentuale di casi di donazione di organi e tessuti sul totale dei decessi.
Tempi di pagamento	Rispetto delle tempistiche previste dalla normativa vigente
Trasparenza	Rispetto delle indicazioni relative alla normativa sulla trasparenza

Tra le traiettorie strategiche emergono sensibilmente le indicazioni sulla integrazione col territorio e la ripresa dell'adeguata erogazione dell'offerta delle prestazioni sia di ricovero che ambulatoriali, assicurando la priorità assoluta ai processi di prevenzione verso l'infezione da Covid e alla gestione informativa dell'epidemiologia della stessa.

L'emergenza Coronavirus che l'ASST di Mantova sta affrontando a partire dal 21 febbraio 2020 ha avuto un importante impatto sull'organizzazione degli ospedali e sulla pianificazione strategica delle attività, avvalendosi dell'Unità di Crisi per rispondere alle nuove esigenze emergenziali, cercando al contempo di mantenere per quanto possibile l'attività ordinaria. Anche sotto l'aspetto territoriale, l'ASST di Mantova con il Centro Servizi, in qualità di Gestore, ha proposto percorsi sperimentali di telemedicina a pazienti dimessi in seguito a ricovero per COVID-19 che necessitano di un monitoraggio domiciliare di alcuni parametri clinici misurati con dispositivi medici. Inoltre la proposta è stata estesa anche a pazienti cronici, considerati ad alto rischio a causa delle condizioni di salute, con la possibilità di effettuare visite di controllo con videochiamata più eventuale utilizzo di devices.

L'emergenza Covid ha impedito la piena applicazione, a partire dal I° trimestre 2020, delle indicazioni e degli obiettivi contenuti nel Piano Socio-Sanitario integrato Lombardo 2019-2023, tra i quali:

- il completamento e diffusione del sistema **di presa in carico del paziente cronico**;
- la riduzione dei **tempi d'attesa** per l'erogazione delle prestazioni;
- il **riordino della rete d'offerta**,
- la presa in carico globale e integrata della persona, anche attraverso una valutazione multidimensionale del bisogno;
- la promozione di un'integrazione funzionale efficace degli interventi sanitari e sociosanitari;
- lo sviluppo dell'assistenza socio-sanitaria e sociale per l'accompagnamento delle persone nelle fasi di fragilità del ciclo di vita, con particolare riferimento all'invecchiamento;
- la ricostruzione e l'allineamento della filiera erogativa fra ospedale e territorio;
- l'accessibilità ai servizi e alle prestazioni;
- l'appropriatezza e la sicurezza delle cure e prestazioni/servizi;
- la promozione e l'adozione di modelli e meccanismi operativi in grado di implementare una visione e gestione per processi;

- la sostenibilità del sistema, garantendo al contempo gli adeguamenti tecnologici, il recepimento dell'innovazione e l'aggiornamento continuo degli operatori.

La programmazione annuale delle attività, nel mantenimento di quella avviata nel 2019 e nella prima parte del 2020, si svilupperà, con la progettazione e messa in campo di soluzioni efficaci finalizzate a:

- potenziare la presa in carico dei pazienti cronici, polipatologici, fragili;
- monitorare i processi di cura ed assistenziali al fine di valutare gli esiti di salute;
- monitorare l'appropriatezza e l'efficienza nell'erogazione dell'assistenza;
- sviluppare le reti e le aree omogenee;
- garantire la presa in cura integrata presso il domicilio del paziente;
- migliorare i tempi di attesa delle prestazioni offerte, anche mediante l'attivazione di ulteriori e nuove misure di governo;
- avviare i percorsi d'implementazione dei PreSST, dei POT e delle Degenze di Comunità, secondo le indicazioni che verranno fornite da Regione Lombardia.

PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CRONICO, POLIPATOLOGICO E FRAGILE

Le patologie croniche rappresentano la principale causa di disabilità e di utilizzo dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali, soprattutto nella popolazione anziana.

Si rende pertanto necessario un approccio clinico assistenziale differente, che permetta una presa in carico efficace e reale, rispetto ai tradizionali percorsi di cura rivolti al trattamento di patologie acute.

La gestione del paziente cronico prevede un approccio olistico, rivolto al miglioramento del quadro clinico, dello stato funzionale associato alla prevenzione della disabilità e al miglioramento della qualità di vita, attraverso un trattamento integrato e di supporto al self-management ed al follow-up, passando dal paradigma della medicina d'attesa a quello della medicina di iniziativa, ossia la proattività.

La presa in carico della paziente cronico prevede interventi finalizzati a promuovere i corretti stili di vita, una buona aderenza alle terapie farmacologiche ed alle prestazioni ambulatoriali indicate nel PAI, mediante l'utilizzo di strumenti organizzativi e tecnologici che rinforzino il rapporto di cura con l'equipe dei professionisti e la corretta interazione tra il medico di medicina generale e gli specialisti ospedalieri.

I soggetti affetti da patologie croniche devono poter accedere facilmente sia alle prestazioni specialistiche, sia ai servizi territoriali con la garanzia che i due livelli siano integrati e al bisogno si scambino tempestivamente informazioni e suggerimenti a supporto e in miglioramento del percorso di presa in carico.

SVILUPPO DEI PROCESSI DI PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CRONICO

A) IMPLEMENTO DEGLI ARRUOLAMENTI

Ad integrazione dei principali percorsi in atto, quali la sottoscrizione del piano di cura, la stesura e la pubblicazione del PAI, la prenotazione di esami diagnostico-strumentali e delle visite specialistiche, il monitoraggio a cura del case manager; la visione esami a cura del Clinical manager e le erogazioni delle prestazioni sanitarie, nel corso dell'anno 2021 il Centro Servizi dell'Azienda ASST Mantova intende sviluppare ulteriormente l'implementazione degli arruolamenti attraverso varie modalità.

1. Infermiere di famiglia: Presa in carico proattiva dei pazienti seguiti negli ambulatori specialistici (es. ambulatorio dello scompenso cardiaco) e segnalati dal Servizio Dimissioni Protette con possibilità della presenza dell'infermiere di famiglia che spiegherà il percorso della presa in carico durante l'ultimo accesso ambulatoriale o alla dimissione ospedaliera;
2. arruolamento dei frequent users attraverso sensibilizzazione dei Process Owner nei Dipartimenti aziendali;
3. presa in carico proattiva dei pazienti da parte degli specialisti ambulatoriali di ASST Mantova;
4. sensibilizzazione delle associazioni di settore e di volontariato alla presa in carico del paziente cronico.

Le associazioni di volontariato rappresentano un'importante realtà dell'ASST di Mantova. In particolare sono diverse le associazioni che si occupano di prevenzione delle malattie croniche, con l'obiettivo di migliorare gli stili di vita delle persone e la loro qualità della vita cui consegue anche una diminuzione dei costi sociali e individuali, determinati dalle malattie croniche-degenerative.

Proprio con queste associazioni si intende attuare una fattiva collaborazione per promuovere la presa in carico di pazienti cronici e/o in condizioni di fragilità all'interno del percorso paziente cronico dell'ASST di Mantova spesso misconosciuto dai cittadini.

La collaborazione con le associazioni di volontariato del territorio può rappresentare una fonte preziosa sia per il reclutamento di nuovi pazienti, sia per la collaborazione nella promozione di modelli socio-assistenziali specifici, basati anche sull'introduzione di programmi di counseling motivazionale, nutrizionale e di attività fisica adattata. L'andamento del percorso terapeutico delle persone con patologie croniche è favorito infatti dall'interiorizzazione degli effetti positivi dovuti ad una presa in carico complessa che comprende oltre all'adozione di un corretto stile di vita, anche la fiducia nelle proprie attitudini, la capacità di cambiamento di stili di vita rischiosi per la propria salute, la pratica costante di attività fisica e la corretta alimentazione che può ridurre anche il rischio di sviluppare patologie correlate.

Le associazioni coinvolte nelle attività possono avvalersi della sinergia e della collaborazione con il personale dell'Azienda che può promuovere percorsi formativi specifici ai volontari delle varie associazioni con la finalità di trasferire gli apprendimenti legati al miglioramento della qualità di vita dei pazienti in carico.

B) SVILUPPO DI ATTIVITÀ DI PROMOZIONE DELLA SALUTE

L'ASST Mantova intende sviluppare nuovi progetti rivolti alla promozione dei corretti stili di vita attraverso:

1. Incontri strutturati con Gruppi di pazienti per corretti stili di vita (es. ambulatorio antifumo, counselling sull'attività fisica adattata, alimentazione corretta nel paziente cardiopatico);

2. Collaborazione con associazioni di volontariato – aderenza a corretta alimentazione;
3. La rete di collaborazione con le associazioni di volontariato può comprendere anche il monitoraggio domiciliare di una corretta alimentazione nei pazienti afferenti al servizio. Nella pratica quotidiana il volontario può essere un veicolo efficace nel guidare il paziente cronico polipatologico e fragile, o il suo caregiver, nell'acquisto di alimenti appropriati in termini qualitativi e quantitativi e nell'adeguata preparazione delle pietanze, con lo scopo di istruire il paziente e la famiglia nell'individuare strategie che evitano stati di malnutrizione;
4. Collaborazione con farmacie dei servizi – adesione terapia paziente cronico.
Il volto della farmacia è cambiato con i tre Decreti ministeriali del 16 dicembre 2010 e dell'8 luglio sulla "farmacia dei servizi", che hanno previsto l'erogazione di servizi e prestazioni professionali ai cittadini anche da parte delle farmacie.
Nell'ottica di favorire l'adesione alla terapia farmacologica da parte del paziente cronico, il farmacista diventa parte della presa in carico nel percorso del paziente con l'obiettivo di sviluppare un'alleanza tra paziente, famiglia e servizi favorire la condivisione delle strategie terapeutiche. Il farmacista può essere infatti promotore di un modello di cura legato al corretto utilizzo dei farmaci, alla corretta conservazione e alla semplificazione della somministrazione con specifici organizer per medicinali personalizzati.
5. Evento formativo per i MMG sulle tematiche della gestione della Polifarmacoterapia nell'anziano, sicurezza e adesione terapeutica

SVILUPPO ATTIVITÀ SPECIALISTI AMBULATORIALI

In merito allo sviluppo delle attività e delle progettualità da assegnare agli specialisti ambulatoriali e in attesa delle indicazioni rispetto alle aree di interesse regionale individuate dall'Accordo Integrativo Regionale, nell'anno 2022 si intende mantenere, come orientamento generale, alcuni progetti obiettivo di interesse aziendale già proposti e attuati nel 2021, rispettando le indicazioni fornite da regione che aveva individuato le macro-aree all'interno delle quali doveva essere fatta la declinazione degli obiettivi medesimi, in particolare, la presa in carico del paziente cronico.

Anche per l'anno 2022 si propone il progetto obiettivo, già attuato nel 2020, secondo cui lo specialista ambulatoriale è deputato al rilascio dell'attestazione di esenzione per patologia ai pazienti aventi diritto.

Premesso che gli specialisti ambulatoriali partecipano singolarmente e per il tramite dell'AFT all'organizzazione del sistema di presa in carico del paziente cronico, si ritiene necessario riproporre un progetto obiettivo finalizzato ad un maggior coinvolgimento degli specialisti ambulatoriali afferenti ad alcune branche specialistiche (es. cardiologia, reumatologia, neurologia, diabetologia) nel reclutamento dei pazienti cronici nei PAI.

In attesa delle sopraccitate indicazioni che regione fornirà a breve, si ipotizzano anche progetti specifici riguardanti lo stato di emergenza sanitaria, peraltro già attuati nel 2021 in collaborazione con ATS della Valpadana.

PROGETTO COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE

Nel triennio 2022-2024 l'Area Ufficio Stampa, Comunicazione e Urp si prefigge di sviluppare sempre di più i canali di comunicazione online sia nei confronti dei cittadini che nei confronti dei professionisti dell'azienda, facendo dialogare i vari strumenti a disposizione in un'ottica di comunicazione circolare e integrata.

L'obiettivo prevede:

- il perfezionamento dei contenuti del **sito internet** e del **portale intranet**. In particolare, i contenuti del sito internet saranno aggiornati in adeguamento alla legge di potenziamento della sanità lombarda, con le nuove strutture previste. Sempre sul sito internet; saranno valorizzati i professionisti medici di Asst, attraverso la pubblicazione delle loro fotografie e dei loro cv per migliorare la loro visibilità; saranno create aree dedicate ai principali percorsi di diagnosi e cura di ASST;
- l'implementazione del **periodico online *Mantova Salute***, con incremento dei contenuti di approfondimento video e l'introduzione di una nuova newsletter creata con un programma professionale, da spedire a tutti i dipendenti, i contatti media, le principali autorità e i cittadini che si sono volontariamente iscritti. I contenuti pubblicati sul periodico *Mantova Salute* vengono poi postati sui profili social istituzionali, alimentandoli;
- l'implementazione dei **contenuti social**, in particolare del profilo Instagram, aperto nel marzo 2020 con: incontri in diretta **Facebook** e **Instagram** con la popolazione tenuti dai professionisti, stories, video dei professionisti, campagne di sensibilizzazione;
- l'introduzione di un account **Whatsapp** per informare dapprima i professionisti (in via sperimentale) e in un secondo momento (nel caso in cui la fase sperimentale vada a buon fine) i cittadini sulle notizie, gli eventi e i contenuti di servizio più significativi.
- il **potenziamento della copertura media locale**, attraverso la realizzazione di un inserto dedicato sul quotidiano *La Gazzetta di Mantova* (anche in versione digitale sul sito della testata) e di un format televisivo dedicato su *Telemantova* con proiezione di video che raccontano l'attività dei reparti di ASST. I video saranno pubblicati inoltre sul sito di *Telemantova* e sui canali digitali di ASST.

PROGETTO SNELLIMENTO PROCEDURE GESTIONE SCORTE DI MAGAZZINO

Nel corso del triennio 2022-2024 l'ASST di Mantova intende favorire processi di informatizzazione nella gestione dei Farmaci e Dispositivi.

La gestione attuale del Farmaco è a scorta in farmacia; i farmaci consegnati dalla SC Farmacia ai singoli reparti sono considerati già consumati ma si sta iniziando a lavorare per considerare l'anagrafica dei prodotti completa ai fini della lettura con penna ottica del codice a barre, di punto di riordino scorta minima-scorta massima per la giacenza in farmacia

I dispositivi invece sono gestiti dal magazzino centrale e risultano:

1. a scorta in magazzino (materiale di largo consumo) e distribuiti a consumo;
2. a transito verso reparto, a consumo;
3. a transito caricati (non consumati) su armadietto di reparto;

I dispositivi descritti nei punti 2 e 3 non sono gestiti a lotti e scadenze e le anagrafiche sul gestionale non sono complete (ad es. il campo codice a barre è vuoto) tali da permettere la lettura con penna ottica.

Si intende accantonare l'ambiente più critico che è quello del DM, la maggior parte dei quali sono stoccati in armadietto.

Si focalizzerà l'attenzione circa i farmaci che hanno già le anagrafiche complete anche di codice a barre con possibilità quindi di essere lette da penna ottica: gli armadi di farmaci nei reparti che contengono farmaci devono essere convertiti in contenitori di stoccaggio virtuali per permettere lo scarico, automatizzato, per la generazione di riordino automatico, in prospettiva nel triennio 2022-2024.

Poiché non si può affrontare il totale dei reparti si individuerà un reparto/i pilota in maniera sperimentale prendendo in considerazione:

1. per armadietti: Rianimazione Mantova con progettualità di implementare le anagrafiche dei prodotti Dispositivi medici almeno per il 50% delle giacenze (obiettivo annuale 2021), inserimento scorta minima, con inventario e successivo scarico con penna;

Si stima di implementare nel triennio le anagrafiche fino al 80% dei prodotti gestiti in Rianimazione

2. per armadio farmaci: individuati due reparti pilota per inventario farmaci con penna ottica;

Si stima l'estensione del progetto verso il 20% dei reparti nel corso del triennio.

3. Per le restanti unità operative con letti di degenza (escludendo i servizi territoriali) si coinvolgono i coordinatori per la compilazione di checklist di farmaci necessari all'attività specialistica in termini di individuazione di valori di scorta minima, massima (e punto di

riordino) dei codici prodotto farmaci (su prospetto rilevazione rilasciato da Farmacia): questo consentirebbe la produzione di elenco dei prodotti per i quali occorre ripristinare la scorta e che deve rimanere depositato presso Unità Operativa. Tale documento così redatto costituirà base di lavoro per inserire i dati necessari alla creazione dell'armadietto informatico di reparto per i reparti ai quali sarà esteso il progetto pilota sopra descritto (Atteso il 100% delle compilazioni).

Tale attività necessita dell'attivazione della consulenza del fornitore esterno ADS INFORMATICA che gestisce il software gestionale di magazzino aziendale.

Inoltre attualmente il personale sanitario che ha le competenze per inserire richieste di farmaci tramite gestionale Ge4 è costituito da infermieri indicati dal coordinatore per ogni reparto che devono essere ridotti ad un numero minimo di persone responsabili delle richieste per non creare sovrapposizioni, eliminare le richieste inappropriate, nell'ottica del progetto di miglioramento delle modalità di gestione dell'armadio farmaceutico.

PROGETTO “INFIERMIERE DI FAMIGLIA e COMUNITÀ”

L'infermiere di famiglia e comunità (IFeC) è un professionista sanitario responsabile della gestione dei processi infermieristici in ambito comunitario. Attraverso la prossimità, la proattività e l'approccio multidisciplinare, promuove e facilita interventi orientati a garantire risposte eque ai bisogni di salute della popolazione di uno specifico ambito territoriale di riferimento; sostiene e coordina il percorso dell'assistito attraverso l'informazione l'educazione e la promozione del self-care e la presa in carico proattiva, sviluppando un percorso assistenziale multi-disciplinarmente, al fine di favorire, attraverso un lavoro di rete, l'integrazione tra la persona assistita, la sua famiglia e i diversi interlocutori e servizi presenti nel sistema territoriale (MMG/PLS, specialisti, servizi ambulatoriali e domiciliari, reparti di degenza, strutture socio sanitarie, semiresidenziali, domiciliari, servizi sociali comunali, associazione di volontariato ecc).

Nel PTFP 2020 – 2022 della ASST di Mantova, approvato da Regione Lombardia con DGR n.XI/4831 del 07/06/2021, è prevista una dotazione organica di Infermieri di Famiglia pari a 65 unità. Al 31/12/2021 le unità dipendenti assegnate a tale funzione erano 46.

FORMAZIONE

Il 19/01/21 ha preso avvio un corso di formazione specifico regionale con Accademia Polis. La formazione è stata di 32 in Accademia (modalità a distanza), 32 ore presso ASST Lombarde (a gruppi preassegnati), 200 ore di tirocinio presso la rete di servizi interaziendali e discussione di specifici project-work.

L'ASST Mantova ha progettato anche corso formazione interno per approfondire la conoscenza della rete dei servizi presenti sul territorio (aziendali e non) e un ulteriore periodo di formazione sul campo nei diversi servizi. In concomitanza ha preso avvio un GdM per la definizione della job description dell'IFeC

SPERIMENTAZIONE PROGETTO IFEC

A regime l'IFeC opererà in tutto il territorio della provincia di Mantova e sarà raggruppato in équipes con sede principale nelle sedi distrettuali; la normativa vigente prevede 1 IFeC ogni 8.000 abitanti. In fase iniziale è prevista la sperimentazione del progetto nel territorio Viadanese.

PROGETTI SPECIFICI

- STUDIO COMPARATIVO: l'IFeC sarà impegnato nell'esecuzione tamponi e collaborerà ad uno studio sperimentale comparativo per l'esecuzione di tamponi rapidi agli alunni di 1° media e loro famigliari nel territorio viadanese;
- PRESA IN CARICO PROATTIVA DEL PZ CRONICO SOTTOPOSTO A VACCINAZIONE ANTI SARS-COV-2: L'IFeC sarà impegnato nella campagna vaccinale ed intercetterà i pazienti cronici sottoposti a vaccinazione anti-Sars-Cov-2 per interventi proattivi di presa in carico; monitorerà nel tempo i pazienti cronici arruolati e proporrà percorsi specifici in base ai bisogni emersi;
- CASE MANAGER DEGENZA DI COMUNITÀ: l'IFeC collaborerà alla stesura del PAI per le dimissioni dei pazienti ricoverati nella Degenza Di Comunità, proponendo il setting più appropriato ed attivando, se necessario, i servizi territoriali e le consulenze previste
- in collaborazione con il servizio Continuità delle Cure, intercetterà i pazienti fragili dimessi (attraverso utilizzo scala BRASS) e si attiverà per la valutazione dei bisogni dopo la fase di dimissione (step 30 giorni) ed il monitoraggio nel tempo;
- analizzerà, con la collaborazione dell'equipe di valutazione del Centro Multiservizi e del Consorzio dei Comuni, le richieste inappropriate di interventi domiciliari, per proporre percorsi alternativi ed appropriati.

PIANO PER L'APPLICAZIONE E LA DIFFUSIONE DELLA MEDICINA DI GENERE

Con l'approvazione della legge 3/2018 "Applicazione e diffusione della Medicina di Genere nel Servizio Sanitario Nazionale" pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale del 31-01-2018, per la prima volta in Europa, viene garantito l'inserimento del "genere" in tutte le specialità mediche, nella sperimentazione clinica dei farmaci (nell'art.1) e nella definizione di percorsi diagnostico-terapeutici, nella ricerca, nella formazione e nella divulgazione a tutti gli operatori sanitari e ai cittadini (nell'art.3). In attuazione dell'articolo 3, comma 1, Legge 3/2018 è stato approvato il Piano nazionale per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere.

Regione Lombardia promuovere politiche sanitarie in ottica di genere, infatti con la "Delibera delle Regole di Sistema XI/2672/2019, del servizio sanitario e socio-sanitario regionale lombardo per l'esercizio 2020", ha recepito i capisaldi del "Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di

Genere". La direzione generale Welfare ha richiesto ai direttori generali delle strutture sanitarie lombarde di nominare un referente per la Medicina di Genere e di inviarne il nominativo alla referente regionale. L'intento è di costituire una rete che vedrà la partecipazione dei 35 rappresentanti finora nominati dai direttori generali di ogni ATS, ASST e IRCCS, e ha indicato gli obiettivi che le ASST devono raggiungere.

L'ASST di Mantova già nel 2020 ha nominato un referente aziendale organizzativo gestionale e un referente clinico per la promozione e implementazione della Medicina di genere e ha definito i seguenti obiettivi:

- prevedere nel Piano formativo aziendale la formazione in Medicina di Genere mediante pianificazione di attività formative trasversali finalizzate alla promozione e alla diffusione della cultura della Medicina di Genere attraverso iniziative rivolte al personale. A ciò occorre affiancare momenti di sensibilizzazione della popolazione dei territori di riferimento;
- iniziare a predisporre o aggiornare i PDTA in un'ottica di genere su determinate patologie, che consentano a livello aziendale e territoriale un approccio multidisciplinare e multiprofessionale alla malattia, promuovendo il lavoro di equipe attraverso l'integrazione e la comunicazione trasversale tra tutti gli operatori sanitari e sociosanitari coinvolti e monitorando e valutando gli effetti degli stessi mediante l'identificazione di indicatori di processo ed esito genere-specifici che permettano la valutazione e il monitoraggio dei percorsi avviati;
- promuovere la ricerca biomedica, farmacologica e psico-sociale basata sulle differenze di genere sull'utilizzo di dispositivi medici in un'ottica di genere, in particolare sviluppando alleanze e collaborazioni con altre realtà scientifiche.

PROCESSO DI DEMATERIALIZZAZIONE E SVILUPPO DELLA TELEMEDICINA

L'ASST di Mantova nel triennio 2022-2024 intende dare seguito al percorso già avviato negli anni precedenti inerente alla dematerializzazione delle prescrizioni e delle relative pubblicazioni dei referti.

Il processo di dematerializzazione punta a:

- sincronizzare la prescrizione medica con l'erogazione di farmaci e prestazioni specialistiche;
- controllare la spesa del Sistema Sanitario Nazionale;
- eliminare progressivamente i supporti cartacei.

L'ASST di Mantova si pone l'obiettivo di estendere il più possibile l'utilizzo della RNE (n° ricetta elettronica) apportando le modifiche organizzative e il necessario investimento tecnologico nei settori che, ad oggi, presentano criticità nell'utilizzo della ricetta dematerializzata.

In parallelo, nel corso del 2020, è stato attivato un servizio complementare alla medicina tradizionale, la Telemedicina, allo scopo di offrire la possibilità ai pazienti di rivolgersi direttamente on line agli specialisti senza doversi recare fisicamente in ospedale.

Grazie a questo nuovo servizio, infatti, è possibile supportare concretamente i pazienti, offrendo un particolare vantaggio soprattutto in questo momento storico, che impone una ridotta mobilità per il contenimento dei contagi da COVID -19.

Nel Triennio 2022-2024, L'ASST di Mantova intende proseguire nell'implementazione delle modalità di visita a distanza attraverso l'analisi delle branche specialistiche ove sia applicabile e l'adozione di percorsi e protocolli dedicati.

QUALITA' DELLE CURE – APPROPRIATEZZA – RISK MANAGEMENT

L'ASST di Mantova intende proseguire con le attività strategiche di miglioramento continuo e rivisitazione dei processi organizzativi, clinici ed assistenziali in un'ottica di efficacia ed appropriatezza delle cure, passando attraverso lo sviluppo esplicito di un sistema di sicurezza diffuso e di monitoraggio degli esiti in coerenza anche con il sistema di monitoraggio regionale.

Nella revisione del sistema di offerta, l'Azienda pone, in un'ottica di qualità e sostenibilità, particolare attenzione ad una maggiore appropriatezza sia prescrittiva che erogativa. Questo permetterà di prevenire e controllare i fenomeni di impropria distribuzione di prestazioni talvolta non necessarie che implicano un assorbimento non necessario di risorse, anche facendo leva sui percorsi e, più in generale, sulle innovazioni introdotte dalla riforma.

Diverse tematiche qualificheranno le azioni nell'ambito della promozione della qualità, dell'efficienza e dell'appropriatezza, e di integrazione ospedale-territorio.

Tra le tematiche di maggiore rilevanza individuate vi sono:

- Riclassificazione delle Strutture ospedaliere – sviluppo delle nuove reti e adeguamento rispetto all'aggiornamento del POAS, secondo le regole di autorizzazione ed accreditamento e sulla scorta delle indicazioni inerenti l'adeguamento dei requisiti strutturali generali e specifici.
- Sviluppo del progetto “Infermiere di Famiglia” ed i percorsi di presa in carico dei pazienti in una logica di prossimità come previsto dalle indicazioni regionali e nazionali
- Presa in carico proattiva dei bisogni di cura e di assistenza correlati alla cronicità
- Ottimizzazione dei processi di conservazione della documentazione nell'ambito della sicurezza dell'informazione
- Completamento dei processi di dematerializzazione e informatizzazione della documentazione sanitaria
- Sviluppo della Telemedicina
- Sviluppo di progettualità sulla tematica della psichiatria territoriale e delle REMS

- Sviluppo delle modalità FAD e video conferenze con piattaforma invisible farm
- Sviluppo del percorso di Certificabilità di Bilancio

La sfida maggiore sarà l'effettiva presa in carico dei pazienti che si realizza anche attraverso l'ulteriore implementazione del livello di integrazione tra il territorio e l'ospedale.

Tutti gli interventi, devono concorrere a creare sinergie e spinte fondamentali per il passaggio dal "governo dell'offerta" alla logica del "governo della domanda", promuovendo a tutti i livelli l'implementazione di un sistema proattivo orientato ai bisogni delle persone e alla loro presa incarico.

Nell'ambito della qualità delle prestazioni e degli esiti si inserisce anche il tema dell'accessibilità ai servizi e alle prestazioni del sistema socio sanitario. Esso costituisce una priorità strategica per il triennio. Le azioni su tale tematica si dovranno necessariamente sviluppare con il più ampio coinvolgimento possibile sia intra che extra aziendale, sfruttando tutte le opportunità introdotte dalla riforma per individuare la "corretta" risposta, nel "corretto" tempo, nel "corretto" percorso, dando, quindi, contenuto tangibile al concetto di passaggio "dalla cura al prendersi cura". Le progettualità devono offrire maggiori opportunità alle persone - sia in termini di attività legate all'accompagnamento delle persone in particolari condizioni di fragilità e bisogno sia intervenendo sulla riduzione dei tempi di attesa per la generalità dei soggetti che accedono al sistema.

L'applicazione della L.R. 23/2015 e delle direttive per la gestione e relativa presa in carico della cronicità e della fragilità del paziente cronico così come prevedono le DGR n. 4662 del 23/12/2015, n. 6164 del 30/01/2017 e il Piano Nazionale della Cronicità deliberato dal Ministero della Salute, nonché il potenziamento del SSN attraverso la L.R. 22/2021, permettono sicuramente un miglioramento del trattamento del paziente ma richiedono un forte coinvolgimento di tutte le Strutture Ospedaliere e Territoriali interessate che necessita di un significativo supporto formativo e un importante investimento informatico sulle Strutture coinvolte.

Proseguiranno le azioni volte al consolidamento e all'implementazione dell'omogeneizzazione a livello aziendale dei Protocolli Diagnostico Terapeutici e Assistenziali per la corretta ed uniforme gestione di numerose patologie mediche e chirurgiche con una logica di continuità con il territorio

Il processo di miglioramento del livello qualitativo delle prestazioni sarà attuato anche in riferimento alle indicazioni regionali e alla prospettiva di implementazione del Programma Integrato per il Miglioramento dell'Organizzazione, integrando sempre più le attività finalizzate al raggiungimento degli obiettivi che discendono dal sistema qualità e quanto previsto dagli standard della check-list regionale per l'autovalutazione delle aziende ospedaliere. In particolare saranno effettuati programmi di auditing interno ed esterno allo scopo di riesaminare le attività svolte, valutare il grado di allineamento alle buone prassi e standardizzazione dei comportamenti e valutare i risultati dell'attività svolta, anche in termini di "outcome".

L'anello di congiunzione tra queste attività rimane il modello di sviluppo basato sulla clinical governance.

Nell'ottica di integrare maggiormente gli sforzi, il metodo e le azioni di promozione e gestione della sicurezza clinica con i sistemi di sviluppo per il miglioramento continuo della qualità si intende proseguire con un piano integrato per la qualità ed il risk management che permette di ottimizzare risorse e progetti al fine di condividere, con tutte le strutture ed i servizi sanitari nonché gli staff, gli obiettivi sul miglioramento della qualità e della sicurezza comprendendo anche le attività previste per il progetto di valutazione delle performance qualitative di Regione Lombardia.

La sicurezza dei pazienti è uno dei fattori determinanti la qualità delle cure del SSR. La volontà della Direzione è, dunque, quella di promuovere, sostenere e diffondere un clima di fiducia e di promozione di una cultura proattiva dei rischi e del miglioramento continuo della qualità, tale da porre l'ASST di Mantova, quale punto di riferimento privilegiato della domanda di salute dei cittadini, garantendo loro sicurezza e qualità nell'offerta dei Servizi Sanitari. Obiettivo da realizzare attraverso il consolidamento e l'ulteriore sviluppo del grado di implementazione delle linee guida Ministeriali ed internazionali, mediante l'attuazione di progetti e la diffusione di protocolli e procedure operative in tema di sicurezza del paziente e delle cure. Prioritaria attenzione verrà data ai seguenti temi: area travaglio/parto, infezioni ospedaliere, sicurezza del paziente in sala operatoria, rischio nell'utilizzo dei farmaci.

Anche per il 2022 si andrà a definire un Piano di interventi che si orienterà su quanto desunto dalle indicazioni regionali nell'ambito di:

- attività condotte nel progetto regionale sulle valutazioni delle aziende sanitarie (sistema di autovalutazione) ed in particolare su quanto rilevato dagli audit interni ed audit clinici;
- attività relative ai percorsi di presa in carico che promuovano un processo di integrazione ospedale/territorio e tra le attività sanitarie e sociosanitarie,
- individuazione dei processi e percorsi di miglioramento comuni a tutte le strutture di ricovero e cura,
- formulazione di indicatori utili allo sviluppo di un data set per le aree del miglioramento clinico ed organizzativo, l'analisi dei trend e l'evidenza dei miglioramenti ottenuti,
- attività ricondotte nell'ambito del risk management a seguito dell'analisi degli eventi avversi/near miss ed eventi sentinella, sinistri, del benchmarking regionale e su quanto indicato dalle linee guida regionali di risk management nonché dalle indicazioni ministeriali in tema di sicurezza dei pazienti
- Attività ricondotte nell'ambito del mantenimento dei requisiti di accreditamento istituzionale
- Appropriatezza clinica ed assistenziale
- Sistema di auditing interno
- Indicazioni da regole di sistema.

La ASST già dall'anno 2020 e per tutto l'anno 2022 inoltre fornirà alle proprie articolazioni le indicazioni per la Gestione dell'emergenza SARS COV- 2 (COVID-19) e relativa rendicontazione.

Come già indicato nella nota Protocollo G1.2020.0018792 del 30/04/2020 e ribadito con nota G1.2021.002966 del 13/01/2022 di Regione Lombardia, viene coinvolto attivamente il risk manager nella gestione della pandemia COVID-19 nell'ambito del coordinamento della Unità di Crisi aziendale al fine di accompagnare le iniziative di volta in volta adottate con una logica di valutazione del rischio e di sviluppo di un metodo a supporto dei processi decisionali.

Le attività di risk management saranno, pertanto, a supporto della Direzione Strategica nella programmazione e pianificazione delle azioni stabilite per l'emergenza epidemiologica e per la gestione della crisi, anche con azioni di ulteriore sostegno ai programmi di "infection control" mirati alla diffusione delle buone pratiche in tal senso.

L'attività di rendicontazione terrà conto anche di quanto indicato nella Delibera del 7 ottobre 2020 della Corte dei Conti "Linee di indirizzo per i controlli interni durante l'emergenza da COVID-19" (Delibera n. 18/SEZAUT/2020/INPR) pubblicata in GU n.280 del 10-11-2020, con particolare riferimento al capitolo 2.5.3 del documento medesimo.

Al Risk Manager aziendale, quale coordinatore del Gruppo per la Gestione del Rischio, compete il compito di supportare tutte le figure interessate per i relativi aspetti di responsabilità, affinché si possano sviluppare interventi integrati e metodologicamente strutturati di gestione del rischio con tutte le figure preposte con una logica di facilitazione attraverso l'analisi di quanto messo in campo nel 2021, degli esiti delle azioni intraprese o in fase di sviluppo per tutto il 2022, allo scopo di predisporre un'analisi dei rischi specifici derivanti dall'evento pandemico, adeguando i propri modelli di monitoraggio al mutato quadro di riferimento, sia per quanto riguarda l'individuazione delle aree critiche che possono generare conseguenze agli utenti, sia per i possibili esiti legali di tali situazioni.

Le aree di monitoraggio che saranno oggetto di valutazione per tutta la durata dell'evento pandemico COVID 19 saranno le seguenti:

1. soluzioni organizzative emergenziali per la gestione dei pazienti COVID (esperienze di COVID hospital, isolamento di coorte, gestione domiciliare, telemedicina, altro)
2. riorganizzazione percorsi clinici assistenziali, protocolli clinici e terapeutici messi in campo e standard clinici ed assistenziali garantiti
3. soluzioni organizzative per la gestione di pazienti non COVID dettate dall'emergenza COVID e analisi del rischio sulle patologie non COVID che non sono state erogate per effetto dell'emergenza
4. disponibilità e gestione delle apparecchiature biomedicali, in particolare per la ventilazione, e tempi di utilizzo in relazione all'afflusso dei pazienti nelle aree COVID 19
5. interventi strutturali messi in atto

6. approvvigionamento e disponibilità nel tempo di DPI e gel antisettico per mani
7. gestione delle riaperture dei servizi rivolti a pazienti non COVID e mantenimento nel tempo dei servizi di emergenza.
8. percorsi adottati per evitare le infezioni crociate in ambito ospedaliero (trage differenziati, e suddivisione reparti COVID e non COVID, aree filtro per la vestizione e svestizione, ecc...) e loro monitoraggio e piano di sanitizzazione dei locali e delle superfici
9. analisi dell'andamento nel tempo dei casi COVID positivi, analisi dei ricoveri e delle dimissioni e dei posti messi a disposizione per l'emergenza.
10. analisi dei tassi di mortalità e di letalità
11. informazione ai pazienti sui rischi da COVID ed informazioni dei caregiver ed ai cittadini
12. sorveglianza territoriale dei pazienti positivi in isolamento domiciliare e dei loro contatti anche attraverso attivazione di modalità organizzative specifiche (USCA, Degenza di Sorveglianza, attività di diagnostica a domicilio, rete de MMG, ecc...)
13. interventi di integrazione con gli enti locali per soggetti con disagio sociale
14. formazione del personale sanitario e di supporto
15. sorveglianza sanitaria del personale e gestione dei DPI
17. supporto relazionale e psicologico degli operatori e dei pazienti

I temi su cui si porrà maggiore attenzione nella formulazione di eventuali proposte di miglioramento, con particolare attenzione alla implementazione di strumenti di gestione proattiva e di prevenzione, sono nei seguenti settori:

- gestione dei tamponi per lo screening e la diagnosi del COVID-19 rivolti al personale e agli utenti (gestione laboratoristica, modalità di erogazione, formazione degli operatori, analisi dei falsi positivi o negativi, ecc..)
- gestione delle vaccinazioni anti COVID-19 (organizzazione delle sedute vaccinali, rilevazione ed analisi delle reazioni vaccinali, gestione della catena del freddo, formazione del personale, ecc...)
- gestione dei Piani di Iperafflusso con integrazione degli specifici piani aziendali di emergenza COVID-19
- audit interni strutturati con l'obiettivo di valutare l'applicazione delle procedure /protocolli e analizzare le criticità in modo attivo e continuo
- gestione dei cluster epidemici in aree non Covid Nell'anno in corso verrà valutata dal Centro Regionale di gestione del rischio sanitario e sicurezza del paziente la possibilità, anche in relazione

alle necessità dei singoli erogatori del sistema, di effettuare survey sul campo per specifiche tematiche inerenti la gestione del COVID – 19.

Compatibilmente con le misure da mettere in atto per la gestione dell'emergenza COVID-19, in base alle priorità che di volta in volta ogni organizzazione dovrà attribuirsi, hanno la possibilità di sviluppare, o proseguire, i progetti operativi per promuovere l'implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali in tema di gestione del rischio clinico.

Si porrà particolare attenzione, eventualmente anche progettuale, compatibilmente con le priorità definite dalla epidemia pandemica da COVID – 19 su:

- rischio clinico in Travaglio/parto (triggers materno/fetali, l'analisi dei nuovi dati sulla sorveglianza della mortalità e dei near miss materni e perinatali);
- rischio di Infezioni nelle organizzazioni sanitarie e sepsi (PDTA, Check List Logistico-Organizzativa e audit, interfaccia con i piani del CIO);
- gestione del rischio clinico in sala operatoria ("Check List Chirurgia Sicura 2.0");
- gestione del rischio nell'utilizzo dei Farmaci e sull'antibiotico resistenza (raccomandazioni ministeriali 17 e 19, collegamento con farmacovigilanza);
- rischio da errori Trasfusionali (analisi congiunta delle criticità da reazione trasfusionali reazioni AB0 e collegamento con i referenti della sicurezza trasfusionale);
- rischio clinico in Pronto Soccorso;
- rischi connessi alla Telemedicina;
- violenza a danno degli operatori (implementazione raccomandazione n.8);
- gestione del rischio in ambito dell'impiego delle radiazioni ionizzanti (efficacia delle indicazioni regionali);
- rischio clinico negli Istituti Penitenziari;
- rischio clinico negli ambiti territoriali.

2.2.2. Ciclo delle performance – dimensioni di analisi ed indicatori – budget

Ai sensi del d.lgs. 150/2009, così come modificato dal d.lgs. 74/2017, ciascuna amministrazione pubblica è tenuta alla misurazione e alla valutazione della performance con riferimento all'amministrazione nel suo complesso, alle unità organizzative o aree di responsabilità in cui si articola e ai singoli dipendenti, ai fini del miglioramento della qualità dei servizi offerti e della crescita delle competenze professionali.

Il processo attraverso il quale si definiscono gli obiettivi e le relative risorse, si effettua il monitoraggio, si valutano e rendicontano i risultati ottenuti, è detto "Ciclo delle performance".

La *performance* è il risultato che si consegue svolgendo una determinata attività.

Il "risultato" è espresso *ex ante* come obiettivo ed *ex post* come esito.

La performance, la sua misurazione e la sua valutazione, sono concetti multidimensionali. Un risultato, infatti, si realizza per l'effetto congiunto di attività che si svolgono lungo diverse dimensioni: dall'organizzazione del lavoro all'impiego di risorse economiche e finanziarie o strumentali, dall'acquisto di beni e servizi al trasferimento di informazioni e risorse.

La misurazione implica la definizione di un sistema di indicatori adeguato a rilevare, in termini qualitativi, le dimensioni di performance. Il processo di valutazione consegue dal processo di misurazione e consiste nel confrontare i livelli raggiunti di performance con i risultati attesi.

Il nuovo art. 19-bis del d.lgs. 150/2009, come da d.lgs. 74/2017, ha introdotto innovazioni sulla disciplina relativa al coinvolgimento di cittadini ed utenti nel processo di misurazione della performance organizzativa.

Con le "Linee guida sulla valutazione partecipativa nelle amministrazioni pubbliche - n.4 ", pubblicate il 28 novembre 2019, il Dipartimento della funzione pubblica ha fornito le indicazioni metodologiche in ordine alle modalità attraverso le quali assicurare detto coinvolgimento.

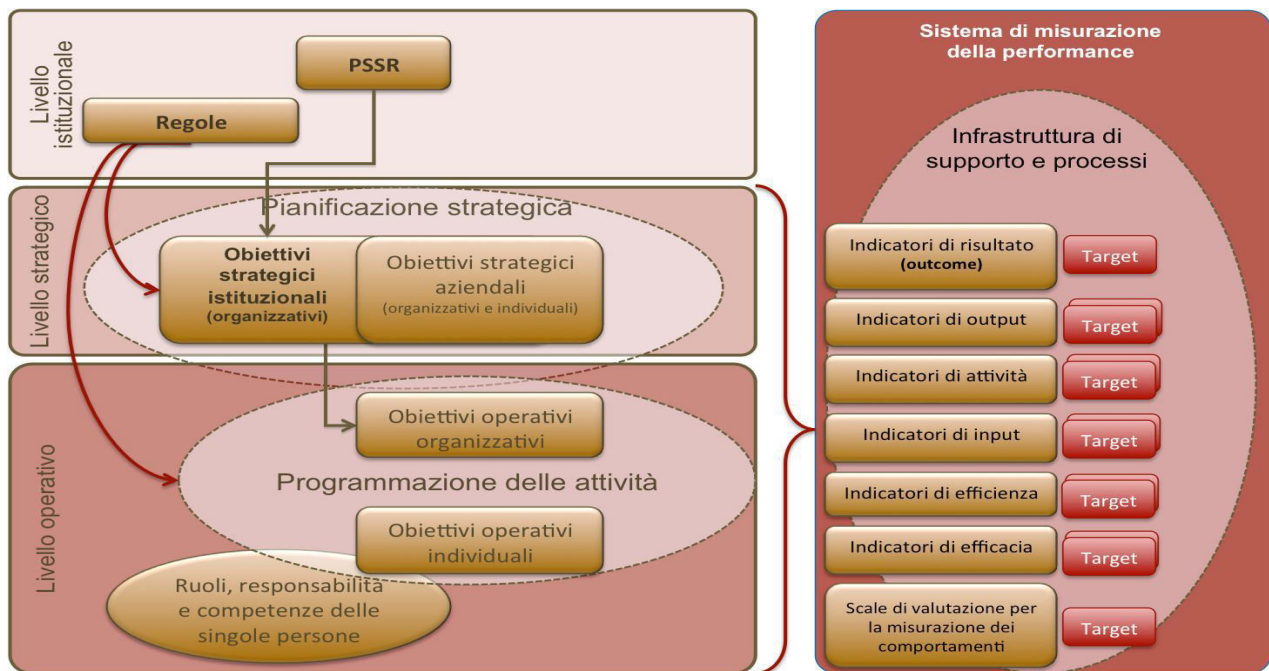
L'approfondimento conoscitivo delle recenti indicazioni condurrà quanto prima all'attivazione del processo di valutazione partecipativa.

Le dimensioni di monitoraggio degli obiettivi definiti nella presente sezione sono:

- efficienza (è la capacità di utilizzare le risorse umane, economico-finanziarie, strumentali (input) in modo sostenibile e tempestivo nel processo di erogazione del servizio (output).
- qualità dei processi e dell'organizzazione (rappresenta la corretta gestione clinico organizzativa dei processi sanitari)
- qualità dell'assistenza (esplicita il rapporto tra organizzazione ed assistito misurando la qualità della prestazione fornita)
- appropriatezza (intesa come modalità di erogazione più idonee ai fini di massimizzare la sicurezza ed il benessere del paziente e di ottimizzare l'efficienza produttiva ed il consumo di risorse)

- accessibilità e soddisfazione dell'utenza (è la capacità di adeguare l'erogazione del servizio ai bisogni di salute della popolazione assicurando equità di accesso alle prestazioni e ai servizi, a parità di altre condizioni, ponendo attenzione alla qualità percepita dal paziente)

Lo schema sottostante sintetizza la pianificazione/programmazione ai diversi livelli e il sistema di misurazione della performance



La Direzione Generale (livello strategico), in coerenza con la normativa nazionale, il PRS, il PSSR, le regole di sistema e il proprio contesto di riferimento, affianca gli obiettivi strategici aziendali a quelli istituzionali (obiettivi di mandato). Recependo, altresì, gli obiettivi economici e progettuali specifici del Contratto integrativo per la definizione dei rapporti giuridici con l'ATS, attraverso il processo di budget (livello operativo), declina le strategie in piani e obiettivi operativi, da perseguire nell'anno di esercizio, e li assegna ai vari Centri di Responsabilità (CdR).

Il ciclo della gestione della performance trova perfezionamento nell'ulteriore documento redatto a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, denominato "Relazione sulla performance" che evidenzia i risultati organizzativi ed individuali raggiunti.

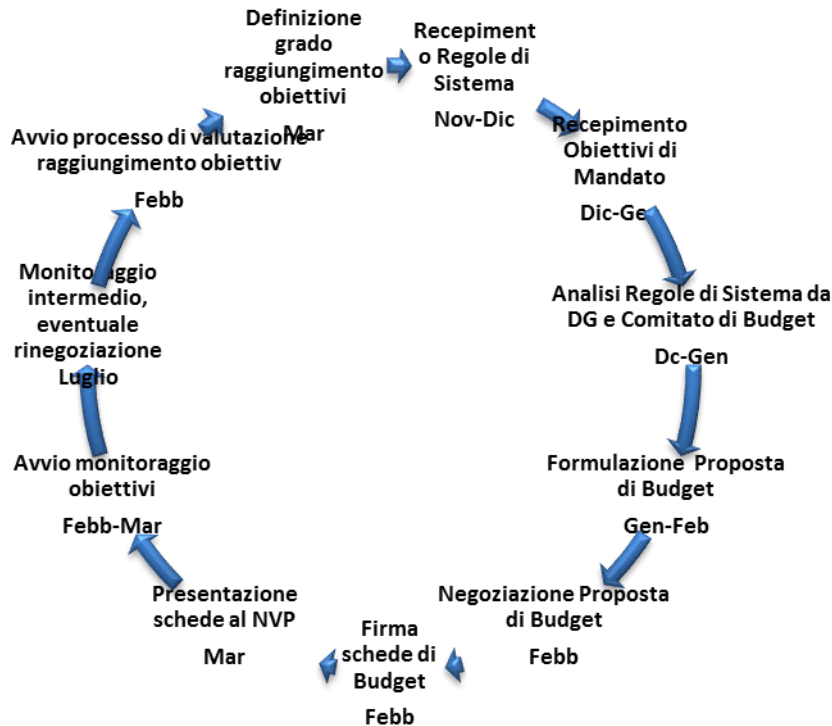
PROCESSO DI BUDGET

All'inizio dell'anno il processo di budget viene avviato:

- **a livello di Direzione:** la Direzione Aziendale stabilisce i nuovi indirizzi ed obiettivi annuali, gli indicatori e le responsabilità rispetto alla realizzazione degli stessi

- **a livello di Struttura:** i Direttori delle Strutture Complesse, valutato il raggiungimento degli obiettivi di Struttura dell'anno precedente e le eventuali criticità, propongono alla Direzione Aziendale obiettivi di miglioramento.

Tempistiche:



Conclusa la negoziazione tra Direzione Strategica e Dipartimenti, gli obiettivi, individuati tenendo conto delle risorse disponibili, delle attività da realizzare e dei tempi necessari, vengono sintetizzati nella scheda di budget. Quest'ultimo documento esplicita a tutti gli attori il contenuto del budget ossia gli obiettivi condivisi.

Successivamente il Direttore di Struttura provvederà a declinare tali obiettivi al personale dipendente.

La gestione del ciclo della performance si rispecchia negli strumenti definiti in contrattazione collettiva integrativa con le organizzazioni sindacali della dirigenza e del comparto. In particolare per la dirigenza la disciplina relativa ai premi correlati alla performance prevede una quota premiante legata ad obiettivi comuni all'equipe e una quota correlata invece alla tipologia di incarico e connessa ad obiettivi specifici attribuiti ai singoli dirigenti.

Gli obiettivi vengono assegnati annualmente nell'ambito della scheda di budget definita per la struttura alla quale il singolo dirigente è assegnato. Pertanto i dirigenti medici e i dirigenti sanitari sono attributari di obiettivi definiti contestualmente e coerentemente formulati per la dirigenza della

stessa struttura. Per i dirigenti appartenenti a profilo professionale costituente unico riferimento di servizio aziendale può essere definita una specifica e dedicata scheda (es. farmacisti, fisici, dirigenti PTA).

Il riconoscimento della premialità tiene conto sia del fattore presenza sia della graduazione del livello di impegno espresso del singolo dirigente per il raggiungimento degli obiettivi della struttura definito dal direttore della stessa ovvero del livello di raggiungimento degli obiettivi assegnati in base alla tipologia di incarico dirigenziale attribuito al singolo dirigente.

La maggiorazione del premio individuale prevista dal CCNL è attribuita a un limitata entità di personale che consegua nella performance annuale le valutazioni più elevate.

Per il personale del comparto (non dirigenziale) con le organizzazioni sindacali sono stati identificati i criteri che valorizzano analogamente il contributo individuale reso da ogni dipendente ai fini del raggiungimento degli obiettivi della struttura. A tali fini viene preso in considerazione il fattore presenza, la valutazione annuale effettuata dal diretto responsabile, nonché la categoria contrattuale di appartenenza del singolo dipendente, con possibilità di variare il mix di tali criteri di volta in volta in base allo specifico contenuto degli obiettivi assegnati.

Sono altresì oggetto di valutazione le aree comportamentali modulate in base alla specifica area professionale. La maggiorazione del premio individuale è attribuita a una limitata quota di personale che consegue le valutazioni più elevata.

Con cadenza mensile si procede alla verifica degli eventuali scostamenti dagli obiettivi economici e di alcuni di quelli riguardanti l'accessibilità alle prestazioni. Per quanto attiene i restanti obiettivi la periodicità della verifica è legata alla tipologia degli stessi ed al relativo indicatore.

In caso di scostamenti rispetto al budget, dovuti a eventi non previsti né prevedibili che hanno impattato significativamente sulle dinamiche gestionali, può essere necessaria una revisione dello stesso che ne riconduca gli elementi a dimensioni che possano considerarsi effettivamente responsabilizzanti.

Al termine dell'esercizio, le schede di budget sono oggetto di valutazione: a ciascun obiettivo presente nella scheda di budget viene assegnato un peso percentuale ed il raggiungimento, parziale o totale dell'obiettivo, determinerà il valore finale.

Sommati tutti i valori relativi ai singoli obiettivi (tali valori sono calcolati come il prodotto tra il peso dell'obiettivo e il grado di raggiungimento) si determinerà il punteggio della scheda di valutazione, che rappresenta la performance del Dipartimento ed a cascata la performance della Struttura.

2.2.3. Indicatori per la misurazione della performance

Obiettivi legati alla Tematica Epidemiologica Covid

Obiettivo	Indicatore	Risultato atteso			
		2021	2022	2023	2024
Applicazione azioni relative agli obiettivi regionali dal 2022 (tabella pag. 23)	In relazione a ciascun obiettivo specifico		Pieno raggiungimento	Mantenimento del risultato	Mantenimento del risultato
Riclassificazione delle Strutture ospedaliere – sviluppo delle nuove reti e adeguamento rispetto all'aggiornamento del POAS, secondo le regole di autorizzazione ed accreditamento (vincolato all'evoluzione e ai tempi dello stato di emergenza)	Evidenza documentale (decreti di accreditamento, verbali di sopralluogo e istanze di ASST) Formalizzazione delle nuove reti ospedaliere	Avvio dei processi (secondo cronologie e piani predefiniti)	Proseguimento del percorso	Completa-mento	Consolidamento
Sviluppo delle organizzazioni e dei percorsi in piena coerenza con la normativa inerente la gestione del covid, in particolare: <ul style="list-style-type: none"> • Vaccinazioni • Sorveglianza sanitaria e gestione DPI secondo l'applicazione del decreto 81 • Percorsi specifici Covid nell'ambito del Piano del Risk Management 	1) Vaccinazioni <ul style="list-style-type: none"> • Formalizzazione della procedura delle vaccinazioni, • Evidenza documentale del piano vaccinazioni • Dati sulla copertura vaccinale 2) Sorveglianza sanitaria (Decreto 81) <ul style="list-style-type: none"> • evidenze documentali delle procedure • Tasso di Copertura di screening sul personale • Report del Risk Management 3) Percorsi specifici	Vaccinazioni: Produzione delle procedure elaborazione del piano Assicurare la copertura richiesta secondo le indicazioni regionali Sorveglianza sanitaria: Formalizzazione della procedura Copertura di screening sul personale secondo le procedure aziendali Percorsi Covid: Formalizzazione dei percorsi	Consolidamento	Mantenimento	Mantenimento

	Covid <ul style="list-style-type: none"> Evidenza documentale dei percorsi Report del Risk Management 	rispetto delle linee guida regionali. Aderenza ai percorsi come da sistema di Audit			
Sviluppo del progetto "Infermiere di Famiglia"	Evidenza Documentale Numero casi attivati Formazione: percentuale di soggetti formati rispetto agli individuati e attivati per il ruolo	Formalizzazioni e Attivazione del percorso Indicatore della formazione con valore ALMENO 90%	Quantità personale attivato e formato corrispondente alla dotazione prevista per bacino di utenza secondo la normativa Regionale	Mantenimento	Consolidamento

Obiettivi legati alla Tematica Sviluppo e consolidamento delle attività qualitative ed organizzative

Obiettivo	Indicatore	Risultato atteso			
		2021	2022	2023	2024
Presenza in carico proattiva dei bisogni di cura e di assistenza correlati alla cronicità	Numero arruolamenti proattivi <i>frequent user</i> ASST Mantova	Almeno 10% arruolamenti sul target pazienti arruolabili	Trend incrementale	Consolidamento	Consolidamento
Ottimizzazione dei processi di conservazione della documentazione nell'ambito della sicurezza dell'informazione	Evidenza documentale	Rispetto delle azioni previste dall'Action Plan	Rispetto delle azioni previste dall'Action Plan	Rispetto delle azioni previste dall'Action Plan	Rispetto delle azioni previste dall'Action Plan
Completamento dei processi di dematerializzazione	Dati del sistema informativo SISS	<ul style="list-style-type: none"> Incrementare la pubblicazione dei referti su FSE del cittadino e su dossier (Galileo) facilitando la consultazione a fini sanitari. (Piano Siss 	Trend Migliorativo	Trend Migliorativo	Trend Migliorativo

		2020) <ul style="list-style-type: none"> estensione l'utilizzo di modalità prescrittiva dematerializzata come da indicazioni regionali (2021 ≥ 2020) 			
Completamento del progetto cartella informatizzata	Evidenza documentale delle azioni previste dal GIDSS (Piano triennale)	Rispetto del piano triennale	Rispetto del piano triennale	Rispetto del piano triennale	Rispetto del piano triennale
Rispetto delle adempienze e degli obiettivi del Piano aziendale della Prevenzione della corruzione e della trasparenza: chiusura delle azioni previste dal piano stesso	Nr. azioni previste dal piano chiuse/azioni previste dal piano	100%	100%	100%	100%
Ottimizzazione dei processi di gestione delle scorte e ottimizzazione dei flussi informativi interni ed esterni sulla gestione dei costi	Dati dai flussi informativi Evidenza documentale	PER ARMADIETTI: <ul style="list-style-type: none"> implementare le anagrafiche dei prodotti Dispositivi medici almeno per il 50% delle giacenze PER ARMADIO FARMACI <ul style="list-style-type: none"> individuazione reparto pilota per Inventario farmaci con penna ottica PER ALTRE UU.OO. CON LETTI DEGENZA: <ul style="list-style-type: none"> compilazione di check list farmaci 	Ottimizzazione	Ottimizzazione / Consolidamento	Consolidamento

		necessari all'attività specialistica in termini di individuazione di valori di scorta minima, massima (e punto di riordino) dei codici prodotto farmaci (100% compilazioni)			
Implementazione e monitoraggio delle raccomandazioni ministeriali sul Rischio Clinico	Evidenza documentale e dati informativi per ogni risultato specifico atteso	Pieno raggiungimento di tutte le raccomandazioni ministeriali e rendicontazione all'osservatorio delle nuove pratiche AGENAS	Pieno raggiungimento di tutte le raccomandazioni ministeriali e rendicontazione all'osservatorio delle nuove pratiche AGENAS	Pieno raggiungimento di tutte le raccomandazioni ministeriali e rendicontazione all'osservatorio delle nuove pratiche AGENAS	Pieno raggiungimento di tutte le raccomandazioni ministeriali e rendicontazione all'osservatorio delle nuove pratiche AGENAS
Piena applicazione dei percorsi nel rispetto delle pari opportunità	Evidenze documentali	Nr. azioni previste dal piano chiuse/azioni previste dal piano	Consolidamento	Consolidamento	Consolidamento
Implementazione della Medicina di genere nei percorsi clinici assistenziali	Evidenze documentali	N° eventi formativi erogati/n° eventi previsti	N° PDTA aggiornati/ N° PDTA individuati	Consolidamento attività	Consolidamento attività
Formazione: sviluppo delle modalità FAD e video conferenze con piattaforma invisible farm	Numero conferenze in tale modalità rispetto al totale delle conferenze Evidenze documentali	Avvio del sistema	Effettuazione dei corsi FAD previsti	Consolidamento	Consolidamento

2.3. RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

2.3.1. Gli strumenti per la prevenzione della corruzione e gli obiettivi strategici

L'ASST di Mantova ha provveduto a valutare il livello di esposizione al rischio corruttivo e ad individuare gli interventi organizzativi sostenibili, volti a prevenire il medesimo rischio, mediante il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ([PTPCT](#)) 2022-2024, adottato con decreto n. 341 del 14 aprile 2022 e pubblicato sul sito web aziendale, nella sezione "Amministrazione trasparente-Altri contenuti-Prevenzione della Corruzione"

Nel presente documento viene declinata una sintesi del richiamato Piano, al quale si rimanda per gli elementi di dettaglio, e si dà atto di alcune novità.

Per individuare gli interventi, nella prima fase sono state raccolte ed esaminate le relazioni dei Dirigenti, predisposte per il monitoraggio annuale del PTPCT 2021-2023, e la Relazione del RPCT anno 2021, verificata dal Nucleo di valutazione nella seduta del 26 gennaio 2022 e pubblicata sul sito web aziendale.

Nel contempo sono state vagliate le variazioni del contesto esterno e di quello interno.

Tutte le analisi hanno consentito di presentare alla Direzione Strategica aziendale gli elementi utili all'individuazione degli **obiettivi strategici** per il 2022-2024, elencati di seguito, da realizzare mediante le misure di prevenzione indicate nel PTPCT:

- attivare efficaci strategie di prevenzione della corruzione, aggiornando, ove necessario, l'analisi del rischio corruttivo, effettuata da ultimo nel corso del 2020, nel rispetto della metodologia introdotta dal Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) 2019;
- creare un contesto sfavorevole alla corruzione mediante la formazione nelle tematiche dell'etica, della trasparenza e della legalità;
- implementare la trasparenza quale strumento di comunicazione e garanzia per i cittadini, oltre che misura di prevenzione della corruzione, promuovendo il rispetto dei criteri di qualità dei dati e potenziando, ove possibile, l'automatizzazione dei processi di pubblicazione;
- orientare le politiche di prevenzione della corruzione e della *maladministration* allo sviluppo organizzativo dell'Azienda avvalendosi anche del PIAO.

Tali obiettivi sono espressione dei valori, dell'etica e della cultura della legalità che l'ASST di Mantova pone alla base della propria azione istituzionale.

Gli *stakeholder* sono stati chiamati a partecipare alla redazione del Piano mediante un avviso pubblicato sulla homepage del sito web aziendale dall'11 al 21 gennaio 2022. Non sono pervenute osservazioni, proposte o richieste di integrazioni.

A seguito della chiusura della consultazione si è proceduto alla presentazione del Piano al Nucleo di Valutazione (NV) dell'ASST di Mantova, in qualità di soggetto con funzioni analoghe a quelle previste per l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV).

La proposta definitiva è stata sottoposta all'esame della Direzione Strategica che ha condiviso i contenuti e li ha adottati con il richiamato Decreto n. 341 del 14 aprile 2022.

Fanno parte del sistema di strumenti che concorrono a dare attuazione in modo integrato e pianificato agli obiettivi di prevenzione previsti dalla L. n. 190/2012:

- il Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS);
- il [Piano delle performance](#) (art. 1, comma 8-bis, della L. n. 190/2012) e gli obiettivi annuali di budget.

Nel Piano delle performance 2022-2024 sono previsti obiettivi, indicatori, tempistiche e responsabilità dei risultati da conseguire con l'attuazione delle misure per la prevenzione della corruzione nel duplice ambito:

- *performance* organizzativa (art.8, D.Lgs. n.150/2009);
- *performance* individuale (art.9, D.Lgs. n.150/2009):
 - obiettivi assegnati al personale dirigenziale attraverso il sistema di budgeting;
 - obiettivi assegnati, in particolare, al personale che opera nelle aree a rischio in occasione dell'assegnazione degli obiettivi per la valutazione individuale.

I macro obiettivi di *performance*, richiamati di seguito, trovano la concreta declinazione attraverso il presente Piano.

FINALITÀ STRATEGICA	OBIETTIVO	ATTIVITÀ DA INTRAPRENDERE	INDICATORE	TEMPISTICHE	RESPONSABILITÀ
Attivare efficaci strategie di prevenzione della corruzione	Favorire un'ampia partecipazione alla predisposizione del PTPCT 2022-2023-2024	Raccolta di contributi per individuare le priorità d'intervento	Consultazione degli stakeholder dell'ASST	Entro il 30.04.2022	RPCT
	Progettare adeguati strategie di prevenzione della corruzione	Raccolta di tutte le informazioni utili all'analisi del contesto esterno ed interno	Elaborazione, adozione e pubblicazione del PTPCT 2022-2023-2024	30.04.2022	RPCT Dirigenti e Responsabili delle articolazioni aziendali
	Valutare l'efficacia delle strategie di prevenzione sottese al PTPCT 2022 - 2023-2024	Raccolta di relazioni, esiti di monitoraggio, dati, etc.	Elaborazione e pubblicazione della Relazione del RPCT – anno 2022	indicate da A.N.AC.	RPCT
	Attuare correttamente le misure specifiche di prevenzione programmate nel PTPCT 2022-2023-2024	Controlli da parte dei responsabili delle misure di trattamento del rischio	Rispetto delle tempistiche di monitoraggio delle misure di trattamento del rischio	indicate nel Piano di trattamento del rischio	Dirigenti e Responsabili delle articolazioni aziendali
	Valutare l'efficacia delle misure di trattamento del rischio programmate nel PTPCT 2022-2023-2024	Raccolta, in una relazione al RPCT, degli esiti di monitoraggio, dati, etc.	Valutazione del piano di trattamento del rischio	Al 30/06/2022 e al 15/11/2022	Dirigenti delle articolazioni aziendali

	Supportare il RPCT con un bagaglio formativo adeguato alle funzioni richieste	Programmare la partecipazione a corsi specialistici	Formazione specialistica del RPCT	2022 2023 2024	RPCT e Servizio Formazione aziendale
Innalzare il livello qualitativo della formazione nelle tematiche dell'etica e della legalità	Sensibilizzare i dipendenti sui temi dell'etica e della legalità	Programmare la partecipazione a corsi di base	Formazione sull'etica e sulla legalità rivolta in via prioritaria al personale neoassunto.	2022 2023 2024	RPCT Tutte le articolazioni aziendali
	Supportare i dipendenti con un bagaglio formativo adeguato alle funzioni richieste per l'attuazione di misure programmate nel PTPCT 2022-2023-2024	Programmare la partecipazione a corsi specialistici	Formazione specialistica diretta ad approfondire la materia dell'anticorruzione rispetto a taluni processi aziendali	2022 2023 2024	RPCT e articolazioni aziendali
Creare un contesto sfavorevole alla corruzione	Fornire ai dipendenti uno strumento che dia loro supporto nell'individuare i doveri di comportamento più idonei a rafforzare il sistema aziendale di prevenzione della corruzione	Diffusione a tutti i dipendenti dell'aggiornamento del Codice di comportamento aziendale, secondo le linee guida A.N.AC. approvate con delibera n. 177 del 19/02/2020, e diffusione	Diffusione mediante il sito internet istituzionale, con la pubblicazione nella sezione "Amministrazione trasparente", la rete intranet aziendale e i contratti individuali di lavoro (questi ultimi dovranno riportare il link per accedere al documento aziendale).	31/12/2022 diffusione 2023 diffusione 2024 diffusione	RPCT
Implementare la trasparenza come strumento di comunicazione e garanzia per i cittadini, oltre che misura di prevenzione della corruzione	Promuovere la visione degli obblighi di pubblicazione come strumento per comunicare con i cittadini	Assolvere gli obblighi di pubblicazione nelle forme, modi e tempi previsti dalla normativa vigente	Puntuale alimentazione della sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web aziendale e potenziamento dell'informatizzazione dei flussi documentali	Indicare nella griglia allegata al PTPCT	Tutte le articolazioni aziendali
Orientare le politiche di prevenzione della corruzione e della <i>maladministration</i> allo sviluppo organizzativo dell'Azienda	Utilizzare l'esperienza maturata nel corso della gestione dell'emergenza sanitaria da COVID-19 per consolidare e sviluppare un'organizzazione agile e reattiva nei casi di emergenze sanitarie di vasta portata.	Analisi dei processi alla luce dell'esperienza maturata con l'emergenza sanitaria da COVID-19 e delle relative normative	Evidenza, nell'analisi dei processi, delle valutazioni effettuate rispetto al tema in parola	2022 2023 2024	Tutte le articolazioni aziendali

- il Progetto Integrato per il Miglioramento dell'Organizzazione (PrIMO)
L'obiettivo del Sistema Pr.I.M.O. è promuovere un sistema di valutazione della qualità e sicurezza del Paziente presso le strutture sanitarie, anche attraverso l'integrazione dei sistemi di valutazione delle performance aziendali con la gestione della qualità e del rischio.
Dalle valutazioni effettuate dal Piano integrato del miglioramento della ASST verranno avviate misure correttive che confluiranno nel percorso di budget, negli obiettivi RAR e di *performance* del personale, oltre nel piano annuale di formazione.
- il [Codice di Comportamento](#), adottato con Decreto ASST n. 99 del 01/02/2022, integrato e coordinato con le disposizioni normative che individuano le tipologie di sanzioni disciplinari associate alle violazioni dei doveri di comportamento (le disposizioni normative in parola, per il personale dipendente del [comparto](#) e della [dirigenza](#), sono consultabili sul sito web aziendale)
- il Piano di Formazione Aziendale;
- il [Regolamento aziendale per la disciplina degli incarichi extraistituzionali](#), adottato con Decreto ASST n. 1663 del 31/12/2020.

2.3.2. Analisi del contesto esterno

L'analisi del contesto esterno ha l'obiettivo di evidenziare come le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente nel quale l'amministrazione si trova ad operare possano favorire fenomeni corruttivi e, al tempo stesso, condizionare la valutazione del rischio ed il monitoraggio dell'idoneità delle misure di prevenzione.

Di seguito si dà atto di alcuni degli elementi considerati.

Dall'indagine del Sole 24 Ore sul benessere nei territori nell'anno 2021, la provincia di Mantova risulta al 47° posto della classifica nazionale.

Sul piano economico conserva una forte vocazione agricola ed agro-alimentare, pur avendo nel territorio un considerevole numero di imprese (superiore a 40.000 secondo i dati ufficiali del 2016). È notevole anche l'allevamento suinicolo e bovino.

L'ASST di Mantova, con i propri Presidi Ospedalieri, le ulteriori strutture sanitarie ad essa afferenti, i Poliambulatori e le sedi territoriali, offre copertura sanitaria su tutto il territorio provinciale, allo scopo di assicurare livelli di erogazione di prestazioni di elevata qualità in totale sicurezza sia per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera che quella ambulatoriale.

Relativamente al rapporto dell'Azienda con gli operatori economici si segnala che l'attività di approvvigionamento dei Dispositivi Medici e dei Farmaci, così come quello dei Beni patrimoniali di Investimento, viene svolta nell'ambito del sistema a rete degli acquisti del Servizio Sanitario Regionale delineato dalla legge regionale 5 agosto 2014, n. 24 e secondo le Regole di Sistema annualmente approvate con Delibera di Giunta Regionale.

Gli acquisti effettuati, in particolare per le categorie di cui al DPCM 11/07/2018, avvengono secondo la seguente gradazione:

- in adesione a Convenzioni ARCA/Consip;
- in aggregazione all'interno dell'Unione d'Acquisto di riferimento;
- solo in via residuale, in forma singola.

Anche per il 2022, l'ASST di Mantova ha i seguenti obiettivi:

- il pieno rispetto della gradazione degli acquisti, come sopra declinata;
- il rispetto dell'iter autorizzativo, in caso iniziative regionali già attivate e/o in attivazione e/o in corso per garantire l'approvvigionamento nelle more della stipula di convenzione (rif. anche circolare MEF febbraio 2016);
- l'utilizzo delle piattaforme Sintel/MEPA (Sintel prioritario, in considerazione dell'obbligo di utilizzo derivante dall'art. 1, comma 6-ter, della legge regionale n. 33/2007);

In via residuale rispetto alle procedure centralizzate, l'Azienda procede attraverso forme di acquisizione aggregata, tramite le unioni formalizzate di acquisto tra Aziende sanitarie il cui perimetro è definito da Regione Lombardia.

Obiettivo aziendale è di incrementare ulteriormente le procedure centralizzate/aggregate, in particolare per quanto riguarda la categoria dei dispositivi medici, migliorando in particolare l'adesione alle convenzioni centralizzate di ARCA S.p.a. allo scopo di ottenere risparmi di spesa, in un'ottica di integrazione del sistema e di una funzione acquisti strutturata a rete su base regionale.

Le fasi di programmazione e di progettazione sono essenziali al fine di generare un processo efficace ed efficiente di acquisto, nel quale la stazione appaltante non si limita a declinare il fabbisogno, ma ne realizza anche una compiuta analisi, da un punto di vista tecnico, così da poter avviare la corretta modalità di esecuzione dell'affidamento.

Al fine di coordinare i diversi livelli di acquisto, risulta essenziale il puntuale monitoraggio e controllo di tutte le fasi del processo d'acquisto, partendo da una corretta programmazione dei fabbisogni, per un corretto espletamento delle procedure e per avere delle tempistiche di gara correlate alle reali esigenze clinico/gestionale di questa ASST, fino alla verifica dell'utilizzo dei beni e servizi acquistati, con una altrettanto puntuale e accurata attività di controllo dell'esecuzione dei contratti.

Con decreto n. 1513 del 30/12/2021 è stata autorizzata l'indizione delle procedure per gli acquisti di importo inferiore alla soglia per gli affidamenti diretti, secondo le disposizioni della normativa vigente.

Con decreto n. 443 del 12/05/2022 è stata approvata la programmazione biennale acquisti di beni e servizi (anni 2022-2023).

Con decreto n. 433 del 12/05/2022 è stato approvato il Programma Triennale dei Lavori Pubblici 2022/2024.

Riguardo ai rischi legati alla criminalità, l'Osservatorio permanente sulla legalità, costituito dal 2017 dal Consiglio del Comune di Mantova, nella relazione presentata il 4 dicembre 2021 ha concluso che

“nonostante una tendenziale diminuzione dei reati generali, ci sono arresti, dati e sentori sui quali bisogna riflettere riguardo alle infiltrazioni delle mafie sul territorio mantovano”.

L'ASST di Mantova non è stata interessata da fatti criminosi, ad ogni modo, mantiene alto il livello di attenzione ed attua ogni possibile intervento di sensibilizzazione rispetto al tema della corruzione affinché non venga mai meno l'adeguato presidio dei rischi, soprattutto nel settore dei contratti pubblici.

2.3.3. Analisi del contesto interno

L'emergenza Coronavirus che l'ASST di Mantova sta affrontando dal 21 febbraio 2020 ha avuto ed ha un importante impatto sull'organizzazione e sulla pianificazione strategica delle attività. Di rilievo è stata ed è anche l'attività di vaccinazione anti COVID-19.

L'Azienda, dopo aver raggiunto una buona copertura della popolazione con due dosi, sta procedendo con la somministrazione del vaccino agli utenti della fascia di età 5-11 anni ed alla somministrazione della dose booster alla popolazione adulta.

Dal mese di marzo 2022 è stata intrapresa la somministrazione della quarta dose ai pazienti fragili ed è stato introdotto un nuovo vaccino, di tipo ricombinante, destinato agli utenti che non hanno ricevuto alcuna dose.

A seguito del venir meno dell'entità della popolazione da sottoporre a vaccinazione viene rimodulata l'offerta, in particolare attraverso la riduzione dei centri vaccinali, anche al fine del contenimento della spesa e dell'ottimizzazione dell'uso delle risorse.

Tra le azioni finalizzate al corretto espletamento della procedura vi sono un puntuale controllo dell'identità delle persone da vaccinare e la verifica e digitalizzazione delle esenzioni da vaccino.

Viene curata in modo particolare l'informazione alla cittadinanza.

L'Azienda pone in essere, altresì, le azioni necessarie alla formazione ed al monitoraggio della corretta applicazione delle indicazioni ministeriali e regionali attraverso audit dedicati.

Si evidenzia, infine, che è stato già predisposto il piano per la gestione di eventuali recrudescenze della pandemia.

Realizzazione delle progettualità inerenti al Piano Nazionale di Ripresa e di Resilienza (PNRR)

Per l'attuazione della *missione 6C1 del Piano nazionale di ripresa e resilienza - reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale* – Regione Lombardia, su proposta di A.T.S. della Val Padana, ha stanziato finanziamenti a favore della A.S.S.T. di Mantova finalizzati alla realizzazione di Case di Comunità, di Ospedali di Comunità e di Centrali Operative Territoriali.

Il Ministero della Salute, ai sensi dell'articolo 10 del D.L. n. 77/2021, quale "amministrazione centrale titolare dell'investimento", ha reso disponibile ai Soggetti Attuatori e ai Soggetti Attuatori Esterni degli interventi finanziati a valere sulle risorse del PNRR il supporto tecnico-operativo prestato dall'Agenzia nazionale per l'attrazione degli investimenti e lo sviluppo d'impresa S.p.A. (di seguito "INVITALIA").

Regione Lombardia, in qualità di Soggetto Attuatore (cfr. art. 1, co. 4 lett. o del D.L. n. 77/2021), ha delegato l'ASST di Mantova quale Soggetto Attuatore Esterno.

L'ASST intende avvalersi della richiamata INVITALIA quale Centrale di Committenza che, ai sensi degli articoli 37, comma 7, lett. b), e 38 del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50, recante "Codice dei contratti pubblici", provvederà alla indizione, gestione e aggiudicazione delle procedure di gara per l'affidamento di lavori e servizi di ingegneria e architettura per la nuova edificazione, la ristrutturazione e la riqualificazione degli edifici, anche di quelli sottoposti a tutela, quali Case di Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali.

Il sistema informativo socio sanitario

L'anno in corso vedrà tra i principali progetti in campo amministrativo l'attivazione di una nuova piattaforma ERP per la gestione integrata dei processi Economico Finanziari, Gare e Contratti, Farmacia e Logistica in grado di creare un ecosistema digitale moderno, basato su codice open source come anche indicato dalle Linee guida per l'acquisizione e riuso software PA di AgID; tale piattaforma sarà integrata con i principali nodi regionali e nazionali tra cui NRO/NSO/NECA/PagoPa/MEF/PCC, ecc.

Si procederà anche con le attività di dematerializzazione dei consensi.

Sono stati resi disponibile nel corso dell'anno 2021 le piattaforme che permettono la gestione informatizzata per la refertazione, la firma digitale e l'inserimento in Dossier sanitario di:

- ECG che vengono prodotti all'interno dell'Azienda tramite Elettrocardiografi di nuova generazione; la piattaforma può tecnicamente essere espansa per poter raccogliere anche le richieste provenienti da altri reparti relativamente alla richieste di refertazione digitale da remoto dei tracciati;
- gestione delle ecografie di Ostetricia (viewpoint): integrazione del sistema verticale dipartimentale con MPI (Master Patient Id), per la ricezione dell'anagrafica ed allineamento anagrafico; integrazione con il CUP per la ricezione degli ordini e ritorno erogato; firma digitale del referto con la smart card dell'operatore SISS; e invio del referto firmato al repository centrale Galileo.

Proseguono le attività di digitalizzazione dei processi sanitari con particolare attenzione all'evoluzione e distribuzione della Cartella Clinica Elettronica (CCE) presso:

- Cure Palliative domiciliari: dove le equipe oltre ad avere disponibile la piattaforma per la

gestione dei pazienti saranno in grado di rendere digitale il processo già dal domicilio del paziente poiché potranno accedere alla CCE tramite dispositivi mobili;

- Cure Palliative residenziali (Hospice);
- SPDC sede di Borgo Mantovano;
- Cardiologia Borgo Mantovano;
- Medicina Borgo Mantovano;
- Medicina Asola.

Sono in fase di terminazione anche le attività che riguardano:

- Oculistica: attivazione del modulo software Optinet per la gestione integrata dei due strumenti presenti presso l'Oculistica di Mantova con relative integrazioni con Anagrafe Aziendale, CUP, Firma digitale dei referti, Invio dei referti al DSE (Galileo);
- Cartella APO: attivazione della porzione di cartella clinica destinata ad APO anche dopo aver fatto attività di formazione ed accompagnamento al go-live.

Entro il 2022 cominceranno ad essere sviluppati, tra gli altri, i progetti di innovazione tecnologica per implementare i sistemi di pagamento Pago-PA accoglienza ed estensione all'uso della piattaforma PAgoPa tramite l'attivazione di totem multimediali in grado anche di permettere la raccolta dei referti di laboratorio e di radiologia sul territorio e di una piattaforma sw in grado di semplificare le procedura di accoglienza del cittadino e disintermediare progressivamente gli sportelli CUP.

Gli attori della prevenzione della corruzione

I soggetti che concorrono attivamente all'elaborazione ed all'attuazione del sistema aziendale di prevenzione della corruzione, sono:

- la **Direzione Strategica** che, tra le altre attività, definisce gli obiettivi in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza;
- il **Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)**, riferimento fondamentale interno all'azienda per l'attuazione della normativa in parola;
- il **Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP)** chiamato a garantire il raccordo tra il sistema di gestione delle performance e le misure di prevenzione della corruzione e trasparenza;
- la funzione di **Internal Auditing** che dà supporto al RPCT nelle attività di verifica (audit) sull'attuazione e l'idoneità delle misure di trattamento del rischio;
- l'**Ufficio Procedimenti Disciplinari** che elabora ed aggiorna con il RPCT il codice di comportamento e vigila sulla sua osservanza;
- tutti i **dirigenti** dell'ASST, in particolare i responsabili delle aree generali di rischio;
- i **Referenti**, chiamati a svolgere una costante attività informativa e di supporto ai Dirigenti Responsabili ed al RPCT per la formazione ed il monitoraggio del PTPCT e per l'attuazione delle misure specifiche e generali di trattamento dei rischi.
- tutti i **dipendenti** dell'ASST, in particolare quelli afferenti alle aree a rischio indicate nel

PTPCT;

- i **collaboratori** dell'ASST, a qualsiasi titolo, chiamati ad osservare le misure contenute nel PTPCT e a segnalare le situazioni di illecito;
- i **fornitori** dell'ASST che:
 - sottoscrivono il patto d'integrità e si impegnano ad osservarne le disposizioni;
 - sottoscrivono le clausole contrattuali ed accettano di osservare le disposizioni del Codice di Comportamento nazionale e di quello integrativo dell'ASST.
- gli **utenti/cittadini** che esercitano il controllo diffuso garantito dalla normativa in materia di trasparenza di cui al d.lgs. n. 33/2013.

Si richiamano, altresì:

- **il Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante - R.A.S.A.**

Il dott. Cesarino Panarelli, Direttore della S.C. Gestione Acquisti e Direttore f.f. della S.C. Tecnico Economico e dei Servizi, è stato incaricato con delibera n. 1082 del 17 dicembre 2013 degli adempimenti di trasparenza riferiti all'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (AUSA) (art. 33-ter del decreto legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221)

- **il Gestore delle segnalazioni delle operazioni sospette di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo**

La nomina per tale funzione è stata conferita, con Deliberazione n. 388 del 3 aprile 2017, alla dott.ssa Nicoletta Moi, Direttore della S.C. Risorse Economico Finanziarie.

- **la Rete degli RPCT**

L'Azienda, rappresentata dalla RPCT, partecipa alla Rete degli RPCT di Aziende Sanitarie (ATS ed ASST) ed Enti (IRCSS, IZSLER, Fondazioni) di Regione Lombardia, costituita in un Gruppo Interaziendale per creare una Piattaforma di Dialogo su problematiche comuni, *best practice*, *focus group*, eventi ed incontri dedicati, anche promossi dalla RPCT di Regione Lombardia.

Il sistema dei controlli interni

Il sistema dei controlli interni dell'ASST fornisce supporto alla direzione strategica per la lettura della realtà affinché possa compiere scelte funzionali al conseguimento dei risultati attesi nel rispetto dei canoni di legalità, efficacia, efficienza, economicità e trasparenza dell'azione amministrativa, e rappresenta, pertanto, un importante strumento di ausilio alle politiche di prevenzione della corruzione.

L'applicazione del sistema avviene principalmente tramite:

- il controllo di gestione che sovrintende e sostiene il processo di programmazione e controllo della gestione, con la finalità di massimizzare la capacità dell'organizzazione di perseguire con successo le proprie finalità in condizioni di economicità;

- la struttura qualità e risk management attivata a presidio dei controlli interni:
 - volti all'implementazione di un approccio nella gestione dei processi focalizzato sullo sviluppo, l'attuazione ed il miglioramento dell'efficacia dei Sistemi di gestione della Qualità,
 - di appropriatezza prescrittiva clinica ed assistenziale;
 - sulla documentazione sanitaria;
- l'internal auditing;
- la struttura Affari Generali e Controlli Interni che conduce, tra gli altri controlli, quelli relativi all'attività extra-istituzionale.

Lo strumento strategico che convoglia gli esiti e le risultanze dei diversi controlli in una direzione unitaria e coerente alle strategie aziendali è il Comitato di coordinamento dei controlli interni.

È stato istituito con il P.O.A.S. 2022-2024, adottato con decreto ASST n. 507 del 07/06/2022; afferisce direttamente al Direttore Generale e ne fanno parte, oltre al RPCT, i Direttori delle Strutture Qualità accreditamento risk management-Internal auditing, Controllo di gestione e Affari Generali e Controlli Interni.

Il funzionamento del Comitato ed il raccordo e coordinamento dei controlli si svolgono secondo un piano d'azione annuale, condiviso tra i componenti, titolari delle attività.

In previsione delle nuove programmazioni, il piano d'azione annuale e gli esiti vengono relazionati alla Direzione Strategica in momenti collegiali.

La mappatura dei processi e l'individuazione del rischio

L'analisi del contesto interno, oltre alla rilevazione dei dati generali relativi all'Azienda e alla sua dimensione organizzativa, comporta la mappatura dei processi.

Secondo il PNA 2019 **un processo può essere definito come una sequenza di attività interrelate ed interagenti che trasformano delle risorse in *output* destinato ad un soggetto interno o esterno dell'amministrazione (utente).**

La mappatura dei processi, permettendo di rappresentare in modo razionale le attività dell'Azienda, descriverne le fasi e individuare i soggetti responsabili, è lo strumento per identificare, valutare e trattare i rischi corruttivi.

L'ASST di Mantova si è dotata di una mappatura dei principali processi, riservandosi di procedere a successive eventuali implementazioni.

Tra le prossime priorità vi è l'analisi dei processi di sponsorizzazione di eventi formativi e di gestione amministrativo-contabile dei ricavi derivanti da sperimentazioni cliniche (Procedura specifica area crediti e ricavi – Sperimentazioni cliniche – PrS27PCA). Il rinvio è motivato da una riorganizzazione interna in atto.

I processi mappati, utilizzando le schede "Sezione I" allegate al presente Piano, rientrano nelle Aree di rischio descritte di seguito:

AREA DI RISCHIO	PROCESSO
Contratti Pubblici	Programmazione acquisti di beni e servizi sanitari
Contratti Pubblici	Progettazione della fornitura di beni e servizi sanitari
Contratti Pubblici	Selezione del contraente per la fornitura di beni e servizi sanitari
Contratti Pubblici	Verifica aggiudicazione e stipula del contratto per la fornitura di beni e servizi sanitari
Contratti Pubblici	Esecuzione del contratto di fornitura di beni e servizi sanitari
Contratti Pubblici	Rendicontazione e chiusura del contratto
Contratti Pubblici	Acquisizione di servizi, beni tecnico economici e di lavori: pianificazione, programmazione e progettazione
Contratti Pubblici	Acquisizione di servizi, beni tecnico economici e di lavori: selezione del contraente
Contratti Pubblici	Acquisizione di servizi, beni tecnico economici e di lavori: verifica aggiudicazione e stipula del contratto
Contratti Pubblici	Acquisizione di servizi, beni tecnico economici e di lavori: esecuzione e rendicontazione del contratto
Acquisizione e gestione del personale	Reclutamento del personale dipendente
Acquisizione e gestione del personale	Applicazione degli istituti contrattuali relativi alla gestione assenze retribuite
Acquisizione e gestione del personale	Procedimento disciplinare (per infrazioni punibili con sanzione superiore al rimprovero verbale)
Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Gestione delle uscite: percorso fatturazione-liquidazione
Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Collaudo apparecchiature
Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Gestione del parco apparecchiature elettromedicali mediante servizio in outsourcing
Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Fuori uso di apparecchiature
Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Elaborazione e monitoraggio del PTPCT
Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Accesso civico semplice
Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Riesame del diniego, totale o parziale, o della mancata risposta all'istanza di accesso civico generalizzato e del provvedimento di rigetto dell'opposizione motivata del controinteressato
Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Verifica dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione
Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Gestione delle segnalazioni dei whistleblower
Incarichi e nomine	Attribuzione incarichi dirigenziali di struttura semplice o alta specializzazione
Incarichi e nomine	Affidamento a legali esterni dell'incarico di assistenza legale a favore dell'Azienda

Affari legali e contenzioso	Gestione sinistri
Attività Libero Professionale	Autorizzazione attività LP
Attività Libero Professionale	Prenotazione prestazione in libera professione
Attività Libero Professionale	Controlli attività LP
Liste di attesa	Prenotazione prestazione con SSN
Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie	Approvvigionamenti dei prodotti di farmacia nel rispetto degli standard descritti nelle procedure certificate
Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie	Fornitura di farmaci in PTO
Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie	Smaltimento dei prodotti di farmacia scaduti
Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie	Gestione resi e ritiri
Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie	Verifica periodica delle quantità di prodotti di farmacia non utilizzati
Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero	Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero
Altra area: Medicina Legale	Gestione delle domande di invalidità civile, legge 104, legge 68/99, cecità e sordità
Altra area: Medicina Legale	Commissione medica locale patenti: visita di revisione/rinnovo patente di guida presso al CML
Altra area: Medicina Legale	Commissione valutazione rischi: gestione delle richieste di risarcimento danni
Altra area: Dipendenze da sostanze	Certificazione assenza o presenza di dipendenza da sostanze
Altra area: Dipendenze da sostanze	Terapia farmacologica sostitutiva
Altra area: Comunicazione	Pubblicazione contenuti sul sito internet aziendale
Altra area: Comunicazione	Attività ufficio stampa
Altra area: Controllo di Gestione e Flussi Informativi	Processo di Budget
Altra area: Controllo di Gestione e Flussi Informativi	Flussi informativi
Altra area: Controllo di Gestione e Flussi Informativi	Contabilità analitica
Altra area: Affari Generali e Controlli Interni	Accettazione di donazioni in denaro di importo superiore a € 5.000, a favore dell'ASST, con o senza vincolo di destinazione

Altra area: Affari Generali e Controlli Interni	Gestione atti monocratici: Decreti del Direttore Generale
Altra area: Affari Generali e Controlli Interni	Protocollo documenti in arrivo ed in partenza

L'individuazione del rischio è la fase successiva che consiste nel definire, per ogni attività del processo, le potenziali minacce corruttive.

Questa fase conduce alla creazione di un “catalogo”.

2.3.4. Valutazione del rischio

Con il PNA 2019 l'A.N.AC. ha modificato la metodologia di misurazione del rischio corruttivo, passando dall'approccio quantitativo a quello qualitativo, di semplice utilizzo, e ha introdotto la motivazione della valutazione.

Nel corso del 2020 sono stati effettuati specifici incontri con i dirigenti per condividere e spiegare la nuova metodologia.

Il rischio corruttivo è stato quindi valutato da questi ultimi su ogni singolo processo o fase di esso, in base all'incidenza degli indicatori (*key risk indicators*) qui descritti:

discrezionalità: l'ampiezza della discrezionalità (assenza di leggi e regolamenti, assenza di procedure, etc.) nel definire gli obiettivi operativi e/o le soluzioni organizzative da adottare determina un incremento del rischio;

destinatari esterni all'Azienda: il livello di impatto del processo/attività sui destinatari esterni;

valore economico: la presenza di interessi economici per i destinatari incrementa il rischio;

livello di opacità del processo analizzato tenendo conto degli strumenti di trasparenza che riducono il rischio;

presenza di “eventi sentinella”: i dati sui procedimenti giudiziari e/o disciplinari a carico dei dipendenti impiegati sul processo sono stati considerati elementi utili al fine di stimare la frequenza di accadimento futuro degli eventi corruttivi;

livello di attuazione delle misure di prevenzione, sia generali sia specifiche, previste dal PTPCT per il processo/attività: la scarsa collaborazione di dirigenti e responsabili di procedimento segnala una mancanza di attenzione o resistenza verso le politiche di prevenzione della corruzione;

segnalazioni e reclami: le segnalazioni di abusi e/o anomalie sono anch'essi elementi per stimare la frequenza di accadimento futuro di eventi corruttivi.

La stima del livello di esposizione al rischio corruttivo è stata declinata attraverso una scala crescente di tre valori: basso (B), medio (M) e alto (A).

Nei casi in cui l'analisi ha condotto ad una valutazione di rischio basso, questa è stata riferita all'intero processo.

Eseguita l'analisi del rischio, il responsabile ha operato una conseguente valutazione di sintesi, motivandola.

La predisposizione del Piano è avvenuta dopo aver valutato e verificato la corretta e completa rappresentazione dei processi, i rischi identificati, l'analisi e la ponderazione degli stessi nonché il relativo trattamento.

Ove necessario si è provveduto ad aggiornare le schede di rappresentazione dei processi e dell'analisi e trattamento dei rischi.

La RPCT ha vagliato le stime dell'autovalutazione per analizzarne la ragionevolezza ed evitare la sottostima delle stesse, secondo il principio della prudenza.

Di fatto, tutte le attività, dalla mappatura dei processi all'analisi del rischio, fino alla definizione delle misure di trattamento sono state effettuate sotto il coordinamento e la supervisione metodologica della RPCT, anche al fine di assicurare un omogeneo svolgimento del processo di gestione del rischio corruttivo e di adeguato approfondimento dell'analisi.

Per rappresentare tutte le fasi di valutazione e trattamento del rischio corruttivo è stata utilizzata la matrice "Sezione II", allegata al presente Piano.

Per i processi relativi all'affidamento dei contratti pubblici l'analisi del rischio ha tenuto conto delle linee guida A.N.AC. n. 15, approvate con la deliberazione n. 494 del 5 giugno 2019.

Il monitoraggio annuale dei processi che afferiscono alla Struttura Complessa Gestione Acquisti, tra gli altri aspetti, ha evidenziato che:

- sono state impartite al personale disposizioni in merito alle modalità di stesura degli atti a rilevanza esterna, con allegati modelli per le diverse tipologie di provvedimento, al fine di facilitare la verifica del rispetto delle normative in essi richiamate;
- le procedure vengono svolte dai singoli uffici secondo le modalità descritte in apposite check list in cui sono evidenziati gli adempimenti specifici riferiti a ciascuna tipologia di procedura, come disciplinata dal codice degli appalti e dal Regolamento aziendale per gli acquisti di beni e servizi di importo inferiore alle soglie comunitarie, comprensive della documentazione necessaria a dare evidenza e pubblicità ad ogni singola attività svolta;
- sono stati predisposti schemi di contratto per le diverse tipologie di fornitura, al fine di evitare possibili trattamenti preferenziali nella definizione degli obblighi a carico del fornitore;
- sono state distribuite al personale Istruzioni operative per la gestione delle modifiche contrattuali (IO04GA) al fine di circoscrivere a casi e circostanze predefinite l'introduzione di varianti e di integrazioni che non vadano ad alterare la natura generale del contratto;
- ai fini del controllo sull'esecuzione dei contratti di fornitura, sono state predisposte e distribuite al personale e ai DEC, apposite Istruzioni Operative per la disciplina dei controlli (IO02GA) ed è stata elaborata nell'ambito del gruppo di lavoro coordinato dalla struttura Economico

Finanziaria ed approvata dalla Direzione, la procedura specifica per la certificabilità dei bilanci (PrS31PAC), nella quale sono precisate le modalità di controllo ed autorizzazione al pagamento delle prestazioni dei fornitori, da parte del personale dedicato a tali funzioni;

- tutto il personale ha ricevuto specifiche istruzioni in merito agli obblighi di pubblicità e trasparenza degli atti e delle procedure, nonché in merito alla presa in carico e gestione delle eventuali istanze di accesso civico e documentale.

È rilevante, altresì, la tendenziale riduzione delle proroghe contrattuali rispetto ai contratti in scadenza. Nella nota 438 del 14 gennaio 2022, ad oggetto “Questionario e relazioni del collegio sindacale sui bilanci d’esercizio 2017-2018-2019 dell’ASST Mantova, cod. 725, ai sensi dell’art. 1, comma 3, del decreto-legge 10 ottobre 2012, n. 174, convertito dalla legge 7 dicembre 2012, n. 213. Esito dell’istruttoria”, della Sezione Regionale di Controllo per la Lombardia della Corte dei Conti si legge: “Per quanto riguarda le proroghe contrattuali, l’Amministrazione ha illustrato mediante dati contabili, il percorso intrapreso, dimostrando la costante e progressiva diminuzione delle proroghe in essere”.

L’area attività libero professionale e liste d’attesa, invece, è stata analizzata tenendo conto delle osservazioni e raccomandazioni dell’Organismo Regionale per le attività di Controllo – ORAC (cfr. deliberazione n. 18 del 21 dicembre 2020) che hanno costituito un’utile guida per valutare e migliorare gli strumenti di pianificazione.

ORAC nella Relazione per il Consiglio Regionale e la Giunta Regionale Lombardia – secondo semestre 2021, pag. 15, ha dato atto del recepimento delle raccomandazioni.

In considerazione del fatto 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 a 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” (PNA 2015) si è valutato di considerare gli obiettivi di budget dell’anno 2022 un’occasione per sensibilizzare e coinvolgere i Dirigenti sanitari nella prevenzione dei rischi individuati per i processi in parola, richiedendo loro di prendere visione della matrice di valutazione e trattamento sull’applicativo aziendale, che terrà traccia dei singoli accessi.

Il Piano di Internal Auditing, adottato con il Decreto aziendale n. 119 del 3 febbraio 2022, inoltre, prevede nel primo semestre 2022 un Internal auditing di follow up per la verifica del livello di implementazione delle raccomandazioni scaturite nell’Internal Auditing effettuato nel 2021 in relazione al processo di gestione della libera professione intramoenia, intramoenia allargata e area a pagamento inclusa la gestione delle agende per prestazioni ambulatoriali in libera professione e solvenza.

Con il decreto ASST n. 344 del 14/04/2022 è stato adottato il nuovo Regolamento aziendale per l’esercizio dell’attività libero professionale.

Per quanto attiene, invece, alle donazioni si fa presente che dal mese di marzo 2020 hanno rappresentato l'impegno dei cittadini a sostegno dell'Azienda e dei suoi professionisti nella gestione dell'emergenza sanitaria da COVID-19.

La disciplina è dettata dall'art. 99 del decreto-legge n. 18 del 17 marzo 2020, convertito con legge il 24 aprile 2020 n. 27, il cui comma 5 prevede l'obbligo, per ciascuna pubblica amministrazione beneficiaria, di una rendicontazione separata. Per garantire la trasparenza della fonte e dell'impiego delle suddette liberalità, al termine dello stato di emergenza, il rendiconto dovrà essere pubblicato nei siti internet degli enti nella sezione "Amministrazione Trasparente", sottosezione di primo livello "Interventi straordinari e di emergenza", contenente i dati previsti dall'art. 42 del d.lgs. 33/2013, e periodicamente aggiornato (ogni tre mesi).

L'ASST di Mantova dal mese di settembre 2020 sta pubblicando i dati, aggiornandoli trimestralmente. A tal fine utilizza il modello di rendicontazione elaborato da ANAC, congiuntamente con il MEF.

L'ORAC –Organismo regionale per le attività di controllo – ha analizzato lo stato delle pubblicazioni effettuate dagli Enti sanitari ([Allegato 1 Monitoraggio Racc. 1 donazioni emergenza Covid.pdf?](#)) e l'ASST di Mantova risulta tra quelli che l'hanno effettuata in modo completo.

ORAC, inoltre, nel "Vademecum operativo e raccomandazioni in materia di erogazioni liberali" consiglia (raccomandazione nr. 2) di "adottare un Regolamento sulle donazioni, per gli enti che ne siano ancora privi, o provvedere ad effettuare, se ritenuto necessario, gli aggiornamenti dei Regolamenti vigenti anche alla luce delle indicazioni fornite nel presente documento [il Vademecum operativo citato]." Complementarmente, con la raccomandazione n. 4, ORAC invita a "pubblicare i Regolamenti che disciplinano le erogazioni liberali e la relativa modulistica sul proprio sito web istituzionale in modo facilmente accessibile da parte dell'utenza".

Con decreto n. 1590 del 23/12/2020, su proposta della Struttura Complessa Affari Generali e Controlli Interni, è stato approvato il Regolamento aziendale sulle donazioni liberali che risponde alla raccomandazione nr. 4 e, pur non richiamando espressamente la deliberazione contenente le raccomandazioni in parola, presenta elementi di uniformità, uguali o analoghi ai suggerimenti di ORAC (cfr. [Allegato 2 Monitoraggio Racc. 2 e 4 Regolamento donazioni.pdf?](#)).

Misure di prevenzione a carattere specifico

Una volta individuato il rischio per ogni attività dei processi mappati e valutato il relativo grado di esposizione, sono state definite le misure specifiche da attuare, volte a rendere sempre più difficile l'adozione di comportamenti riconducibili a forme di cattiva amministrazione, che potrebbero essere prodromici o favorire la commissione di fatti corruttivi.

Le matrici di analisi e trattamento del rischio contengono un numero significativo di misure a carattere specifico, sulla base del principio, espresso da A.N.AC., che i Piani delle amministrazioni devono concentrare l'attenzione su questa tipologia di misure allo scopo di personalizzare la

strategia di prevenzione.

Tutte le misure sono state individuate tenendo conto della necessità di non gravare le strutture di ulteriori controlli, puntando, quindi, a mettere a sistema e razionalizzare quelle esistenti, nell'ambito delle seguenti tipologie:

1. misure di controllo;
2. misure di trasparenza;
3. misure di definizione e promozione dell'etica e di *standard* di comportamento;
4. misure di regolamentazione;
5. misure di semplificazione;
6. misure di formazione;
7. misure di sensibilizzazione e partecipazione;
8. misure di rotazione;
9. misure di segnalazione e protezione (al momento non previste);
10. misure di disciplina del conflitto di interessi (al momento non previste);
11. misure di regolazione dei rapporti con i "rappresentanti di interessi particolari" (*lobbies*) (al momento non previste).

La sostenibilità economica ed organizzativa delle misure ha l'obiettivo di rendere realistico ed applicabile il Piano.

Individuate le misure, è stata definita la programmazione di attuazione attraverso i seguenti elementi:

- stato di attuazione al 1° gennaio 2022;
- fasi e tempi di attuazione: l'esplicitazione delle fasi è utile per scadenzare l'adozione della misura e per consentire un agevole monitoraggio;
- indicatori di attuazione;
- valore target;
- soggetto responsabile dell'attuazione.

A tutti i processi è stato assegnato identico grado di priorità di trattamento, indipendentemente dal livello di rischio misurato.

Tale fase ha consentito di accompagnare tutti i soggetti coinvolti nel processo di analisi verso la visione del Piano quale strumento per indirizzare l'attività al raggiungimento di obiettivi, misurabili e valutabili, da coordinare con gli altri atti programmatori aziendali.

Il Piano comprende anche le misure generali previste dalle fonti normative per le quali si rinvia al paragrafo 2.3.4.

Flussi informativi verso il RPCT

I Dirigenti di Struttura delle aree a rischio devono aggiornare il RPCT, periodicamente o per ogni

singolo evento o a richiesta, sulle attività di monitoraggio svolte, sullo stato di attuazione del PTPCT e sull'adeguatezza dello stesso.

I flussi informativi dovranno essere relativi a:

- stato di avanzamento delle misure di prevenzione;
- eventuali modifiche dei processi mappati;
- eventuali modifiche del rischio;
- informazioni su procedimenti disciplinari e segnalazioni di violazioni del codice di comportamento (la segnalazione compete all'UPD);
- segnalazioni indirizzate alla Direzione da parte di soggetti interni o esterni inerenti ipotesi di reato;
- indicatori di rischio quali: gare deserte, assegnazioni a fornitore unico e/o in emergenza;
- verifiche e controlli sulle cause di inconfiribilità e incompatibilità degli incarichi;
- esiti di verifiche del rispetto dei termini dei procedimenti;
- report di sintesi elaborati dal nucleo di valutazione;
- informazioni sulla gestione del personale con riferimento al conflitto di interesse potenziale o effettivo nei rapporti con soggetti esterni che hanno relazioni con l'ASST;
- esiti sull'effettiva applicazione degli obblighi di rotazione del personale che opera nelle aree a rischio di corruzione (da parte dei Dirigenti delle strutture);
- ogni comunicazione prevista dal presente PTPC;
- ogni altra informazione utile allo svolgimento della funzione.

Monitoraggio sull'attuazione e sull'efficacia delle misure - riesame

L'attuazione e l'efficacia delle misure di prevenzione sono verificate attraverso:

- l'invio al RPCT da parte dei Dirigenti di Struttura di report semestrali (al 30.06.2022 e al 15.11.2022);
- le attività di verifica (audit), condotte con il supporto della funzione di Internal Auditing;
- il contributo metodologico del NVP in merito al processo di gestione del rischio;
- la relazione sulle *performance*;
- la Relazione annuale del RPCT.

Aggiornamento del Piano

Il presente atto di programmazione verrà aggiornato nel caso in cui, nel corso dell'anno cui si riferisce, intervengano cambiamenti organizzativi o eventi che rendono necessaria od opportuna la revisione.

Comunicazioni correlate al PTPCT

Una delle prime azioni del Piano di prevenzione della corruzione e della trasparenza è la sensibilizzazione di tutta l'Azienda rispetto alla normativa e ai rischi potenziali. A tal fine è utile la pubblicazione dello stesso sul sito istituzionale (sezione "Amministrazione Trasparente", sottosezione

“Altri contenuti”), espressamente prevista da A.N.AC.

Tutti gli stakeholder hanno la possibilità di segnalare inadempienze ed episodi di cattiva amministrazione da parte dell'ASST attraverso i seguenti indirizzi: protocollogenerale@asst.mantova.it oppure protocollogenerale@pec.asst-mantova.it oppure anticorruzione trasparenza@asst-mantova.it, o mediante qualunque altra forma ritenuta idonea.

Responsabilità per violazione delle misure previste dal PTPCT

Fermo restando che la violazione degli obblighi previsti dal Codice di Comportamento integra comportamenti contrari ai doveri d'ufficio, si precisa che:

in capo a tutto il personale della ASST incombe la responsabilità disciplinare nell'ipotesi di:

-violazione delle misure di prevenzione previste dal presente Piano, come sancito dall'art. 1, comma 14 della Legge n.190/2012 e dal Codice di Comportamento, fatte salve le ulteriori responsabilità penali, civili, amministrative e contabili previste dall'Ordinamento;

-violazione degli obblighi di trasparenza in relazione ai quali tutto il personale deve assicurare la massima collaborazione nell'elaborazione, reperimento e trasmissione dei dati ai fini della pubblicazione sul sito web dell'Azienda, oltre che garantire la tracciabilità dei processi decisionali adottati;

in capo ai Dirigenti Responsabili incombono inoltre:

- ✓le responsabilità riferite all'attribuzione di specifiche competenze in materia di prevenzione della corruzione come precisate dall'art.16, comma 1, lettera l-bis, l-ter e l-quater del D.Lgs. 30/03/2001, n.165;
- ✓le responsabilità riferite agli oneri di pubblicazione previsti dal comma 32 della Legge n.190/2012 e sanzionate dal successivo comma 33, comunque valutate dall'art. 21 del D.Lgs. 30/03/2001, n.165;

in capo al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza incombono inoltre:

- ✓la responsabilità dirigenziale in caso di inadempimento delle prescrizioni richiamate dal comma 8 dell'art. 1 Legge n. 190/2012;
- ✓le responsabilità sancite dall'art.1, commi 12, 13 e 14 della Legge n. 190/2012.

2.3.5. Misure Generali

CODICE DI COMPORTAMENTO

Tra le misure di prevenzione della corruzione i codici di comportamento costituiscono lo strumento che più di altri si presta a regolare le condotte dei dipendenti e ad orientarle alla migliore cura dell'interesse pubblico, in una stretta connessione con il presente atto di programmazione.

L'art. 54 del d.lgs. n. 165 del 2001 prevede un codice di comportamento generale, nazionale, valido per tutte le amministrazioni pubbliche ed un codice per ciascuna amministrazione, obbligatorio, che integra e specifica il predetto codice generale.

Il codice nazionale è stato emanato con d.P.R. 16 aprile 2013, n. 62. Esso individua comportamenti dei dipendenti ispirati ai principi costituzionali nonché quelli vietati o stigmatizzati e quelli prescritti e sollecitati, tra cui quelli concernenti la prevenzione della corruzione ed il rispetto degli obblighi di trasparenza (artt. 8 e 9).

L'ASST di Mantova, con deliberazione n. 83 del 28.01.2014, ha adottato il proprio Codice di comportamento, aggiornato poi con la deliberazione n. 988 del 8 agosto 2018. Da ultimo, con il Decreto ASST n. 99 del 01/02/2022, il Codice di comportamento aziendale è stato aggiornato alle Linee guida di cui alla deliberazioni A.N.AC. n. 177 del 19 febbraio 2020, seguendo l'iter ivi previsto.

Il Codice di Comportamento aziendale vigente è stato inviato a tutti i dipendenti mediante l'applicativo dell'"Angolo del dipendente", ed è pubblicato nel sito web aziendale nella sezione "Amministrazione trasparente".

Nel corso del 2021 sono stati avviati a carico dei dipendenti nr. 10 procedimenti disciplinari per violazione del Codice di comportamento. Le violazioni accertate sono state 7.

CRONOPROGRAMMA DELLE ATTIVITÀ ED OBIETTIVI

OBIETTIVO	RISULTATO ATTESO	INDICATORE	TEMPISTICA	VALORE TARGET	RESPONSABILITÀ
Diffusione del nuovo Codice di comportamento integrativo	Rafforzamento del sistema aziendale di prevenzione della corruzione	formazione	2022-2023-2024	Almeno una iniziativa formativa	RPCT Struttura Affari Generali e Controlli Interni
Monitoraggio dell'applicazione del Codice di comportamento	Effettiva applicazione del Codice di comportamento	Relazione sui procedimenti disciplinari avviati per violazione del Codice di Comportamento	al 30.06.2022 e al 15.11.2022 2023-2024	Relazione destinata al RPCT	UPD

ROTAZIONE DEL PERSONALE (ordinaria e straordinaria)

Rotazione ordinaria

La rotazione ordinaria del personale, misura d'importanza cruciale tra gli strumenti di prevenzione della corruzione, è finalizzata a limitare il consolidarsi di relazioni che possano alimentare dinamiche improprie nella gestione amministrativa.

Al fine di evitare inefficienze e malfunzionamenti, la misura in esame deve essere impiegata correttamente, accompagnandola e sostenendola anche con percorsi formativi idonei ad una riqualificazione professionale.

L'Azienda applica questa misura di prevenzione coniugandola con l'esigenza di assicurare gli obiettivi programmatici, valutati l'organico a disposizione, la capacità e competenza tecnica del personale, nonché la complessità ed alta specificità delle professionalità messe in campo.

L'applicabilità del principio della rotazione al personale del settore clinico presenta delle criticità peculiari in ragione della specificità delle competenze richieste nello svolgimento delle funzioni apicali. Per quanto riguarda, invece, l'applicabilità ai dirigenti dei ruoli professionale, tecnico ed amministrativo che operano nelle aree a maggior rischio di corruzione, tenuto conto dell'esiguo numero e dell'elevata specializzazione e qualificazione professionale richiesta in ogni area, la misura in parola viene attentamente valutata in quanto l'attuazione può compromettere il regolare svolgimento dell'attività istituzionale.

Nei processi a maggior rischio, ad ogni modo, sono state individuate modalità operative che favoriscono la condivisione delle attività tra operatori ("trasparenza interna"), molte procedure operative sono state standardizzate (es. procedure PAC), sono stati assolti con puntualità gli obblighi di trasparenza e, in particolare nel settore di gestione degli acquisti di beni, dei servizi e dell'esecuzione delle opere, è stata attivata la segregazione delle funzioni tra chi prepara e gestisce la procedura di gara e chi segue l'esecuzione della fornitura.

Accanto a queste misure vi è una "rotazione di fatto" a seguito di:

- collocamenti a riposo di personale dipendente;
- contingenti situazioni di assenze prolungate (es. malattie e congedi parentali).

Il processo di riforma del SSR, avviato dall'1/1/2016, ha comportato una diversa definizione degli assetti organizzativi aziendali che già nel 2020 avrebbero dovuto essere rivisti mediante un nuovo POAS, rinviato a causa dell'emergenza sanitaria da Covid-19.

Con decreto ASST n. 507 del 07/06/2022 è stato adottato il P.O.A.S. 2022-2024. Non appena interverrà l'approvazione regionale, verranno intraprese tutte le azioni necessarie all'attuazione.

L'assetto organizzativo andrà senz'altro ad innovare e modificare le attuali dinamiche.

Rotazione straordinaria

L'art. 16, co. 1 lett. l quater, del d.lgs. n. 165/2001 prevede, nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva, la rotazione del personale mediante assegnazione a ufficio diverso, ovvero con trasferimento di sede o assegnazione ad altro incarico.

Si tratta di una misura preventiva e non sanzionatoria, volta a non pregiudicare l'immagine d'imparzialità dell'amministrazione, che A.N.AC. ha disciplinato con la delibera n. 215 del 26 marzo 2019.

In particolare l'Autorità ha precisato che:

- l'istituto trova applicazione con riferimento a tutti coloro che hanno un rapporto di lavoro con l'amministrazione: dipendenti e dirigenti, interni ed esterni, in servizio a tempo indeterminato ovvero con contratti a tempo determinato;
- ai fini della individuazione delle "condotte di natura corruttiva" che impongono la misura in esame si debba tener conto dell'elencazione dei reati per "fatti di corruzione" (delitti rilevanti previsti dagli articoli 317, 318, 319, 319-bis, 319-ter, 319-quater, 320, 321, 322, 322-bis, 346-bis, 353 e 353-bis del codice penale), di cui all'art. 7 della legge n. 69 del 2015;
- il carattere fondamentale della rotazione straordinaria è la sua immediatezza. La misura, pertanto, deve essere applicata non appena l'amministrazione venga a conoscenza dell'avvio del procedimento penale, inteso come momento in cui il soggetto viene iscritto nel registro delle notizie di reato di cui all'art. 335 c.p.p.;
- le amministrazioni devono introdurre nel proprio codice di comportamento il dovere, in capo ai dipendenti interessati da procedimenti penali, di segnalare immediatamente all'amministrazione l'avvio di tali procedimenti.

Il comma 2 dell'art. 3 della Legge n. 97/2001 stabilisce: "Qualora, in ragione della qualifica rivestita, ovvero per obiettivi motivi organizzativi, non sia possibile attuare il trasferimento di ufficio, il dipendente è posto in posizione di aspettativa o di disponibilità, con diritto al trattamento economico in godimento salvo che per gli emolumenti strettamente connessi alle presenze in servizio, in base alle disposizioni dell'ordinamento dell'amministrazione di appartenenza.

CRONOPROGRAMMA DELLE ATTIVITÀ ED OBIETTIVI

OBIETTIVO	RISULTATO ATTESO	INDICATORE	TEMPISTICA	VALORE TARGET	RESPONSABILITÀ
Salvaguardia dell'imparzialità	Adeguatezza dei controlli sulla regolare esecuzione del contratto	Separazione delle funzioni tra chi prepara e gestisce la procedura di gara ed emette gli ordinativi di acquisto e chi	Relazione al RPCT al 30.06.2022 e al 15.11.2022	100% delle procedure	Struttura Gestione Acquisti Struttura Tecnico

		controlla l'esecuzione della fornitura valutando le eventuali non conformità ed effettuando le verifiche preliminari alla liquidazione delle fatture"			Economale e dei Servizi
Nuovo assetto organizzativo in base alle linee guida regionali	Organizzazione aziendale efficiente ed efficace rispetto agli obiettivi di salute definiti a livello regionale	Adozione del nuovo POAS e dei provvedimenti attuativi	Entro il 31/12/2022 2023-2024	100%	Direzione Strategica aziendale

PREVENZIONE DEL CONFLITTO D'INTERESSI

Il conflitto di interessi è una condizione nella quale un interesse del soggetto interferisce o potrebbe interferire con lo svolgimento delle sue attività e del suo giudizio professionale, in modo tale da essere o poter essere percepito come una minaccia alla sua imparzialità e indipendenza. Il conflitto può riguardare interessi di qualsiasi natura, anche non patrimoniali, come quelli derivanti dall'intento di voler assecondare pressioni politiche, sindacali o dei superiori gerarchici.

Con l'aggiornamento del Codice di Comportamento aziendale, integrativo del codice nazionale, si sono rafforzati:

- gli obblighi di comunicazione e astensione previsti dall'art. 6 bis della l. n. 241/90 e dagli artt. 6 e 7 del d.P.R. n. 62/2013, anche con l'aggiornamento della modulistica aziendale;
- le previsioni di legge nell'ambito dei contratti ed altri atti negoziali (art. 14 dPR n. 62/2013 - artt. 42 e 77 d.lgs. n. 50/2016) e delle procedure selettive di personale (art. 11, comma 1, dPR n. 487/1994).

CRONOPROGRAMMA DELLE ATTIVITÀ ED OBIETTIVI

OBIETTIVO	RISULTATO ATTESO	INDICATORE	TEMPISTICA	VALORE TARGET	RESPONSABILITÀ
Flusso informativo verso il RPCT in caso di astensione per	Corretta gestione dei conflitti d'interessi	Informativa per tutti i casi in cui i dipendenti siano stati	al 30.06.2022 e al 15.11.2022	100% degli eventi	Direttori e Responsabili delle strutture organizzative delle aree a rischio

conflitto d'interessi		sollevati dall'incarico			generali e specifiche
Monitoraggio dell'applicazione della misura	Prevenire che la condizione "conflitto d'interessi" si tramuti in un comportamento di <i>maladministration</i> o illecito	Relazione	2022-2023-2024	100%	Direttori e Responsabili delle strutture organizzative delle aree a rischio generali e specifiche

INCONFERIBILITÀ E INCOMPATIBILITÀ DI INCARICHI

L'art. 20 del d.lgs. 39/2013 pone in capo all'interessato l'obbligo di rilasciare, all'atto di nomina, una dichiarazione sulla insussistenza delle situazioni di inconferibilità o incompatibilità previste dallo stesso decreto. Tale dichiarazione è condizione di efficacia dell'incarico (art. 20, co. 4) e non vale ad esonerare chi lo ha conferito dal dovere di accertare, nel rispetto dei principi di buon andamento e di imparzialità di cui all'art. 97 della Costituzione, i requisiti necessari alla nomina, ovvero l'assenza di cause di inconferibilità ed incompatibilità in capo al soggetto che si vuole nominare. Le necessarie verifiche circa la sussistenza di cause di inconferibilità e/o di incompatibilità sono effettuate secondo le indicazioni operative fornite dall'ANAC nella delibera n. 833/2016. La violazione della disciplina comporta la nullità degli atti di conferimento degli incarichi e la risoluzione del relativo contratto (art. 17 del d.lgs. 39/2013). Ulteriori sanzioni sono previste a carico dei componenti degli organi responsabili della violazione (art. 18 del d.lgs. 39/2013).

Nei casi di incompatibilità, è prevista la decadenza dall'incarico e la risoluzione del relativo contratto, decorso il termine perentorio di quindici giorni dalla contestazione all'interessato (art. 19 del d.lgs. 39/2013).

Inconferibilità per incarichi amministrativi di vertice

Le dichiarazioni di assenza di condizioni di inconferibilità, di cui al d.lgs. n. 39/2013, riferite alla Direzione Strategica (Direttore Generale, Direttore Sanitario, Direttore Socio Sanitario, Direttore Amministrativo) sono acquisite e pubblicate sul sito web istituzionale dell'ASST. Il link viene comunicato a Regione Lombardia. Si provvede, altresì, all'invio della dichiarazione rilasciata dal Direttore Generale.

Le verifiche sulle dichiarazioni rese vengono effettuate dall'Azienda per tutti i Direttori, fatta eccezione per il Direttore Generale rispetto al quale la competenza è della Giunta Regionale, titolare della procedura di selezione per la formazione degli elenchi degli idonei a detta carica.

Incompatibilità per incarichi amministrativi di vertice

Le dichiarazioni di assenza di condizioni d'incompatibilità - compresa ogni modifica intervenuta in corso d'anno - riferite alla Direzione Strategica (Direttore Generale, Direttore Sanitario, Direttore Socio Sanitario, Direttore Amministrativo), sono acquisite annualmente e pubblicate sul sito web istituzionale dell'ASST.

Entro il 15 gennaio di ciascun anno viene inviata a Regione Lombardia la dichiarazione rilasciata dal Direttore Generale e viene comunicato il link per accedere alle dichiarazioni pubblicate.

Inconferibilità ed incompatibilità per incarichi dirigenziali, non riconducibili ai ruoli della dirigenza sanitaria, che comportano l'esercizio in via esclusiva delle competenze di amministrazione e gestione

Le dichiarazioni di assenza di condizioni di inconferibilità e di incompatibilità vengono raccolte dalla Struttura Risorse Umane e pubblicate sul sito web istituzionale dell'ASST.

CRONOPROGRAMMA DELLE ATTIVITÀ ED OBIETTIVI

OBIETTIVO	RISULTATO ATTESO	INDICATORE	TEMPISTICA	VALORE TARGET	RESPONSABILITÀ
Acquisizione annuale delle dichiarazioni rese da DG, DA, DS e DSS	Imparzialità della pubblica amministrazione	Pubblicazione sul sito web aziendale e contestuale invio del link a Regione Lombardia nei tempi previsti	Entro il 31/12/2022	100%	RPCT
Verifiche delle dichiarazioni sostitutive rese da DG (solo per incompatibilità), DA, DS e DSS		Nr. dichiarazioni verificate	Entro il 31/12/2022	100%	S.C. Affari Generali e Controlli Interni
Acquisizione delle dichiarazioni rese dai dirigenti con incarichi non riconducibili ai ruoli della dirigenza sanitaria (medica e non)	Imparzialità della pubblica amministrazione	Pubblicazione sul sito web aziendale	Entro il 31/12/2022	100%	Struttura Risorse Umane
Verifiche delle dichiarazioni sostitutive rese da dai dirigenti con		Nr. dichiarazioni verificate	Entro il 31/12/2022	100%	Struttura Risorse Umane

incarichi non riconducibili ai ruoli della dirigenza sanitaria (medica e non)			2023-2024		
---	--	--	-----------	--	--

INCARICHI EXTRAISTITUZIONALI

I dipendenti pubblici sono tenuti ad osservare il dovere di esclusività della prestazione lavorativa a favore della Pubblica Amministrazione di appartenenza. Tale regola, prevista a garanzia dei principi costituzionali d'imparzialità e buon andamento della Pubblica Amministrazione (art. 97 Cost.), è stemperata dalla possibilità di essere autorizzati a svolgere incarichi extraistituzionali ossia funzioni, mansioni o prestazioni non comprese nei compiti e doveri d'ufficio, rese al di fuori dell'orario di lavoro e svolte a favore di amministrazioni pubbliche o di soggetti privati.

L'autorizzazione, ai sensi dell'art. 53 del D. Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, è disposta sulla base di criteri oggettivi e predeterminati che tengano conto della specifica professionalità del dipendente e tali da escludere casi di incompatibilità, sia di diritto sia di fatto, o situazioni di conflitto d'interessi, anche potenziali.

L'ASST di Mantova ha revisionato il proprio regolamento in materia (Decreto n. 1663 del 31/12/2020), recependo le indicazioni regionali di cui alla nota della Direzione Generale Welfare prot. G1.2019.0002949 del 24/01/2019. Il [Regolamento aziendale](#) prevede un'istruttoria volta alla verifica di eventuali incompatibilità ed una valutazione accurata di tutti i profili di conflitto d'interessi, seppure solo potenziali.

La possibilità di svolgere incarichi extraistituzionali viene valutata attentamente anche in ragione dei criteri di crescita professionale, culturale e scientifica nonché come opportunità di valorizzazione personale che potrebbe avere ricadute positive sullo svolgimento delle funzioni istituzionali ordinarie da parte del dipendente stesso.

Il dipendente è tenuto a comunicare all'Azienda pure l'attribuzione di incarichi gratuiti, ai quali è esteso l'obbligo per le amministrazioni di comunicazione al Dipartimento della funzione pubblica (art. 53, comma 12).

CRONOPROGRAMMA DELLE ATTIVITÀ ED OBIETTIVI

OBIETTIVO	RISULTATO ATTESO	INDICATORE	TEMPISTICA	VALORE TARGET	RESPONSABILITÀ
Acquisizione delle comunicazioni e delle richieste di autorizzazione mediante utilizzo della modulistica prevista dal Regolamento aziendale vigente	Rispetto del principio costituzionale di esclusività	Nr. dichiarazioni sostitutive ricevute e verificate	Entro il 31/12/2022 2023-2024	100%	S.C. Affari Generali e Controlli Interni
Collegamento ipertestuale al sistema PERLAPA	Incrementare la trasparenza in quanto supporto al sistema dei controlli interni	Aggiornamento tempestivo	Entro il 31/12/2022 2023-2024	100%	Struttura Risorse Umane

DIVIETI POST-EMPLOYMENT (PANTOUFLAGE)

L'art. 53, comma 16 ter, del d.lgs. n. 165/2001 vieta ai dipendenti che abbiano cessato il rapporto lavorativo e che abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'Azienda di svolgere, nei tre anni successivi a tale cessazione, attività lavorativa e professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività dell'Azienda.

Il divieto sussiste anche per i dipendenti che - pur non esercitando concretamente ed effettivamente poteri autoritativi e negoziali per conto della PA - sono tuttavia competenti ad elaborare atti endoprocedimentali obbligatori (pareri, certificazioni, perizie) che incidono in maniera determinante sul contenuto del provvedimento finale, ancorché redatto e sottoscritto dal funzionario competente (cfr. Orientamento n. 24 fornito da ANAC, formalizzato in data 21/10/2015).

L'articolo 21 del d.lgs. n. 39/2013 prevede che "Ai soli fini dell'applicazione del divieto di cui al comma 16 ter dell'articolo 53 del decreto legislativo 30 marzo 2001 n. 165 e successive modificazioni, sono considerati dipendenti della pubblica amministrazione anche i soggetti titolari di uno degli incarichi di cui al presente decreto" (per quanto interessa il settore Sanità si tratta dei componenti della Direzione Strategica).

La violazione del divieto comporta le seguenti sanzioni:

- nullità dei contratti conclusi e degli incarichi conferiti;

- obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti ed accertati ad essi riferiti;
- impossibilità per i soggetti che hanno conferito l'incarico di contrattare con l'amministrazione nei tre anni successivi.

Con la sentenza n. 7411 del 29/10/2019 il Consiglio di Stato ha stabilito la competenza di ANAC in merito alla vigilanza, all'accertamento delle fattispecie di *pantouflage* ed ai poteri sanzionatori.

Per i dirigenti cessati titolari di incarico di direttore di struttura complessa, struttura semplice dipartimentale e struttura semplice, sussiste l'obbligo di pubblicità con riferimento all'art. 14, comma 1 lett. a), del d.lgs. n. 33/2013.

Tale pubblicazione aggiunge il potenziale controllo del rispetto della normativa in esame.

CRONOPROGRAMMA DELLE ATTIVITÀ ED OBIETTIVI

OBIETTIVO	RISULTATO ATTESO	INDICATORE	TEMPISTICA	VALORE TARGET	RESPONSABILITÀ
<p>Acquisizione all'atto dell'assunzione della dichiarazione del dipendente di essere a conoscenza del divieto di <i>pantouflage</i></p> <p>Consegna dell'informativa relativa al divieto di <i>pantouflage</i> e raccolta della sottoscrizione da parte dei dipendenti cessati</p> <p>Introduzione negli atti di gara di importo superiore ai 40.000 euro della previsione che il legale rappresentante dell'operatore economico partecipante autodichiari di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo o attribuito incarichi a ex dipendenti o incaricati dell'ASST in violazione del divieto di <i>pantouflage</i>.</p>	<p>Evitare che i dipendenti si precostituiscano o delle situazioni lavorative vantaggiose, in contrasto con i principi posti dagli artt. 97 e 98 Cost.</p>	<p>Relazione sul livello di applicazione e delle misure</p>	<p>Entro il 31/12/2022</p> <p>2023-2024</p>	<p>Presentazione e della relazione da parte del 100% delle Strutture responsabili</p>	<p>Struttura Risorse Umane</p> <p>SC Gestione Acquisti</p> <p>SC Tecnico Economale e dei Servizi</p>

PATTI DI INTEGRITÀ

Nel rispetto dell'art. 1, comma 17, della legge n. 190/2012, l'Azienda deve raccogliere sistematicamente la sottoscrizione da parte dei contraenti privati del "patto d'integrità" in materia di contratti pubblici che, a decorrere da giugno 2019, è definito dalla DGR XI/1751/2019.

Si tratta di un sistema di condizioni la cui accettazione è presupposto necessario e condizionante la partecipazione delle imprese alla specifica gara, finalizzato ad ampliare gli impegni cui si obbliga il concorrente sia sotto il profilo temporale (gli impegni rilevano sin dalla fase precedente alla stipula del contratto) sia sotto il profilo del contenuto: l'impresa si impegna alla corretta esecuzione del contratto d'appalto e, soprattutto, ad un comportamento leale, corretto e trasparente, sottraendosi a qualsiasi tentativo di corruzione o condizionamento nell'aggiudicazione del contratto.

CRONOPROGRAMMA DELLE ATTIVITÀ ED OBIETTIVI

OBIETTIVO	RISULTATO ATTESO	INDICATORE	TEMPISTICA	VALORE TARGET	RESPONSABILITÀ
Mantenimento della misura	Comportamento dei concorrenti conforme ai principi etici dell'Azienda	Nr. sottoscrizioni/nr. contratti pubblici	Entro il 31/12/2022 2023-2024	100%	SC Gestione Acquisti SC Tecnico Economale e dei Servizi

MONITORAGGIO DEI TEMPI PROCEDIMENTALI

I dirigenti provvedono al monitoraggio del rispetto dei termini dei procedimenti amministrativi di competenza della propria struttura ed assicurano alla Direzione Strategica ed al RPCT i relativi flussi informativi.

CRONOPROGRAMMA DELLE ATTIVITÀ ED OBIETTIVI

OBIETTIVO	RISULTATO ATTESO	INDICATORE	TEMPISTICA	VALORE TARGET	RESPONSABILITÀ
Attivazione e successivo mantenimento della misura	Rispetto dei tempi procedurali	Report al 15 novembre del rispetto dei termini, delle violazioni e delle misure correttive	2022-2023-2024	Report almeno dell'80% delle Strutture responsabili delle aree a maggior rischio	Dirigenti responsabili delle aree a maggior rischio

WHISTLEBLOWING

Il whistleblowing è una misura generale che mira a far emergere i fenomeni interni di corruzione o forme di cattiva amministrazione che potrebbero essere prodromiche ovvero costituire un ambiente favorevole alla commissione di fatti corruttivi in senso proprio.

L'art. 54 bis del d.lgs.n.165/2001 prevede un vero e proprio sistema di garanzie per il dipendente segnalante (c.d. whistleblower) nonché per i lavoratori e collaboratori delle imprese fornitrici di beni e servizi o che realizzano opere in favore dell'amministrazione pubblica.

Tale tutela consiste fondamentalmente in:

- divieto di rivelare l'identità del whistleblower;
- divieto di discriminazione nei confronti del whistleblower, che non può essere sanzionato, demansionato, licenziato, trasferito o sottoposto ad altre misure organizzative aventi effetti negativi, diretti o indiretti, sulle condizioni di lavoro;
- reintegro nel posto di lavoro in caso di licenziamento e nullità di ogni atto discriminatorio o ritorsivo;
- sottrazione della segnalazione al diritto di accesso, in quanto non può essere oggetto né di visione né di estrazione di copia da parte di richiedenti (art. 54 bis, comma 4).

La misura di tutela introdotta dalla disposizione si riferisce al caso della segnalazione proveniente da dipendenti individuabili e riconoscibili.

Resta fermo che l'Azienda deve prendere in considerazione anche segnalazioni anonime, ove queste si presentino circostanziate al punto da far emergere fatti e situazioni relative a contesti determinati.

L'identità del segnalante deve essere protetta in ogni contesto successivo alla segnalazione.

La tutela della riservatezza non si applica se il comportamento del pubblico dipendente che segnala rientri nell'ipotesi di reato di calunnia o diffamazione ovvero non sia in buona fede e nei casi in cui riporti informazioni false rese con dolo o colpa.

Il RPCT, oltre ad essere incaricato di ricevere ed analizzare le segnalazioni, vigila affinché il dipendente dell'ASST che denuncia all'Autorità Giudiziaria, alla Corte dei Conti, all'ANAC o al superiore gerarchico condotte illecite, non subisca ingiuste ripercussioni o misure discriminatorie, dirette od indirette.

Con il decreto ASST n. 1433 del 16/12/2021 è stato approvato il [Regolamento per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro ex art. 54-bis d.lgs. n. 165/2001 \(c.d. whistleblowing\)](#), pubblicato nel sito web aziendale, nella sezione "Amministrazione trasparente".

CRONOPROGRAMMA DELLE ATTIVITÀ ED OBIETTIVI

OBIETTIVO	RISULTATO ATTESO	INDICATORE	TEMPISTICA	VALORE TARGET	RESPONSABILITÀ
Garantire la riservatezza dell'identità del segnalante, del contenuto della segnalazione e della relativa documentazione mediante la ricezione delle segnalazioni su piattaforma che utilizza la crittografia.	Far emergere i fenomeni interni di corruzione o forme di cattiva amministrazione	Adesione alla piattaforma informatica "WhistleblowingPA", realizzata da Transparency International Italia	Entro il 31/12/2022	adesione	RPCT
Garantire il debito informativo verso RPCT R.L.	Assolvimento del debito informativo verso Regione Lombardia	Invio al RPCT di R.L della reportistica sull'efficacia della policy aziendale	2022-2023-2024	Rispetto del termine	RPCT

PREVENZIONE DEL FENOMENO DELLA CORRUZIONE NELLA FORMAZIONE DI COMMISSIONI E NEL CONFERIMENTO DI INCARICHI

In conformità all'articolo 35-bis del d.lgs. 165/2001 e all'articolo 3 del d.lgs. 39/2013 deve essere verificata la sussistenza di eventuali precedenti penali a carico dei dipendenti e dei soggetti cui si intendono conferire incarichi, nelle seguenti circostanze:

- all'atto della formazione di commissioni (anche con compiti di segreteria) di concorso e per incarichi a tempo determinato;
- all'atto della formazione di commissioni per la concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati;
- all'atto della formazione di commissioni di gare di lavori, servizi e forniture;
- all'atto del conferimento di incarichi dirigenziali di struttura complessa e a valenza dipartimentale.

Gli atti e i contratti posti in essere in violazione delle predette limitazioni sono *ex lege* nulli. A carico dei componenti di organi che abbiano conferito incarichi dichiarati nulli sono applicate le specifiche sanzioni previste dall'art. 18 del D.lgs. 39/2013.

L'art. 77, co. 5, del D.lgs. n. 50/2016 stabilisce inoltre che: “Coloro che, nel biennio antecedente all'indizione della procedura di aggiudicazione, hanno ricoperto cariche di pubblico amministratore, non possono essere nominati commissari giudicatori relativamente ai contratti affidati dalle Amministrazioni presso le quali hanno esercitato le proprie funzioni d'istituto.”

Il comma 6 dispone che “... Sono altresì esclusi da successivi incarichi di commissario coloro che, in qualità di membri delle commissioni giudicatrici, abbiano concorso, con dolo o colpa grave accertati in sede giurisdizionale con sentenza non sospesa, all'approvazione di atti dichiarati illegittimi.”

Ai commissari e ai segretari delle commissioni si applicano, altresì, le cause di astensione stabilite dall'art. 51 del codice di procedura civile.

L'accertamento sui precedenti penali avviene mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione, resa dall'interessato nei termini e alle condizioni di cui all'articolo 46 del d.P.R. n.445/2000. Le verifiche su quanto dichiarato dagli interessati vengono effettuate d'ufficio, mediante accesso al casellario giudiziale e al casellario dei carichi pendenti.

CRONOPROGRAMMA DELLE ATTIVITÀ ED OBIETTIVI

OBIETTIVO	RISULTATO ATTESO	INDICATORE	TEMPISTICA	VALORE TARGET	RESPONSABILITÀ
Acquisizioni di dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato nei termini e alle condizioni di cui all'articolo 46 del d.P.R. n.445/2000	Evitare che i principi di imparzialità e buon andamento dell'agire amministrativo siano o possano apparire pregiudicati a causa di comportamenti penalmente rilevanti	Nr. dichiarazioni acquisite/totale delle persone incaricate	Entro il 31/12/2022 2023-2024	100%	SC Gestione Acquisti SC Tecnico Econ. Serv. SC Risorse Umane Serv. Medicina Legale
Accertamento veridicità delle dichiarazioni sostitutive	o di conflitti d'interessi	Nr. dichiarazioni verificate/numero dichiarazioni acquisite	Entro il 31/12/2022 2023-2024	Almeno 80%	SC Gestione Acquisti SC Tecnico Econ. Serv. SC Risorse Umane Serv. Medicina Legale

FORMAZIONE

La formazione è una misura generale che agisce in funzione dello sviluppo della cultura della legalità.

Gli obiettivi, nello specifico, sono:

- condividere e diffondere i valori etici;
- ridurre il rischio di compiere inconsapevolmente azioni illecite;
- far conoscere gli strumenti di prevenzione della corruzione e gli obblighi di trasparenza.

I percorsi di formazione rientrano tra gli obiettivi strategici individuati dalla Direzione aziendale e saranno sviluppati nel 2022 attraverso un corso base sull'etica e la legalità, svolto con modalità e-learning–FAD, rivolto principalmente al personale neoassunto, ed eventi specifici rivolti ad altri gruppi di operatori (in primo luogo ai dirigenti) finalizzati ad approfondire i contenuti della normativa in parola.

Le modalità di attivazione e svolgimento dei corsi verranno individuate con l'Area Formazione.

Saranno caratterizzati da evidenza certificata della partecipazione, con il preventivo espresso richiamo del vincolo che deriva dal carattere obbligatorio che la legge n. 190/2012 rivolge ai temi della corruzione, trasparenza e integrità.

Nel corso del 2021 hanno partecipato all'evento formativo di base sulla legge n. 190/2012 n. 89 dipendenti neoassunti. È stata effettuata anche la formazione specifica in tema di conflitto d'interessi rivolta a 20 professionisti particolarmente coinvolti nella materia.

CRONOPROGRAMMA DELLE ATTIVITÀ ED OBIETTIVI

OBIETTIVO	RISULTATO ATTESO	INDICATORE	TEMPISTICA	VALORE TARGET	RESPONSABILITÀ
Previsione eventi formativi nel PFA	Sensibilizzare il personale alle tematiche dell'etica e della legalità	Inserimento nel PFA	Entro il 30/06/2022	Programmazione	RPCT Formazione
Partecipazione del personale agli eventi formativi		Nr. dipendenti formati/nr totale personale inserito nel programma formativo	2022-2023-2024	Almeno 70% del personale inserito nel programma formativo	Tutte le Strutture aziendali coinvolte
Partecipazione del RPCT a corsi specialistici	Efficaci strategie di prevenzione della corruzione	Partecipazione a percorsi integrati di formazione	2022-2023-2024	Almeno un evento	RPCT

2.3.6. TRASPARENZA

L'art. 1 del d.lgs. 14 marzo 2013, n. 33, modificato dal D.Lgs. 97/2016, definisce la 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".

La Corte Costituzionale, con la sentenza n. 20/2019, ha riconosciuto che i principi di pubblicità e trasparenza trovano riferimento nella Costituzione italiana in quanto corollario del principio democratico (art. 1 Cost.) e del buon funzionamento dell'amministrazione (art. 97 Cost.).

Per soddisfare appieno l'obiettivo sopra richiamato è indispensabile il rispetto dei criteri di qualità delle informazioni da pubblicare, indicati dall'art. 6 del richiamato d.lgs. n. 33/2013 ovvero: integrità, costante aggiornamento, completezza, tempestività, semplicità di consultazione, comprensibilità, omogeneità, facile accessibilità, conformità ai documenti originali, indicazione della provenienza e riutilizzabilità.

L'ASST di Mantova intende implementare la trasparenza quale strumento di comunicazione e garanzia per i cittadini, oltre che misura di prevenzione della corruzione. A tal fine promuoverà il rispetto dei criteri di qualità dei dati e potenzierà ove possibile, l'automatizzazione dei processi di pubblicazione;

Per realizzare tali obiettivi è stato opportunamente aggiornato l'elenco che individua i responsabili della pubblicazione dei dati e la relativa tempistica ed è stato attivato un supporto continuativo da parte dei Sistemi Informativi Aziendali.

Nella *home page* del sito istituzionale dell'Azienda è presente la sezione "Amministrazione trasparente" che nel corso del 2021 ha registrato 580.386 visualizzazioni.

I dati, le informazioni ed i documenti ivi pubblicati sono quelli previsti dal d.lgs. n. 33/2013, riportati nell'["Elenco degli obblighi di pubblicazione e individuazione dei Responsabili"](#) allegato al PTPCT 2022-2024.

I dati, le informazioni ed i documenti sono soggetti a pubblicazione per la durata richiamata nelle prescrizioni di cui all'art.8 del d.lgs. n.33/2013, ovvero per un periodo di anni 5, decorrenti dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione e comunque fino a che gli atti pubblicati producono i loro effetti, fatti salvi i diversi termini previsti dalla normativa in materia di trattamento dei dati personali e di quanto previsto ai successivi artt. 14 e 15 del d.lgs. medesimo.

Misure organizzative volte ad assicurare regolarità e tempestività dei flussi informativi – informatizzazione

La misura minima indispensabile per garantire la regolarità e tempestività dei flussi informativi è costituita dall'aggiornamento del suddetto "Elenco degli obblighi di pubblicazione e individuazione dei Responsabili".

In esso sono riassunti gli obblighi di pubblicità, le tempistiche e i responsabili della pubblicazione.

Un obiettivo imprescindibile sarà quello di promuovere e favorire concretamente la digitalizzazione del maggior numero di processi.

Nel corso del 2020 è stato aggiornato il "Regolamento aziendale della disciplina della delega alla dirigenza" per meglio definire le afferenze ed è stato sostituito integralmente il sistema di gestione degli atti: si è passati all'adozione degli atti (decreti del DG e determine dirigenziali) in forma interamente digitalizzata e alla pubblicazione in automatico sull'albo pretorio, fino all'archiviazione sostitutiva, completando il software che l'Azienda aveva a disposizione dal 2018.

Nel corso del 2021 è stato affinato il sistema, anche in condivisione con le Strutture aziendali. Attualmente consente il completo tracciamento del percorso di formazione fino all'adozione e una verifica formale degli atti, curata dalla SC Affari Generale e Controlli Interni, riguardo a: coerenza con gli allegati, forma, aderenza alle linee guida, conformità al regolamento aziendale, presenza degli elementi essenziali dell'atto.

Nel 2022 si procederà all'aggiornamento del manuale di gestione documentale secondo le linee guida AgID.

Dati ulteriori

I dati, le informazioni e i documenti per i quali non vi è l'obbligo di pubblicazione ai sensi di legge o regolamento verranno pubblicati nella sotto-sezione "Altri contenuti- Dati ulteriori", previa opportuna valutazione (art. 7 bis, co. 3, d.lgs. n. 33/2013 e art. 1, co. 9, lett. f), l. n. 190/2012)

Monitoraggio e vigilanza volti ad assicurare il corretto assolvimento degli obblighi di pubblicità e trasparenza

Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni, ai sensi dell'art. 14, co. 4, lett. g), del d.lgs. n. 150/2009 e delle ulteriori indicazioni di A.N.AC., annualmente verifica il corretto assolvimento degli obblighi di pubblicazione.

Il [Documento di attestazione rilasciato dal NV](#) nel 2021 è pubblicato sul sito web aziendale, nella sezione "Amministrazione trasparente".

Il monitoraggio interno, invece, viene assicurato, con la supervisione della RPCT, nel rispetto del seguente cronoprogramma:

CRONOPROGRAMMA DELLE ATTIVITÀ ED OBIETTIVI

OBIETTIVO	RISULTATO ATTESO	INDICATORE	TEMPISTICA	VALORE TARGET	RESPONSABILITÀ
Corretto e puntuale assolvimento degli obblighi di pubblicazione e di trasparenza	Tutela dei diritti dei cittadini mediante la promozione della partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e di forme diffuse di controllo	Attestazione da parte dei Responsabili di contenuto e pubblicazione del corretto e puntuale assolvimento degli obblighi di pubblicazione	Al 30.06.2022 e al 15.11.2022	Attestazione presentata da almeno l'80% dei Responsabili	Tutte le articolazioni aziendali indicate nell' "Elenco degli obblighi di pubblicazione" allegato al presente Piano
Aggiornamento semestrale del registro degli accessi		Pubblicazione semestrale degli aggiornamenti al registro	2022-2023-2024	pubblicazione	S.C. Affari Generali e Controlli Interni

Accesso a dati e documenti

L'ASST garantisce l'esercizio dei diritti di accesso sotto richiamati.

Accesso civico ex art.5, c.1 d.lgs. n.33/2013: è il diritto di chiunque di richiedere la pubblicazione di documenti, informazioni o dati per i quali sussistono specifici obblighi di trasparenza, nei casi in cui sia stata omessa la loro pubblicazione.

Accesso documentale ex artt. 22 e succ. legge n.241/1990: è il diritto degli interessati, di prendere visione o di estrarre copia di documenti amministrativi relativi ad uno specifico procedimento.

Accesso generalizzato FOIA (Freedom of Information Act) ex art.5, c.2 d.lgs. n.33/2013: è il diritto di chiunque di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti, secondo quanto previsto dall'art. 5 bis del d.lgs 33/2013 (come modificato dal d.lgs 97/2016).

Le modalità di accesso e la modulistica per l'esercizio dei diritti sopraindicati sono indicate nel [Regolamento aziendale](#) pubblicato nel sito web aziendale.

Nel corso del 2021 è stata aggiornata la sezione di "Amministrazione Trasparente", sotto-sezione "Altri contenuti- accesso civico" al fine di consentire a chi la consulta un rapido orientamento sulle modalità di esercizio del diritto di accesso.

Nella medesima sezione di "Amministrazione Trasparente", sotto-sezione "Altri contenuti- accesso civico" è consultabile il Registro degli accessi che raccoglie gli esiti dell'esercizio dei suddetti diritti.

SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1. LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA AZIENDALE

La struttura organizzativa della ASST di Mantova è definita nel Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) 2022 – 2024 (come da decreto del Direttore Generale n.507 del 07/06/2022). Attualmente è in fase di verifica da parte della Giunta Regionale per l'approvazione di pertinenza.

Come riportato nella sezione 1 del presente documento, in applicazione delle L.r. n.33/2009 così come modificata dalla L.R. n.22/2021, l'Azienda si articola in due settori il Polo Ospedaliero e il Polo Territoriale.

Livello strategico

Il **Direttore Generale** è titolare della funzione di organizzazione e di indirizzo strategico dell'Azienda, è il rappresentante legale dell'Azienda con compiti di coordinamento, integrazione e controllo allo scopo di assicurare imparzialità e buon andamento dell'azione amministrativa secondo criteri di efficacia, efficienza ed economicità, nell'osservanza dei vincoli imposti dalla legge.

Per l'assolvimento delle diverse funzioni è coadiuvato dal **Direttore Amministrativo**, dal **Direttore Sanitario**, dal **Direttore Socio Sanitario** (con cui costituisce la Direzione Strategica Aziendale), dalle Strutture di Staff e si avvale del Collegio di Direzione per le attività indicate all'art. 17 del D.Lgs n.502/1992.

Il **Polo Ospedaliero** si articola in presidi ospedalieri e in dipartimenti prevalentemente di tipo gestionali. La direzione del polo ospedaliero è attribuita al **Direttore sanitario**.

Alla ASST di Mantova afferiscono i seguenti Presidi ospedalieri:

- Presidio Ospedaliero di Mantova - Strada Lago Paiolo 10 Mantova;
- Presidio Ospedaliero di Borgo Mantovano - via Bugatte 1 Borgo Mantovano;
- Presidio Ospedaliero di Asola-Bozzolo che comprende:
 - Stabilimento di Asola - Piazza Ottantesimo Fanteria 1 Asola;
 - Stabilimento di Bozzolo - via XXV Aprile 71 Bozzolo;
 - Struttura ex Ospedale di Viadana - Largo De Gasperi 7 ;

In ogni presidio ospedaliero è prevista la presenza del **Direttore Medico di Presidio** che ha competenze gestionali e organizzative ai fini igienico-sanitari, di prevenzione, medico legali, di promozione della qualità, e di formazione / aggiornamento correlati agli ambiti di competenza.

Il **Polo Territoriale** è articolato in distretti e in dipartimenti prevalentemente di tipo funzionale a cui afferiscono i presidi territoriali della ASST che svolgono l'attività di erogazione dei LEA riferibili all'area delle attività sanitaria e socio sanitaria dell'assistenza distrettuale. La direzione del polo territoriale è attribuita al **Direttore socio sanitario**.

All'ASST di Mantova afferiscono di n.4 **Distretti**:

-Distretto Mantovano

-Distretto alto Mantovano

-Distretto basso Mantovano

-Distretto Oglio Po - Casalasco Viadanese; distretto interaziendale comprendete comuni afferenti al territorio della ASST di Mantova e della ASST di Cremona.

Il Distretto costituisce il luogo privilegiato di gestione di coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi socio sanitari e sanitari territoriali, centro di riferimento per l'accesso a tutti i servizi. La direzione di ogni Distretto è affidata a un **Direttore di Distretto**.

Livello di supporto - Staff

In staff alla Direzione Strategica sono assegnate strutture complesse o semplici che sovrintendono alle politiche, alle tecniche e agli strumenti operativi con cui l'azienda provvede alla gestione strategica delle risorse ad essa assegnate (siano esse economiche, professionali, strumentali, strutturali, materiali e immateriali,...), garantendo:

- il governo della programmazione, monitoraggio, reindirizzo e rendicontazione (entro parametri economici definiti dalla regione);
- l'acquisizione delle risorse e messe a disposizione della line per garantire l'erogazione delle prestazioni sanitaria e socio sanitaria contrattualizzate con ATS e con la Regione nonché previste nei LEA;
- Il controllo sulla qualità e appropriatezza prestazionale, sull'appropriato utilizzo delle risorse messe a disposizione delle line rispetto ai risultati di performance conseguiti,
- il mantenimento del patrimonio immobiliare e impiantistico, nonché della sicurezza degli ambienti per l'utente e per gli operatori;
- Il sistema dei controlli sull'attività amministrativa dell'ente e l'eventuale tempestiva applicazione dei correttivi;
- Il governo della comunicazione interna ed esterna e ascolto / confronto con l'utenza.

Livello Produttivo

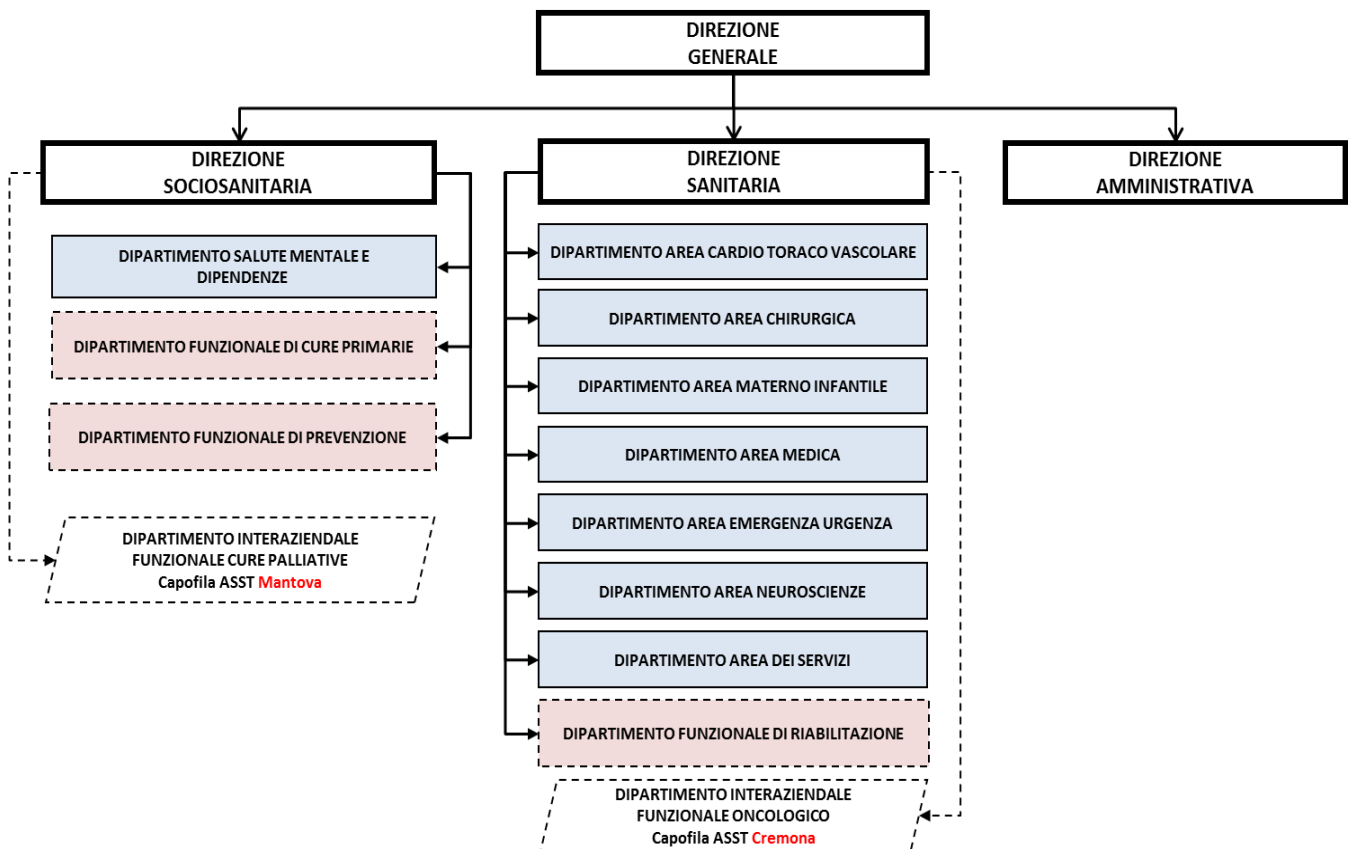
L'organizzazione dipartimentale rappresenta il modello di gestione operativa finalizzata all'esercizio integrato delle attività di diagnosi e cura erogate ai diversi livelli assistenziali.

Il dipartimento è definito come una "articolazione organizzativa che raggruppa un insieme omogeneo di attività complesse e semplici che richiedono una programmazione ed un coordinamento unitario con risultati in termini di efficienza ed efficacia misurabili".

L'assetto dipartimentale della ASST è così definito:

DIPARTIMENTI	N. Totale
Gestionali	8
Funzionali	3
Dipartimenti Funzionali Interaziendali	2 di cui: 1 capofila ASST di Mantova 1 capofila ASST di Cremona

STRUTTURE	N. Totale
Complesse	76
Semplici Dipartimentali	8
Semplici Distrettuali	2
Semplici	65
Totale	151



Per ogni dipartimento viene nominato un **Direttore di Dipartimento**.

La nomina del Direttore di Dipartimento è affidata, su base fiduciaria, dal Direttore Generale a uno dei Direttori di struttura complessa afferenti al dipartimento gestionale / funzionale. L'incarico non può superare il periodo dell'incarico del Direttore Generale e decade in caso di decadenza di questi, restando in carica fino alla nomina del nuovo Direttore del Dipartimento.

All'interno di ogni dipartimento sono previste strutture complesse, strutture semplici dipartimentali, strutture semplici (quali articolazioni di struttura complessa), secondo quanto definito nel POAS.

Per ogni **struttura** è nominato un **Direttore / Responsabile** secondo le procedure definite dalla normativa e dai CC.CC.NN.L. vigenti.

La preposizione ai dipartimenti strutturali e alle strutture, sia ospedalieri che territoriali, comporta l'attribuzione sia di responsabilità professionali in materia clinico-organizzativa e della prevenzione sia di responsabilità di tipo gestionale in ordine alla razionale e corretta programmazione e gestione della risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti al dipartimento / alla struttura.

Tali incarichi hanno natura gestionale e si differenziano per il grado di complessità e specializzazione richiesta.

Nell'ambito dirigenza sanitaria inoltre è prevista l'attribuzione di **incarichi professionali** di alta specializzazione. L'incarico di alta specializzazione si connota per una prevalente responsabilità tecnico – specialistica in una data e specifica funzione / attività.

L'ASST ha avviato un processo di revisione dei criteri di attribuzione degli **incarichi professionali**, in condiviso sia con le rappresentanze sindacale sia con i professionisti dell'azienda, al fine di dare applicazione alle previsioni dettate dai nuovi CC.CC.NN.L. Dirigenza Area Sanità e Dirigenza PTA nell'ottica della valorizzare delle tipologie di incarico e della connessa professionalità dei singoli dirigenti.

Situazione attribuzione incarichi professionali di alta specializzazione - a giugno 2022

Profilo	N°
Medici	80
Sanitari	22
Professioni sanitarie	1
PTA	1
Totale	104

In stretta collaborazione con il livello dirigenziale gestionale operano professionisti del comparto con funzioni di coordinamento sulle risorse assegnate e di gestione dei processi assistenziali sanitari e sociosanitari. A tali professionisti è assegnato un **incarico funzionale di coordinamento**.

Nell'ambito della compagine organizzativa sono inoltre identificati ulteriori tipologie di **incarichi funzionali attribuiti al personale del comparto** (sanitario e PTA) che si differenziano dai primi in quanto:

- l'attività richiede un'alta specializzazione e/o professionalità

- l'attività prevede la gestione di servizi / funzioni di particolare complessità, caratterizzati da elevato grado di autonomia gestionale e organizzativa con o senza coordinamento di altro personale.

Situazione attribuzione incarichi di funzione - a giugno 2022

Tipologia incarico	N°
Incarichi di funzione - coordinamento	88
Incarichi di funzione (ex Posizioni org.ve)	72
Totale	160

3.1.1. Livelli di responsabilità organizzativa

L'ASST di Mantova ha disciplinato la materia correlata alla definizione e regolamentazione dei livelli di responsabilità sia per il personale dirigente che non dirigente.

Ai fini della massima valorizzazione, nella stesura dei regolamenti sono state coinvolte le rappresentanze sindacali delle diverse aree contrattuali, ritenendo, pur trattandosi di testi in linea con la normativa vigente, di applicare una corretta politica di inclusione di tutte le parti, che a diverso titolo agiscono nell'Azienda.

L'attenzione posta ai ruoli organizzativi espressi nel contesto aziendale si è riflessa, nella disciplina adottata per gli incarichi di natura gestionale, su più livelli tra loro strettamente connessi:

- descrizione degli ambiti in cui agiscono le responsabilità (all'interno della job description), a valere, di conseguenza, anche come criteri selettivi per l'attribuzione della titolarità degli incarichi gestionali
- oggetto della valutazione periodica dei titolari degli incarichi.

Ambiti delle responsabilità

Per gli incarichi di **strutture complesse** i bandi di avviso pubblico esplicitano la valenza gestionale richiesta, specificando nel c.d. profilo soggettivo le competenze gestionali/organizzative (budget) attese, comprese quelle inerenti a gestione delle risorse umane affidate.

Al Direttore della Struttura complessa è infatti richiesto di avere: conoscenza dell'organizzazione delle Aziende sanitarie, del percorso di gestione del Budget, delle modalità di reclutamento del personale, degli obblighi in materia di sicurezza sul lavoro, dei vincoli normativi relativi alla disciplina dell'orario di lavoro, dei processi di programmazione e controllo ai fini di una efficace gestione delle risorse assegnate, con particolare riferimento alla gestione delle tecnologie complesse ad alto costo; capacità di effettuare l'analisi del fabbisogno delle risorse umane della struttura, capacità e

competenze di carattere organizzativo/gestionale anche a livello multidisciplinare, capacità manageriali nella gestione delle risorse umane affidate, al fine dell'integrazione delle diverse figure professionali e motivazione al lavoro in team; di responsabilizzazione dei collaboratori, con relativi criteri di delega, orientandone l'attività secondo progetti-obiettivo, individuali e di équipe, di individuazione delle priorità relative alla formazione e crescita dei collaboratori, promuovendone l'autonomia tecnico-professionale coerente con gli indirizzi e le linee guida; capacità di predisporre il piano delle attività e dell'utilizzazione delle risorse disponibili e di applicare i sistemi di valutazione della performance individuale ed organizzativa promuovendo lo sviluppo dei singoli; capacità di pianificare gli obiettivi sfidanti per la struttura e per i progetti che gestisce, con il coinvolgimento dei collaboratori.

Per gli incarichi si **struttura semplice** o **semplice dipartimentale** all'avviso interno viene allegata la scheda anagrafica di posizione che esplicita le competenze gestionali, tecnico professionali attese, nonché le responsabilità attribuite in relazione alla struttura sovraordinata.

Analoga impostazione riguarda anche gli **incarichi funzionali** del personale del **comparto** per i quali la metodologia in uso valorizza, oltre alle competenze tecnico specialistiche, anche gli ambiti organizzativo-gestionali e quelli relazionali. Anche per l'attribuzione di tali incarichi viene emesso un avviso interno corredato da specifica job description.

Oggetto della valutazione

La metodologia valutativa adottata sottopone i **titolari di incarichi gestionali** (Struttura Complessa, Direzione di Dipartimento e Struttura Semplice) ad una verifica a fine incarico, oltre che per gli aspetti relativi alle capacità professionali e dei risultati raggiunti, anche nelle aree dedicati all'orientamento all'innovazione e a quella dei comportamenti aziendali.

Inoltre gli stessi, oltre alla valutazione annuale di performance connessa agli obiettivi negoziati del ciclo di budget, sono oggetto di una valutazione comportamentale di pari cadenza annuale che mira a monitorare costantemente le capacità tipicamente implicate a ruoli di vertice: programmazione e riorganizzazione del lavoro, capacità decisionale, controllo e orientamento ai risultati, abilità nel problem solving, gestione valutazione dei collaboratori, propensione all'innovazione, condivisione dell'organizzazione aziendale e interazione interna, orientamento all'utenza.

La metodologia valutativa adottata per i titolari di **incarichi di funzione** (comparto) prevede una valutazione annuale comportamentale (collegata alla specifica job description) e una valutazione degli obiettivi di performance annualmente attribuiti. Inoltre alla scadenza dell'incarico è prevista una valutazione complessiva sul livello di raggiungimento degli obiettivi assegnati al momento dell'attribuzione dell'incarico e dell'attività svolta nel triennio.

Graduazione degli incarichi

Per la **Graduazione** dei diversi incarichi dirigenziali gestionali / professionali e degli incarichi del comparto, si fa riferimento ai criteri e parametri di massima indicati nei CC.CC.NN.L. (art. Retribuzione di posizione).

È facoltà della Direzione strategica, a seguito di confronto sindacale, identificare i criteri più significativi per l'organizzazione. Tali criteri sono oggetto di riconsiderazione nel corso del tempo in adeguamento allo sviluppo degli assetti organizzativi.

Coerentemente la graduazione dei relativi incarichi si articola in una pesatura composita in cui i vari item (dimensione organizzativa in cui agisce l'incarico, complessità delle competenze attribuite, livello di autonomia implicato, valenza strategica riconosciuta, tipo di specializzazione richiesta) convergono a definire a tutto tondo la valenza espressa dall'incarico quale snodo organizzativo.

Valorizzazione del personale

Le modalità di valorizzazione dell'esperienza professionale maturata nonché dell'accrescimento culturale conseguito (come indicato dall'art. 6, comma 1, lett. c, del DL 80/2021) trova un riflesso nelle dinamiche di progressioni orizzontale (cf. fasce economiche) già previste dalla contrattazione collettiva aziendale. Essa valorizza, tramite un sistematico reticolo di ambiti oggetto di osservazione nel corso della vita lavorativa, sia le competenze propriamente tecnico-professionali che i comportamenti organizzativi posti in essere dai singoli lavoratori.

In tal senso l'attuale disciplina aziendale risulta coerente con le disposizioni dettate dal nuovo CCNL, di recente sottoscrizione da parte dei contraenti nazionali per i c.d. differenziali economici di professionalità, il cui riconoscimento tiene conto dell'esperienza professionale, della media delle ultime tre valutazioni acquisite, nonché di altri criteri connessi alla capacità culturali e professionali acquisite.

3.2. ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE E SMARTWORKING

Nel corso dell'anno 2021 la materia è stata interessata da una modifica del quadro normativo di riferimento,

Con DPCM 23.09.2021 e DECRETO 8 ottobre 2021 il Governo ha, infatti, deciso il superamento dell'utilizzo del lavoro agile emergenziale come una delle modalità ordinarie di svolgimento della prestazione lavorativa alle dipendenze delle pubbliche amministrazioni, adottando conseguenti indicazioni organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori a decorrere dal 15 ottobre 2021, pur nel rispetto delle vigenti misure di contrasto al fenomeno epidemiologico.

A tali fini è stata anche formulata la definizione del rientro in presenza come lo svolgimento della prestazione lavorativa resa nella sede di servizio, prevedendo il rientro generalizzato di tutto il personale entro i quindici giorni successivi alla predetta data del 15.01.2021, ma assicurando

comunque, da subito, la presenza in servizio del personale preposto alle attività di front office e dei settori preposti alla erogazione di servizi all'utenza (cfr. art. 1, comma 2, Decreto 8.10.2021).

Inoltre è stato previsto che, in attesa della disciplina del lavoro agile rimessa dai nuovi contratti collettivi nazionali di lavoro e della definizione delle modalità e degli obiettivi dello stesso nell'ambito del Piano integrato di attività e organizzazione – PIAO (ai sensi dell'art. 6, comma 2, lett. c, del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni dalla legge 6 agosto 2021, n. 113), il Governo ha subordinato la possibilità di autorizzare l'accesso a tale modalità lavorativa, al rispetto di specifiche condizionalità¹, tra cui, in particolare, emerge il criterio della prevalenza dell'esecuzione della prestazione in presenza e dell'assenza di effetti negativi sulla fruizione dei servizi a favore degli utenti.

Infine, ai fini dell'omogenea attuazione delle predette misure, è stata prospettata l'adozione di specifiche linee guida da parte del Ministro per la pubblica amministrazione, previo confronto con le organizzazioni sindacali.

L'Azienda, in conseguenza di dette nuove disposizioni normative e nelle more dell'attuazione delle linee guida ministeriali e della disciplina dell'adottando imminente CCNL, a partire dal mese di novembre 2021, si è allineata al dettato del rientro in presenza, ferma restando la tutela dei lavoratori fragili. Ciò giustifica la variazione del ricorso al lavoro agile negli ultimi due mesi dell'anno.

3.2.1. Analisi quantitativa del ricorso al lavoro agile nell'ASST

Dall'inizio della pandemia si è introdotta la possibilità di svolgere il lavoro in modalità agile mediante adozione di specifiche direttive della Direzione Aziendale.²

¹ Art. 1, comma 3, Decreto 8.10.2021:

- a) lo svolgimento della prestazione di lavoro in modalità agile non deve in alcun modo pregiudicare o ridurre la fruizione dei servizi a favore degli utenti;
- b) l'amministrazione deve garantire un'adeguata rotazione del personale che può prestare lavoro in modalità agile, dovendo essere prevalente, per ciascun lavoratore, l'esecuzione della prestazione in presenza;
- c) l'amministrazione mette in atto ogni adempimento al fine di dotarsi di una piattaforma digitale o di un clou o comunque di strumenti tecnologici idonei a garantire la più assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni che vengono trattate dal lavoratore nello svolgimento della prestazione in modalità agile;
- d) l'amministrazione deve aver previsto un piano di smaltimento del lavoro arretrato, ove sia stato accumulato;
- e) l'amministrazione, inoltre, mette in atto ogni adempimento al fine di fornire al personale dipendente apparati digitali e tecnologici adeguati alla prestazione di lavoro richiesta;
- f) l'accordo individuale di cui all'art. 18, comma 1, della legge 22 maggio 2017, n. 81, deve definire, almeno:
 - 1) gli specifici obiettivi della prestazione resa in modalità agile;
 - 2) le modalità e i tempi di esecuzione della prestazione e della disconnessione del lavoratore dagli apparati di lavoro, nonché eventuali fasce di contestabilità;
 - 3) le modalità e i criteri di misurazione della prestazione medesima, anche ai fini del proseguimento della modalità della prestazione lavorativa in modalità agile;
 - g) le amministrazioni assicurano il prevalente svolgimento in presenza della prestazione lavorativa dei soggetti titolari di funzioni di coordinamento e controllo, dei dirigenti e dei responsabili dei procedimenti amministrativi;
 - h) le amministrazioni prevedono, ove le misure di carattere sanitario lo richiedano, la rotazione del personale impiegato in presenza, nel rispetto di quanto stabilito dal presente articolo.

² Note DG. ASST del 16/3/2020, 10/4/2020, 13/11/2020 e 16/11/2020.

Anno 2021

I dati numerici del ricorso a tale modalità, nel periodo gennaio 2021-ottobre 2021 di ricorso a tale modalità, soprattutto quale effetto delle restrizioni poste dalle progressive prescrizioni a tutela della salute adottate dalle competenti autorità, sono così riassumibili:

Aree professionali	N° dip.	%
AMMINISTRATIVO Comparto	65	63.73
AMMINISTRATIVO Dirigenza	2	1.96
SANITARIO Comparto	14	13.73
SANITARIO Dirigenza Medica	1	0.98
TECNICO Comparto	20	19.61
	102	100,00

Profili professionali	N°	tot. Cat.	n. ° dip.
CATEGORIA B - (COADIUTORE AMM/VO)	1		
CATEGORIA B - (OPER.TEC.ADDETTO ASSIST.)	1		
CATEGORIA B - (OPERATORE TECNICO)	1	B	3
CATEGORIA Bs - (COADIUTORE AMM.ESPERTO)	8	Bs	8
CATEGORIA C - (PERSONALE AMMINISTRATIVO)	34		
CATEGORIA C - (PERSONALE TECNICO)	2	C	36
CATEGORIA D - (ASSISTENTE SOCIALE)	10		
CATEGORIA D - (COLLAB.AMM. PROF.)	18		
CATEGORIA D - (COLLAB.TECN.PROF.)	3		
CATEGORIA D - COLL.PROF.SAN. (Inf.)	11		
CATEGORIA D - COLL.PROF.SAN. (Riab.)	1	D	43
CATEGORIA Ds - (COLLAB.AMM/VO PROF.ESP.)	4		
CATEGORIA Ds - (COLLAB.TECN.PROF.ESP)	3		
CATEGORIA Ds - (Profess.Sanit. Inferm.)	2	Ds	9
DIRETTORI AMMINISTRATIVI	2		2
INGEGNERI	1		1
	102		102

Anno 2020 vs anno 2021

Il confronto dei giorni lavorati da remoto negli anni 2020 e 2021, tra l'altro riferiti ad un lasso temporale di dieci mesi omogeneo (da marzo a dicembre 2020, da gennaio a ottobre 2021), attesta palesemente come il dato fenomenico sia il diretto portato dell'evoluzione nel tempo della disciplina emergenziale e delle connesse esigenze di sicurezza sui posti di lavoro, di cui esso ha costituito strumento caratterizzante:

	2020	2021	diff	rid. %
AMMINISTRATIVO Comparto	4.090	1.744	- 2.346	
PTA dirigenza	76	8	- 68	
SANITARIO Comparto	346	77	- 269	
SANITARIO Dirigenza Medica	5		- 5	
TECNICO Comparto	878	709	- 169	
Totale complessivo	5.395	2.538	- 2.857	- 52,96

3.2.2. Prospettive e impegni aziendali

L'ASST di Mantova pur consapevole che questa novità ha un forte significato organizzativo, perché rafforza il messaggio che il lavoro agile non nasce dall'improvvisazione bensì dalla programmazione, condurrà un percorso d'implementazione del lavoro agile partendo dall'analisi dei dati relativi all'attivazione del "lavoro agile" in epoca di pandemia da COVID19. Le modalità attivate in urgenza hanno visto applicare il lavoro agile in forma massiva senza la necessità di formalizzare contratti ad personam. L'Azienda ora si pone l'obiettivo di portare a sistema quanto realizzato durante l'emergenza formalizzando un regolamento di Gestione del lavoro agile che tenga conto dell'esperienza vissuta, obiettivo tra l'altro già inserito nel Piano di Azioni positive (PAP) anch'esso allegato del piano delle performance.

Per tale motivo e visto il protrarsi della situazione emergenziale l'Azienda ha ritenuto opportuno attenersi all'implementazione del lavoro agile che dovrà essere tecnicamente e strutturalmente adattato alle specificità e particolarità organizzative e di mission di una struttura sanitaria, non solo in relazione alla gestione di una emergenza sanitaria, ma anche in previsione di un sistema che, nel proprio regime di funzionamento, tenga conto della quota di attività svolta in Smart Working. In modo particolare verranno analizzati tutti gli obiettivi specifici espressi nelle linee guida e sarà individuato

un set di indicatori applicabili in coerenza con le mission delle strutture sanitarie. In parte tali indicatori potranno corrispondere esattamente a quelli predisposti nelle linee guida ministeriali, ma una parte sarà proposta come misura specifica aziendale di una performance ottenuta in tale modalità.

Premesso quanto sopra, le azioni / indicatori che potrebbero essere applicati (comunque previa analisi interna all'azienda) restano le medesime individuate lo scorso anno:

- percentuale di lavoratori agili effettivi / lavoratori agili potenziali
- percentuale di Giornate lavoro agile / giornate lavorative totali
- percentuale di dirigenti/posizioni organizzative che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze direzionali in materia di lavoro agile nell'ultimo anno
- percentuale di lavoratori agili che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze organizzative specifiche del lavoro agile nell'ultimo anno
- percentuale di lavoratori agili che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze digitali nell'ultimo anno
- Implementazione di un'indagine di soddisfazione dei dipendenti

Tanto premesso, è evidente che il presupposto per la realizzazione di quanto sopra è costituito dalla definizione effettiva della nuova disciplina da parte del nuovo CCNL del comparto sanitario, prima, e dal conseguente confronto con le rappresentanze sindacali aziendali, poi.

Già dai primi testi elaborati in sede negoziale nazionale, *in primis* per il comparto che tradizionalmente funge da guida su istituti comuni per gli accordi a seguire degli altri comparti ("Funzioni Centrali"), emergono i seguenti elementi connotanti il lavoro agile per così dire 'ordinario' (ossia non emergenziale):

1. il lavoro agile è una delle possibili modalità di effettuazione della prestazione lavorativa per processi e attività di lavoro, previamente individuati dalle amministrazioni, per i quali sussistano i necessari requisiti organizzativi e tecnologici per operare con tale modalità;
2. esso è finalizzato a conseguire il miglioramento dei servizi pubblici e l'innovazione organizzativa garantendo, al contempo, l'equilibrio tra tempi di vita e di lavoro;
3. l'Azienda, previo confronto sindacale, individua le attività che possono essere effettuate in lavoro agile;
4. sono esclusi i lavori in turno e quelli che richiedono l'utilizzo di strumentazioni o documentazioni non remotizzabili;

5. l'Azienda nel dare accesso al lavoro agile ha cura di conciliare le esigenze di benessere e flessibilità dei lavoratori con gli obiettivi di miglioramento del servizio pubblico, nonché con le specifiche necessità tecniche delle attività;
6. vi è l'obbligo da parte dei lavoratori di garantire, nell'esercizio della loro attività lavorativa, gli stessi livelli prestazionali previsti per l'attività in presenza;
7. l'Azienda - previo confronto sindacale - avrà cura di facilitare l'accesso al lavoro agile ai lavoratori che si trovino in condizioni di particolare necessità, non coperte da altre misure;
8. l'adesione al lavoro agile ha natura consensuale e volontaria;
9. l'accordo individuale è stipulato per iscritto e disciplina l'esecuzione della prestazione lavorativa svolta all'esterno dei locali dell'Azienda, anche con riguardo alle forme di esercizio del potere direttivo del datore di lavoro ed agli strumenti utilizzati dal lavoratore che di norma vengono forniti dall'Azienda;
10. la prestazione lavorativa in modalità agile dovrà essere articolata secondo seguenti fasce temporali di contattabilità e di inoperabilità, garantendo al lavoratore il diritto alla disconnessione;
11. il dipendente in lavoro agile può essere richiamato in sede, per sopravvenute esigenze di servizio o nel caso il cattivo funzionamento dei sistemi informatici impediscano o rallentino sensibilmente lo svolgimento dell'attività lavorativa a distanza.

L'esame della precedente elencazione, se da un lato denota come sia stato intrapreso l'indirizzo di un'evoluzione della natura e della finalità dello strumento rispetto alla precedente fase emergenziale, dall'altro, e proprio a tale scopo, elimina gli elementi di obbligatorietà e meccanicità, orientando le politiche aziendali in materia su una base autenticamente consapevole dei presupposti e degli effetti del ricorso del lavoro agile.

Ciò sia a livello collettivo (da cui la reiterata previsione di inserire le scelte aziendali in un percorso condiviso con le rappresentanze sindacale), sia a livello individuale (dei singoli lavoratori che intendono farne ricorso e con i quali vanno definite in accordo scritto le clausole attuative) sia, e soprattutto, dei loro responsabili, chiamati a garantire, sia a priori nell'individuare le attività suscettibili di essere svolte in tale modalità, che successivamente nel verificare il miglioramento conferito in tal modo al servizio, che tale opzione lavorativa sia resa senza pregiudizio dell'efficienza aziendale.

3.3. PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE

All'interno di ogni organizzazione le risorse umane rappresentano un elemento strategico e determinante per il raggiungimento degli obiettivi aziendali, ancor più nell'ambito di un'Azienda Sanitaria che eroga servizi alla persona.

Con Decreto n. 329 del 22/04/2022, formulato in ottemperanza delle indicazioni di cui alla DGR n. IX/5658 del 30/11/2021 e successive note informative, è stata rappresentata la dotazione organica al

31/12/2021 (tab. 1) e il fabbisogno / dotazione organica per l'anno 2022 (tab.2). Tale fabbisogno sarà oggetto di revisione all'approvazione del POAS 2022 – 2024.

Infatti sulla base delle disposizioni di cui alla L.r. n.33/2009 così come modificata dalla L.r. n.22/2021 e del “Modello e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel SSN” così come riportato nel PNRR – Missione 6, è stato ridefinito l’assetto organizzativo dell’azienda.

Con l’approvazione del POAS 2022 – 2024, pertanto verranno attivate nuove strutture e articolazioni territoriali, che richiedono l’assegnazione di specifiche risorse professionali, per soddisfare i bisogni di salute della cittadinanza e realizzare il nuovo modello assistenziale di prossimità.

L’ASST ha pertanto avviato un processo di analisi e revisione delle dotazioni organiche volto a definire i fabbisogni di personale necessario per l’attivazione delle nuove strutture e del nuovo modello organizzativo. La conseguente proposta di revisione del PTFP sarà quindi trasmessa alla DG Welfare di Regione Lombardia per l’istruttoria di competenza.

Ne consegnerà, pertanto, a breve la necessaria riconsiderazione complessiva dell’assetto degli incarichi di responsabilità, funzionale all’applicazione del nuovo modello regionale, con aggiornamento dell’assetto attuale come sopra identificato e l’identificazione di nuove posizioni disponibili per le progressioni di carriera del personale.

Tab.1

DOTAZIONE ORGANICA 2021		ruolo	DIPENDENTI E CONVENZIONATI UNIVERSITARI				
			TOTALE	... di cui INFERMIERE DI FAMIGLIA (DL 34 art.1)	... di cui ADI (DL 34 art.1)	... di cui TERAPIE INTENSIVE (DL 34 art.2)	... di cui RICERCA
TESTE							
1	DIRIGENZA MEDICA	S	548	-	-	1	-
	DIRIGENZA VETERINARIA	S	-	-	-	-	-
	DIRIGENZA SANITARIA	S	81	-	-	-	-
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	S	4	-	-	-	-
2	DIRIGENZA PROFESSIONALE	P	7	-	-	-	-
	DIRIGENZA TECNICA	T	1	-	-	-	-
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	A	13	-	-	-	-
TOTALE DIRIGENZA			654	-	-	1	-
3	PERSONALE INFERMIERISTICO	S	1 769	42	-	24	-
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	S	194	-	-	-	-
	PERSONALE VIGIL. ISPEZIONE	S	12	-	-	-	-
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	S	194	-	-	-	-
	ASSISTENTI SOCIALI	T	46	-	-	-	-
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	T	299	-	-	-	-
	PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	T	433	-	-	-	-
	AUSILIARI	T	4	-	-	-	-
	ASSISTENTE RELIGIOSO	P	-	-	-	-	-
	PERSONALE AMMINISTRATIVO	A	341	-	-	-	-
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	P	-	-	-	-	-	
4	RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	R	-	-	-	-	-
TOTALE COMPARTO			3 292	42	-	24	-
TOTALE COMPLESSIVO			3 946	42	-	25	-

Tab.2

DOTAZIONE ORGANICA 2022		ruolo	DIPENDENTI E CONVENZIONATI UNIVERSITARI				
			TOTALE	... di cui INFERMIERE DI FAMIGLIA (DL 34 art.1)	... di cui ADI (DL 34 art.1)	... di cui TERAPIE INTENSIVE (DL 34 art.2)	... di cui RICERCA
TESTE							
1	DIRIGENZA MEDICA	S	600	-	-	4	-
	DIRIGENZA VETERINARIA	S	-	-	-	-	-
	DIRIGENZA SANITARIA	S	83	-	-	-	-
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	S	6	-	-	-	-
2	DIRIGENZA PROFESSIONALE	P	6	-	-	-	-
	DIRIGENZA TECNICA	T	2	-	-	-	-
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	A	15	-	-	-	-
TOTALE DIRIGENZA			712	-	-	4	-
3	PERSONALE INFERMIERISTICO	S	1 846	65	-	28	-
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	S	200	-	-	-	-
	PERSONALE VIGIL. ISPEZIONE	S	13	-	-	-	-
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	S	199	-	-	-	-
	ASSISTENTI SOCIALI	T	47	-	-	-	-
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	T	318	-	-	-	-
	PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	T	447	-	-	-	-
	AUSILIARI	T	4	-	-	-	-
	ASSISTENTE RELIGIOSO	P	-	-	-	-	-
	PERSONALE AMMINISTRATIVO	A	351	-	-	-	-
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	P	-	-	-	-	-
4	RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	R	-	-	-	-	-
TOTALE COMPARTO			3 425	65	-	28	-
TOTALE COMPLESSIVO			4 137	65	-	32	-

3.3.1. Programmazione strategica delle risorse umane

Il piano triennale dei fabbisogni del personale si inserisce quale strumento propedeutico dell'attività di programmazione complessiva dell'ASST ed è finalizzato al miglioramento della qualità dei servizi offerti ai cittadini ed agli stakeholder del territorio. Il Piano, attraverso la corretta allocazione delle persone e delle relative competenze professionali di cui l'amministrazione ha bisogno, cerca di ottimizzare l'impiego delle risorse disponibili al fine di perseguire gli obiettivi di valore pubblico e di performance in termini di offerta alla collettività. La programmazione e la definizione del proprio fabbisogno di risorse umane consentono di distribuire la capacità assunzionale in base alle priorità strategiche ed in correlazione con gli output e gli outcome previsti, in termini di servizi, nonché di cambiamento dei modelli organizzativi. La programmazione del fabbisogno si basa in primis sui dati storici, che configurano l'assetto organizzativo dell'Azienda strutturata secondo il POAS e successivamente modellati sulle dinamiche organizzative e strategiche che si concretizzano, tenuto conto dei vincoli interni ed esterni e delle relative dinamiche assunzionali che caratterizzano l'attuale contesto in cui l'ASST si trova ad operare. Tale programmazione tiene quindi in considerazione da

un lato capacità assunzionale calcolata sulla base del vincolo di spesa autorizzato da Regione Lombardia e le difficoltà nel recuperare alcune figure professionali.

3.3.2. Strategia di copertura del fabbisogno

I modelli elaborati dall'ASST Mantova sono molteplici e flessibili, rispetto alle esigenze programmatiche dell'Ente, tenendo conto della compatibilità con la cornice finanziaria assegnata.

Con cadenza annuale vengono bandite ed espletate le procedure selettive sia a valenza interna che esterna, più opportune in relazione ai target finali di cui al PTFP vigente. La strategia di copertura e gestione del fabbisogno poggia su tre fondamentali pilastri:

- il recupero del turn over dell'anno precedente: prendendo come riferimento la dotazione organica complessiva teorica, approvata con il PTFP previgente;
- la compatibilità economica del piano di assunzione con il costo del Personale;
- il rafforzamento di alcuni profili professionali, che costituiscono il core aziendale, con particolare, ma non esclusivo, riferimento all'area sanitaria.

Le misure adottate attengono:

- a procedure esterne, per l'ordinario reclutamento, e precisamente:
 - Concorso pubblico e successivo scorrimento della graduatoria interna;
 - Avviso pubblico per titoli e colloquio e successivo scorrimento della graduatoria interna;
 - Avviso di Mobilità Volontaria per titoli e colloquio;
 - Utilizzo reciproco delle graduatorie concorsuali;
 - Reclutamento categorie protette ex L. 68/99;
- a procedure interne, per favorire la mobilità del personale nelle diverse aree e settori dell'Ente, offrendo la possibilità di trasferirsi su posizioni vacanti o che si rendono vacanti in corso d'anno, oppure su posizioni diverse da quelle vacanti, su specifica istanza del dipendente. Ciò, con la finalità di ampliare le competenze e le conoscenze del personale rispetto alla molteplicità dei processi aziendali.

Accanto ad una politica di reclutamento e mobilità, non secondario è l'affermarsi di un percorso di carriera sia per il personale dirigente che non dirigente, attraverso istituti contrattuali applicati con continuità e coerenza con il Piano organizzativo e la mission aziendale, quali:

- Incarichi di Funzione e Coordinamento (selezione interna);
- Progressioni Economiche Verticali (Concorso/Bando);
- Incarico di Alta Specialità (Bando Interno);
- Direzione Struttura Semplice (selezione interna);
- Direzione Struttura Complessa (Avviso pubblico);
- Direzione Dipartimento.

3.3.3. Formazione del personale

Il Piano di Formazione aziendale è lo strumento della Direzione Strategica che definisce modalità, risorse e leve formative per supportare il perseguimento di obiettivi di sviluppo aziendale e professionale.

La costruzione del PFA aziendale è un processo incrementale, che vede come elementi in ingresso:

- la normativa nazionale e regionale,
- le Regole di sistema regionali annuali,
- le linee di indirizzo della Direzione Strategica,
- il Piano delle performance;
- le istanze formative dei committenti aziendali.

La progettualità formativa è orientata a:

- coinvolgere tutte le categorie professionali presenti in Azienda ivi compresi i medici specialisti ambulatoriali;
- Valorizzare le professionalità interne dell'azienda attraverso il loro coinvolgimento in attività di responsabili Scientifici, Docenti, Tutor, relatori, Autori di testi per formazione FAD;
- utilizzare le diverse leve induttive e deduttive;
- promuovere strumenti innovativi (ad es. simulazioni, on the job, e-learning, Fad sincrona e asincrona) per facilitare l'acquisizione di conoscenze e abilità;
- dare la possibilità ai dipendenti di fruire di iniziative promosse in Azienda o di adire a percorsi extra aziendali obbligatori;
- garantire una formazione specifica e coerente con le linee di sviluppo normativo e aziendale a tutto il personale amministrativo;
- garantire l'erogazione dei crediti formativi per professionisti sanitari in coerenza con le indicazioni ECM-CPD;
- garantire l'erogazione dei crediti formativi per Assistenti sociali accreditando gli eventi nel portale dedicato.

Le attività formative si dividono nelle seguenti tematiche portanti:

- Manageriali (leadership, tecniche di negoziazione e gestione Conflitti, Problem Solving , Decision making);
- Assessment, Motivazione ed Empowerment
- Comunicativo - relazionali
- NTS non technical Skill –
- Tecnico Professionali – Specialistiche

Interventi formativi prioritari di supporto organizzativo innovativo sono rivolte all'integrazione interaziendale ospedale/territorio, alla presa in carico del paziente fragile ed alla gestione del paziente nelle REMS.

Le priorità a supporto dell'ambito organizzativo normativo rispondono ai seguenti criteri:

- adempimento di norme e obblighi legislativi, riconducibili a Sicurezza del paziente e del lavoratore, Piani e azioni aziendali vigenti, quali Piano Performance, CIO, PRIMO, Risk management, Comunicazione, Trasparenza e lotta corruzione, CUG, Piano Pandemico, e certificazioni (ISO, Ospedale a misura di bambino, Bollino rosa);
- coerenza con le direttive e gli obiettivi aziendali, con il ruolo e la funzione/mansione esercitata dagli operatori e con gli obiettivi assegnati all'Unità Operativa.

La Formazione aziendale si avvale sia di docenti interni, compresi Formatori organizzati in gruppi che vengono impiegati nei corsi che rispondono alla formazione obbligatoria (ad es. BLS-D e Movimentazione dei carichi) che di docenti esterni individuati dai Responsabili scientifici.

Per l'espletamento dei corsi aziendali vengono inoltre utilizzati spazi interni (aule della Formazione e del Centro Universitario Aziendale) o, a seconda del numero dei discenti arruolati e delle caratteristiche della formazione erogata, aule attrezzate esterne.

Il budget della Formazione è destinato sia alla formazione interna che alla formazione extra azienda. Quest'ultima in particolare è indirizzata ad aumentare le competenze del personale e si avvale degli istituti della riserva oraria per il personale dirigente e di assenza retribuita per il personale del comparto.

Gli obiettivi e i risultati attesi della formazione

Nella progettazione degli eventi formativi viene considerata la coerenza tra le competenze acquisibili, gli obiettivi formativi e le metodologie didattiche e metodi di lavoro per definire gli strumenti di valutazione più adeguati alla valutazione dell'apprendimento dei discenti e la valutazione delle ricadute organizzative.

La valutazione dell'apprendimento dei discenti al termine del progetto formativo viene eseguita con strumenti diversi, a seconda dell'approccio adottato, ma sempre coerenti con gli obiettivi formativi e distinta per ciascun discente. Essa permette attraverso prove oggettive di conoscere se i partecipanti, a conclusione dell'evento, hanno conseguito gli obiettivi formativi definiti. Tra gli indicatori monitorati dall'Ufficio Formazione viene misurato il "Livello di apprendimento" dei discenti considerando la percentuale dei partecipanti che superano la valutazione finale con un valore soglia che deve essere $\geq 80\%$ dei frequentanti. Negli ultimi due anni la media dei discenti che ha superato la valutazione finale è del 90%.

Nella consapevolezza che il processo di formazione possa definirsi efficace nel momento in cui introduce o favorisce il cambiamento organizzativo sono individuati nelle schede dei progetti formativi più significativi indicatori misurabili e/o oggettivi relativi alla ricaduta interna.

SEZIONE 4. MONITORAGGIO

SEZIONE	RESPONSABILITÀ	TEMPI, STRUMENTI E MODALITÀ DI MONITORAGGIO
VALORE PUBBLICO	S.C. CONTROLLO DI GESTIONE	Annuale. Partecipativa (Coinvolgimento di tutti gli stakeholder- somministrazione questionari e valutazione del grado di soddisfazione dell'utenza).
PIANO AZIONI POSITIVE	C.U.G.	Annuale somministrazione di questionario customer satisfaction
PERFORMANCE	S.C. CONTROLLO DI GESTIONE	Trimestrale con misurazione di Indicatori di risultato-indicatori output -indicatori di efficienza e efficacia
RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA	RPCT	Semestrale con misurazione degli indicatori previsti nelle misure specifiche e generali di prevenzione della corruzione
ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE	S.C. GESTIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE – S.C. SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI	Annuale somministrazione di questionario customer satisfaction
PIANO DEI FABBISOGNI	S.C. GESTIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE	Come previsto da normativa
PIANO FORMATIVO	UFFICIO FORMAZIONE AZIENDALE	Come previsto da normativa

Pubblicità

Il presente documento viene adottato e pubblicato sul sito istituzionale, nella sezione "Amministrazione Trasparente".

SEZIONE I : Mappatura dei processi

Area di rischio	Processo	Input	Attività	Output	
Contratti pubblici	Programmazione acquisti beni e servizi sanitari	Nuove esigenze di fornitura e fabbisogni di beni già in uso	ANALISI E VALUTAZIONE DEI FABBISOGNI IN RAPPORTO ALLA PROGRAMMAZIONE DELLE ATTIVITA'	Programma biennale acquisti di beni e servizi sanitari e pianificazione della spesa.	
			CONFRONTO CON LA SPESA STORICA		
	Progettazione fornitura di beni e servizi sanitari	Programma biennale acquisti di beni e servizi sanitari, richieste di rinnovo e di attivazione di nuove forniture non programmate	VERIFICA PRELIMINARE PRESENZA CONVENZIONI ARCA/CONSIP O GARE DI AZIENDE CONSORZIO CON CLAUSOLA DI ESTENSIONE		Capitolato tecnico prestazionale, disciplinare della procedura di selezione del contraente.
			VALUTAZIONE DELLE CARATTERISTICHE TECNICHE DELLA FORNITURA DEFINITE DALLE STRUTTURE UTILIZZATRICI		
			CONSULTAZIONI PRELIMINARI DI MERCATO (EVENTUALE)		
			DETERMINAZIONE IMPORTO A BASE D'ASTA NELLE PROCEDURE COMPARATIVE		
			SCELTA DELLA PROCEDURA DI AGGIUDICAZIONE		
			VALUTAZIONE DEGLI ELEMENTI ESSENZIALI DELLA FORNITURA E DEGLI ELEMENTI DI VALUTAZIONE DELLE OFFERTE DETERMINATI DALLE STRUTTURE UTILIZZATRICI E CONSEGUENTE DEFINIZIONE DEI REQUISITI DI PARTECIPAZIONE ALLA PROCEDURA E DEL CRITERIO DI AGGIUDICAZIONE		
	Selezione del contraente	Bando di gara, Richiesta di offerta	PUBBLICAZIONE DEL BANDO/RICHIESTA DI OFFERTA/LETTERA D'INVITO NELLE PROCEDURE COMPARATIVE		Bando di gara, Richiesta di offerta, Delibera di nomina e Verbali del seggio di gara e della Commissione Giudicatrice
CHIARIMENTI ALLE DITTE CONCORRENTI E/O RETTIFICHE DELLA DOCUMENTAZIONE DI GARA					
PROPOSTA ALLA DIREZIONE DI NOMINA DEI COMPONENTI LA COMMISSIONE GIUDICATRICE					

Area di rischio	Processo	Input	Attività	Output
			VERIFICA DEI REQUISITI DI PARTECIPAZIONE AL FINE DELL'AMMISSIONE ALLE FASI DI GARA ANALISI DELL'ANOMALIA DELL'OFFERTA	
	Verifica aggiudicazione e stipula del contratto per la fornitura di beni e servizi sanitari	Verbali del seggio di gara e della Commissione Giudicatrice, Delibera di aggiudicazione	VERIFICHE REQUISITI AGGIUDICATARIO PROVVISORIO COMUNICAZIONI DI AGGIUDICAZIONE ALLE DITTE PARTECIPANTI STIPULA DEL CONTRATTO MEDIANTE SCRITTURA PRIVATA COMUNICAZIONI AI CANDIDATI E OFFERENTI DELLA STIPULA DEL CONTRATTO MEDIANTE SCRITTURA PRIVATA	Comunicazioni e contratto di fornitura
	Esecuzione del contratto di fornitura di beni e servizi	Contratto di fornitura	PROPOSTA ALLA DIREZIONE DI NOMINA DEL DIRETTORE DELL'ESECUZIONE DEL CONTRATTO VERIFICHE DEL CORRETTO ADEMPIMENTO DELLE PRESTAZIONI CONTRATTUALI E DEL RISPETTO DELLE TEMPISTICHE STABILITE AUTORIZZAZIONE AL PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI AUTORIZZAZIONE AL SUBAPPALTO INTRADUZIONE DI MODIFICHE E VARIANTI AL CONTRATTO	Delibera di nomina del DEC, verbali di verifica della fornitura e autorizzazioni al subappalto, alle varianti e modifiche contrattuali e al pagamento delle prestazioni contrattuali
	Rendicontazione e chiusura del contratto	Rendiconti, segnalazioni, richieste aggiuntive, etc.	SVINCOLO GARANZIA FIDEIUSSORIA (OVE PREVISTA)	Relazione finale del DEC, Liquidazione saldo competenze, atto di proroga dei termini contrattuali (eventuale)

Area di rischio	Processo	Input	Attività	Output
Contratti pubblici	Acquisizione di servizi, beni tecnico economici e di lavori: PIANIFICAZIONE, PROGRAMMAZIONE E PROGETTAZIONE	Gestione e monitoraggio scadenziario documentato e rispetto adempimenti art. 21 codice dei contratti - Monitoraggio documentato spesa storica e analisi delle motivazioni di scostamento	PIANIFICAZIONE E PROGRAMMAZIONE ACQUISTI DI SERVIZI/BENI ECONOMICI/ LAVORI	Predisposizione ed approvazione degli strumenti di programmazione -Fabbisogni rispondenti a criteri di efficienza/efficacia/economicità
			RINNOVI E PROROGHE	
			ANALISI E DEFINIZIONE DEI FABBISOGNI	
Contratti pubblici	Acquisizione di servizi, beni tecnico economici e di lavori SELEZIONE DEL CONTRAENTE	Gestione degli avvisi e degli elenchi dei fornitori -forma dei capitolati da parte dell'ufficio competente- dichiarazione incompatibilità - Indicazione dei criteri di valutazione e dei punteggi attribuiti - dichiarazione d'incompatibilità - verbale/i commissione	VERIFICA DEL MERCATO MEDIANTE INDAGINI/AVVISI E FORMAZIONE DI ELENCHI DI FORNITORI	Rispetto delle regole di affidamento degli appalti mediante utilizzo di sistemi di affidamento, di tipologie contrattuali (ad esempio concessione in luogo di appalto) o di procedure negoziate e affidamenti -Definizione dei requisiti di accesso alla gara e, in particolare, dei requisiti tecnico-economici dei concorrenti - Predisposizione di clausole contrattuali dal contenuto chiare ed esaustive -Formulazione di criteri di valutazione e di attribuzione di punteggi (tecnici ed economici - Nomina di commissari di gara senza conflitto d'interesse o privi dei necessari requisiti - Applicazione dei criteri di aggiudicazione della gara -Effettuazione dei controlli e delle verifiche al fine di non favorire un aggiudicatario privo dei requisiti
			DEFINIZIONE DEL CAPITOLATO E PREDISPOSIZIONE DI TUTTA LA DOCUMENTAZIONE DI GARA	
			DEFINIZIONE DEGLI ELEMENTI DI VALUTAZIONE	
			NOMINA COMMISSIONE VALUTATRICE	
			VALUTAZIONE OFFERTE TECNICHE	
			VERIFICA ANOMALIE DI OFFERTA - AGGIUDICAZIONE	

Area di rischio	Processo	Input	Attività	Output
Contratti pubblici	Acquisizione di servizi, beni tecnico economici e di lavori VERIFICA AGGIUDICAZIONE E STIPULA DEL CONTRATTO	Verbale di verifica dei controlli effettuati - autorizzazione subappalto e stipula del contratto	ATTIVITA' DI VERIFICA REQUISITI DI ORDINE GENERALE EX ART. 80 CODICE DEI CONTRATTI	Verifica dei requisiti di ordine generale ex art 80 Codice degli appalti - Verifica subappalto e rispetto tempi per la stipula del contratto
			VERIFICA SUBAPPALTO E RISPETTO TEMPI PER STIPULA CONTRATTUALE	
Contratti pubblici	Acquisizione di servizi, beni tecnico economici e di lavori ESECUZIONE E RENDICONTAZIONE DEL CONTRATTO	Richiesta di verifiche periodiche al DEC ed eventuali segnalazioni di non conformità documentate ed accessibili - attestazioni periodiche di conformità della fornitura datate firmate ed accessibili	NOMINA E VERIFICA ATTIVITA' DEL DEC (DIRETTORE ESECUZIONE DEL CONTRATTO) APPLICAZIONE MISURE SANZIONATORIE PREVISTE DAI DOCUMENTI DI GARA	Verifica dell'effettivo stato avanzamento lavori/servizi/acquisto beni rispetto al cronoprogramma al fine di consentire l'applicazione di penali o la risoluzione del contratto o l'abusivo ricorso delle varianti - Applicazione delle misure sanzionatorie previste dai documenti di gara
Acquisizione e gestione del personale	Reclutamento personale dipendente	Richiesta assuntiva	Ricognizione esigenze assuntive	Assunzione personale dipendente a tempo determinato o indeterminato
			Raccolta delle richieste motivate di assunzione presentate da direttore dipartimento, direttore della struttura, Direttore SITRA e convalidate dalla Direzione	
			Indizione procedura	
			Ammissione/esclusione candidati	
			Espletamento procedura e formulazione graduatoria	
Acquisizione e gestione del personale	Applicazione istituti contrattuali relativi alla gestione assenze retribuite	Richiesta concessione istituto	Esame richiesta (pertinenza e completezza)	Concessione assenza retribuita
			Espressione parere di competenza	
			Accoglimento/diniego	

Area di rischio	Processo	Input	Attività	Output
Acquisizione e gestione del personale	Procedimento disciplinare (per infrazioni punibili con sanzione superiore al rimprovero verbale)	Segnalazione	Verifica e contestazione scritta dell'addebito Convocazione dell'interessato e contraddittorio Decisione	Irrogazione sanzione o archiviazione
Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Gestione delle uscite: Percorso fatturazione-liquidazione	Ricezione fattura	Registrazione nella contabilità generale Trasmissione alla Struttura deputata alla verifica e controllo (in modalità informatizzata se fattura elettronica, o per posta se fattura cartacea Acquisizione del documento firmato digitalmente o cartaceo Verifica DURC ed Equitalia Generazione ordinativo pagamento	Ordinativo di pagamento
Controlli, verifiche e sanzioni	Collaudo Apparecchiature	Ricevimento delle apparecchiature	Verifica documentale Installazione Formazione all'uso	Presenza in carico dell'apparecchiatura
Controlli, verifiche e sanzioni	Gestione del parco apparecchiature elettromedicali mediante servizio in outsourcing	Contratto di fornitura servizio di manutenzione in outsourcing	Audit mensile Controllo degli SLA Verifica a campione Customer satisfaction	Rispetto SLA
Controlli, verifiche e sanzioni	Fuori Uso di apparecchiature	Proposta di messa in fuori uso delle apparecchiature	Ricezione della proposta Verifica documentale Verifica condizioni di fuori uso dell'apparecchiatura Supporto tecnico	Certificazione di messa in fuori uso
Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Elaborazione e monitoraggio del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	Relazione di monitoraggio	Studio normativa, linee guida ANAC e relazioni di monitoraggio ai fini della predisposizione del PTPCT Verifica della documentazione prodotta ai fini della predisposizione dei contenuti del nuovo Piano Approvazione del PTPCT Individuazione delle modalità di monitoraggio Studio ed analisi della documentazione pervenuta dalle Strutture/Servizi ed elaborazione della Relazione di monitoraggio	Approvazione e pubblicazione del PTPCT

Area di rischio	Processo	Input	Attività	Output
Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Accesso civico semplice	Istanza di accesso	Ricezione dell'istanza ed esame della fondatezza	Pubblicazione del dato, dell'informazione o del documento/rigetto dell'istanza
			Eventuale interlocuzione con l'istante nel caso in cui nell'istanza non siano identificati i documenti, le informazioni o i dati da pubblicare	
			Pubblicazione del dato, dell'informazione o del documento nella sezione "Amministrazione Trasparente" nel caso di fondatezza dell'istanza	
			Comunicazione all'istante ed invio del link dove sono pubblicati i dati/Invio del provvedimento di rigetto in caso d'infondatezza dell'istanza	
			Comunicazione degli inadempimenti gravi all'UPD, al NVP e alla Direzione Strategica aziendale	
Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Riesame del diniego, totale o parziale, o della mancata risposta all'istanza di accesso civico generalizzato e del provvedimento di rigetto dell'opposizione motivata del controinteressato	Richiesta di riesame	Ricezione richiesta di riesame ed analisi della fondatezza	Provvedimento di accoglimento/rigetto dell'istanza
			Archiviazione per inammissibilità	
			Analisi della fondatezza del riesame, richiesta di elementi informativi e documentazione all'ufficio che ha negato/differito l'accesso. Richiesta di parere al Garante della privacy	
			Valutazione degli elementi raccolti e redazione del provvedimento di accoglimento/rigetto dell'istanza	
			In caso di accoglimento dell'istanza, richiesta all'ufficio che ha rigettato/non risposto di inviare la documentazione al richiedente	
			Inoltro del provvedimento di accoglimento/rigetto all'istante e all'eventuale controinteressato	
Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Verifica dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione da parte dell'ASST	Monitoraggio della pubblicazione dei dati, delle informazioni e dei documenti nella sezione "Amministrazione trasparente"	Raccolta relazioni di monitoraggio della pubblicazione dei dati, delle informazioni e dei documenti secondo i criteri di completezza, aggiornamento ed apertura nonché secondo le tempistiche previste dall'"Elenco degli obblighi di pubblicazione" allegato al PTPCT	Pubblicazione dei dati, delle informazioni e dei documenti nella sezione "Amministrazione trasparente"
			In caso di anomalie o carenze, richiesta al responsabile individuato nell'"Elenco degli obblighi di pubblicazione" allegato al PTPCT di pubblicare i dati, le informazioni e i documenti secondo i criteri previsti	
			Verifica dell'effettuazione della pubblicazione	

Area di rischio	Processo	Input	Attività	Output
Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Gestione delle segnalazioni dei whistleblowers	Segnalazione	Ricezione della segnalazione e analisi al fine di determinare l'ammissibilità e la ricevibilità	adozione, o proposta di adozione se la competenza è di altri, di tutte le misure necessarie per il ripristino della legalità
			Eventuale archiviazione della segnalazione per inammissibilità, irricevibilità o manifesta infondatezza	
			Acquisizione ed analisi di ogni elemento utile alla valutazione della fattispecie anche attraverso ulteriori chiarimenti al whistleblower o ad eventuali altri soggetti	
			Archiviazione nel caso di infondatezza per l'assenza di elementi di fatto idonei a giustificare ulteriori accertamenti o per l'insussistenza dei presupposti di legge per l'applicazione della sanzione . Comunicazione al segnalante dell'archiviazione	
			In caso di accertamento della fondatezza della segnalazione: - comunicazione dell'esito dell'accertamento al dirigente responsabile della struttura di appartenenza dell'autore della violazione; - denuncia all'Autorità giudiziaria competente; - adozione, o proposta di adozione se la competenza è di altri, di tutte le misure necessarie per il ripristino della legalità - comunicazione dell'esito al segnalante	
Incarichi e nomine	attribuzione incarichi dirigenziali di struttura semplice o alta specializzazione	Attuazione/Modifica POAS Incarichi vacanti	identificazione tipologia incarico e definizione del contenuto per funzioni e responsabilità	Attribuzione incarichi
			emissione e pubblicazione avviso interno	
			valutazione delle candidature	
			attribuzione incarico (nomina)	
Incarichi e nomine	Affidamento a legali esterni dell'incarico di assistenza legale a favore dell'Azienda	Richiesta risarcimento danni con successivo atto d'impulso del contenzioso giurisdizionale	Atto introduttivo del giudizio	Affidamento dell'incarico al legale prescelto con sottoscrizione del relativo contratto d'opera
			Selezione del legale idoneo inserito nell'elenco dei legali fiduciari dell'Azienda	
			Predisposizione di deliberazione di conferimento dell'incarico	

Area di rischio	Processo	Input	Attività	Output
Affari legali e contenzioso	Gestione sinistri	Richiesta risarcimento danni e/ o avviso di indagini da parte dell'Autorità Giudiziaria	Istruttoria pratica con richiesta relazione/i ai sanitari coinvolti, cartelle cliniche, documentazione sanitaria, ecc.	Eventuale pagamento a titolo di risarcimento danni e archiviazione pratica.
			Valutazione della richiesta e della relativa pratica in CVS	
			Adempimenti legge Gelli/Bianco al fine di mettere a conoscenza il medico della richiesta pervenuta	
			Eventuali trattative a livello stragiudiziale	
			Mediazione – Accertamento Tecnico Preventivo – Giudizio ordinario – Incidente probatorio – udienza preliminare– decreto rinvio a giudizio	
Attività Libero Professionale	Prenotazione prestazione in LP	Richiesta dell'utente per prestazione in LP	Ricerca posto in agenda	Determinazione appuntamento e incasso del corrispettivo
			Appuntamento	
			Incasso del corrispettivo	
Attività Libero Professionale	Controlli attività LP	Adempimento di RL che richiede pubblicazione volumi LP	Conteggio rapporto tra volumi trimestrali attività SSN e LP	Determinazione corretto rapporto LP/SSN e pubblicazione sito SMAF di RL
Attività Libero Professionale	Autorizzazione attività LP	Richiesta autorizzazione da parte del professionista	Verifica requisiti giuridici per accesso attività LP	Provvedimento di autorizzazione ad attività LP ed apertura agende dedicate
			Verifica corrispondenza prestazioni erogabili con SSN	
Liste d'attesa	Prenotazione prestazione con SSN	Ricezione dell'impegnativa	Inserimento impegnativa	Determinazione appuntamento e pagamento ticket (se dovuto)
			Ricerca posto in agenda e appuntamento	
			Incasso ticket	
	Gestione rischio di Drop Out	Mancata presentazione dell'utenza ad appuntamento	Azioni preventive per evitare il fenomeno di drop out	Emissione sanzione a carico di utente non presentato

Area di rischio	Processo	Input	Attività	Output
Farmaceutica dispositivi ed altre tecnologie	Approvvigionamento dei prodotti di farmacia nel rispetto degli standard descritti nelle procedure certificate	Richieste delle UU.OO.	Verifica degli ordini in consegna	Fornitura alle UU.OO. dei prodotti di farmacia
			Ricezione e verifica congruità quali/quantitativa dei materiali consegnati rispetto all'ordine	
			Caricamento farmaci attraverso il programma gestionale di magazzino	
			Confezionamento e stoccaggio	
			Ricezione della richiesta di fornitura da parte delle UU.OO.	
			Controllo della richiesta	
			Allestimento	
			Consegna al trasportatore delle cassette allestite	
			Feed back alla Farmacia da parte dei trasportatori esterni/reparto delle consegne effettuate	
Farmaceutica dispositivi ed altre tecnologie	Fornitura di farmaci in PTO	Richiesta di farmaci inseriti in PTO	Richiesta di inserimento del farmaco nel PTO	Fornitura di farmaci
			Verifica della richiesta	
			Ricezione della richiesta motivata di fornitura per singolo paziente	
			Verifica dell'appropriatezza della richiesta e della disponibilità del prodotto	
			Passaggio della richiesta alla SC Gestione Acquisti	
			Consegna del farmaco al paziente	
Farmaceutica dispositivi ed altre tecnologie	Smaltimento prodotti di farmacia scaduti	Richiesta di smaltimento da parte delle UU.OO.	Restituzione alla farmacia dalla U.O. e valorizzazione	Smaltimento di prodotti di farmacia scaduti
			Allestimento contenitori	
			Ritiro a cura della ditta incaricata dello smaltimento	
Farmaceutica dispositivi ed altre tecnologie	Gestione resi e ritiri	Comunicazione di ritiro/sequestro	Presenza in carico della comunicazione di avvenuto ritiro/sequestro	Restituzione alla ditta del prodotto ritirato/sequestrato
			Inoltro dell'informativa alle UU.OO. interessate	
			Riscontro in U.O. della presenza del prodotto ritirato	
			Restituzione in farmacia del prodotto ritirato	
			Restituzione del prodotto in ditta	
			Recepimento della nota di credito	
Farmaceutica dispositivi ed altre tecnologie	Verifica periodica delle quantità di prodotti di farmacia non utilizzati	Programma degli inventari	Predisposizione delle stampe di conta per area di prelievo	Governo delle giacenze
			Conta fisica	
			Correzioni	

Area di rischio	Processo	Input	Attività	Output
Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero	Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero	Decesso	Compilazione da parte del medico di reparto della scheda ISTAT e del modulo avviso di morte.	Rilascio del certificato di accertamento di morte
			Invio della suddetta documentazione al servizio Spedalità per controllo amministrativo.	
			Invio della documentazione presso le camere mortuarie.	
			Ricevimento documentazione (ISTAT e avviso di morte).	
			Compilazione da parte del medico necroscopo dell'accertamento di morte secondo la normativa, in ottemperanza a quanto previsto dal regolamento di polizia Mortuaria nazionale e legge regionale	
			Invio telematico del certificato necroscopico ad INPS	
Altra area: Medicina Legale	Gestione delle domande di invalidità civile, legge 104, legge 68/99, cecità e sordità civile	Compilazione del certificato introduttivo dal parte del MMG;	Scarico della domande pervenute da INPS dal portale telematico.	Verbale del giudizio medico legale emesso dalla Commissione medica di ASST ad INPS, tramite il portale telematico di cooperazione, allegando altresì la documentazione sanitaria acquisita durante la visita o inviata. Controllo e validazione del giudizio da parte di INPS Invio da parte di INPS del verbale definitivo di accertamento al cittadino
		oppure	Suddivisione delle pratiche in base alla tipologia di accertamento da eseguire.	
		trasmissione telematica della domanda da parte del Patronato ad INPS.	Preparazione delle sedute di invalidità civile con i componenti previsti dalla normativa (Presidente: medico legale, altro medico di ASST, specialista di branca, medico del lavoro, assistente sociale/psicologo, medico esterno INPS; medico di categoria).	
		oppure	Invio dell'invito a visita al cittadino che ha richiesto la prestazione.	
		Caricamento delle domande da parte di INPS al portale di cooperazione (Butterfly) con ASST.	Visita in commissione.	
			Richiesta di invio della documentazione sanitaria; definizione agli atti delle pratiche ove la documentazione inviata sia esaustiva e completa per emettere il relativo giudizio.	

Area di rischio	Processo	Input	Attività	Output
Altra area: Medicina Legale	Commissione medica locale patenti: visita di revisione/rinnovo patente di guida presso la CML	Invio telematico da parte del cittadino delle domande per essere sottoposto a visita di revisione/rinnovo patente di guida presso la CML	Scarico della domande con verifica della completezza dei dati inviati.	Inserimento nel portale dell'automobilista e rilascio del certificato di idoneità
			Predisposizione della data di visita in base alla tipologia di patologia per la quale è richiesta la visita in CML	
			Visita collegiale in CML	
Altra area: Medicina Legale	Commissione valutazione rischi: gestione delle richieste di risarcimento danno	Richiesta di risarcimento danni	Ricezione delle richieste di risarcimento danni da parte dell'Avvocatura.	Verbale finale del CVS
			Invio della suddette richieste alle direzioni mediche per acquisizione della documentazione sanitaria e dei pareri dei medici coinvolti.	
			Relazioni mediche sul caso segnalato	
			Esame delle documentazione e delle relazione da parte del servizio di medicina legale.	
Altra area: Dipendenze da sostanze	Certificazione assenza o presenza di dipendenza da sostanze	Richiesta certificazione (da interessato)	Accertamento/visita	Rilascio certificato
			Indagine tossicologica	
			Trasporto campione in laboratorio	
			Referto	
	Certificazione	Somministrazione farmaco		
Prescrizione				
Somministrazione e/o affido				
Terapia farmacologica sostitutiva	Prescrizione	Registrazione carico/scarico		
Area di rischio specifica Comunicazione	PUBBLICAZIONE CONTENUTI SU SITO INTERNET AZIENDALE	Contenuto per pubblicazione	Raccogliere/ricevere un contenuto per l'eventuale pubblicazione	Contenuto online
			Decidere se pubblicare il contenuto	
			Scegliere la collocazione del contenuto all'interno del sito internet	
			Pubblicare il contenuto sul sito internet	
Area di rischio specifica Comunicazione	ATTIVITÀ UFFICIO STAMPA	Notizia	Raccogliere/ricevere notizie dai professionisti per invio ai media	Notizia pubblicata sui giornali
			Inviare comunicati stampa alle testate giornalistiche	

Area di rischio	Processo	Input	Attività	Output
Altra area di rischi specifica: Controllo di Gestione e Flussi Informativi	Processo di Budget	Obiettivi Regionali Strategie aziendali (Piano della Performance)	Adozione linee strategiche	Obiettivi concertati Scheda di Budget Programmazione aziendale condivisa
			Declinazione	
			Negoziazione	
			Monitoraggio	
			Verifica / Rendicontazione	
Altra area di rischi specifica: Controllo di Gestione e Flussi Informativi	Flussi informativi	Dati di produzione e di attività	Controllo dati	Programmazione Rendicontazione
			Predisposizione flusso	
			Invio del flusso	
			Riscontro regionale	
Altra area di rischi specifica: Controllo di Gestione e Flussi Informativi	Contabilità analitica	Ricavi e consumi dell'azienda	Raccolta dati secondo le linee guida	Conto economico per centro di costo
			Predisposizione flusso	
			Invio del flusso	
			Riscontro regionale	
Area specifica: Affari Generali e Controlli Interni	Accettazione di donazioni in denaro di importo superiore a € 5.000, a favore dell'ASST, con o senza vincolo di destinazione	Proposta di donazione in denaro a favore dell'ASST	Acquisizione della proposta	Accoglimento/rigetto della proposta di donazione
			Verifica della completezza della documentazione	
			Verifica della capacità di donare del soggetto proponente e della sussistenza delle condizioni per l'accettazione della proposta	
			Acquisizione dei pareri previsti dal regolamento aziendale	
			Acquisizione della dichiarazione di assenza di conflitto d'interessi rilasciata dal Responsabile della Struttura organizzativa destinataria della donazione vincolata	
			Predisposizione del provvedimento di accettazione/nota di rigetto	
			Invio al proponente della comunicazione di accettazione	
			Comunicazione dell'accettazione alle Strutture aziendali	
			Comunicazione del rigetto all'interessato ed al RPCT	
			Invio al donante della nota di dettaglio sull'utilizzo delle somme, qualora sia stata richiesta espressamente	

Area di rischio	Processo	Input	Attività	Output
Area specifica: Affari Generali e Controlli Interni	Gestione atti monocratici: Decreti del Direttore Generale	Proposta di assunzione di decreto del Direttore Generale	Ricezione della proposta di decreto presentate dalle strutture aziendale su applicativo informatizzato	Decreto del Direttore Generale
			Verifica della corretta compilazione dei campi obbligatori dell'applicativo informatizzato	
			Inoltro della proposta ai Direttori Amministrativo, Sanitario e Socio sanitario per il parere di competenza/reinoltro alla struttura proponente per verifica incongruenze	
			Verifica apposizione pareri favorevoli/contrari dei Direttori	
			Invio al Direttore Generale della proposta di Decreto per adozione atto con firma digitale.	
			Adozione Decreto con firma digitale del Direttore	
			Pubblicazione automatica Decreto sull'albo pretorio	
			Estrazione Registro Decreti	
			Pubblicazione sul sito web aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente"	
			Trasmissione periodica atti adottati al Collegio Sindacale	
Area specifica: Affari Generali e Controlli Interni	Protocollo documenti in arrivo e in partenza	Documento protocollato	Ricezione del documento tramite posta ordinaria, raccomandate, posta elettronica ordinaria e Pec	Documento protocollato e smistato ai destinatari

SEZIONE II																										
PROCESSI-ATTIVITA'					Identificazione, analisi e valutazione del rischio corruttivo										TRATTAMENTO DEL RISCHIO											
Struttura	Processo	Responsabilità del processo	Attività	Esecutore dell'attività	CATALOGO	Eventi rischiosi	Fattore abilitante	Valutazione del rischio										MOTIVAZIONE	MISURE GENERALI	MISURE SPECIFICHE	TIPOLOGIA DI MISURA SPECIFICA	PROGRAMMAZIONE DELLA MISURA SPECIFICA				
								Discrezionalità	Destinatari esterni all'azienda	Valore economico	Opportunità	Presenza di "eventi sentinella"	Attuazione delle misure di prevenzione previste dal P.F.C.T.	Segnalazioni e reclami	GIUDIZIO SINTETICO	STATO DI ATTUAZIONE AL 1° GENNAIO 2022	FASI DI ATTUAZIONE					TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI DI ATTUAZIONE	VALORE TARGET	SOGGETTO RESPONSABILE	
SC GESTIONE ACQUISTI	Programmazione Acquisti beni e servizi sanitari	DIRIGENTE DELLA STRUTTURA	ANALISI E VALUTAZIONE DEI FABBISOGNI IN RAPPORTO ALLA PROGRAMMAZIONE DELLE ATTIVITÀ	Personale della SC Gestione Acquisti	VERIFICA INCOMPLETA O INSUFFICIENTE DEI FABBISOGNI ESPRESSI DALLE STRUTTURE UTILIZZATRICI, NON RISPONDENTI A CRITERI DI EFFICIENZA/EFFICACIA ECONOMICA CHE POTREBBERO PREMIARE INTERESSI PARTICOLARI IN SEDE DI SUCCESSIVO SVOLGIMENTO DELLE PROCEDURE DI AGGIUDICAZIONE DELLE FORNITURE	USO IMPROPRIO O DISTORTO DELLA DISCREZIONALITÀ	A	A	A	B	B	B	B	B	M	Le attività oggetto di analisi attivano interessi economici anche rilevanti. Ciò comporta la necessità di effettuare una valutazione prudenziale del rischio corruttivo.	DOVERI DI COMPORTAMENTO	CONFRONTO DEI FABBISOGNI ESPRESSI CON LA SPESA STORICA DA PARTE DEL REFERENTE DELLA PROCEDURA DOCUMENTATO DALLA STAMPA DEI CONSUMI DEPOSITATI IN ATTI	CONTROLLO	IN ATTO	n.a.	CONTINUATIVA	N. CONTROLLI EFFETTUATI E DOCUMENTATI SUL TOTALE DELLE AGGIUDICAZIONI DI IMPORTO SUPERIORE ALLA SOGLIA DI RILEVANZA COMUNITARIA	100%	Personale della SC Gestione Acquisti con funzione di RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO	
			CONFRONTO CON LA SPESA STORICA	Personale della SC Gestione Acquisti	OMISSIONE DELL'ATTIVITÀ PER FAVORIRE/SFAVORIRE UN DETERMINATO O.E.	ESERCIZIO ESCLUSIVO DELLA RESPONSABILITÀ DEL PROCESSO DA PARTE DI POCHI O DI UN UNICO SOGGETTO	A	A	A	B	B	B	B	B	M	Le attività oggetto di analisi attivano interessi economici anche rilevanti. Ciò comporta la necessità di effettuare una valutazione prudenziale del rischio corruttivo.	DOVERI DI COMPORTAMENTO	VALUTAZIONE PRELIMINARE DEL REFERENTE DELLA PROCEDURA E SUCCESSIVA DEL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO ATTESTATA NELL'ATTO DI AGGIUDICAZIONE DELLE FORNITURE SULLA BASE DI DOCUMENTAZIONE DISPONIBILE IN ATTI	CONTROLLO	IN ATTO	n.a.	CONTINUATIVA	N. CONTROLLI EFFETTUATI SUL TOTALE DELLE AGGIUDICAZIONI / ADESIONI DI IMPORTO SUPERIORE A € 10.000	100%	Personale della SC Gestione Acquisti con funzione di RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO	
	Progettazione fornitura beni e servizi sanitari	DIRIGENTE DELLA STRUTTURA	VERIFICA PRELIMINARE PRESENZA CONVENZIONE ARCA/CONSIP O GARE DI AZIENDE CONSORZIO CON CLAUSOLA DI ESTENSIONE	Personale della SC Gestione Acquisti	OMISSIONE DELLA VERIFICA AL FINE DI ATTIVARE UNA SPECIFICA PROCEDURA CHE POSSA FAVORIRE/SFAVORIRE UN DETERMINATO O.E.	ELUSIONE DELLE ISTRUZIONI/DIRETTIVE	M	M	M	B	B	B	B	B	M	Le attività oggetto di analisi attivano interessi economici anche rilevanti. Ciò comporta la necessità di effettuare una valutazione prudenziale del rischio corruttivo.	DOVERI DI COMPORTAMENTO	VERIFICA EFFETTUATA SECONDO LE ISTRUZIONI OPERATIVE ISO 9001 1006GA ATTESTATA NELL'ATTO DI AGGIUDICAZIONE DELLE FORNITURE	CONTROLLO	IN ATTO	n.a.	CONTINUATIVA	N. CONTROLLI EFFETTUATI PRELIMINARMENTE SUL TOTALE DELLE AGGIUDICAZIONI DI IMPORTO SUPERIORE A € 10.000	100%	Personale della SC Gestione Acquisti con funzione di RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO	
			VALUTAZIONE DELLE CARATTERISTICHE TECNICHE DELLA FORNITURA DEFINITE DALLE STRUTTURE UTILIZZATRICI	Personale della SC Gestione Acquisti	INCOMPLETA O INSUFFICIENTE VALUTAZIONE DELLE CARATTERISTICHE TECNICHE DELLA FORNITURA DEFINITE DALLE STRUTTURE UTILIZZATRICI CHE POTREBBERO FAVORIRE UN DETERMINATO O.E.	ESERCIZIO ESCLUSIVO DELLA RESPONSABILITÀ DEL PROCESSO DA PARTE DI POCHI O DI UN UNICO SOGGETTO	M	M	M	B	B	B	B	B	M	Le attività oggetto di analisi attivano interessi economici anche rilevanti. Ciò comporta la necessità di effettuare una valutazione prudenziale del rischio corruttivo.	DOVERI DI COMPORTAMENTO	VERIFICA DELLE CARATTERISTICHE INDICATE E DELLA LORO COERENZA CON LE FINALITÀ DI UTILIZZO DEL BENE DA ACQUISTARE MEDIANTE ACQUISIZIONE DI DOCUMENTAZIONE DATATA E FIRMATA DALLA A STRUTTURA UTILIZZATRICE	CONTROLLO	IN ATTO	n.a.	CONTINUATIVA	N. VERIFICHE EFFETTUATE SUL TOTALE DELLE AGGIUDICAZIONI DI IMPORTO SUPERIORE ALLA SOGLIA DI RILEVANZA COMUNITARIA	100%	Personale della SC Gestione Acquisti con funzione di RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO	
			CONSULTAZIONI PRELIMINARI DI MERCATO (EVENTUALE)	Personale della SC Gestione Acquisti	PARTECIPAZIONE A CONSULTAZIONI PRELIMINARI DI MERCATO E ANTICIPAZIONE AD UN O.E. DI INFORMAZIONI SULLA GARA	ELUSIONE DELLE ISTRUZIONI/DIRETTIVE	A	A	A	B	B	B	B	B	A	Si tratta di un'attività rilevante per le fasi successive del processo	TRASPARENZA E DOVERI DI COMPORTAMENTO	SVOLGIMENTO DELLE CONSULTAZIONI SECONDO LE LINEE GUIDA ANAC PREVIA PUBBLICAZIONE DI AVVISO SUL SITO WEB AZIENDALE - PARTECIPAZIONE ALLE CONSULTAZIONI DI ALMENO 2 OPERATORI DELLA STRUTTURA E VERBALIZZAZIONE DEGLI INCONTRI A FIRMA DEI PARTECIPANTI CON ALLEGATA COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE DISTRIBUITA E/O RICEVUTA	TRASPARENZA E SENSIBILIZZAZIONE	IN ATTO	n.a.	CONTINUATIVA	N. VERBALI SUL TOTALE DELLE CONSULTAZIONI PRELIMINARI EFFETTUATE	100%	Personale della SC Gestione Acquisti con funzione di RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO	
			DETERMINAZIONE IMPORTO A BASE D'ASTA NELLE PROCEDURE COMPARATIVE	Personale della SC Gestione Acquisti	DETERMINAZIONE IMPORTO A BASE D'ASTA AL FINE DI FAVORIRE L'OFFERTA DI UN DETERMINATO O.E.	USO IMPROPRIO O DISTORTO DELLA DISCREZIONALITÀ	M	A	A	B	B	B	B	B	M	Si tratta di un'attività propedeutica alle fasi successive del processo	DOVERI DI COMPORTAMENTO	VERIFICA DELL'IMPORTO SULLA BASE DELLE CONDIZIONI ATTUALI DEL MERCATO DI RIFERIMENTO MEDIANTE CONFRONTO DOCUMENTATO CON ALTRE AZIENDE SANITARIE	CONTROLLO	IN ATTO	n.a.	CONTINUATIVA	N. VERIFICHE EFFETTUATE SUL TOTALE DELLE AGGIUDICAZIONI DI IMPORTO SUPERIORE ALLA SOGLIA DI RILEVANZA COMUNITARIA	100%	Personale della SC Gestione Acquisti con funzione di RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO	
			SCELTA DELLA PROCEDURA DI AGGIUDICAZIONE	Personale della SC Gestione Acquisti	SCELTA DELLA PROCEDURA DI AGGIUDICAZIONE ALLO SCOPO DI FAVORIRE UN DETERMINATO O.E.	DISPOSIZIONI NORMATIVE E REGOLAMENTARI INTERPRETABILI CON DISCREZIONALITÀ	B	M	M	B	B	B	B	B	B	Concluse correttamente le attività propedeutiche, il livello di discrezionalità relativo a questa attività rimane basso	DOVERI DI COMPORTAMENTO	ATTESTAZIONE DEL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO DEL RISPETTO DELLE NORME DI LEGGE E DEI REGOLAMENTI RIPORTATA NELL'ATTO DI INDIZIONE / AGGIUDICAZIONE MEDIANTE RELAZIONE MOTIVATA	CONTROLLO	IN ATTO	n.a.	CONTINUATIVA	N. ATTESTAZIONI SUL TOTALE DELLE INDIZIONI DI NUOVE PROCEDURE / AGGIUDICAZIONI DI IMPORTO SUPERIORE A € 10.000	100%	Personale della SC Gestione Acquisti con funzione di RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO	
			VALUTAZIONE DEGLI ELEMENTI ESSENZIALI DELLA FORNITURA E DEGLI ELEMENTI DI VALUTAZIONE DELLE OFFERTE DETERMINATI DALLE STRUTTURE UTILIZZATRICI E CONSEGUENTE DEFINIZIONE DEI REQUISITI DI PARTECIPAZIONE ALLA PROCEDURA E DEL CRITERIO DI AGGIUDICAZIONE	Personale della SC Gestione Acquisti	INCOMPLETA O INSUFFICIENTE VALUTAZIONE DEGLI ELEMENTI ESSENZIALI DELLA FORNITURA E DEGLI ELEMENTI DI VALUTAZIONE DELLE OFFERTE DETERMINATI DALLE STRUTTURE UTILIZZATRICI, NONCHÉ DEFINIZIONE DI REQUISITI DI PARTECIPAZIONE ALLA PROCEDURA CHE POSSANO DISINCENTIVARE O ESCLUDERE LA POSSIBILITÀ DI PARTECIPAZIONE O AGEVOLARE UN DETERMINATO O.E.	ESERCIZIO ESCLUSIVO DELLA RESPONSABILITÀ DEL PROCESSO DA PARTE DI POCHI O DI UN UNICO SOGGETTO	B	M	M	B	B	B	B	B	B	Concluse correttamente le attività propedeutiche, il livello di discrezionalità relativo a questa attività rimane basso	DOVERI DI COMPORTAMENTO	VERIFICA MEDIANTE CONFRONTO VERBALIZZATO E DOCUMENTATO CON LA STRUTTURA UTILIZZATRICE, DEGLI ELEMENTI ESSENZIALI DA ESSA INDICATI E DELLA LORO COERENZA CON GLI ELEMENTI DI VALUTAZIONE PROPOSTI PER L'AGGIUDICAZIONE DELLE FORNITURE CON IL CRITERIO DELL'OFFERTA ECONOMICAMENTE PIÙ VANTAGGIOSA	CONTROLLO	IN ATTO	n.a.	CONTINUATIVA	N. VERIFICHE VERBALIZZATE SUL TOTALE DELLE AGGIUDICAZIONI CON IL CRITERIO DELL'OFFERTA ECONOMICAMENTE PIÙ VANTAGGIOSA	100%	Personale della SC Gestione Acquisti con funzione di RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO	

SEZIONE II

SEZIONE II																															
PROCESSI-ATTIVITA'					Identificazione, analisi e valutazione del rischio corruttivo										TRATTAMENTO DEL RISCHIO																
Struttura	Processo	Responsabilità del processo	Attività	Esecutore dell'attività	CATALOGO		Valutazione del rischio										MOTIVAZIONE	MISURE GENERALI	MISURE SPECIFICHE	TIPOLOGIA DI MISURA SPECIFICA	PROGRAMMAZIONE DELLA MISURA SPECIFICA										
					Eventi rischiosi	Fattore abilitante	Discrezionalità Discretionari esterni all'azienda	Valore economico	Opacità	Presenza di "eventi"	Attuazione delle misure di prevenzione previste dai Segnalazioni e reclami	GIUDIZIO SINTETICO	STATO DI ATTUAZIONE AL 1° GENNAIO 2022	FASI DI ATTUAZIONE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI DI ATTUAZIONE					VALORE TARGET	SOGGETTO RESPONSABILE									
SC GESTIONE ACQUISTI	Selezione del contraente per la fornitura di beni e servizi sanitari	DIRIGENTE DELLA STRUTTURA	PUBBLICAZIONE DEL BANDO/RICHIESTA DI OFFERTA/LETTERA DI INVITO NELLE PROCEDURE COMPARATIVE	Personale della SC Gestione Acquisti	PUBBLICAZIONE SULLA PIATTAFORMA TELEMATICA REGIONALE SINTEL DEL BANDO/RICHIESTA DI OFFERTA/LETTERA DI INVITO ED APPOSIZIONE DI TERMINI RIDOTTI (SENZA LEGITTIMA MOTIVAZIONE) AL FINE DI RIDURRE LA PARTECIPAZIONE ALLA PROCEDURA O FAVORIRE UN DETERMINATO O.E.	DISPOSIZIONI NORMATIVE E REGOLAMENTARI INTERPRETABILI CON DISCREZIONALITA'	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	Il livello di discrezionalità relativo a questa attività è basso	DOVERI DI COMPORTAMENTO	VERIFICHE DEL RISPETTO DELLE NORME DI LEGGE E REGOLAMENTARI PER LA DISCIPLINA DEI TERMINI MINIMI PER LA RICEZIONE DELLE OFFERTE STABILITI PER LE PROCEDURE COMPARATIVE ATTESTATA NELL'ATTO DI AGGIUDICAZIONE	CONTROLLO	IN ATTO	n.a.	CONTINUATIVA	N. CONTROLLI EFFETTUATI SUL TOTALE PROCEDURE AVVIATE DI IMPORTO SUPERIORE A € 10.000	100%	Personale della SC Gestione Acquisti con funzione di RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO		
			CHIARIMENTI ALLE DITTE CONCORRENTI E/O RETTIFICHE DELLA DOCUMENTAZIONE DI GARA	Personale della SC Gestione Acquisti	CHIARIMENTI ALLE DITTE CONCORRENTI E/O RETTIFICHE ALAL DOCUMENTAZIONE DI GARA DIRETTE A FAVORIRE UN DETERMINATO O.E.	ESERCIZIO ESCLUSIVO DELLA RESPONSABILITA' DEL PROCESSO DA PARTE DI POCHI O DI UN UNICO SOGGETTO	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	Il livello di discrezionalità relativo a questa attività è basso	DOVERI DI COMPORTAMENTO	PUBBLICAZIONE DEI CHIARIMENTI E/O RETTIFICHE SULLA PIATTAFORMA TELEMATICA PREVIAMENTE VALUTATE E SOTTOSCRITTE DAL RESPONSABILE UNICO DEL PROCEDIMENTO	CONTROLLO	IN ATTO	n.a.	CONTINUATIVA	N. CONTROLLI EFFETTUATI SUL TOTALE DEI CHIARIMENTI ESPRESSI NELLE PROCEDURE EFFETTUATE	100%	Personale della SC Gestione Acquisti con funzione di RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO	
			PROPOSTA DI NOMINA DEI COMPONENTI LA COMMISSIONE GIUDICATRICE	Personale della SC Gestione Acquisti	PROPOSTA DI NOMINA DI COMPONENTI LA COMMISSIONE GIUDICATRICE PRIVI DEI REQUISITI DI IMPARZIALITA' PER FAVORIRE L'AGGIUDICAZIONE A FAVORE DI UN DETERMINATO O.E.	SCARSA RESPONSABILIZZAZIONE	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	La nomina dei componenti della commissione viene effettuata dalla Direzione e questo mitiga il rischio rilevato	REGOLAMENTAZIONE MODALITA' APPLICATIVE DELLA NORMATIVA VIGENTE E ISTRUZIONI OPERATIVE INTERNE AZIENDALI	PREVENTIVA ACQUISIZIONE DELLA DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI CONFLITTO DI INTERESSE E DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA' E DEL CURRICOLO PROFESSIONALE PER EVENTUALI SEGNALEZIONI ALLA DIREZIONE COMPETENTE PER LA NOMINA	CONTROLLO	IN ATTO	n.a.	CONTINUATIVA	N. CONTROLLI EFFETTUATI SUL TOTALE DELLE COMMISSIONI NOMINATE	100%	Personale della SC Gestione Acquisti con funzione di RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
			VERIFICA DEI REQUISITI DI PARTECIPAZIONE AL FINE DELL'AMMISSIONE ALLE FASI SUCCESSIVE DI GARA	Personale della SC Gestione Acquisti	VERIFICA INCOMPLETA O INSUFFICIENTE DEI REQUISITI DI PARTECIPAZIONE FINALIZZATA AD AGEVOLARE L'AMMISSIONE O L'ESCLUSIONE DI UN DETERMINATO O.E.	SCARSA RESPONSABILIZZAZIONE	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	La trasparenza assicurata all'attività in esame limita il rischio di condotte corruttive	DOVERI DI COMPORTAMENTO	VERBALIZZAZIONE NELLE PROCEDURE APERTE E NEGOZIATE DELLE ATTIVITA' DI VERIFICA EFFETTUATE ED ACCESSIBILITA' DELLA DOCUMENTAZIONE RICEVUTA A CONCLUSIONE DELLA PROCEDURA	TRASPARENZA	IN ATTO	n.a.	CONTINUATIVA	N. VERBALI DI VERIFICA DEI REQUISITI SUL TOTALE DELLE AGGIUDICAZIONI CONCLUSE A SEGUITO DI PROCEDURA APERTA O NEGOZIATA	100%	Personale della SC Gestione Acquisti con funzione di RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
			ANALISI DELLA ANOMALIA DELL'OFFERTA	Personale della SC Gestione Acquisti	VERIFICA INCOMPLETA O INSUFFICIENTE DEGLI ELEMENTI RICHIESTI A DIMOSTRAZIONE DELLA CONGRUITA' SERIETA' SOSTENIBILITA' E REALIZZABILITA' DELL'OFFERTA ECONOMICA DI UN DETERMINATO OPERATORE ECONOMICO	SCARSA RESPONSABILIZZAZIONE	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	La trasparenza assicurata all'attività in esame limita il rischio di condotte corruttive	DOVERI DI COMPORTAMENTO	VERBALIZZAZIONE DELLE ATTIVITA' DI VERIFICA NEI CASI PREVISTI DALLA LEGGE ED ACCESSIBILITA' DELLA DOCUMENTAZIONE RICEVUTA	TRASPARENZA	IN ATTO	n.a.	CONTINUATIVA	N. RELAZIONI DEL RESPONSABILE UNICO DEL PROCEDIMENTO SUL TOTALE DELLE VERIFICHE EFFETTUATE	100%	Personale della SC Gestione Acquisti con funzione di RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
	Verifica aggiudicazione e stipula del contratto per la fornitura di beni e servizi sanitari	DIRIGENTE DELLA STRUTTURA	VERIFICA REQUISITI AGGIUDICATARIO PROVVISORIO	Personale della SC Gestione Acquisti	VERIFICA INCOMPLETA O INSUFFICIENTE DEI REQUISITI PER PROCEDERE ALLA STIPULA DEL CONTRATTO ANCHE IN ASSENZA DEGLI STESSI O AL FINE DI ANNULLARE L'AGGIUDICAZIONE	SCARSA RESPONSABILIZZAZIONE	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	La trasparenza assicurata all'attività in esame limita il rischio di condotte corruttive	DOVERI DI COMPORTAMENTO	VERBALIZZAZIONE DEL RUP CIRCA GLI ESITI DELLE VERIFICHE PRELIMINARI ALLA STIPULA DI CONTRATTI DI IMPORTO SUPERIORE A € 10.000 E ACCESSIBILITA' DELLA DOCUMENTAZIONE RICEVUTA	TRASPARENZA	IN ATTO	n.a.	CONTINUATIVA	N. VERBALI DEL RUP SUL TOTALE DEI CONTRATTI STIPULATI DI IMPORTO SUPERIORE A € 10.000	100%	Personale della SC Gestione Acquisti con funzione di RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO		
			COMUNICAZIONI DI AGGIUDICAZIONE ALLE DITTE PARTECIPANTI	Personale della SC Gestione Acquisti	RITARDO NELLE COMUNICAZIONI DI AGGIUDICAZIONE AI TERZI INTERESSATI AL FINE DI DISINCENTIVARE POSSIBILI RICORSI GIURISDIZIONALI	USO IMPRIPRIO O DISTORTO DELLA DISCREZIONALITA'	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	Livello di discrezionalità connesso all'esercizio dell'attività	DOVERI DI COMPORTAMENTO	VERIFICA DELLE AVVENUTE COMUNICAZIONI PRELIMINARMENTE ALLA STIPULA DEL CONTRATTO	CONTROLLO	IN ATTO	n.a.	CONTINUATIVA	N. CONTROLLI EFFETTUATI SUL TOTALE DELLE PROCEDURE APERTE E NEGOZIATE CONCLUSE	100%	Personale della SC Gestione Acquisti con funzione di RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO	
			STIPULA DEL CONTRATTO MEDIANTE SCRITTURA PRIVATA	Personale della SC Gestione Acquisti	MODIFICA DELLE CONDIZIONI CONTRATTUALI PREDEFINITE A VANTAGGIO DELL'AGGIUDICATARIO O ALLA SCOPO DI GRAVARLO DI ONERI NON PREVISTI AL FINE DI INDURLO A RINUNCIARE ALL'AGGIUDICAZIONE A FAVORE DI UN ALTRO O.E.	ESERCIZIO ESCLUSIVO DELLA RESPONSABILITA' DEL PROCESSO DA PARTE DI POCHI O DI UN UNICO SOGGETTO	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	Livello di discrezionalità connesso all'esercizio dell'attività	DOVERI DI COMPORTAMENTO	VERIFICA E CONTROLLO DEL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO MEDIANTE CONFRONTO CON LA DOCUMENTAZIONE DI GARA	CONTROLLO	IN ATTO	n.a.	CONTINUATIVA	N. CONTROLLI EFFETTUATI SUL TOTALE DEI CONTRATTI STIPULATI MEDIANTE SCRITTURA PRIVATA	100%	Personale della SC Gestione Acquisti con funzione di RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO	
			COMUNICAZIONI AI CANDIDATI E OFFERTI DELLA STIPULA DEL CONTRATTO MEDIANTE SCRITTURA PRIVATA	Personale della SC Gestione Acquisti	RITARDO O OMISSIONE DELLA COMUNICAZIONE DELLA DATA DI AVVENUTA STIPULA ALLO SCOPO DI DISINCENTIVARE POSSIBILI RICORSI GIURISDIZIONALI	ESERCIZIO ESCLUSIVO DELLA RESPONSABILITA' DEL PROCESSO DA PARTE DI POCHI O DI UN UNICO SOGGETTO	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	Livello di discrezionalità connesso all'esercizio dell'attività	DOVERI DI COMPORTAMENTO	VERIFICA DELLA COMUNICAZIONE DI AVVENUTA STIPULA DEL CONTRATTO AI SOGGETTI INDICATI DALLA VIGENTE NORMATIVA	CONTROLLO	IN ATTO	n.a.	CONTINUATIVA	N. CONTROLLI EFFETTUATI SUL TOTALE DEI CONTRATTI STIPULATI DI IMPORTO PARI O SUPERIORE ALLA SOGLIA DI RILEVANZA COMUNITARIA	100%	Personale della SC Gestione Acquisti con funzione di RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

SEZIONE II																								
PROCESSI-ATTIVITA'					Identificazione, analisi e valutazione del rischio corruttivo								TRATTAMENTO DEL RISCHIO											
Struttura	Processo	Responsabilità del processo	Attività	Esecutore dell'attività	Catalogo	Eventi rischiosi	Fattore abilitante	Valutazione del rischio							MOTIVAZIONE	MISURE GENERALI	MISURE SPECIFICHE	TIPOLOGIA DI MISURA SPECIFICA	PROGRAMMAZIONE DELLA MISURA SPECIFICA					
								Discrezionalità	Destinatari esterni all'Azienda	Valore economico	Opacità	Presenza di "eventi sentinella"	Attuazione delle misure di prevenzione previste dal	Segnalazioni e reclami					GIUDIZIO SINTETICO	STATO DI ATTUAZIONE AL 1° GENNAIO 2022	FASI DI ATTUAZIONE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI DI ATTUAZIONE	VALORE TARGET
SC GESTIONE ACQUISTI	Esecuzione del contratto di fornitura di beni e servizi sanitari	DIRIGENTE DELLA STRUTTURA	PROPOSTA DI NOMINA DEL DIRETTORE DELL'ESECUZIONE DEL CONTRATTO	Personale della SC Gestione Acquisti	PROPOSTA DI NOMINA DI UN DIRETTORE DELL'ESECUZIONE DEL CONTRATTO PRIVO DEI REQUISITI DI IDONEITA' NECESSARI ALLO SVOLGIMENTO DI VERIFICHE PUNTUALI ED INCISIVE SULLA CORRETTA ESECUZIONE DEL CONTRATTO	SCARSA RESPONSABILIZZAZIONE	B	B	B	B	B	B	B	B	La nomina è effettuata dalla Direzione aziendale e questo mitiga il rischio rilevato	REGOLAMENTAZIONE MODALITA' APPLICATIVE DELLA NORMATIVA VIGENTE E ISTRUZIONI OPERATIVE INTERNE AZIENDALI	PREVENTIVA ACQUISIZIONE DELLA DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI CONFLITTI DI INTERESSE E DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA PER EVENTUALI SEGNALAZIONI ALLA DIREZIONE COMPETENTE PER LA NOMINA	CONTROLLO	IN ATTO	n.a.	CONTINUATIVA	N. CONTROLLI EFFETTUATI SUL TOTALE DEI DEC NOMINATI NELLE PROCEDURE DI IMPORTO SUPERIORE A € 10.000	100%	Personale della SC Gestione Acquisti con funzione di RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
			VERIFICA DEL CORRETTO ADEMPIMENTO DELLE PRESTAZIONI CONTRATTUALI E DEL RISPETTO DELLE TEMPISTICHE STABILITE	Personale della SC Gestione Acquisti	MANCATA O INCOMPLETA VERIFICA DEL CORRETTO ADEMPIMENTO DELLE PRESTAZIONI CONTRATTUALI E DEL RISPETTO DELLE TEMPISTICHE STABILITE, ALLO SCOPO DI EVITARE CONTESTAZIONI E L'APPLICAZIONE DI PENALI E SANZIONI NEI CONFRONTI DELL'ESECUTORE DEL CONTRATTO	SCARSA RESPONSABILIZZAZIONE	M	B	B	B	B	B	B	B	Il livello di rischio al quale è teoricamente esposta l'attività viene mitigato con controlli puntuali	CONTROLLI	VERIFICHE PERIODICHE DEL RESPONSABILE UNICO DEL PROCEDIMENTO SUI CONTROLLI EFFETTUATI DAL DIRETTORE DELL'ESECUZIONE DEL CONTRATTO	CONTROLLO	IN ATTO	n.a.	CONTINUATIVA	N. CONTROLLI ANNUALI EFFETTUATI DAL RUP SUL TOTALE DEI CONTRATTI PLURIENNALI DI FORNITURA DI IMPORTO SUPERIORE A € 100.000	100%	Personale della SC Gestione Acquisti con funzione di RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
			AUTORIZZAZIONE AL PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI	Personale della SC Gestione Acquisti	AUTORIZZAZIONE AL PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI IN ASSENZA O IN CASO DI INSUFFICIENTI VERIFICHE E CONTROLLI SUL REGOLARE ADEMPIMENTO DELLE PRESTAZIONI O ANCHE IN PRESENZA DI CONTESTAZIONI NON ANCORA VERIFICATE, ALLO SCOPO DI EVITARE CONTESTAZIONI E L'APPLICAZIONE DI PENALI E SANZIONI NEI CONFRONTI DELL'ESECUTORE DEL CONTRATTO	SCARSA RESPONSABILIZZAZIONE	M	B	B	B	B	B	B	B	Il livello di rischio al quale è teoricamente esposta l'attività viene mitigato con controlli puntuali	CONTROLLI	VERIFICHE PRELIMINARI ALLA LIQUIDAZIONE DELLE FATTURE CIRCA L'ASSENZA DI CONTESTAZIONI IN SOSPESO SULLA BASE DELLE SEGNALAZIONI PERVENUTE DAL RUP/DEC	CONTROLLO	IN ATTO	n.a.	CONTINUATIVA	N. CONTROLLI EFFETTUATI SUL TOTALE DELLE FATTURE LIQUIDATE DI IMPORTO UNITARIO PARI O SUPERIORE A € 30.000 RIFERITE A CONTRATTI ATTIVI	100%	Personale della SC Gestione Acquisti con funzione di RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
			AUTORIZZAZIONE AL SUBAPPALTO	Personale della SC Gestione Acquisti	AUTORIZZAZIONE AL SUBAPPALTO IN ASSENZA DEI REQUISITI E DELLE CONDIZIONI DI LEGGE ALLO SCOPO DI FAVORIRE L'ESECUTORE DEL CONTRATTO	SCARSA RESPONSABILIZZAZIONE	B	B	B	B	B	B	B	B	Livello di discrezionalità connesso all'esercizio dell'attività	DOVERI DI COMPORTAMENTO	VALUTAZIONE PRELIMINARE DEL REFERENTE DELLA PROCEDURA E SUCCESSIVA DEL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO ATTESTATA NELL'ATTO DI AUTORIZZAZIONE SULLA BASE DI DOCUMENTAZIONE DISPONIBILE IN ATTI	CONTROLLO	IN ATTO	n.a.	CONTINUATIVA	N. CONTROLLI EFFETTUATI SUL TOTALE DEI SUBAPPALTI AUTORIZZATI	100%	Personale della SC Gestione Acquisti con funzione di RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
			INTRODUZIONE DI MODIFICHE E VARIANTI AL CONTRATTO	Personale della SC Gestione Acquisti	INTRODUZIONE DI MODIFICHE E VARIANTI AL CONTRATTO IN ASSENZA DEI PRESUPPOSTI DI LEGGE ALLO SCOPO DI FAVORIRE L'ESECUTORE DEL CONTRATTO	USO IMPROPRIO O DISTORTO DELLA DISCREZIONALITA'	M	M	M	B	B	B	B	M	Il livello di rischio al quale è teoricamente esposta l'attività richiede controlli puntuali	DOVERI DI COMPORTAMENTO	VALUTAZIONE PRELIMINARE DEI PRESUPPOSTI DA PARTE DEL REFERENTE DELLA PROCEDURA E SUCCESSIVAMENTE DEL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO ATTESTATA NELL'ATTO DI AUTORIZZAZIONE SULLA BASE DI DOCUMENTAZIONE DISPONIBILE IN ATTI	CONTROLLO	IN ATTO	n.a.	CONTINUATIVA	N. CONTROLLI EFFETTUATI SUL TOTALE DELLE MODIFICHE CONTRATTUALI DI IMPORTO SUPERIORE A € 10.000	100%	Personale della SC Gestione Acquisti con funzione di RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
Rendicontazione e chiusura del contratto	DIRIGENTE DELLA STRUTTURA	SVINCOLO GARANZIA FIDEIUSSORIA (OVE PREVISTA)	Personale della SC Gestione Acquisti	SVINCOLO DELLA GARANZIA IN ASSENZA O INCOMPLETEZZA DELLE VERIFICHE E DEI CONTROLLI SUL REGOLARE ADEMPIMENTO E SULLA ASSENZA DI PENDENZE DERIVANTI DA EVENTUALI INADEMPIENZE	SCARSA RESPONSABILIZZAZIONE	M	B	B	B	B	B	M	A titolo prudenziale, il livello di rischio è considerato medio in quanto carenze di controlli nell'attività in esame potrebbero determinare danni per l'azienda difficilmente coltabili	DOVERI DI COMPORTAMENTO	VERIFICHE ATTESTATE DAL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA O SUO DELEGATO PREVIA ACQUISIZIONE DI INFORMAZIONI DA PARTE DEL RESPONSABILE UNICO DEL PROCEDIMENTO E/O DAL DIRETTORE DELL'ESECUZIONE DEL CONTRATTO	CONTROLLO	IN ATTO	n.a.	CONTINUATIVA	N. CONTROLLI EFFETTUATI SUL TOTALE DELLE GARANZIE SVINCOLATE	100%	Personale della SC Gestione Acquisti con funzione di RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO		
		PROROGA DEI TERMINI DEL CONTRATTO	Personale della SC Gestione Acquisti	PROROGA DEI TERMINI DEL CONTRATTO IN ASSENZA DELLE CONDIZIONI DI LEGGE ALLO SCOPO DI AGEVOLARE L'O.E. E RITARIDARE L'AVVIO DI UNA NUOVA PROCEDURA DI GARA APERTA ALLA PARTECIPAZIONE DI ALTRI CONCORRENTI	SCARSA RESPONSABILIZZAZIONE	M	M	M	B	B	B	M	Il livello medio/alto di rischio al quale è teoricamente esposta l'attività richiede controlli puntuali ed una forte sensibilizzazione del personale interno ed esterno alla Struttura rispetto ai rischi stessi	DOVERI DI COMPORTAMENTO	VERIFICHE PRELIMINARI DELLA SUSSISTENZA DEI PRESUPPOSTI E DELLE CONDIZIONI RISPETTO ALLE NORME DI LEGGE VIGENTI ATTESTATE NELL'ATTO DISPOSITIVO CON RIFERIMENTO AL CASO SPECIFICO	CONTROLLO E SENSIBILIZZAZIONE	IN ATTO	n.a.	CONTINUATIVA	N. CONTROLLI EFFETTUATI SUL TOTALE DELLE PROROGHE	100%	Personale della SC Gestione Acquisti con funzione di RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO		

SEZIONE II

PROCESSI-ATTIVITA'		Identificazione, analisi e valutazione del rischio corruttivo											TRATTAMENTO DEL RISCHIO														
Struttura	Processo	Responsabilità del processo	Attività	Esecutore dell'attività	CATALOGO		Valutazione del rischio											MISURE SPECIFICHE	TIPOLOGIA DI MISURA SPECIFICA	PROGRAMMAZIONE DELLA MISURA SPECIFICA							
					Eventi rischiosi	Fattore abilitante	Discrezionalità	destinatari esterni all'Azienda	Valore economico	Opacità	Presenza di "eventi sentinella"	Attuazione delle misure di prevenzione previste dal PTPCT	Segnalazioni e reclami	GIUDIZIO SINTETICO	MOTIVAZIONE	STATO DI ATTUAZIONE AL 1° GENNAIO 2022	FASI DI ATTUAZIONE			TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI DI ATTUAZIONE	VALORE TARGET	SOGGETTO RESPONSABILE				
SC TECNICO ECONOMALE E DEI SERVIZI	PIANIFICAZIONE, PROGRAMMAZIONE E PROGETTAZIONE	RUP/Dirigente Amministrativo	PIANIFICAZIONE E PROGRAMMAZIONE ACQUISTI SERVIZI, BENI ECONOMICI, LAVORI/GARE TEMPESTIVE E COMPLETE	personale addetto settore gare della STES con la collaborazione di SIA STP e Direzioni Mediche	Intempestiva predisposizione ed approvazione degli strumenti di programmazione.	responsabilizzazione interna - scarsa conoscenza del personale addetto dei processi interni - scarsa percezione del rischio corruttivo	MEDIA	ALTO	MEDIO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	MEDIO	le attività oggetto di analisi attivano interessi economici anche rilevanti. Ciò comporta la necessità di effettuare una valutazione prudenziale del rischio corruttivo	aggiornamento dello scadenzario dei contratti e compilazione modelli certificazione ISO	controllo e formazione	in atto	n.i.	permanente	numero moduli compilati rispetto numero di contratti sopra i 40 mila euro	almeno 80%	RUP		
		RUP/Dirigente Amministrativo	RINNOVI E PROROGHE DEI CONTRATTI		Utilizzo non rispondente a criteri di efficienza/efficacia/ economicità	responsabilizzazione interna	MEDIA	ALTO	MEDIO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	MEDIO	aggiornamento mensile dello scadenzario dei contratti - Report semestrale delle proroghe/rinnovi da trasmettere alla Direzione aziendale e a Regione.	controllo e formazione	in atto	numero moduli compilati rispetto numero di contratti sopra i 40 mila euro - Trasmissione del report SEMESTRALE a Direzione Strategica e a Regione							
		RUP/Dirigente Amministrativo	ANALISI E DEFINIZIONE DEI FABBISOGNI		Fabbisogni non rispondenti a criteri di efficienza/efficacia/ economicità ma alla volontà di premiare interessi particolari	manca di trasparenza - scarsa conoscenza del personale addetto dei processi interni - scarsa percezione del rischio corruttivo	MEDIA	ALTO	MEDIO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	MEDIO	compilazione modelli certificazione ISO - audit mensili	controllo e formazione	in atto	numero moduli compilati rispetto numero di contratti sopra i 40 mila euro							
	SELEZIONE DEL CONTRAENTE	RUP/Dirigente Amministrativo	VERIFICA PRELIMINARE PRESENZA CONVENZIONI ATTIVE CONSP/ARIA - VERIFICA DEL MERCATO MEDIANTE INDAGINI/AVVISI E FORMAZIONE DI ELENCHI DI FORNITORI	personale addetto settore gare STES	Elusione delle regole di affidamento degli appalti, mediante l'improprio utilizzo di sistemi di affidamento, di tipologie contrattuali (ad esempio, concessione in luogo di appalto) o di procedure negoziate e affidamenti per favorire un operatore.	eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa	BASSO	BASSO	MEDIO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	il livello di discrezionalità relativo a questa attività è basso	compilazione modelli certificazione ISO - audit mensili	controllo e formazione	in atto	n.i.	permanente	numero moduli compilati rispetto numero di contratti sopra i 40 mila euro	almeno 80%	RUP		
		CONSULENTE TECNICO - RUP/Dirigente Amministrativo	DEFINIZIONE DEL CAPITOLATO E PREDISPOSIZIONE DI TUTTA LA DOCUMENTAZIONE DI GARA	personale addetto settore gare STES con la collaborazione di SIA STP e Direzioni Mediche	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) - Predisposizione di clausole contrattuali dal contenuto vago o vessatorio per disincentivare la partecipazione alla gara ovvero per consentire modifiche in fase di esecuzione.	manca di trasparenza - responsabilizzazione interna - scarsa conoscenza del personale addetto dei processi interni - scarsa percezione del rischio corruttivo	MEDIA	ALTO	MEDIO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	MEDIO	le attività oggetto di analisi attivano interessi economici anche rilevanti. Ciò comporta la necessità di effettuare una valutazione prudenziale del rischio corruttivo	compilazione modelli certificazione ISO	controllo	in atto	n.i.	permanente	numero gare sopra soglia 40 mila euro rispetto contenzioso	almeno 80%	RUP		
		CONSULENTE TECNICO - RUP/Dirigente Amministrativo	DEFINIZIONE ELEMENTI DI VALUTAZIONE	personale addetto settore gare STES	Formulazione di criteri di valutazione e di attribuzione dei punteggi (tecnici ed economici) che possono avvantaggiare il fornitore uscente, ovvero, comunque, favorire determinati operatori economici.	responsabilizzazione interna	MEDIA	ALTO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	MEDIO	le attività oggetto di analisi attivano interessi economici anche rilevanti. Ciò comporta la necessità di effettuare una valutazione prudenziale del rischio corruttivo	compilazione modelli certificazione ISO	controllo	in atto	n.i.	permanente	numero gare qualità prezzo rispetto numero contenzioso	inferiore al 20%	RUP	
		D.G./RUP	NOMINA COMMISSIONE GIUDICATRICE	personale addetto settore gare STES	Nomina di commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti.	responsabilizzazione interna	BASSO	ALTO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	il livello di discrezionalità relativo a questa attività è basso	dichiarazioni di incompatibilità	controllo	in atto	n.i.	permanente	numero commissari rispetto a dichiarazioni fornite	100,00%	RUP	
		COMMISSIONE GIUDICATRICE	VALUTAZIONE OFFERTE TECNICHE	COMMISSIONE GIUDICATRICE	Applicazione distorta dei criteri di aggiudicazione della gara per manipolarne l'esito.																						
		RUP/COMMISSIONE GIUDICATRICE	VERIFICA: ANOMALIA OFFERTA - AGGIUDICAZIONE	personale addetto settore gare STES	Alterazione o omissione dei controlli e delle verifiche al fine di favorire un aggiudicatario privo dei requisiti.	responsabilizzazione interna	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	il livello di discrezionalità relativo a questa attività è basso	verbali di gara	controllo	in atto	n.i.	permanente	numero contenziosi rispetto numero di contratti sopra i 40 mila euro	inferiore al 20%	RUP	

SEZIONE II

PROCESSI-ATTIVITA'					Identificazione, analisi e valutazione del rischio corruttivo										TRATTAMENTO DEL RISCHIO										
Struttura	Processo	Responsabilità del processo	Attività	Esecutore dell'attività	CATALOGO		Valutazione del rischio							MISURE SPECIFICHE	TIPOLOGIA DI MISURA SPECIFICA	PROGRAMMAZIONE DELLA MISURA SPECIFICA									
					Eventi rischiosi	Fattore abilitante	Discrezionalità	destinatari esterni all'Azienda	Valore economico	Opacità	Presenza di "eventi sentinella"	Attuazione delle misure di prevenzione previste dal PTPCT	Segnalazioni e reclami			GIUDIZIO SINTETICO	MOTIVAZIONE	STATO DI ATTUAZIONE AL 1° GENNAIO 2022	FASI DI ATTUAZIONE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI DI ATTUAZIONE	VALORE TARGET	SOGGETTO RESPONSABILE		
SC TECNICO ECONOMALE E DEI SERVIZI	VERIFICA AGGIUDICAZIONE E STIPULA DEL CONTRATTO	RUP/Dirigente Amministrativo	ATTIVITÀ DI VERIFICA REQUISITI DI ORDINE GENERALE EX ART. 80 CODICE DEI CONTRATTI	personale addetto settore contratti STES	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.	responsabilizzazione interna	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	il livello di discrezionalità relativo a questa attività è basso	numero verbali verifiche ex art. 80 Codice dei contratti	controllo	in atto	n.i.	permanente	numero verbali rispetto numero di contratti sopra i 40 mila euro	almeno 80%	RUP	
		RUP/Dirigente Amministrativo	VERIFICA SUBAPPALTO E RISPETTO TEMPI PER STIPULA CONTRATTUALE	personale addetto settore contratti STES	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.	responsabilizzazione interna	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	il livello di discrezionalità relativo a questa attività è basso	numero sub appalti autorizzati	controllo	in atto	n.i.	permanente	numero sub appalti non autorizzati rispetto numero di contratti sopra i 40 mila euro	inferiore 10%	RUP
	ESECUZIONE E RENDICONTAZIONE DEL CONTRATTO	D.G./RUP	NOMINA E VERIFICA ATTIVITÀ DEL DEC (Direttore Esecuzione del Contratto)	personale addetto settore contratti STES	Mancata o insufficiente verifica dell'effettivo stato avanzamento lavori/servizi/acquisto beni 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 (ad esempio, per consentirgli di recuperare lo sconto effettuato in sede di gara o di conseguire extra guadagni o di dover partecipare ad una nuova gara).	responsabilizzazione interna	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	il livello di discrezionalità relativo a questa attività è basso	compilazione modelli certificazione ISO audit	controllo	in atto	n.i.	permanente	numero moduli compilati rispetto numero di contratti sopra i 40 mila euro	almeno 80%	RUP
		RUP/Dirigente Amministrativo	APPLICAZIONE MISURE SANZIONATORIE PREVISTE DAI DOCUMENTI DI GARA	RUP/DEC	MANCATA APPLICAZIONE MISURE SANZIONATORIE CHE POSSONO FAVORIRE UN OPERATORE ECONOMICO	responsabilizzazione interna - scarsa conoscenza del personale addetto dei processi interni - scarsa percezione del rischio corruttivo	MEDIA	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	MEDIA	MANCANZA DI PROCESSI INFORMATIZZATI E FORMAZIONE ADEGUATA	compilazione modelli certificazione ISO audit mensili	controllo e formazione	in atto	n.i.	permanente	numero penali applicate su numero segnalazioni DEC	inferiore 10%	RUP

SEZIONE II

PROCESSI-ATTIVITA'																	Identificazione, analisi e valutazione del rischio corruttivo											TRATTAMENTO DEL RISCHIO										
Struttura	Processo	Responsabilità del processo	Attività	Esecutore dell'attività	CATALOGO	Fattore abilitante	Valutazione del rischio										MISURE SPECIFICHE	TIPOLOGIA DI MISURA SPECIFICA	PROGRAMMAZIONE DELLA MISURA SPECIFICA																			
					Eventi rischiosi		Discrezionalità	destinatari esterni all'Azienda	Valore economico	Opacità	Presenza di "eventi sentinella"	Attuazione delle misure di prevenzione previste dal PTPCT	Segnalazioni e reclami	GIUDIZIO SINTETICO	MOTIVAZIONE	STATO DI ATTUAZIONE AL 1° GENNAIO 2022			FASI DI ATTUAZIONE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI DI ATTUAZIONE	VALORE TARGET	SOGGETTO RESPONSABILE															
Struttura RISORSE UMANE	Reclutamento del personale dipendente	Direzione Strategica	Ricognizione esigenze assuntive	Direttori di Struttura Complessa / Direttori di Dipartimento/ Direttori Direzione Medica di Presidio/ SITRA		Incremento o decremento ingiustificato delle assunzioni non coerente con il Piano dei fabbisogni																																
			Direttore SRU	Raccolta delle richieste motivate di assunzione presentate da direttore dipartimento, direttore della struttura, Direttore SITRA e convalidate dalla Direzione	Staff della SC Risorse Umane	attivazione della procedura assuntiva in assenza della convalida della Direzione Strategica	scarsa percezione del rischio corruttivo	B	A	B	B	B	B	B	B	B	B	Il livello di discrezionalità è pressoché assente	duplice valutazione/controllo da parte dei funzionari e del dirigente	controllo	già in attuazione	n.a.	per ogni richiesta assuntiva	numero delle richieste assuntive convalidate dalla Direzione Strategica /numero richieste complessive	100%	sru												
		indizione procedura		Staff della SC Risorse Umane	Predisposizione bando con requisiti mirati, poco trasparenti e oggettivi	uso improprio o distorto della discrezionalità	B	A	B	B	B	B	B	B	B	B	B	La discrezionalità connessa all'attività è mitigata da controlli e meccanismi di rotazione del personale	duplice valutazione/controllo da parte del funzionario e del dirigente	controllo	già in attuazione	n.a.	per ogni richiesta assuntiva	nr. Bandi con doppio controllo/nr. Totale bandi	100%	sru												
																			tracciatura del processo: richiesta motivata di previsione di requisiti da parte del direttore dipartimento, direttore della struttura o Direttore SITRA per verificare la coerenza con la normativa di settore	semplificazione	già in attuazione	n.a.	per ogni richiesta assuntiva	% di presenza della motivazione nelle richieste con requisiti personalizzati	100%	FUNZIONARIO E DIRIGENTE												
																			rotazione delle pratiche tra Funzionari	rotazione	già in attuazione	n.a.	per ogni richiesta assuntiva	nr. Pratiche ruotate/nr. Pratiche totali	100%	DIRIGENTE												
		ammissione/esclusione candidati		Staff della SC Risorse Umane	Irregolarità della documentazione amministrativa: accettazione domande incomplete, prive di requisiti, fuori termine.	uso improprio o distorto della discrezionalità	B	A	B	B	B	B	B	B	B	B	B	La discrezionalità connessa all'attività è mitigata da controlli e meccanismi di rotazione del personale	duplice valutazione/controllo da parte del funzionario e del dirigente	controllo	già in attuazione	n.a.	per ogni pratica	nr. Pratiche con doppio controllo/nr. Totale pratiche	100%	FUNZIONARIO E DIRIGENTE												
																			informatizzazione delle iscrizioni in modalità on-line	semplificazione	già in attuazione	n.a.	per ogni pratica	% candidati iscritti con modalità on-line	100%	FUNZIONARIO E DIRIGENTE												
																			rotazione delle pratiche tra Funzionari	rotazione	già in attuazione	n.a.	per ogni pratica	nr. Pratiche ruotate/nr. Pratiche totali	100%	DIRIGENTE												
		espletamento procedura e formulazione graduatoria		Staff della SC Risorse Umane e Commissioni esaminatrici	Diffondere informazioni riservate, alterare atti e valutazioni o omettere verifiche e atti dovuti per favorire o penalizzare candidati. Inosservanza delle regole procedurali	uso improprio o distorto della discrezionalità	M	A	B	B	B	B	B	B	B	M	Livello di discrezionalità connesso all'attività	verifica procedure del funzionario a cura del dirigente	controllo	già in attuazione	n.a.	per ogni procedura	nr. Procedure controllate/nr. Totale procedure	100%	DIRIGENTE													
						complessità del processo												applicazione di Regolamenti e/o Linee guida	regolamentazione	già in attuazione	n.a.	per ogni procedura	nr. Graduatorie impugnate/nr. Graduatorie approvate	non superiore al 10%	FUNZIONARIO E DIRIGENTE													
						numero di soggetti coinvolti												verbalizzazione delle attività	trasparenza	già in attuazione	n.a.	per ogni procedura	verbalizzazione per ogni procedura selettiva	100%	FUNZIONARIO													
						scarsa consapevolezza comportamentale e deontologica dei componenti della commissione esaminatrice																																
		utilizzo della graduatoria	Staff della SC Risorse Umane	mancato o ritardato utilizzo durante il periodo di vigenza	uso improprio o distorto della discrezionalità da parte dei richiedenti l'assunzione	M	A	B	B	B	B	B	B	M	Livello di discrezionalità connesso all'attività	assolvimento puntuale degli obblighi di trasparenza/pubblicità dello stato di utilizzo delle graduatorie	trasparenza	già in attuazione	n.a.	per ogni procedura	aggiornamento tempestivo e completo dello stato di utilizzo delle graduatorie nella sezione "Amministrazione trasparente" del sito aziendale	100%	FUNZIONARIO E DIRIGENTE															

SEZIONE II

SEZIONE II																								
PROCESSI-ATTIVITA'					Identificazione, analisi e valutazione del rischio corruttivo										TRATTAMENTO DEL RISCHIO									
Struttura	Processo	Responsabilità del processo	Attività	Esecutore dell'attività	CATALOGO	Eventi rischiosi	Fattore abilitante	Valutazione del rischio							MOTIVAZIONE	MISURE SPECIFICHE	TIPOLOGIA DI MISURA SPECIFICA	PROGRAMMAZIONE DELLA MISURA SPECIFICA						
								Discrezionalità	destinatari esterni all'Azienda	Valore economico	Opacità	Presenza di "eventi sentinella"	Attuazione delle misure di prevenzione previste dal PTPCT	Segnalazioni e reclami				GIUDIZIO SINTETICO	STATO DI ATTUAZIONE AL 1° GENNAIO 2022	FASI DI ATTUAZIONE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI DI ATTUAZIONE	VALORE TARGET	SOGGETTO RESPONSABILE
Struttura RISORSE UMANE	Applicazione istituti contrattuali relativi alla gestione assenze retribuite	Direttore SRU	esame richiesta (pertinenza e completezza)	Staff della SC Risorse Umane	Omissione di controllo e/o corsia preferenziale nella trattazione delle pratiche	scarsa consapevolezza comportamentale o scarsa conoscenza	B	B	B	B	B	B	B	Gli istituti sono disciplinati da norme di legge e di contratto	duplice valutazione/controllo da parte del funzionario e del dirigente	controllo	già in attuazione	n.a.	per ogni pratica	nr. Pratiche con doppio controllo/nr. Totale pratiche	100%	FUNZIONARIO E DIRIGENTE		
			espressione parere di competenza	Direttore di Struttura/SITRA	n.i.																			
			accoglimento/diniego	Direttore di Struttura/SITRA/Direttore SRU	n.i.																			
	Procedimento disciplinare per infrazioni punibili con sanzione superiore al rimprovero verbale	UPD	UPD	verifica e contestazione scritta dell'addebito	UPD	omissione di alcuni elementi o fatti rilevanti al fine di favorire eventuali soggetti a fronte di condizionamenti interni	uso improprio o distorto della discrezionalità	M	M	B	B	B	B	B	Il processo è disciplinato da norme di legge e di contratto. L'U.P.D. ha competenza tecnica derivante da adeguata selezione del personale che lo compone tuttavia ha una certa discrezionalità nell'assunzione delle decisioni. La fase decisoria potrebbe subire influenze anche indirette da parte di altri soggetti dell'organizzazione	verbalizzazione delle attività	trasparenza	già in attuazione	n.a.	per ogni procedimento	verbalizzazione per ogni procedimento disciplinare	100%	FUNZIONARIO VERBALIZZANTE UPD	
				convocazione dell'interessato e contraddittorio		precludere il diritto di difesa attuando un'istruttoria inadeguata	uso improprio o distorto della discrezionalità	M	M	B	B	B	B	B		M	verbalizzazione delle attività	trasparenza	già in attuazione	n.a.	per ogni procedimento	verbalizzazione per ogni procedimento disciplinare	100%	FUNZIONARIO VERBALIZZANTE UPD
				decisione		archiviazione o sproporzione della sanzione rispetto all'infrazione	uso improprio o distorto della discrezionalità	M	M	B	B	B	B	B		M	verbalizzazione delle attività	trasparenza	già in attuazione	n.a.	per ogni procedimento	verbalizzazione per ogni procedimento disciplinare	100%	FUNZIONARIO VERBALIZZANTE UPD

SEZIONE II

PROCESSI-ATTIVITA'					Identificazione, analisi e valutazione del rischio corruttivo									TRATTAMENTO DEL RISCHIO																
Struttura	Processo	Responsabilità del processo	Attività	Esecutore dell'attività	CATALOGO	Fattore abilitante	Valutazione del rischio						MOTIVAZIONE	MISURE SPECIFICHE	TIPOLOGIA DI MISURA SPECIFICA	PROGRAMMAZIONE DELLA MISURA SPECIFICA														
							Discrezionalità	destinatari esterni all'Azienda	Valore economico	Opacità	Presenza di "eventi sentinella"	Attuazione delle misure di prevenzione previste dal PTPCT				Segnalazioni e reclami	GIUDIZIO SINTETICO	STATO DI ATTUAZIONE AL 1° GENNAIO 2022	FASI DI ATTUAZIONE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI DI ATTUAZIONE	VALORE TARGET	SOGGETTO RESPONSABILE							
SC RISORSE ECONOMICHE E FINANZIARIE	GESTIONE DELLE USCITE Percorso fatturazione - liquidazione	DIRETTORE STRUTTURA RISORSE ECONOMICHE E FINANZIARIE	Ricezione della fattura e registrazione nella contabilità generale	Operatori dedicati alla gestione dei costi/uscite	Inefficiente gestione processo di liquidazione e pagamenti non dovuti	Effettuazione di pagamenti a beneficiari diversi dai creditori legittimi per interesse o utilità	B	A	M	B	B	B	B	La presenza per la maggior parte delle fatture di un processo digitalizzato consente di ridurre i rischi di errori. Inoltre, poiché tutte le fatture trasmesse attraverso lo SDI nonchè tutti i pagamenti effettuati per il tramite del SIOPE + transitano sulla Piattaforma di Certificazione dei Crediti Commerciali del Ministero delle Finanze consente di effettuare controlli incrociati con la nostra contabilità.	Controlli a campione effettuati almeno semestralmente sulle fatture ancora aperte sulla PCC rispetto alla contabilità.	Controllo	in attuazione	n.a.	permanente	Pubblicazione a fine esercizio sulla PCC della situazione dei debiti ancora aperti riferiti alle fatture con datate per l'esercizio di riferimento.	Inferiore all'esercizio precedente.	Direttore Struttura Risorse Economiche e Finanziarie								
			Trasmissione alla Struttura deputata alla verifica e controllo (in modalità informatizzata se fattura elettronica, o per posta se fattura cartacea																				n.i.							
			Acquisizione del documento firmato digitalmente o cartaceo																				n.i.							
			Verifica DURC ed Equitalia																				Controlli a campione sulla documentazione allegata alla fattura (firma di liquidazione, DURC, Equitalia).	Controllo	in attuazione	n.a.	permanente	conservazione della documentazione in appositi aree documentali	Esito positivo del Collegio Sindacale	Operatori dell'area uscite
			Generazione ordinativo pagamento																				n.i.							
			Trasmissione degli estratti conto ai fornitori.																				Controlli a campione effettuati con la circolarizzazione dei debiti.	Controllo	in attuazione	n.a.	permanente	conservazione della documentazione in appositi aree documentali	Riscontro ad almeno 20 fornitori	Operatori dell'area uscite

SEZIONE II

PROCESSI-ATTIVITA'																				Identificazione, analisi e valutazione del rischio corruttivo										PROGRAMMAZIONE DELLA MISURA SPECIFICA							
Ufficio	Processo	Responsabilità del processo	Attività	Esecutore dell'attività	CATALOGO	Eventi rischiosi	Fattore abilitante	Valutazione del rischio										MISURE SPECIFICHE	TIPOLOGIA DI MISURA SPECIFICA	STATO DI ATTUAZIONE AL 1° GENNAIO 2022	FASI DI ATTUAZIONE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI DI ATTUAZIONE	VALORE TARGET	SOGGETTO RESPONSABILE												
								Discrezionalità	destinatari esterni all'Azienda	Valore economico	Opacità	Presenza di "eventi sentinella"	Attuazione delle misure di prevenzione previste dal PTPCT	Segnalazioni e reclami	GIUDIZIO SINTETICO	MOTIVAZIONE																					
RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA – RPCT	Elaborazione e monitoraggio PTPCT	RPCT	Studio normativa, linee guida ANAC e relazioni di monitoraggio ai fini della predisposizione del PTPCT	RPCT	n.a.																																
			Verifica della documentazione prodotta ai fini della predisposizione dei contenuti del nuovo Piano	RPCT	Valutazione errata o incongrua della documentazione allo scopo di ostacolare la piena attuazione della strategia anticorruzione o di alcune parti del PTPCT	scarsa responsabilizzazione interna	M	A	B	M	B	M	B	M	Il rischio corruttivo è valutato di livello medio in considerazione dell'importanza della strategia anticorruzione	Valutazione dell'istruttoria da parte del DA	Misura di controllo	in attuazione	n.a.	misura attuata in occasione dell'aggiornamento del PTPCT	percentuale di documentazione validata sul totale	Almeno 80%	RPCT														
			Approvazione del PTPCT	Direzione Strategica	n.a.																																
			Individuazione delle modalità di monitoraggio	RPCT	individuazione di modalità operative non facilmente comprensibili o di difficile attuazione al fine di ostacolare una corretta rendicontazione	scarsa responsabilizzazione interna	M	A	B	M	B	M	B	M		Valutazione dell'istruttoria da parte del DA	Misura di controllo	in attuazione	n.a.	misura permanente	percentuale di documentazione validata sul totale	Almeno 80%	RPCT														
			Studio ed analisi della documentazione pervenuta dalle Strutture/Servizi ed elaborazione della Relazione di monitoraggio	RPCT	redazione di una relazione incompleta o errata al fine di sviare la strategia anticorruzione	scarsa responsabilizzazione interna	M	A	B	M	B	M	B	M		Valutazione dell'istruttoria da parte del DA	Misura di controllo	in attuazione	n.a.	misura attuata in occasione del monitoraggio del PTPCT	percentuale di documentazione validata sul totale	Almeno 80%	RPCT														
	Accesso civico semplice	RPCT	Ricezione dell'istanza ed esame della fondatezza	RPCT	n.a.																																
			Eventuale interlocuzione con l'istante nel caso in cui nella richiesta non siano identificati i documenti, le informazioni o i dati pubblicati	RPCT	Rappresentazione alterata o incompleta degli elementi informativi richiesti	scarsa responsabilizzazione interna	B	A	M	A	B	M	B	B		n.i.	misura di trasparenza	in attuazione	n.a.	misura permanente	% di segnalazioni da parte degli interessati	zero	RPCT														
			Pubblicazione del dato, dell'informazione o del documento nella sezione "Amministrazione Trasparente" nel caso di fondatezza dell'istanza	Dirigenti	n.i.																																
			Comunicazione all'istante e invio del link dove sono pubblicati i dati/Invio del provvedimento di rigetto in caso d'infondatezza dell'istanza	RPCT	Indebito differimento dei tempi per l'inoltro della comunicazione	scarsa responsabilizzazione interna	B	A	M	A	B	M	B	B		Rispetto dei termini procedurali	misura di regolamentazione	in attuazione	n.a.	misura permanente	numero delle istanze trattate rispettando la tempistica sul numero totale delle istanze pervenute	100,00%	RPCT														
			Comunicazione degli inadempimenti gravi all'UPD, al NVP e alla Direzione Strategica aziendale	RPCT	Indebito differimento dei tempi per l'inoltro della comunicazione	scarsa responsabilizzazione interna										Valutazione dell'istruttoria da parte del DA	Misura di controllo	in attuazione	n.a.	misura permanente	percentuale di istanze valutate	Almeno 80%	RPCT														

SEZIONE II

PROCESSI-ATTIVITA'																				Identificazione, analisi e valutazione del rischio corruttivo										PROGRAMMAZIONE DELLA MISURA SPECIFICA									
Ufficio	Processo	Responsabilità del processo	Attività	Esecutore dell'attività	CATALOGO		Valutazione del rischio										MISURE SPECIFICHE	TIPOLOGIA DI MISURA SPECIFICA	STATO DI ATTUAZIONE AL 1° GENNAIO 2022	FASI DI ATTUAZIONE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI DI ATTUAZIONE	VALORE TARGET	SOGGETTO RESPONSABILE															
					Eventi rischiosi	Fattore abilitante	Discrezionalità	destinatari esterni all'Azienda	Valore economico	Opacità	Presenza di "eventi sentinella"	Attuazione delle misure di prevenzione previste dal PTPCT	Segnalazioni e reclami	GIUDIZIO SINTETICO	MOTIVAZIONE																								
RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA – RPCT	Riesame del diniego, totale o parziale, o della mancata risposta all'istanza di accesso civico generalizzato e del provvedimento di rigetto dell'opposizione motivata del controinteressato	RPCT	Ricezione richiesta di riesame ed analisi della fondatezza	RPCT	n.a.																																		
			Archiviazione per inammissibilità	RPCT	Archiviazione in assenza dei presupposti di legge al fine di favorire o sfavorire l'istante	scarsa responsabilizzazione e interna									rispetto delle prescrizioni di legge e delle Linee guida in materia	misura di regolamentazione	in attuazione	n.a.	misura permanente	% di segnalazioni di anomalie da parte degli istanti	zero	RPCT																	
			Analisi della fondatezza del riesame, richiesta di elementi informativi e documentazione alla struttura che ha negato/differito l'accesso. Richiesta di parere al Garante della privacy	RPCT	Errata valutazione sulla presenza o meno dei presupposti di legge al fine di favorire o sfavorire l'istante	scarsa responsabilizzazione e interna										rispetto delle prescrizioni di legge	misura di regolamentazione	in attuazione	n.a.	misura permanente	% di segnalazioni di anomalie da parte degli istanti	zero	RPCT																
			Valutazione degli elementi raccolti e redazione del provvedimento di accoglimento/rigetto dell'istanza	RPCT	Errata valutazione sulla presenza o meno dei presupposti di legge al fine di favorire o sfavorire l'istante	scarsa responsabilizzazione e interna	B	M	B	A	B	B	B	B	Il processo è caratterizzato da scarsa discrezionalità	rispetto delle prescrizioni	misura di regolamentazione	in attuazione	n.a.	misura permanente	% di segnalazioni di anomalie da parte degli istanti	zero	RPCT																
			In caso di accoglimento dell'istanza, richiesta all'ufficio che ha rigettato/non risposto di inviare la documentazione al richiedente	RPCT	Indebito differimento dei tempi per l'inoltro della comunicazione	scarsa responsabilizzazione e interna										Rispetto dei termini procedurali	misura di regolamentazione	in attuazione	n.a.	misura permanente	numero delle istanze trattate rispettando la tempistica sul numero totale delle istanze pervenute	100,00%	RPCT																
			Inoltro del provvedimento di accoglimento/rigetto all'istante e all'eventuale controinteressato	RPCT	Indebito differimento dei tempi per l'inoltro della comunicazione	scarsa responsabilizzazione e interna										Rispetto dei termini procedurali	misura di regolamentazione	in attuazione	n.a.	misura permanente	numero provvedimenti inoltrati per tempo/nr. Totale provvedimenti	100,00%	RPCT																
			Verifica dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione da parte dell'ASST	RPCT	Raccolta relazioni di monitoraggio della pubblicazione dei dati, delle informazioni e dei documenti secondo i criteri di completezza, aggiornamento ed apertura nonché secondo le tempistiche previste dall'"Elenco degli obblighi di pubblicazione" allegato al PTPCT	Dirigente	Mancata raccolta delle relazioni di monitoraggio per interesse/utilità	scarsa responsabilizzazione e interna									puntuale applicazione del d.lgs. 33/2013	misura di sensibilizzazione	in attuazione	n.a.	misura permanente	percentuale di relazioni raccolte sul totale di quelle previste	Almeno 80%	RPCT															
	In caso di anomalie o carenze, richiesta al responsabile individuato nell'"Elenco degli obblighi di pubblicazione" allegato al PTPCT di pubblicare i dati, le informazioni e i documenti secondo i criteri previsti	Dirigente			Rappresentazione alterata o incompleta degli elementi informativi richiesti	scarsa responsabilizzazione e interna	B	A	B	A	B	B	B	Il processo è caratterizzato da scarsa discrezionalità		Valutazione con il referente della Struttura	Misura di controllo	in attuazione	n.a.	misura permanente	percentuale di richieste valutate congiuntamente sul totale	Almeno 80%	RPCT																
	Verifica dell'effettuazione della pubblicazione	Dirigente			Mancata/errata effettuazione della verifica	scarsa responsabilizzazione e interna										Rispetto del PTPCT	Misura di controllo	in attuazione	n.a.	misura permanente	percentuale di dati pubblicati correttamente e nel rispetto dei termini sul totale	100,00%	RPCT																

SEZIONE II

PROCESSI-ATTIVITA'																														
					Identificazione, analisi e valutazione del rischio corruttivo																									
Ufficio	Processo	Responsabilità del processo	Attività	Esecutore dell'attività	CATALOGO		Valutazione del rischio										MISURE SPECIFICHE	TIPOLOGIA DI MISURA SPECIFICA	PROGRAMMAZIONE DELLA MISURA SPECIFICA											
					Eventi rischiosi	Fattore abilitante	Discrezionalità	destinatari esterni all'Azienda	Valore economico	Opacità	Presenza di "eventi sentinella"	Attuazione delle misure di prevenzione previste dal PTPCT	Segnalazioni e reclami	GIUDIZIO SINTETICO	MOTIVAZIONE	STATO DI ATTUAZIONE AL 1° GENNAIO 2022			FASI DI ATTUAZIONE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI DI ATTUAZIONE	VALORE TARGET	SOGGETTO RESPONSABILE							
RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA - RPCT	Gestione delle segnalazioni dei whistleblowers	RPCT	Ricezione della segnalazione e analisi al fine di determinarne l'ammissibilità e la ricevibilità	Dirigente	Errata valutazione sulla presenza o meno dei presupposti di legge al fine di favorire o sfavorire l'istante	scarsa responsabilizzazione interna															Osservanza del regolamento aziendale	misura di regolamentazione	in attuazione	n.a.	misura permanente	numero di procedimenti definiti su numero totale di segnalazioni	100,00%	RPCT		
		RPCT	Eventuale archiviazione della segnalazione per inammissibilità, irricevibilità o manifesta infondatezza	Dirigente	Archiviazione in assenza dei presupposti necessari al fine di favorire o sfavorire l'istante	scarsa responsabilizzazione interna																Osservanza del regolamento aziendale	misura di regolamentazione	in attuazione	n.a.	misura permanente	numero procedimenti valutati con altri soggetti sul totale delle segnalazioni	Almeno 80%	RPCT	
		RPCT	Acquisizione ed analisi di ogni elemento utile alla valutazione della fattispecie anche attraverso ulteriori chiarimenti al whistleblower o ad eventuali altri soggetti	Dirigente	Rappresentazione alterata o incompleta degli elementi informativi richiesti	scarsa responsabilizzazione interna																	Osservanza del regolamento aziendale	misura di regolamentazione	in attuazione	n.a.	misura permanente	numero procedimenti valutati con altri soggetti sul totale delle segnalazioni	Almeno 80%	RPCT
		RPCT	Archiviazione nel caso di infondatezza per l'assenza di elementi di fatto idonei a giustificare ulteriori accertamenti o per l'insussistenza dei presupposti di legge per l'applicazione della sanzione. Comunicazione al segnalante dell'archiviazione	Dirigente	Archiviazione in assenza dei presupposti necessari al fine di favorire o sfavorire l'istante	scarsa responsabilizzazione interna	B	A	B	B	B	B	B	B	B	Negli ultimi anni non sono pervenute segnalazioni pertanto il processo rimane a basso rischio							Osservanza del regolamento aziendale	misura di regolamentazione	in attuazione	n.a.	misura permanente	numero procedimenti valutati con altri soggetti sul totale delle segnalazioni	Almeno 80%	RPCT
		RPCT	In caso di accertamento della fondatezza della segnalazione: - comunicazione dell'esito dell'accertamento al dirigente responsabile della struttura di appartenenza dell'autore della violazione; - denuncia all'Autorità giudiziaria competente; - adozione, o proposta di adozione se la competenza è di altri, di tute le misure necessarie per il ripristino della legalità; - comunicazione dell'esito al segnalante	Dirigente	Rappresentazione alterata o incompleta degli elementi di fatto o dei presupposti normativi. Indebito differimento dei termini per l'inoltro della comunicazione	scarsa responsabilizzazione interna																	Osservanza del regolamento aziendale	misura di regolamentazione	in attuazione	n.a.	misura permanente	numero procedimenti valutati con altri soggetti sul totale delle segnalazioni	Almeno 80%	RPCT

SEZIONE II																							
PROCESSI-ATTIVITA'					Identificazione, analisi e valutazione del rischio corruttivo										PROGRAMMAZIONE DELLA MISURA SPECIFICA								
Struttura	Processo	Responsabilità del processo	Attività	Esecutore dell'attività	CATALOGO Eventi rischiosi	Fattore abilitante	Valutazione del rischio							MISURE SPECIFICHE	TIPOLOGIA DI MISURA SPECIFICA	STATO DI ATTUAZIONE AL 1° GENNAIO 2022	FASI DI ATTUAZIONE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI DI ATTUAZIONE	VALORE TARGET	SOGGETTO RESPONSABILE		
							Discrezionalità destinatari esterni all'Azienda	Valore economico	Opacità	Presenza di "eventi sentinella"	Attuazione delle misure di prevenzione previste dal PTPCT	Segnalazioni e reclami	GIUDIZIO SINTETICO									MOTIVAZIONE	
AVVOCATURA	Affidamento a legali esterni dell'incarico di assistenza legale a favore dell'Azienda	Dirigente	Atto introduttivo del giudizio	Dirigente + Funzionario	Scelta ripetuta dello stesso legale per più di due incarichi nell'anno solare Liquidazione di importi superiori alle tariffe medie indicate dalla normativa senza giustificato motivo o con motivazione pretestuosa	Scarsa chiarezza della normativa di riferimento	B	B	M	B	B	B	B	B	livello di discrezionalità connesso all'esercizio dell'attività	- E' presente un elenco aziendale dei legali idonei cui è obbligatorio attingere Più operatori gestiscono la stessa fase del processo	controllo / rotazione	in attuazione	n.a.	misura attuata continuativamente nel corso dell'intera annualità 2020	Rispetto del regolamento aziendale e dell'elenco aziendale dei legali idonei per ogni singolo incarico	100%	Dirigente
			Selezione del legale idoneo inserito nell'elenco dei legali fiduciari dell'Azienda	Dirigente + Funzionario	Scelta ripetuta dello stesso legale per più di due incarichi nell'anno solare Liquidazione di importi superiori alle tariffe medie indicate dalla normativa senza giustificato motivo o con motivazione pretestuosa	Scarsa chiarezza della normativa di riferimento	M	A	M	M	B	B	B	M	livello di discrezionalità connesso all'esercizio dell'attività	- E' presente un elenco aziendale dei legali idonei cui è obbligatorio attingere - Più operatori gestiscono la stessa fase del processo	controllo / rotazione	in attuazione	n.a.	misura attuata continuativamente nel corso dell'intera annualità 2020	Rispetto del regolamento aziendale e dell'elenco aziendale dei legali idonei per ogni singolo incarico	100%	Dirigente
			Predisposizione di deliberazione di conferimento dell'incarico	Dirigente + Funzionario	Scelta ripetuta dello stesso legale per più di due incarichi nell'anno solare Liquidazione di importi superiori alle tariffe medie indicate dalla normativa senza giustificato motivo o con motivazione pretestuosa	Scarsa chiarezza della normativa di riferimento	B	A	M	B	B	B	B	M	livello di discrezionalità connesso all'esercizio dell'attività	- E' presente un elenco aziendale dei legali idonei cui è obbligatorio attingere - Più operatori gestiscono la stessa fase del processo	controllo / rotazione	in attuazione	n.a.	misura attuata continuativamente nel corso dell'intera annualità 2020	Rispetto del regolamento aziendale e dell'elenco aziendale dei legali idonei per ogni singolo incarico	100%	Dirigente

SEZIONE II

PROCESSI-ATTIVITA'					Identificazione, analisi e valutazione del rischio corruttivo										TRATTAMENTO DEL RISCHIO								
Struttura	Processo	Responsabilità del processo	Attività	Esecutore dell'attività	CATALOGO	Eventi rischiosi	Fattore abilitante	Valutazione del rischio							MISURE SPECIFICHE	TIPOLOGIA DI MISURA SPECIFICA	PROGRAMMAZIONE DELLA MISURA SPECIFICA						
								Discrezionalità	Valore economico	Opacità	Presenza di "eventi sentinella"	Attuazione delle misure di prevenzione previste dal PTPCT	Segnalazioni e reclami	GIUDIZIO SINTETICO			MOTIVAZIONE	STATO DI ATTUAZIONE AL 1° GENNAIO 2022	FASI DI ATTUAZIONE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI DI ATTUAZIONE	VALORE TARGET	SOGGETTO RESPONSABILE
AVVOCATURA	Gestione sinistri	Dirigente	con conseguente istruttoria della pratica, richiesta relazione/i ai sanitari coinvolti, cartelle cliniche, documentazione sanitaria, ecc...	Dirigente + Funzionario	Alterazione / manipolazione / utilizzo improprio di informazioni e di documentazione al fine di arrecare un vantaggio o uno svantaggio ad un soggetto o a determinate categorie di soggetti	Uso improprio della discrezionalità	B	B	M	B	B	B	B	M	livello di discrezionalità connesso all'esercizio dell'attività	- Il CVS è organismo collegiale e costituisce forma di controllo - Più operatori gestiscono la stessa fase del processo	regolamentazione	in attuazione	n.a.	misura attuata continuativamente nel corso dell'intera annualità 2020	N. pratiche valutate in sede di CVS	100%	Dirigente
			Valutazione della richiesta e della relativa pratica in CVS	Dirigente + Funzionario	Alterazione / manipolazione / utilizzo improprio di informazioni e di documentazione al fine di arrecare un vantaggio o uno svantaggio ad un soggetto o a determinate categorie di soggetti	Uso improprio della discrezionalità	B	A	M	M	B	B	B	M	livello di discrezionalità connesso all'esercizio dell'attività	- Il CVS è organismo collegiale e costituisce forma di controllo - Più operatori gestiscono la stessa fase del processo	regolamentazione	in attuazione	n.a.	misura attuata continuativamente nel corso dell'intera annualità 2020	N. pratiche valutate in sede di CVS	100%	Dirigente
			Adempimenti legge Gelli/Bianco al fine di mettere a conoscenza il medico della richiesta pervenuta	Dirigente + Funzionario	Alterazione / manipolazione / utilizzo improprio di informazioni e di documentazione al fine di arrecare un vantaggio o uno svantaggio ad un soggetto o a determinate categorie di soggetti	Uso improprio della discrezionalità	B	B	M	B	B	B	B	M	livello di discrezionalità connesso all'esercizio dell'attività	Il CVS è organismo collegiale e costituisce forma di controllo - Più operatori gestiscono la stessa fase del processo	regolamentazione	in attuazione	n.a.	misura attuata continuativamente nel corso dell'intera annualità 2020	N. pratiche valutate in sede di CVS	100%	Dirigente
			Eventuali trattative a livello stragiudiziale	Dirigente + Funzionario	Alterazione / manipolazione / utilizzo improprio di informazioni e di documentazione al fine di arrecare un vantaggio o uno svantaggio ad un soggetto o a determinate categorie di soggetti	Uso improprio della discrezionalità	M	A	A	M	B	B	B	M	livello di discrezionalità connesso all'esercizio dell'attività	- Il CVS è organismo collegiale e costituisce forma di controllo - Più operatori gestiscono la stessa fase del processo	regolamentazione	in attuazione	n.a.	misura attuata continuativamente nel corso dell'intera annualità 2020	N. pratiche valutate in sede di CVS	100%	Dirigente
			Mediazione – Accertamento Tecnico Preventivo – Giudizio ordinario – Incidente probatorio – udienza preliminare– decreto rinvio a giudizio	Dirigente + Funzionario	Alterazione / manipolazione / utilizzo improprio di informazioni e di documentazione al fine di arrecare un vantaggio o uno svantaggio ad un soggetto o a determinate categorie di soggetti	Uso improprio della discrezionalità	M	A	M	M	B	B	B	M	livello di discrezionalità connesso all'esercizio dell'attività	- Il CVS è organismo collegiale e costituisce forma di controllo - Più operatori gestiscono la stessa fase del processo	regolamentazione	in attuazione	n.a.	misura attuata continuativamente nel corso dell'intera annualità 2020	N. pratiche valutate in sede di CVS	100%	Dirigente
			Atto transattivo o sentenza	Dirigente + Funzionario	Alterazione / manipolazione / utilizzo improprio di informazioni e di documentazione al fine di arrecare un vantaggio o uno svantaggio ad un soggetto o a determinate categorie di soggetti	Uso improprio della discrezionalità	M	A	M	M	B	B	B	M	livello di discrezionalità connesso all'esercizio dell'attività	- Il CVS è organismo collegiale e costituisce forma di controllo - Più operatori gestiscono la stessa fase del processo	regolamentazione	in attuazione	n.a.	misura attuata continuativamente nel corso dell'intera annualità 2020	N. pratiche valutate in sede di CVS	100%	Dirigente
			Comunicazione alla Corte dei Conti dell'eventuale risarcimento pagato	Dirigente + Funzionario	Alterazione / manipolazione / utilizzo improprio di informazioni e di documentazione al fine di arrecare un vantaggio o uno svantaggio ad un soggetto o a determinate categorie di soggetti	Uso improprio della discrezionalità	B	A	M	M	B	B	B	M	livello di discrezionalità connesso all'esercizio dell'attività	- Il CVS è organismo collegiale e costituisce forma di controllo - Più operatori gestiscono la stessa fase del processo	regolamentazione	in attuazione	n.a.	misura attuata continuativamente nel corso dell'intera annualità 2020	N. pratiche valutate in sede di CVS	100%	Dirigente
			Comunicazione ai sanitari coinvolti dell'avvenuto pagamento notiziato alla Corte dei Conti	Dirigente + Funzionario	Alterazione / manipolazione / utilizzo improprio di informazioni e di documentazione al fine di arrecare un vantaggio o uno svantaggio ad un soggetto o a determinate categorie di soggetti	Uso improprio della discrezionalità	B	B	M	B	B	B	B	M	livello di discrezionalità connesso all'esercizio dell'attività	- Il CVS è organismo collegiale e costituisce forma di controllo - Più operatori gestiscono la stessa fase del processo	regolamentazione	in attuazione	n.a.	misura attuata continuativamente nel corso dell'intera annualità 2020	N. pratiche valutate in sede di CVS	100%	Dirigente
			Notificazione lettera di messa in mora ai sanitari presumibilmente responsabili del sinistro	Dirigente + Funzionario	Alterazione / manipolazione / utilizzo improprio di informazioni e di documentazione al fine di arrecare un vantaggio o uno svantaggio ad un soggetto o a determinate categorie di soggetti	Uso improprio della discrezionalità	M	A	A	M	B	B	B	M	livello di discrezionalità connesso all'esercizio dell'attività	- Il CVS è organismo collegiale e costituisce forma di controllo - Più operatori gestiscono la stessa fase del processo	regolamentazione	in attuazione	n.a.	misura attuata continuativamente nel corso dell'intera annualità 2020	N. pratiche valutate in sede di CVS	100%	Dirigente

SEZIONE II

PROCESSI-ATTIVITA'					Identificazione, analisi e valutazione del rischio corruttivo										TRATTAMENTO DEL RISCHIO									
Struttura	Processo	Responsabilità del processo	Attività	Esecutore dell'attività	CATALOGO		Valutazione del rischio										MISURE SPECIFICHE	TIPOLOGIA DI MISURA SPECIFICA	PROGRAMMAZIONE DELLA MISURA SPECIFICA					
					Eventi rischiosi	Fattore abilitante	Discrezionalità	destinatari esterni all'Azienda	Valore economico	Opacità	Presenza di "eventi sentinella"	Attuazione delle misure di prevenzione previste dal PTPCT	Segnalazioni e reclami	GIUDIZIO SINTETICO	MOTIVAZIONE	STATO DI ATTUAZIONE AL 1° GENNAIO 2022			FASI DI ATTUAZIONE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI DI ATTUAZIONE	VALORE TARGET	SOGGETTO RESPONSABILE	
SC GESTIONE AMMINISTRATIVA SERVIZI SOCIO SANITARI	Controlli su attività LP	Titolare incarico di funzione Gasss	Verifica volumi attività LP	operatori amministrativi Gasss	alterazione dei dati	scarsa responsabilizzazione	B	B	M	B	B	B	B	B	B	Bassissimo rischio in quanto i dati elaborati per la definizione del rapporto tra volumi in SSn e LP derivano da procedure informatizzate tramite applicativi aziendali	Misure specifiche di controllo Misure specifiche di regolamentazione Misure specifiche di semplificazione	Controlli periodici effettuati dalla struttura deputata alla funzione Presenza di regolamento aziendale informatizzazione processo	già in attuazione	N.A.	misura permanente	% di attività in LP rispetto all'attività in SSN	volume LP < volume SSN	Direttore SC GASSS
	Autorizzazione attività in LP	Titolare incarico di funzione Gasss	Verifica requisiti giuridici per accesso attività LP	operatori amministrativi Gasss	rilascio dell'autorizzazione in assenza dei requisiti giuridici richiesti	Discrezionalità operatore	B	B	M	B	B	B	B	B	B	Bassissimo rischio in quanto i dati relativi all'inquadramento giuridico del professionista vengono acquisiti dall'anagrafica informatica aziendale. Doppio controllo Ufficio ALPI ed ufficio Risorse Umane	controllo Misure specifiche di regolamentazione Misure specifiche di semplificazione Misure di autocontrollo	effettuati dalla struttura deputata alla funzione Presenza di regolamento aziendale informatizzazione processo Doppia verifica in	già in attuazione	N.A.	misura permanente	Verifica periodica esclusività rapporto di lavoro da anagrafica aziendale	100% dei professionisti a rapporto esclusivo	Direttore SC GASSS
		Titolare incarico di funzione Gasss	Verifica corrispondenza prestazioni erogabili in SSN	operatori amministrativi Gasss	erogazione di prestazioni non ricomprese tra quelle erogabili in SSN	Discrezionalità operatore	B	B	M	B	B	B	B	B	B	Bassissimo rischio in quanto le prestazioni erogate in regime LP sono tutte codificate informaticamente garantendo l'aderenza delle prestazioni autorizzate al nomenclatore tariffario vigente	Misure specifiche di controllo Misure specifiche di regolamentazione Misure di autocontrollo	Controlli puntuale effettuato dalla struttura deputata alla funzione Presenza di regolamento aziendale Pubblicazione prestazioni erogate su sito	già in attuazione	N.A.	misura permanente	Numero segnalazioni da utenti e professionisti	numero segnalazioni inferiori a 5/anno	Direttore SC GASSS

SEZIONE II

SEZIONE II																							
PROCESSI-ATTIVITA'					Identificazione, analisi e valutazione del rischio corruttivo								TRATTAMENTO DEL RISCHIO										
Struttura	Processo	Responsabilità del processo	Attività	Esecutore dell'attività	CATALOGO Eventi rischiosi	Fattore abilitante	Valutazione del rischio							MISURE SPECIFICHE	TIPOLOGIA DI MISURA SPECIFICA	PROGRAMMAZIONE DELLA MISURA SPECIFICA							
							Discrezionalità destinatari esterni all'Azienda	Valore economico	Opacità	Presenza di "eventi sentinella"	Attuazione delle misure di prevenzione previste dal PTPCT	Segnalazioni e reclami	GIUDIZIO SINTETICO			MOTIVAZIONE	STATO DI ATTUAZIONE AL 1° GENNAIO 2022	FASI DI ATTUAZIONE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI DI ATTUAZIONE	VALORE TARGET	SOGGETTO RESPONSABILE	
SC GESTIONE AMMINISTRATIVA SERVIZI SOCIO SANITARI	Prenotazione prestazione con SSN	Titolare incarico di funzione Gasss	Inserimento Impegnativa	operatori amministrativi Gasss	Possibilità di registrare l'impegnativa con priorità anticipata o con codici di esenzione per evitare il pagamento del ticket	Discrezionalità operatore	B	A	B	B	B	B	B	B	<p>riferibile solo ad impegnative non NRE che sono ormai da considerarsi residuali. L'utilizzo ormai massivo delle nuove prescrizioni elettroniche vincola l'operatore, attraverso l'utilizzo dell'applicativo aziendale, sia dal punto di vista della gestione delle classi di priorità che da quello dell'esenzione dal ticket.</p>	<p>Misure specifiche di semplificazione</p> <p>Misure specifiche di regolamentazione</p>	<p>Informatizzazione del processo</p> <p>Applicazione regolamento esistente</p>	già in attuazione	N.A.	misura permanente	Numero segnalazioni da utenti	numero segnalazioni inferiori a 5/anno	Direttore SC GASSS
		Titolare incarico di funzione Gasss	Ricerca posto in agenda ed appuntamento	operatori amministrativi Gasss	alterazione delle disponibilità	scarsa responsabilizzazione	B	A	B	B	B	B	B	B	<p>Operazione completamente informatizzata - l'operatore è identificato/identificabile mediante la credenziali di accesso</p>	<p>Misure specifiche di semplificazione</p> <p>Misure specifiche di regolamentazione</p>	<p>Informatizzazione del processo</p>	già in attuazione	N.A.	misura permanente	Numero segnalazioni da utenti	numero segnalazioni inferiori a 5/anno	Direttore SC GASSS
		Titolare incarico di funzione Gasss	Incasso ticket	operatori amministrativi Gasss	Errore nel pagamento richiesto	Discrezionalità operatore	B	A	B	B	B	B	B	B	<p>informatica non prevede la possibilità di modificare l'importo dovuto. Autocontrollo da parte dell'utente al ricevimento di ricevuta pagamento</p>	<p>semplificazione</p> <p>Misure specifiche di regolamentazione</p>	<p>Informatizzazione del processo</p> <p>Applicazione regolamento esistente</p>	già in attuazione	N.A.	misura permanente	Numero segnalazioni da utenti	numero segnalazioni inferiori a 5/anno	Direttore SC GASSS
	Gestione rischio di drop out	Dirigente Gasss	Azioni preventive per evitare drop out	operatori amministrativi Gasss	Mancata ricezione di comunicazioni relative a annullamenti appuntamenti	Discrezionalità operatore	B	B	B	B	B	B	B	<p>Bassissimo rischio in quanto le mail dedicate risultano costantemente presidiate</p> <p>Il sistema di remind con sms è completamente informatizzato</p>	<p>Sistema di remind telefonico degli appuntamenti</p> <p>Mail aziendali dedicate all'annullamento degli</p>	<p>Informatizzazione del processo</p> <p>Turnistiche dedicate alla ricezione mail in</p>	già in attuazione	N.A.	misura permanente	Mail inevase nel corso dell'anno	numero mail inferiori a 10/anno	Direttore SC GASSS	
	Prenotazione prestazione in LP	Titolare incarico di funzione Gasss	Ricerca posto in agenda ed appuntamento	operatori amministrativi Gasss	Pressione (favorire un professionista rispetto ad un altro che eroga la medesima prestazione)	Discrezionalità operatore	A	A	B	B	B	B	B	<p>Si ritiene che il processo sia a basso rischio poiché, nonostante la discrezionalità dell'operatore nella fase di determinazione dell'appuntamento possa essere elevata, la mancanza di segnalazioni e reclami sia da parte dei professionisti che da parte dell'utenza indica la corretta gestione del processo</p>	<p>Misure specifiche di semplificazione</p> <p>Misure specifiche di regolamentazione</p>	<p>Informatizzazione del processo</p> <p>Applicazione regolamento esistente</p>	già in attuazione	N.A.	misura permanente	Numero segnalazioni da utenti e professionisti	numero segnalazioni inferiori a 5/anno	Direttore SC GASSS	
		Titolare incarico di funzione Gasss	Incasso del corrispettivo	operatori amministrativi Gasss	Errore nel pagamento richiesto	Discrezionalità operatore	B	A	B	B	B	B	B	<p>Bassissimo rischio in quanto la procedura informatica non prevede la possibilità di modificare l'importo dovuto. Autocontrollo da parte dell'utente al ricevimento di ricevuta pagamento</p>	<p>semplificazione</p> <p>Misure specifiche di regolamentazione</p>	<p>processo</p> <p>Applicazione regolamento</p>	già in attuazione	N.A.	misura permanente	Numero segnalazioni da utenti e professionisti	numero segnalazioni inferiori a 5/anno	Direttore SC GASSS	

SEZIONE II

PROCESSI-ATTIVITA'					Identificazione, analisi e valutazione del rischio corruttivo										TRATTAMENTO DEL RISCHIO										
Struttura	Processo	Responsabilità del processo	Attività	Esecutore dell'attività	CATALOGO		Valutazione del rischio							MISURE SPECIFICHE	TIPOLOGIA DI MISURA SPECIFICA	PROGRAMMAZIONE DELLA MISURA SPECIFICA									
					Eventi rischiosi	Fattore abilitante	Discrezionalità	destinatari esterni all'Azienda	Valore economico	Opacità	Presenza di "eventi sentinella"	Attuazione delle misure di prevenzione previste dal PTPCT	Segnalazioni e reclami			GIUDIZIO SINTETICO	MOTIVAZIONE	STATO DI ATTUAZIONE AL 1° GENNAIO 2022	FASI DI ATTUAZIONE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI DI ATTUAZIONE	VALORE TARGET	SOGGETTO RESPONSABILE		
SC FARMACIA OSPEDALIERA E TERRITORIALE	Approvvigionamento dei prodotti di farmacia nel rispetto degli standard descritti nelle procedure certificate	Direttore SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale	Verifica degli ordini in consegna	Staff della SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale	omissione della verifica per favorire/sfavorire qualcuno	scarsa percezione del rischio corruttivo	B	M	A	B	B	B	B	M	Il processo viene valutato a rischio medio data la gravità di una mancata consegna di prodotti di farmacia e/o di una gestione non corretta degli stessi	osservanza degli standard operativi implementati: verifica in doppio mediante gestionale informatico	standard di comportamento e controllo	già in attuazione	n.i.	mantenimento	numero non conformità alle procedure	meno di 10	Direttore SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale		
			Ricezione e verifica congruità quali/quantitativa dei materiali consegnati rispetto all'ordine	Staff della SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale	omissione della verifica per favorire/sfavorire qualcuno	scarsa percezione del rischio corruttivo	B	M	A	B	B	B	B	M		osservanza degli standard operativi implementati: utilizzo di penna ottica	standard di comportamento	già in attuazione	n.i.	mantenimento	numero non conformità alle procedure	meno di 10	Direttore SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale		
			Caricamento farmaci attraverso il programma gestionale di magazzino	Staff della SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale	Omissione per utilità	scarsa percezione del rischio corruttivo	B	B	B	B	B	B	B	B		osservanza degli standard operativi implementati: blocco informatico se il carico eccede la quantità ordinata	standard di comportamento e semplificazione	già in attuazione	n.i.	mantenimento	numero non conformità alle procedure	meno di 10	Direttore SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale		
			Confezionamento e stoccaggio	Staff della SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale	Omissione per utilità	scarsa percezione del rischio corruttivo	B	B	B	B	B	B	B	B		osservanza degli standard operativi implementati: sigillo collo dopo l'etichettatura	standard di comportamento e semplificazione	già in attuazione	n.i.	mantenimento	numero non conformità alle procedure	meno di 10	Direttore SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale		
			Ricezione della richiesta di fornitura da parte delle UU.OO.	Staff della SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale	n.i.																				
			Controllo della richiesta	Farmacista	ricezione di richiesta non pertinente	scarsa responsabilizzazione interna	B	B	M	B	B	B	B	B		M	osservanza degli standard operativi implementati: contatto telefonico e correzione richiesta	standard di comportamento e controllo	già in attuazione	n.i.	mantenimento	numero non conformità alle procedure	Meno di 10	Direttore SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale	
			Allestimento	Staff della SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale	Omissione per utilità	scarsa percezione del rischio corruttivo	M	B	B	B	B	B	B	B		M	osservanza degli standard operativi implementati: utilizzo di penna ottica	standard di comportamento	già in attuazione	n.i.	mantenimento	numero non conformità alle procedure	meno di 10	Direttore SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale	
			Consegna al trasportatore delle cassette allestite	Staff della SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale	omissione della verifica per favorire/sfavorire qualcuno	scarsa percezione del rischio corruttivo	M	B	B	B	B	B	B	B		M	osservanza standard operativi e moduli di consegna con firme	standard di comportamento	già in attuazione	n.i.	mantenimento	numero non conformità alle procedure	meno di 10	Direttore SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale	
	Feed back alla Farmacia da parte dei trasportatori esterni/reparto delle consegne effettuate	Trasportatori esterni/UU.OO.	omissione della verifica per favorire/sfavorire qualcuno	scarsa percezione del rischio corruttivo	M	B	B	B	B	B	B	B	M	osservanza standard operativi e moduli di consegna con firme	standard di comportamento	già in attuazione	n.i.	mantenimento	numero non conformità alle procedure	meno di 10	Direttore SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale				
	Fornitura di farmaci in PTO	Direttore SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale	Richiesta di inserimento del farmaco nel PTO	Medico/Direttore di U.O.	n.a.																				
			Verifica della richiesta	Commissione terapeutica	n.a.																				
			Ricezione della richiesta motivata di fornitura per singolo paziente	Staff della SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale	omissione o ritardo	scarsa responsabilizzazione interna	B	B	M	B	B	B	B	M	il rischio è considerato medio data la gravità di eventuale richiesta non appropriata	osservanza degli standard operativi implementati: verifica in doppio	standard di comportamento e controllo	già in attuazione	n.i.	mantenimento	n° di segnalazioni di anomalie da parte degli	meno di 10	Direttore SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale		
			Verifica dell'appropriatezza della richiesta e della disponibilità del prodotto	Farmacista	omissione della verifica per favorire/sfavorire qualcuno	scarsa percezione del rischio corruttivo	B	M	M	B	B	B	B	M		osservanza degli standard operativi implementati: verifica in doppio	standard di comportamento e controllo	già in attuazione	n.i.	mantenimento	n° richieste non appropriate	meno di 10	Direttore SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale		
			Passaggio della richiesta alla SC Gestione Acquisti	Staff della SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale	n.i.																				
	Consegna del farmaco al paziente	Staff della SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale	omissione della verifica per favorire/sfavorire qualcuno	scarsa percezione del rischio corruttivo	B	M	M	B	B	B	B	M	Il rischio è considerato medio data la gravità di una mancata consegna di prodotti di farmacia e/o di una gestione non corretta degli stessi	osservanza degli standard operativi implementati: verifica in doppio	standard di comportamento e controllo	già in attuazione	n.i.	mantenimento	n° di segnalazioni di anomalie da parte degli utenti	meno di 10	Direttore SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale				

SEZIONE II

SEZIONE II																									
PROCESSI-ATTIVITA'					Identificazione, analisi e valutazione del rischio corruttivo										TRATTAMENTO DEL RISCHIO										
Struttura	Processo	Responsabilità del processo	Attività	Esecutore dell'attività	Eventi rischiosi	Fattore abilitante	Valutazione del rischio										MISURE SPECIFICHE	TIPOLOGIA DI MISURA SPECIFICA	PROGRAMMAZIONE DELLA MISURA SPECIFICA						
							Discrezionalità	destinatari esterni all'Azienda	Valore economico	Opacità	Presenza di "eventi sentinella"	Attuazione delle misure di prevenzione previste dal PTPCT	Segnalazioni e reclami	GIUDIZIO SINTETICO	MOTIVAZIONE	STATO DI ATTUAZIONE AL 1° GENNAIO 2022			FASI DI ATTUAZIONE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI DI ATTUAZIONE	VALORE TARGET	SOGGETTO RESPONSABILE		
SC FARMACIA OSPEDALIERA E TERRITORIALE	Smaltimento prodotti di farmacia scaduti	Direttore SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale	Restituzione alla farmacia dalla U.O. e valorizzazione	Operatore di U.O./Operatore della SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale	falsificazione dei moduli di consegna	scarsa percezione del rischio corruttivo	B	B	M	B	B	B	B	M	Il rischio è considerato medio data la gravità di una mancata consegna di prodotti di farmacia e/o di una gestione non corretta degli stessi	osservanza degli standard operativi implementati: modulo di consegna con firma	standard di comportamento e controllo	già in attuazione	n.i.	mantenimento	n. moduli di restituzione conformi	100,00%	Direttore SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale		
			Allestimento contenitori	Staff della SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale	omissione della verifica per favorire/sfavorire qualcuno	scarsa percezione del rischio corruttivo	B	B	M	B	B	B	B	M	Il rischio è valutato medio data la gravità di una errata gestione di prodotti di farmacia	osservanza degli standard operativi implementati: modulo di consegna con firma	standard di comportamento e controllo	già in attuazione	n.i.	mantenimento	numero non conformità alle procedure	meno di 10	Direttore SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale		
			Ritiro a cura della ditta incaricata dello smaltimento	Operatori SC Farmacia /Operatori Ditta	falsificazione del modulo di ritiro	scarsa percezione del rischio corruttivo	B	B	M	B	B	B	B	M	Il rischio è valutato medio data la gravità di una errata gestione di prodotti di farmacia	osservanza degli standard operativi implementati: modulo di consegna con firma	standard di comportamento e controllo	già in attuazione	n.i.	mantenimento	n. moduli di consegna firmati	100,00%	Direttore SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale		
	Gestione resi e ritiri	Direttore SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale	Presa in carico della comunicazione di avvenuto ritiro/sequestro	Direttore /Amministrativo della SC Farmacia	Omissione per utilità	scarsa percezione del rischio corruttivo									Il processo viene valutato a rischio medio data la gravità di una errata gestione delle comunicazioni	osservanza degli standard operativi implementati: verifica in doppio da parte di personale di profili diversi	standard di comportamento e controllo	già in attuazione	n.i.	mantenimento	numero non conformità alle procedure	meno di 10	Direttore SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale		
			Inoltro dell'informativa alle UU.OO. interessate	Farmacista	Omissione per utilità	scarsa percezione del rischio corruttivo	B	B	M	B	B	B	B	M	Il processo viene valutato a rischio medio data la gravità di una errata gestione delle comunicazioni ufficiali	osservanza degli standard operativi implementati: verifica in doppio da parte di personale di profili diversi	standard di comportamento e controllo	già in attuazione	n.i.	mantenimento	numero non conformità alle procedure	meno di 10	Direttore SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale		
				Riscontro in U.O. della presenza del prodotto ritirato	Coordinatore della U.O.	n .i. (non di competenza della SC Farmacia)																			
				Restituzione in farmacia del prodotto ritirato	Coordinatore della U.O.	n .i. (non di competenza della SC Farmacia)																			
		Direttore SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale	Restituzione del prodotto in ditta	Farmacista	Omissione per utilità	scarsa percezione del rischio corruttivo	B	M	M	B	B	B	B	M	Il rischio viene valutato medio data la gravità di una errata gestione di prodotti di farmacia	osservanza degli standard operativi implementati: gestione informatizzata del reso	standard di comportamento e semplificazione	già in attuazione	n.i.	mantenimento	numero non conformità alle procedure	meno di 10	Direttore SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale		
			Recepimento della nota di credito	Amministrativo della SC Farmacia	Omissione per utilità	scarsa percezione del rischio corruttivo	B	M	M	B	B	B	B	M	Il rischio viene valutato medio data la gravità di una errata gestione di prodotti di farmacia	osservanza degli standard operativi implementati: gestione informatizzata del reso	standard di comportamento e semplificazione	già in attuazione	n.i.	mantenimento	numero non conformità alle procedure	meno di 10	Direttore SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale		
	Verifica periodica delle quantità di prodotti di farmacia non utilizzati	Direttore SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale	Predisposizione delle stampe di conta per area di prelievo	Staff della SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale	Omissione per utilità	scarsa percezione del rischio corruttivo	B	M	M	B	B	B	M	Il rischio viene valutato medio data la gravità di una errata gestione di prodotti di farmacia	osservanza degli standard operativi implementati: gestione informatizzata del reso	standard di comportamento e semplificazione	già in attuazione	n.i.	mantenimento	numero non conformità alle procedure	meno di 10	Direttore SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale			
			Conta fisica	Operatori tutti	errore	scarsa responsabilizzazione interna	B	B	M	B	B	B	B	M	L'inventario eseguito in modo non corretto ha un impatto rilevante sulla contabilità aziendale	osservanza degli standard operativi implementati: operazione di conta a coppie	standard di comportamento e controllo	già in attuazione	n.i.	mantenimento	% di errori	zero	Direttore SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale		
			Correzioni	Staff della SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale	Alterazione per utilità	scarsa percezione del rischio corruttivo	B	B	M	B	B	B	B	M	Il rischio viene valutato medio data la gravità di una errata gestione di prodotti di farmacia	osservanza degli standard operativi implementati: riconta fisica	standard di comportamento e controllo	già in attuazione	n.i.	mantenimento	% di errori	zero	Direttore SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale		

SEZIONE II

SEZIONE II																								
PROCESSI-ATTIVITA'					Identificazione, analisi e valutazione del rischio corruttivo										TRATTAMENTO DEL RISCHIO									
Struttura	Processo	Responsabilità del processo	Attività	Esecutore dell'attività	CATALOGO	Eventi rischiosi	Fattore abilitante	Valutazione del rischio										MISURE SPECIFICHE	TIPOLOGIA DI MISURA SPECIFICA	PROGRAMMAZIONE DELLA MISURA SPECIFICA				
								Discrezionalità	destinatari esterni all'Azienda	Valore economico	Opacità	Presenza di "eventi sentinella"	Attuazione delle misure di prevenzione previste dal PTPCT	Segnalazioni e reclami	GIUDIZIO SINTETICO	MOTIVAZIONE	STATO DI ATTUAZIONE AL 1° GENNAIO 2022			FASI DI ATTUAZIONE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI DI ATTUAZIONE	VALORE TARGET	SOGGETTO RESPONSABILE
MEDICINA LEGALE	Gestione delle domande di invalidità civile, legge 104, legge 68/99, cecità e sordità civile	Responsabile Medicina Legale	Scarico della domande pervenute da INPS dal portale telematico.	staff del servizio Medicina Legale	ritardo nello scarico della documentazione per favorire o sfavorire il richiedente	scarsa responsabilizzazione	M	M	M	B	B	B	B	B	il portale è implementato da INPS, ciò riduce le possibilità di attività contrarie al principio di buon	controlli da parte del responsabile del servizio	controllo	in attuazione	n.i.	permanente	nr. anomalie segnalate dagli utenti	zero	Responsabile Medicina Legale	
			Suddivisione delle pratiche in base alla tipologia di accertamento da eseguire e preparazione delle sedute di invalidità civile con i componenti previsti dalla normativa (Presidente: medico legale, altro medico di ASST, specialista di branca, medico del lavoro, assistente sociale/psicologo, medico esterno INPS; medico di categoria)	staff del servizio Medicina Legale	inserimento errato degli utenti nelle sedute non corrette per le patologie riscontrate	in caso di pluri patologie non corretta valutazione di quella preponderante	B	M	M	B	B	B	B	B	In sede di seduta è sempre possibile richiedere ulteriore documentazione da esaminare	controlli da parte del responsabile del servizio	controllo	in attuazione	n.i.	permanente	nr. casi errati /totale casi	non superiore al 30%	Responsabile Medicina Legale	
			Invio dell'invito a visita al cittadino che ha richiesto la prestazione.	staff del servizio Medicina Legale	n.a.										controllo delle pratiche da parte di soggetto esterno all'azienda (INPS)									
		Visita in commissione	medici	Formulazione di giudizi in assenza dei requisiti sanitari per il riconoscimento dei benefici previsti	alterazione di criteri definiti	B	A	A	B	B	B	B	B	si tratta di giudizio medico espresso collegialmente con la presenza di medici, tra cui anche il medico di categoria ed il medico INPS. Controllo di tutte le pratiche da parte di INPS, solo titolare per l'emissione dei giudizio conclusivi.	composizione della commissione con la presenza di medici specialisti che ruotano necessariamente	rotazione	in attuazione	n.i.	permanente	segnalazione di anomalie da parte dell'INPS	zero	Responsabile Medicina Legale		
		Richiesta di invio della documentazione sanitaria; definizione agli atti delle pratiche ove la documentazione inviata sia esaustiva e completa per emettere il relativo giudizio		n.i.											n.i.									
	visita di revisione/rinovo patente di guida presso la CML	Responsabile Medicina Legale	Scarico della domande con verifica della completezza dei dati inviati.	staff del servizio Medicina Legale	non corretta valutazione della documentazione	uso improprio della discrezionalità	B	B	B	B	B	B	B	Il livello di discrezionalità è connesso all'attività	in attuazione la modalità di prenotazione on line che permetterà all'utente di prenotare direttamente da portale, dovendo compilare campi obbligatori tutti i passaggi sono definiti	semplificazione	da attuare	pervenuto preventivo di spesa, autorizzato acquisto dell'applicativo dal Direttore Amministrativo in data 21.10.2020	attivazione entro il 31.1.2021	prenotazione tramite portale	100% delle prenotazioni a partire dal momento di attivazione del sistema di semplificazione	Responsabile Medicina Legale		
			Predisposizione della data di visita in base alla tipologia di patologia per la quale è richiesta la visita in CML	staff del servizio Medicina Legale	ritardo per favorire o sfavorire qualcuno																			
		Visita collegiale in CML	medici	Non corretta formulazione del giudizio di idoneità	non completa conoscenza dei protocolli	M	M	B	B	B	B	B	B	la valutazione dell'idoneità di basa sui requisiti di cui ai decreti Ministeriali e ai protocolli operativi	promozione dell'osservanza degli standard operativi	standard di comportamento	in attuazione	n.i.	permanente	% di visite effettuate nel rispetto dei requisiti normativi	100,00%	Responsabile Medicina Legale		

					Identificazione, analisi e valutazione del rischio corruttivo										TRATTAMENTO DEL RISCHIO									
Struttura	Processo	Responsabilità del processo	Attività	Esecutore dell'attività	CATALOGO		Valutazione del rischio										MISURE SPECIFICHE	TIPOLOGIA DI MISURA SPECIFICA	PROGRAMMAZIONE DELLA MISURA SPECIFICA					
					Eventi rischiosi	Fattore abilitante	Discrezionalità	destinatari esterni all'Azienda	Valore economico	Opacità	Presenza di "eventi sentinella"	Attuazione delle misure di prevenzione previste dal PTCT	Segnalazioni e reclami	GIUDIZIO SINTETICO	MOTIVAZIONE	STATO DI ATTUAZIONE AL 1° GENNAIO 2022			FASI DI ATTUAZIONE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI DI ATTUAZIONE	VALORE TARGET	SOGGETTO RESPONSABILE	
AREA UFFICIO STAMPA. COMUNICAZIONE E URP	PUBBLICAZIONE CONTENUTI SU SITO INTERNET AZIENDALE	Dirigente Area Ufficio Stampa. Comunicazione e URP	RACCOGLIERE/RICEVERE UN CONTENUTO PER L'EVENTUALE PUBBLICAZIONE	Staff Comunicazione	Sensibilizzare/interrogare alcune strutture più di altre per ricevere informazioni e notizie	scarsa responsabilità	M	M	B	B	B	B	B	B	Vengono sensibilizzate/contattate tutte le strutture dei vari presidi per avere informazioni	Sensibilizzare/contattare regolarmente le strutture	Sensibilizzazione e partecipazione	già in atto	n.a.	permanente	strutture contattate a rotazione/mese	Almeno 1	Dirigente Area Ufficio Stampa. Comunicazione e URP	
			DECIDERE SE PUBBLICARE IL CONTENUTO	Staff Comunicazione, talvolta Direzione	Dare maggiore importanza ad una persona, struttura o argomento anche se sono sullo stesso piano di altri	assenza di misure di trattamento del rischio	M	M	B	B	B	B	B	B	I contenuti vengono esposti pubblicamente pertanto, se si riscontrassero trattamenti diversi, questi verrebbero segnalati	Monitoraggio periodico del sito per ribilanciare i contenuti delle varie aree	controllo	già in atto	n.a.	permanente	Segnalazioni di trattamenti diversi	zero	Dirigente Area Ufficio Stampa. Comunicazione e URP	
			SCEGLIERE LA COLLOCAZIONE DEL CONTENUTO ALL'INTERNO DEL SITO INTERNET	Staff Comunicazione	Dare maggior risalto ad una persona, struttura o argomento anche se sono sullo stesso piano di altri	assenza di misure di trattamento del rischio	B	M	B	B	B	B	B	B	Le aree per la pubblicazione dei diversi tipi di contenuti sul sito sono state ben identificate	Identificare aree di pubblicazione per le diverse tipologie di contenuto	trasparenza	già in atto	n.a.	permanente	area di pubblicazione corretta/nr. Pubblicazioni	100,00%	Dirigente Area Ufficio Stampa. Comunicazione e URP	
			PUBBLICARE IL CONTENUTO SUL SITO INTERNET	Staff Comunicazione	Pubblicare in ritardo aggiornamenti e notizie	assenza di misure di trattamento del rischio	B	M	B	B	B	B	B	B	Come regola interna, i nuovi contenuti vengono pubblicati appena sono disponibili o secondo una programmazione definita	Pubblicare i nuovi contenuti appena sono disponibili o secondo una programmazione definita	regolamentazione	già in atto	n.a.	permanente	tempestività o rispetto della programmazione/pubblicazioni	100,00%	Dirigente Area Ufficio Stampa. Comunicazione e URP	
	ATTIVITÀ UFFICIO STAMPA	Dirigente Area Ufficio Stampa. Comunicazione e URP	RACCOGLIERE/RICEVERE NOTIZIE DAI PROFESSIONISTI PER INVIO AI MEDIA	Staff Comunicazione	Sensibilizzare/interrogare alcune strutture più di altre per ricevere informazioni e notizie	scarsa responsabilità	B	M	B	B	B	B	B	Vengono contattati i professionisti delle varie strutture sia in base alle nuove iniziative, progetti, convegni, sia in generale su varie tematiche allo scopo di dare la massima visibilità a tutti	contattare almeno una struttura al mese per incrementare il flusso di notizie	Sensibilizzazione e partecipazione	già in atto	n.a.	permanente	strutture contattate a rotazione/mese	Almeno 1	Dirigente Area Ufficio Stampa. Comunicazione e URP		
			INVIARE COMUNICATI STAMPA ALLE TESTATE GIORNALISTICHE	Staff Comunicazione	Favorire l'una o l'altra testata giornalistica nell'invio delle notizie	manca di trasparenza	B	M	B	B	B	B	B	I comunicati stampa e gli inviti alle conferenze stampa vengono inviate indiscriminatamente a tutte le testate giornalistiche presenti in mailing list ad eccezione di repliche ad articoli/lettere comparsi su specifiche testate o richieste di approfondimenti da parte di singole testate	Invio massivo di comunicati stampa e inviti a conferenza stampa a tutte le testate giornalistiche presenti in mailing list - Applicazione Linee guida per la gestione dell'ufficio stampa come da delibera	trasparenza	già in atto	n.a.	permanente	numero invii/numero testate giornalistiche in mailing list	100,00%	Dirigente Area Ufficio Stampa. Comunicazione e URP		

SEZIONE II																							
PROCESSI-ATTIVITÀ					Identificazione, analisi e valutazione del rischio corruttivo									TRATTAMENTO DEL RISCHIO									
Struttura	Processo	Responsabilità del processo	Attività	Esecutore dell'attività	CATALOGO	Eventi rischiosi	Fattore abilitante	Valutazione del rischio							MOTIVAZIONE	MISURE SPECIFICHE	TIPOLOGIA DI MISURA SPECIFICA	PROGRAMMAZIONE DELLA MISURA SPECIFICA					
								Discrezionalità	destinatari esterni all'Azienda	Valore economico	Opacità	Presenza di "eventi sentinella"	Attuazione delle misure di prevenzione previste dal PTPCT	Segnalazioni e reclami				GIUDIZIO SINTETICO	STATO DI ATTUAZIONE AL 1° GENNAIO 2022	FASI DI ATTUAZIONE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI DI ATTUAZIONE	VALORE TARGET
SCAFFARI GENERALI E CONTROLLI INTERNI - A.G.C.I.	Gestione atti monocratici: Decreti del Direttore Generale	Direttore A.G.C.I.	Ricezione delle proposte di decreto presentate dalle strutture aziendali su applicativo informatizzato	Staff della SC A.G.C.I.	n.i.																		
			Verifica della corretta compilazione dei campi obbligatori dell'applicativo informatizzato		Valutazione errata per interesse/utilità/carenza linee guida	scarsa sensibilizzazione al rischio corruttivo/carenza di linee guida	B	M	B	B	B	B	B	B	B	applicazione delle misure previste dalla procedura operativa	misura di regolamentazione	in atto	n.i.	31.12.2022	monitoraggio delle non conformità	da definire nel secondo anno di monitoraggio	Staff della SC A.G.C.I.
			Inoltro della proposta ai Direttori Amministrativo, Sanitario e Socio Sanitario per il parere di competenza/reinoltro alla struttura proponente per verifica incongruenze		differimento dell'inoltro per ritardare la decisione	interferenze esterne o motivazioni personali	B	B	B	B	B	B	B	B	B	individuazione dei criteri da adottare per la verifica	misura di regolamentazione	da predisporre	n.i.	31.12.2022	procedura operativa	adozione	Staff della SC A.G.C.I.
			Verifica apposizione pareri favorevoli/contrari dei Direttori		n.i.																		
			Invio al Direttore Generale della proposta di Decreto completa dei pareri per adozione atto con firma digitale		differimento dell'inoltro per ritardare la decisione	interferenze esterne o motivazioni personali	B	M	B	B	B	B	B	B	B	individuazione dei criteri da adottare per la verifica	misura di regolamentazione	da predisporre	n.i.	31.12.2022	procedura operativa	adozione	Staff della SC A.G.C.I.
		Direttore A.G.C.I.	Adozione Decreto con firma digitale del Direttore Generale	DG	n.a.																		
			Pubblicazione automatica del Decreto sull'albo pretorio on line	attività informatizzata	n.i.																		
			Estrazione Registro Decreti	attività informatizzata	n.i.																		
			Pubblicazione, in modalità automatica, sul sito web aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente"	Staff della SC A.G.C.I.	n.a.																		
			Trasmissione periodica atti adottati al Collegio Sindacale		differimento/omissione dell'inoltro per eludere i controlli	scarsa responsabilizzazione interna	B	B	B	B	B	B	B	B	corretta applicazione del vigente regolamento aziendale	misura di regolamentazione	già in attuazione	n.i.	permanente	regolare trasmissione degli atti al Collegio Sindacale	100%	Staff della SC A.G.C.I.	

