

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia
ASST Cremona

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO)

Indice

Premessa.....	3
Sezione 1 – Scheda anagrafica dell’ASST.....	4
1.1. Mission.....	5
1.2. Situazione demografica e territoriale.....	6
1.3. Dati strutturali.....	9
Sezione 2 – Valore Pubblico, performance e anticorruzione.....	15
2.1. Valore pubblico.....	15
2.2. Performance.....	25
2.3. Rischi corruttivi e trasparenza.....	33
Sezione 3 – Organizzazione del capitale umano.....	70
3.1. Struttura organizzativa.....	70
3.2. Organizzazione del lavoro agile.....	71
3.3. Piano triennale dei fabbisogni di personale.....	73
3.4. Piano della formazione.....	84
3.5. Obiettivi legati alla parità di genere.....	85
Sezione 4 – Monitoraggio.....	87
Allegato 1 Sezione 2.3. Rischi corruttivi e trasparenza	
Allegato 2 Sezione 2.3. Rischi corruttivi e trasparenza	
Allegato 3 Sezione 2.3. Rischi corruttivi e trasparenza	

PREMESSA

Il Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO) è lo strumento di programmazione disciplinato dall'art. 6 del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, recante "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionali all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia", convertito, con modificazioni, dalla legge del 6 agosto 2021, n. 113, che ha introdotto, per le pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1 c. 2 del d.lgs. 165/2021, il Piano di attività e di organizzazione in cui elaborare le sezioni dedicate alla performance aziendale, alla prevenzione della corruzione e della trasparenza, al piano dei fabbisogni del personale, al lavoro agile ed alle azioni positive.

Il presente documento è redatto in conformità alle disposizioni attuative dell'articolo 6 del decreto legge n.80/21, sopra citato, e cioè: il decreto del Presidente della Repubblica del 24 giugno 2022, n. 81, adottato per l'individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione, ed il decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 30 giugno 2022, n. 132, che definisce i contenuti del PIAO.

Il Piano ha, pertanto, l'obiettivo di assorbire, in un'ottica di semplificazione, molti degli atti di pianificazione a cui sono tenute le amministrazioni.

Nel corso del 2022, in fase di prima applicazione, l'ASST di Cremona ha dato evidenza della sussistenza dei contenuti normativamente previsti per il PIAO adottando un atto ricognitorio dei piani già adottati a livello aziendale e destinati a costituire le specifiche sezioni del PIAO, al fine di dare evidenza ed organicità di lettura all'attività di pianificazione integrata aziendale.

Il Piano Integrato di Attività ed Organizzazione 2023-2025 rappresenta il primo atto, quindi, di un percorso di progressivo superamento dei piani precedentemente in vigore.

Quanto formulato nel presente Piano, inoltre, vale nelle more dell'adeguamento ordinamentale regionale previsto dall'art. 7, comma 1, lett. a), n.2) del decreto legge 30 aprile 2022 n. 36, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 giugno 2022, n. 79.

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 Cremona – 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.

Il presente documento viene pubblicato, in applicazione dell'articolo 6, c.4, del decreto legge n. 80 del 2021:

*in apposita sezione del sito internet istituzionale denominata "Amministrazione Trasparente" – disposizioni generali;

*sul "Portale PIAO" (portale dedicato al Piano integrato di attività e amministrazione messo a disposizione dal Dipartimento della Funzione Pubblica).

SEZIONE 1 – SCHEDE ANAGRAFICHE DELL'ASST

L'Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Cremona è stata costituita a decorrere dall'1.1.2016 con Deliberazione di Giunta della Regione Lombardia n. X/4494 del 10.12.2015 "Costituzione dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) di Cremona" a cui ha fatto seguito il Decreto Direzione Generale Welfare della Regione Lombardia n. 11964 del 31.12.2015 di "Attuazione L.R. 23/2015: Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) di Cremona – Trasferimento del personale, dei beni immobili e mobili e delle posizioni attive e passive già in capo alle ex ASL/AO".

Rispetto al territorio della ATS Val Padana, la nostra azienda è baricentrica, fattore che la rende interlocutore privilegiato per alleanze con le altre ASST dei territori confinanti in funzione di precise progettualità.

Al 1 gennaio 2016, l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Cremona risultava costituita da 2 presidi ospedalieri (Presidio Ospedaliero di Oglio Po - Presidio Ospedaliero di Cremona) già parte della ex Azienda Ospedaliera di Cremona e dai servizi socio-sanitari provenienti dagli ambiti territoriali della ex ASL di Cremona, identificati nelle seguenti strutture/attività:

- **Serd - erogazione (2 sedi):** si occupa prevalentemente della presa in carico di utenti con problemi di tossicodipendenza, alcool-dipendenza, gioco d'azzardo e tabagismo. Effettua consulenze per le persone inviate dalla CMLP (protocollo CMLP – NOA per persone segnalate per guida in stato di ebbrezza) e programmi riabilitativi per le persone segnalate dalla Prefettura per infrazione art. 75 e 121 di cui al DPR 309/90. Il Sert di Cremona si occupa anche dei detenuti tossico/alcol dipendenti.
- **Consultori (3 sedi):** il modello consultoriale operativo realizzato è quello del Consultorio Familiare Integrato (CFI) con focus centrale sulla famiglia; si rivolge pertanto a persone singole, coppie e nuclei familiari in tutte le fasi esistenziali del ciclo di vita - gravidanza, maternità, età evolutiva, adolescenza, aduldità, nonché in condizioni di disabilità ed età anziana, costituendo un'importante risorsa di sostegno. Gli interventi consultoriali afferiscono complessivamente a due macro-aree, quella sanitaria e quella psico-socio-educativa, che si integrano nell'elaborazione del progetto d'intervento individualizzato. In ambito sanitario le principali attività erogate riguardano la gravidanza e la preparazione alla nascita, il post-partum, la prevenzione ginecologica ed oncologica (screening), la contraccezione, la menopausa e adempimenti previsti dalla Legge n.194/1978 (IVG). L'ambito psico-socio-educativo abbraccia generalmente il sostegno individuale, familiare e di coppia, nonché aree più specifiche quali la tutela sociale della maternità, (Bandi Famiglia e Misure a sostegno delle famiglie fragili), l'area giovani ed adolescenti con lo Spazio giovani dedicato, lo Sportello Disabili, le adozioni, la Tutela Minori.
- **Attività territoriali:** protesica maggiore e minore, gestione trasporti dializzati, attività del servizio di Medicina Legale (di polizia mortuaria, visite fiscali, commissioni medico legali, rilascio di certificazioni medico legali e abilitazioni), farmaceutica (file F ex tipologia 13), attività distrettuali di cura del paziente (pazienti con patologie rare), valutazione multidimensionale e ADI diretta al netto del costo del personale dipendente. Con Decreto Direzione Generale Welfare n. 3682 del 28.4.2016 "Organizzazione dell'offerta vaccinale alla luce della LR n. 23/2015 e con successiva nota prot. n. G1.2016.0024665 del 19.7.2016 è stata disposta, a partire dal 1.1.2017, l'attivazione del percorso per l'organizzazione nelle ASST dell'attività vaccinale, in precedenza in capo alle ATS.

Nel corso degli anni successivi sono state acquisite ulteriori nuove strutture/attività:

- con DGR n. X/5234 del 31.5.2016 avente ad oggetto "Determinazioni in merito al trasferimento dalla ex AO di Crema alla ASST di Cremona di attività relative al presidio "Polo Sanitario Nuovo Robbiani" di Soresina ai sensi della LR 23/2015", Regione Lombardia ha stabilito il subentro della ASST di Cremona alla ex AO di Crema nelle attività sanitarie afferenti al presidio stesso (POT, Attività ambulatoriali).
- con deliberazione n. 236 del 7.7.2016 l'Azienda ha approvato il "Progetto sperimentale per

l'istituzione e la gestione di un ambito territoriale omogeneo per l'area Oglio Po", condiviso con l'ASST di Mantova, con l'obiettivo generale di creare un territorio omogeneo in cui insistono gli ambiti territoriali degli ex distretti di Viadana e Casalmaggiore, potenziando l'attività del Presidio Ospedaliero Oglio Po di Casalmaggiore per garantire una migliore integrazione dei servizi offerti dalla rete territoriale ed afferenti agli ex distretti di Viadana e Casalmaggiore.

La legge di riforma sociosanitaria regionale 14 dicembre 2021, n. 22, avente ad oggetto "Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33", ha potenziato le funzioni territoriali, l'integrazione tra l'ospedale e il territorio, al fine di migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria e socio sanitaria con particolare riferimento alla cronicità, anche mediante l'applicazione delle disposizioni previste dal PNRR (ospedali di comunità, case di comunità e centrali operative).

Nel corso dell'anno 2022, pertanto, conformemente alle indicazioni regionali inerenti l'attuazione della riforma di cui alla legge regionale n. 22/21, l'ASST di Cremona ha adottato il nuovo Piano di Organizzazione Aziendale Strategico 2022-2024, che vede afferire all'ASST:

- Il distretto cremonese
- Il dipartimento funzionale di prevenzione
- Il dipartimento funzionale di cure primarie

nonché l'avvio, secondo le tempistiche concordate con gli uffici regionali, delle case di comunità, degli ospedali di comunità e delle COT di competenza.

1.1. MISSION

L'ASST di Cremona persegue i fini istituzionali di tutela e di promozione della salute degli individui e della collettività, e concorre, con tutti gli altri soggetti erogatori del servizio di diritto pubblico, di diritto privato e non profit, all'erogazione dei LEA e di eventuali livelli assistenziali aggiuntivi come definiti dalla Regione Lombardia.

L'ASST garantisce la continuità di presa in carico della persona nel proprio contesto di vita, attraverso articolazioni organizzative a rete e modelli integrati tra ospedale e territorio, al fine di tutelare e promuovere la salute fisica e mentale.

L'operato dell'ASST, finalizzato a contribuire al soddisfacimento dei bisogni di salute del territorio, secondo criteri di appropriatezza e qualità, garantisce la realizzazione della sussidiarietà verticale ed orizzontale, pari accessibilità dei cittadini, libertà di scelta ed equità delle prestazioni, nonché la promozione e la sperimentazione di forme di partecipazione collaborativa con il volontariato.

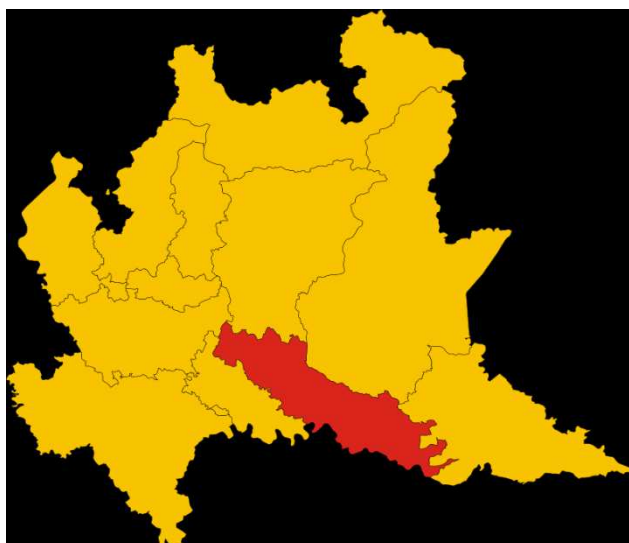
L'ASST garantisce e valorizza il ruolo della famiglia, delle reti sociali e degli enti del terzo settore per lo sviluppo e la coesione territoriale e delle comunità, in un rapporto privilegiato con gli enti locali, assicurando il coinvolgimento degli stessi nell'erogazione dei servizi e delle prestazioni.

Al fine di perseguire tali scopi, il sistema organizzativo, è ispirato, in particolare, ai seguenti principi:

- rispetto della persona e collaborazione interna ed esterna degli operatori a tutti i livelli, inteso come rispetto dei bisogni e dei diritti della persona, sviluppando sistemi di ascolto e di monitoraggio della soddisfazione, e come promozione di un clima organizzativo improntato al benessere di utenti ed operatori;
- integrazione delle funzioni sanitarie e sociosanitarie con le funzioni sociali di competenza delle autonomie locali, in raccordo con la Conferenza dei Sindaci sulla base della valutazione dei fabbisogni del territorio elaborati anche dall'Agenzia di Tutela della Salute;
- raccordo con gli enti del terzo e quarto settore del welfare, al fine di valorizzare lo strumento dell'auto-mutuo aiuto e dell'utente/familiare volontario quale leva di cambiamento del percorso di presa in carico;

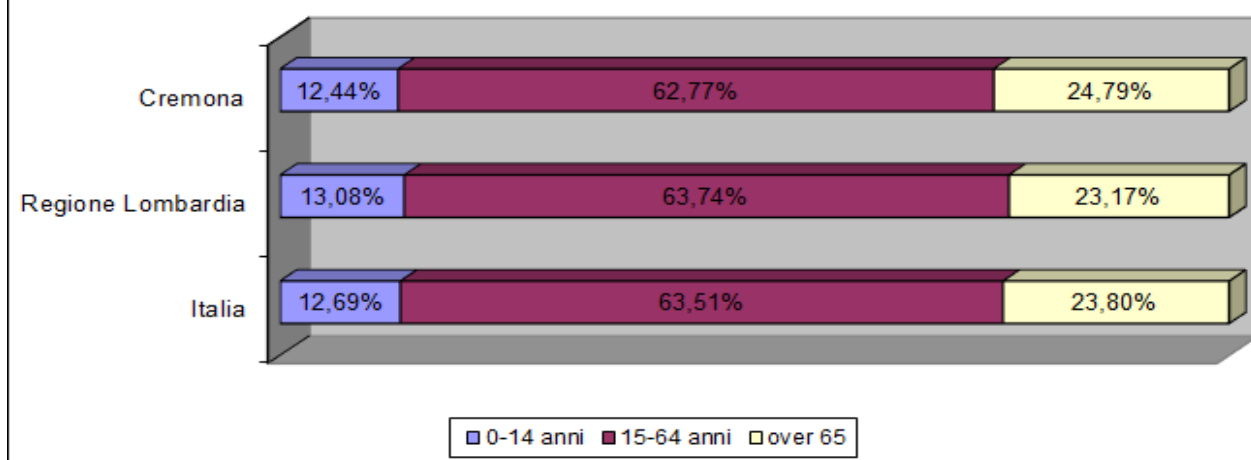
- qualità, intesa come capacità dell’Azienda di promuovere e sviluppare qualità globale, quindi orientata alla persona e alle prestazioni erogate, alle relazioni interne, alla struttura e alle tecnologie;
- innovazione scientifica in tutti i campi di propria competenza, intesa come promozione di tutte le forme di coordinamento e integrazione con il mondo della ricerca clinico-sanitaria;
- innovazione tecnologica e informativa a tutti i livelli, per sostenere i cambiamenti propri del settore sanitario-ospedaliero e per produrre attività e qualità;
- crescita professionale di tutti i collaboratori, intesa come capacità dell’Azienda di fornire a tutti gli operatori l’opportunità di approfondire le proprie conoscenze e sviluppare appieno le proprie potenzialità;
- orientamento a tradurre in risultati concreti la programmazione regionale e locale, intesa quale collegamento stabile e costruttivo con la Regione e con l’Agenzia di Tutela della Salute;
- sicurezza dell’ambiente di lavoro nei confronti dei pazienti e dei dipendenti, nel rispetto della normativa vigente;
- trasparenza dell’azione, intesa come l’individuazione per ciascuna decisione dei criteri di riferimento e dei risultati attesi;
- efficacia ed efficienza dell’azione amministrativa e rispetto dei principi di leale collaborazione, di economicità, di imparzialità, di pubblicità e di trasparenza nel rapportarsi con i diversi livelli istituzionali, anche territoriali, e con i soggetti che, a vario titolo, sono coinvolti nell’attività dell’Ente.

1.2. SITUAZIONE DEMOGRAFICA E TERRITORIALE



La provincia di Cremona ha una superficie di Km² 1.770 con una densità di 202 abitanti/kmq, e comprende 113 Comuni per un bacino di utenza (popolazione residente) al 31.12.2022 pari a 351.654 unità, di cui 177.828 femmine (50,57%) e 173.826 maschi (49,43%).

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE PER FASCE D'ETA'



Fonte: dati Istat

L'analisi della struttura demografica per fascia d'età della popolazione evidenzia il fatto che la provincia di Cremona presenta una percentuale di popolazione anziana (età superiore ai 65 anni) superiore rispetto alla situazione regionale e nazionale.

Le risultanze ottenute dall'analisi della struttura della popolazione per fasce d'età trovano conferma anche nell'andamento dei principali indicatori demografici (tasso di natalità, tasso di mortalità, indice di vecchiaia, indice di dipendenza strutturale degli anziani) le cui dinamiche nel tempo permettono di studiare la variabilità sul territorio dei fenomeni connessi alla popolazione e alla relativa domanda di assistenza.

Anno	Area territoriale	tasso di natalità (per mille abitanti)	tasso di mortalità (per mille abitanti)	indice di dipendenza strutturale (valori percentuali) - al 1° gennaio	indice di vecchiaia (valori percentuali) - al 1° gennaio
2017	Italia	7,6	10,8	56,1	165,9
	Lombardia	7,9	10	56,8	160
	Cremona	7,3	11,4	58,4	183
2018	Italia	7,3	10,6	56,2	169,5
	Lombardia	7,6	10	56,9	163,1
	Cremona	7	11,5	58,6	187,4
2019	Italia	7	10,6	56,4	174
	Lombardia	7,3	10	56,9	166,6
	Cremona	7	11,2	58,8	190,6
2020	Italia	6,8	12,5	56,7	179,4
	Lombardia	6,9	13,6	57	170,9
	Cremona	6,6	17,7	59,3	194,7
2021	Italia	6,8	11,9	57,3	182,6
	Lombardia	6,9	10,8	56,7	172,3
	Cremona	6,7	11,9	59,2	194,8
2022	Italia	n.d.	n.d.	57,5	187,6
	Lombardia	n.d.	n.d.	56,9	177,1
	Cremona	n.d.	n.d.	59,3	199,3

Fonte: dati Istat

Legenda indicatori demografici:

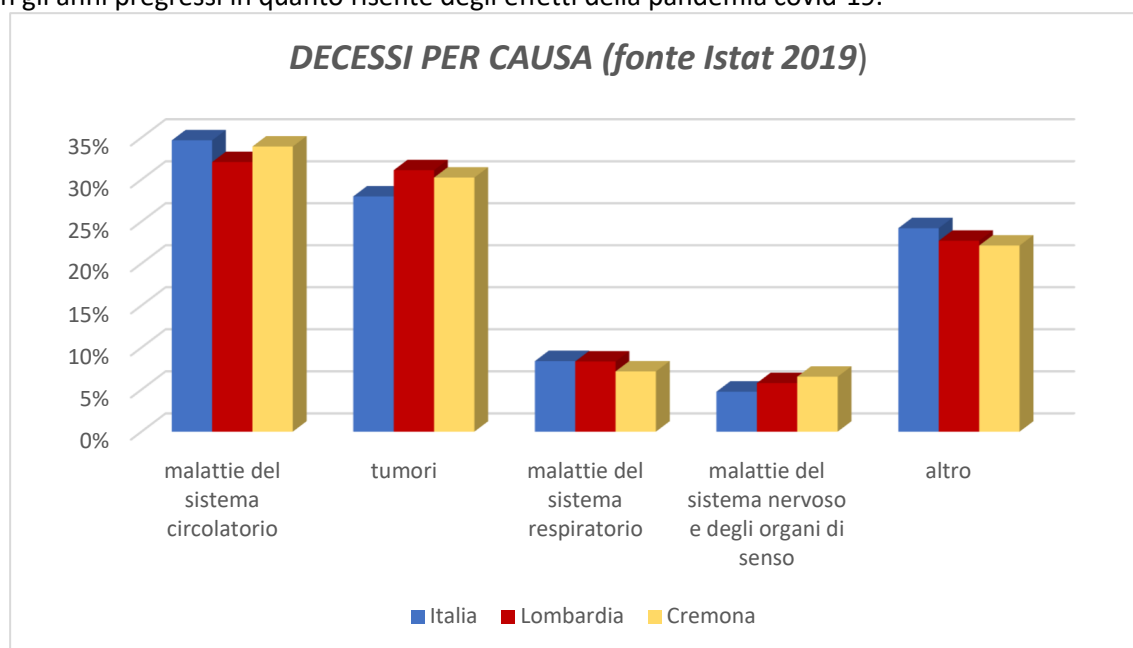
Indicatore	Definizione
Tasso di natalità	Rappresenta il numero medio di nascite in un anno ogni mille abitanti
Tasso di mortalità	Rappresenta il numero medio di decessi in un anno ogni mille abitanti
Indice di vecchiaia	Rappresenta il grado di invecchiamento della popolazione. E' il rapporto % tra la popolazione >65 anni e la popolazione <14 anni
Indice di dipendenza strutturale	Rappresenta il carico sociale ed economico della popolazione non attiva (0-14 anni e >65 anni) su quella attiva (15-64 anni)

L'analisi degli indici demografici mostra come la provincia di Cremona sia caratterizzata da un tasso di natalità inferiore e da un tasso di mortalità superiore rispetto a quanto rilevato a livello regionale e nazionale. Questo fenomeno impatta conseguentemente sugli altri due indicatori (indice di dipendenza strutturale e indice di vecchiaia) i cui valori risultano superiori alla media regionale e nazionale.

Da questi indicatori è possibile dedurre come il processo di invecchiamento demografico nell'area di Cremona risulti più accentuato, se posto a confronto con quello di altri territori italiani e, soprattutto, sia in crescita. Ad alimentare questo fenomeno sicuramente incidono l'innalzamento dell'aspettativa di vita e la diminuzione della natalità. Questa situazione ha determinato conseguentemente un trend di crescita di persone adulte/anziane affette da patologie cronic-degenerative.

Analizzando poi le cause dei decessi, nella provincia di Cremona, in linea con quanto rilevato a livello regionale e nazionale, le patologie oncologiche e quelle circolatorie si confermano le prime due, rappresentando il 65% dei deceduti.

Nella lettura degli indicatori demografici l'anno 2020 deve essere considerato anomalo e non confrontabile con gli anni pregressi in quanto risente degli effetti della pandemia covid-19.

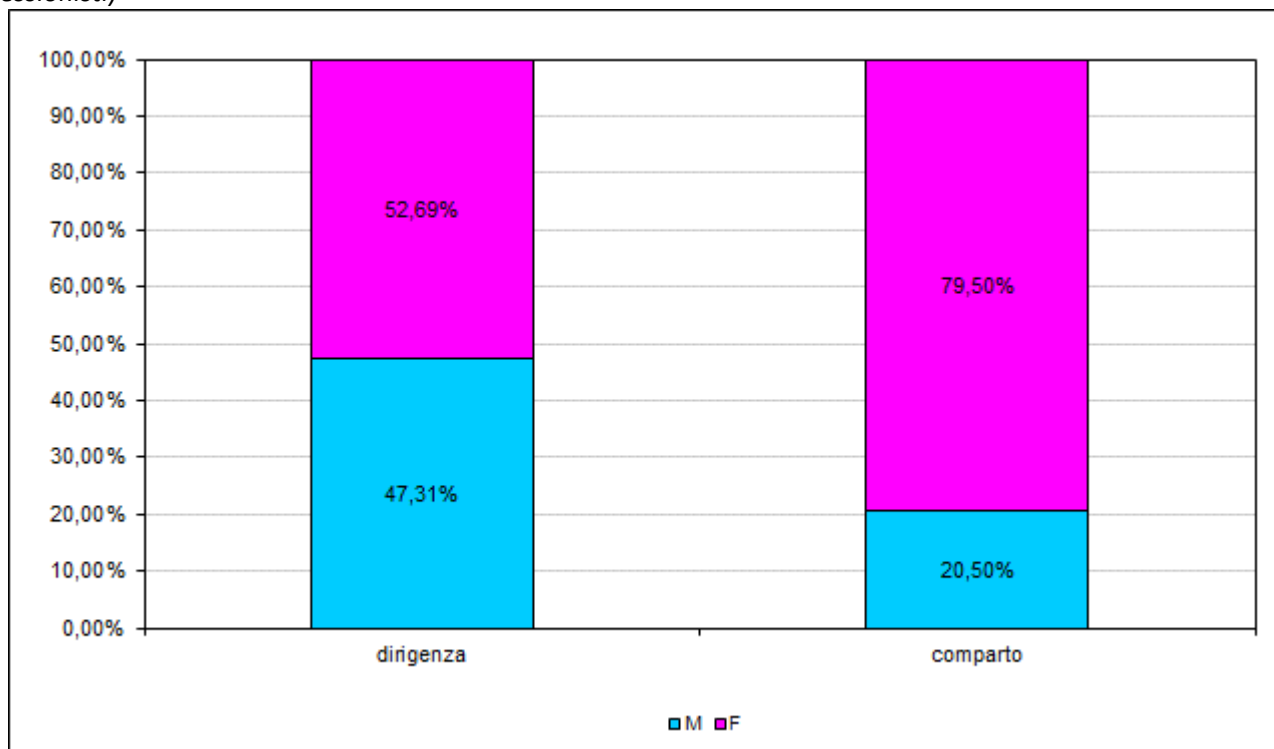


Fonte: dati Istat

1.3. DATI STRUTTURALI

L'azienda si compone di 2.431 unità di personale (numero teste a tempo determinato e indeterminato) tra Dirigenza (18,35%) e Comparto (81,65%). I PL complessivi attivi al 31.12.2021 sono 559 di cui il 80,68% presso il presidio ospedaliero di Cremona e il 19,32% presso il presidio ospedaliero di Oglio Po.

Distribuzione personale per genere con distinzione per dirigenza e comparto (numero teste al 31/12/2022 a tempo determinato e indeterminato ad esclusione delle risorse acquisite con contratti atipici e libero professionisti)



Fonte: Risorse Umane – ASST Cremona

Numero teste per ruolo (tempo determinato e indeterminato ad esclusione delle risorse acquisite con contratti atipici e libero professionisti) con distinzione per Dirigenza e Comparto al 31/12/2022

	Presidio Ospedaliero di Cremona	Presidio Ospedali ero di Oglio Po	Strutture Territoriali	Totale Azienda
Dirigenza				
Sanitario Medico	311	48	14	373
Sanitario non medico	45	5	9	59
Professionale e Tecnica	6	0	0	6
Amministrativo	7	0	1	8
Totale Dirigenza	369	53	24	446
Età media Dirigenza				47,99
Comparto				
Sanitario	1025	238	82	1345
Tecnico	310	99	10	419
Amministrativo	164	26	31	221
Totale Comparto	1499	363	123	1985
Età media Comparto				47,35
Azienda				
Totale Azienda	1868	416	147	2431

Fonte: Risorse Umane – ASST Cremona

PL attivi al 31/12/2022

	Presidio Ospedaliero di Cremona (incluso POT Soresina)	Presidio Ospedaliero di Oglio Po	Totale Azienda
Ordinari	419	99	518
Day hospital (incluso Day surgery)	12	9	21
Sub-acuti	20		20
Totale	451	108	559

Fonte: Gestione Operativa – ASST Cremona

Dati di attività – polo ospedaliero e rete territoriale

In termini di attività, l'ASST di Cremona nell'anno 2022 ha registrato 21.123 ricoveri (di cui 84,25% ricoveri ordinari e 43% ricoveri di tipo chirurgico), 4.355.492 prestazioni ambulatoriali per esterni (incluse le prestazioni ambulatoriali complesse BIC e MAC) e 40.123 prestazioni psichiatriche (flusso 46SAN).

L'azienda registra un incremento del numero dei ricoveri e del numero di prestazioni erogate rispetto all'anno 2021 grazie all'attuazione del piano di ripresa, come da indicazioni della Direzione Generale Welfare, finalizzato al recupero delle prestazioni rimaste inevase nel periodo caratterizzato dalla pandemia covid.

Riguardo al percorso di emergenza-urgenza, si evidenzia per l'anno 2022 un numero totale di accessi pari a 75.238, in netto incremento rispetto al 2021. Il tasso di ricovero da PS a livello aziendale è pari al 14,60% in contrazione rispetto al 2021, a testimonianza dell'avvio del processo di efficientamento del pronto soccorso, in termini di maggior assistenza in fase di osservazione breve.

Dati attività per presidio ospedaliero: attività di ricovero e specialistica ambulatoriale

	Presidio Ospedaliero di Cremona (incluso POT Soresina)		Presidio Ospedaliero di Oglio Po		Totale Azienda	
	ANNO 2021	ANNO 2022	ANNO 2021	ANNO 2022	ANNO 2021	ANNO 2022
Ricoveri Ordinari (a)	14.386	14.666	3.096	3.130	17.482	17.796
GG degenza totali	118.327	123.346	29.060	28.037	147.387	151.383
degenza media	8,23	8,41	9,39	8,96	8,43	8,51
Peso medio DRG	1,3	1,26	1,27	1,23	1,29	1,26
Ricoveri Day hospital (b)	2.376	2.601	673	672	3.049	3.273
N.Accessi Totali	2.761	2.931	746	785	3.507	3.716
Peso medio DRG	0,86	0,81	0,78	0,78	0,84	0,8
Ricoveri Sub-acuti (c)	72	54			72	54
GG degenza totali	2.850	1.408			2.850	1408
degenza media	39,58	26,07			39,58	26,07
Totale Ricoveri (a+b+c)	16.834	17.321	3.769	3.802	20.603	21.123
- di cui %DRG Chirurgici					41%	43%
- di cui % DRG Medici					59%	57%
Totale numero Prestazioni ambulatoriali esterne	3.295.233	3.293.655	949.975	1.061.837	4.245.208	4.355.492
- di cui Numero Prestazioni ambulatoriali per esterni (esclusi MAC, BIC, NPI)	2.652.263	2.538.458	728.454	756.569	3.380.717	3.295.027
- di cui Numero Prestazioni ambulatoriali PS per esterni	590.297	707.689	211.728	296.695	802.025	1.004.384
- di cui Numero MAC	17.387	17.661	2.426	2.474	19.813	20.135
- di cui Numero BIC	2.010	2.400	1.190	1.261	3.200	3.661
- di cui Numero prestazioni NPI	33.276	27.447	6.177	4.838	39.453	32.285
Numero prestazioni 46/SAN (Psichiatria)	32.118	30.969	8.602	9.154	40.720	40.123

Fonte: Controllo di Gestione – ASST Cremona

Accessi PS distinti per codice colore e modalità di dimissione (2021 cfr. 2022)

	Presidio Ospedaliero di Cremona			Presidio Ospedaliero di Oglio Po			Totale azienda		
	2021	2022	Diff.2022-2021	2021	2022	Diff.2022-2021	2021	2022	Diff.2022-2021
Totale accessi	44.551	51.933	7.382	18.896	23.305	4.409	63.447	75.238	11.791
codici bianchi	2.677	3.455	778	303	580	277	2.980	4.035	1.055
% codici bianchi	6%	7%		2%	2%		4,7%	5,4%	
codici verdi	32.233	39.213	6.980	14.166	19.202	5.036	46.399	58.415	12.016
% codici verdi	72%	76%		75%	82%		73%	78%	
codici gialli	8.619	7.850	-769	4.148	3.244	-904	12.767	11.094	-1.673
% codici gialli	19%	15%		22%	14%		20%	15%	
codici rossi	1.022	1.415	393	279	277	-2	1.301	1.692	391
% codici rossi	2,3%	3%		1,5%	1%		2,1%	2,2%	
Ricoverati da PS	8.823	8.619	-204	2.474	2.362	-112	11.297	10.981	-316
% Ricoverati da PS	19,80%	16,60%		13,09%	10,14%		17,81%	14,60%	
Dimessi a domicilio	35.569	43.097	7.528	16.371	20.899	4.528	51.940	63.996	12.056
% Dimessi a domicilio	79,84%	82,99%		86,64%	89,68%		81,86%	85,06%	
Trasferiti	75	120	45	37	24	-13	112	144	32
% Trasferiti	0,17%	0,23%		0,20%	0,10%		0,18%	0,19%	
Deceduti	84	97	13	14	20	6	98	117	19
% Deceduti	0,19%	0,19%		0,07%	0,09%		0,15%	0,16%	

Fonte: Controllo di Gestione – ASST Cremona

Screening di 1° e 2° livello (anno 2021 cfr. 2022)

Tipologia screening	Anno 2021	Anno 2022
n. test eseguiti per tumore cervice uterina	3.778	5.303
n. test eseguiti per tumore colon retto	976	1.091
n. test eseguiti per tumore mammella	8.397	9.251

Fonte: Controllo di Gestione – ASST Cremona

Dati attività Cure Palliative (2021 cfr. 2022)

	Anno 2021	Anno 2022
Numero ricoveri (residenziale e semiresidenziale)	385	377
Nr pazienti domiciliari	286	277
Nr valutazioni multidisciplinari domiciliari non seguite da presa in carico	n.d.	32
Valorizzazione ricoveri (residenziale e semiresidenziale)	€ 959.121	€ 1.046.815
Valorizzazione attività domiciliare	€ 790.805	€ 806.070

Fonte: Controllo di Gestione – ASST Cremona

Dati Area interventi alla famiglia - Consultorio familiare (2021 cfr. 2022)

	2021	2022
n. prestazioni totali (tariffate e non) area psicosociale	8.123	8.174
n. prestazioni totali (tariffate e non) area sanitaria	19.144	19.593
Valorizzazione forfettaria prestazioni non tariffate di Accesso e Tutoring	€ 71.540	€ 76.413
Numero gravidanze seguite presso i consultori	450	490

Fonte: Serv. Distrettuali per la famiglia – ASST Cremona

Dati attività Area delle Dipendenze/Serd (2021 cfr. 2022)

	2021	2022
n. prestazioni tossicodipendenza	78.328	82.543
n. prestazioni alcolismo	8.835	9.372
n. prestazioni gioco d'azzardo	2.480	1.902
n. prestazioni tabagismo	1.689	1.937
n. prestazioni HIV/MTS	483	449

Fonte: DSMD – ASST Cremona

Dati attività Area - Medicina Legale (2021 cfr. 2022)

	2021	2022
n. pratiche Commissione Invalidi	8.963	8190
n. pratiche Commissione Medica Locale patenti	4.460	5044
n. visite necroscopiche e fiscali	494	538
Certificazioni monocratiche ed altre prestazioni (collegio medico, indennizzi L.210/92...)	746	728

Fonte: Medicina Legale – ASST Cremona

Dati attività Area - Valutazione multidimensionale (Cure domiciliari) (2021 cfr. 2022)

	2021	2022
n. totale pazienti in ADI	n.d.	4.911
n. totale titoli ADI attivati	n.d.	13.393
n. utenti assistenza domiciliare con profilo assistenziale	1.297	1.487
n. prestazioni per attività di accoglienza/front office	4.210	4.800

Fonte: Servizi per la Domiciliarità – ASST Cremona

Dati attività Area–altri servizi territoriali (2021 cfr. 2022)

	2021	2022
n. prestazioni ventiloterapia, nutrizione artificiale domiciliare	1.265	1.511
n. prestazioni protesica maggiore	2.988	4.516
n. pz assistiti in assorbenza	11.346	12.443
n. prestazioni Scelta/revoca, esenzioni, ecc.	65.835	101.281

Fonte: Servizi per le fragilità – ASST Cremona

Dati attività Vaccinazioni (anno 2022)

Tipologia vaccino	Nr somministrazioni ANNO 2022
DIFTO-TETANO	89
DIFTO-TETANO-PERTOSSE	92
DIFTO-TETANO-PERTOSSE-POLIO	5.376
ENCEFALITE da zecca adulti	22
ENCEFALITE da zecca ped	8
ENCEFALITE Giapponese	5
EPATITE A adulti	222
EPATITE A pediatrica	136
EPATITE B adulti	484
EPATITE B dosaggio maggiorato	81
EPATITE B pediatrica	59
ESAVALENTE	3.675
FEBBRE GIALLA	117
HAEMOPHILUS	60
HPV	3.459
Men ACWY	2.558
MENINGITE B	3.908
MENINGITE C	1.276
MORBILLO-PAROTITE-ROSOLIA	698
MORBILLO-PAROTITE-ROSOLIA-VARICELLA	3.087
PNEUMO 13	3.033
PNEUMO 20	3
PNEUMO 23	241
POLIO	78
RABBIA	5
ROTAVIRUS	2.179
TIFO	149
VAIOLO delle scimmie	183
VARICELLA	85
ZOSTER inattivato	251
ZOSTER VIVO	67
Totale somministrazioni	31.686
Nr somministrazioni ANTI-COVID	95.876
Nr somministrazioni ANTI-INFLUENZALI	6.348

Fonte: UO Vaccinazioni – ASST Cremona

SEZIONE 2- VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2.1 VALORE PUBBLICO

Il Regolamento del Dipartimento della Funzione Pubblica, di cui al Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 30 giugno 2022, n.132, per “valore pubblico” intende il livello complessivo di benessere economico, sociale, ambientale e/o sanitario dei cittadini, delle imprese e degli altri stakeholders, creato da un’amministrazione pubblica rispetto ad un livello di partenza.

Un ente crea valore pubblico nel momento in cui le sue azioni impattano in modo migliorativo sulle diverse forme di benessere rispetto al punto di partenza.

Un ente crea valore pubblico quando, coinvolgendo e motivando il personale, cura il buon utilizzo delle risorse e migliora le performance di efficienza e di efficacia in modo funzionale al miglioramento del benessere.

In tale prospettiva il valore pubblico, che per l’ASST di Cremona trova diretta attuazione nelle performance aziendale, viene definito programmando obiettivi operativi specifici e obiettivi operativi trasversali come: la semplificazione, la piena accessibilità, le pari opportunità, la digitalizzazione, funzionali alle strategie di generazione di valore pubblico.

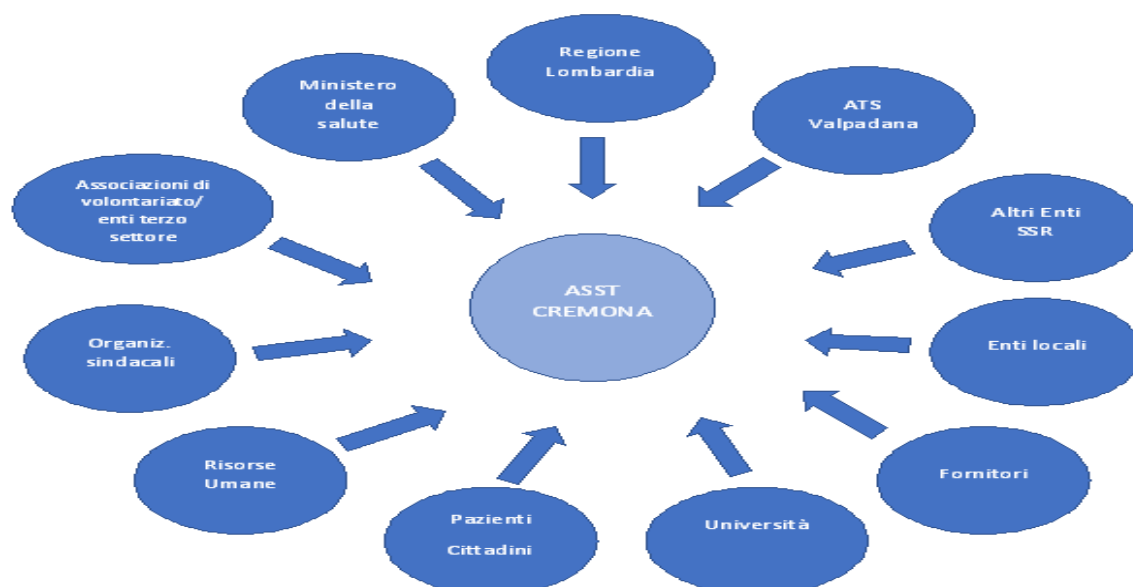
Il valore pubblico si viene garantito, altresì, programmando misure di gestione dei rischi corruttivi e della trasparenza.

La creazione di valore pubblico si sostiene programmando azioni di miglioramento della salute organizzativa e della salute professionale.

Analisi degli stakeholders

L’analisi e l’individuazione degli stakeholders ha lo scopo di identificare i soggetti portatori di un’attesa legittima, di varia natura, rispetto alle attività svolte da parte della ASST.

Si riporta di seguito la rappresentazione grafica delle varie categorie di stakeholders che hanno relazioni con l’ASST.



STAKEHOLDER	RUOLO
Ministero della Salute	Determina i livelli essenziali di assistenza, definisce l'ammontare complessivo delle risorse destinate e vincolare al finanziamento del Sistema Sanitario Nazionale e gli obiettivi finalizzati alla tutela e alla promozione della salute, garantendo ai cittadini equità di accesso al sistema, coordinandosi con tutti i livelli di erogazione dei servizi socio sanitari.
Regione Lombardia	Esercita funzioni di programmazione, indirizzo e controllo. L'ASST organizza le proprie attività anche in funzione degli obiettivi fissati da Regione Lombardia, per garantire l'erogazione di determinati livelli qualitativi di prestazioni.
ATS Valpadana	Svolge attività di programmazione ed indirizzo dell'attività sanitaria e socio-sanitaria, collabora all'attività di presa in carico dei cittadini ed al soddisfacimento dei loro bisogni.
Altri Enti pubblici/privati del SSR	Instaurazione di rapporti con altri enti (collaborazioni/convenzioni) finalizzate a creare percorsi di cura integrati ed una migliore continuità assistenziale.
Enti locali	L'azienda intensifica i canali di comunicazione e partecipazione con le istituzioni locali in un'ottica di condivisione delle responsabilità nella scelta degli indirizzi e nell'analisi dei risultati, in una logica di trasparenza e nella ricerca di maggiore equità ed accessibilità ai servizi sanitari e sociosanitari.
Fornitori	Forniscono beni e servizi indispensabili per lo svolgimento dell'attività sanitaria. L'attività contrattuale avviene nel rispetto dei principi determinati dal D.Lgs. n. 50 del 2016 "Codice degli appalti" ed è conforme ai principi di economicità, tempestività, correttezza, libera concorrenza, parità di trattamento, non discriminazione, trasparenza, proporzionalità, pubblicità e rispetto dei vincoli di bilancio.
Università	L'ASST promuove la collaborazione con il sistema universitario essendo non solo sede di corsi universitari, ma favorendo l'accoglienza, l'integrazione e la partecipazione attiva degli studenti, mettendo a disposizione il proprio know how, per la realizzazione delle esigenze formative.
Pazienti/cittadini	I pazienti/cittadini sono identificati come il focus del processo di erogazione dei servizi sanitari e, pertanto, l'azienda si impegna a garantire il diritto ad ogni cittadino di accedere ai servizi erogati, senza nessuna discriminazione e assicurando piena informazione sui servizi erogati e le relative modalità di accesso. Viene garantita all'utente la possibilità di accedere a tutte le informazioni che riguardano il suo stato di salute ed a quelle che consentono di partecipare attivamente alle decisioni riguardanti la sua salute, nel rispetto della sua riservatezza. I mezzi e le modalità organizzative per garantire la concreta realizzazione dei rapporti con gli utenti sono: 1. la Carta dei Servizi Sanitari 2. Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) 3. Ufficio di Pubblica Tutela 4. le relazioni con le organizzazioni di volontariato 5. mediatori di conflitti
Risorse Umane	Sono la tipologia di stakeholder che condiziona la qualità delle prestazioni erogate ed influisce sulla soddisfazione del paziente/utente, contribuendo alla generazione di valore pubblico.
Organizzazioni sindacali	Sono stakeholder portatori di interessi aggregati e orientati alla creazione

	di valore pubblico mediante tutte le attività correlate alla corretta gestione dell'informazione, alla consultazione, alla concertazione e alla contrattazione integrativa aziendale.
Associazioni di Volontariato e terzo settore	Risorse orientate al miglioramento dell'organizzazione dei servizi e dell'esperienza di fruizione degli stessi da parte degli assistiti. I momenti di ascolto con questi "istituti" sono finalizzati a raccogliere proposte progettuali di collaborazione su progetti specifici, in particolare sulla tematica relativa all'integrazione ospedale-territorio.

Obiettivi strategici e obiettivi operativi

Di seguito si riporta una tabella riepilogativa e una breve descrizione delle aree di intervento individuate dalla ASST e finalizzate al miglioramento del valore pubblico. Le aree di intervento trovano la loro attuazione mediante il ciclo della performance e nel processo di budget.

DIMENSIONE	AREE DI INTERVENTO
Sostenibilità ed equità	*sostenibilità ambientale/energetica *parità di genere
Sviluppo e adeguamento della struttura di offerta	*il Nuovo Ospedale *realizzazione ospedali di Comunità e Case di Comunità
Garantire servizi e prestazioni ad elevata qualità	*efficacia clinica *rischio clinico *rispetto dei target di produzione indicati dalla DG Welfare
Miglioramento accessibilità e tempi di risposta agli utenti	*accessibilità e trasparenza delle liste d'attesa e governo dei tempi d'attesa *efficientamento del flusso dei pazienti dal pronto soccorso *ottimizzazione delle piattaforme produttive aziendali e miglioramento della fluidità dei percorsi di cura del paziente
Potenziamento della rete territoriale finalizzata alla integrazione tra ospedale e territorio	*Infermiere di Famiglia e Comunità *dimissioni protette verso domicilio e verso strutture di cure intermedie *Piano di sviluppo del Polo Territoriale

❖ **Sostenibilità ambientale/energetica-** Nell'ambito del contratto gestione calore, tra il 2020 ed il 2022, si è proceduto alla riqualificazione delle centrali termiche delle strutture aziendali principali, ovvero i presidi ospedalieri di Cremona e Oglio Po di Casalmaggiore (CR), consistente in un revamping generale degli impianti con garanzia di diversificazione delle fonti energetiche di alimentazione (metano, teleriscaldamento).

In entrambi i siti è stato installato un impianto di trigenerazione per la generazione termica / frigorifera e la produzione di energia elettrica. Il sistema consente alti livelli di rendimento e un consistente risparmio energetico.

Inoltre, in tutti gli interventi di manutenzione straordinaria/ristrutturazione in programmazione o in corso di realizzazione, viene garantita l'applicazione delle prescrizioni normative vigenti in tema di risparmio energetico e sostenibilità ambientale.

Per quanto riguarda il Presidio Ospedaliero Oglio Po è stata avviata un'istanza di finanziamento nell'ambito dell'Atto Integrativo dell'accordo di programma quadro per gli investimenti sanitari ex Art.

20 L 67/1988, finalizzata alla ristrutturazione dell'involucro esterno con riqualificazione energetica del Presidio. Nello studio di fattibilità elaborato si prevede la realizzazione anche di un impianto fotovoltaico a copertura dei consumi elettrici.

Con Decreto n. 456 del 05.10.2022 l'Azienda ha provveduto all'individuazione di Energy Manager.

Relativamente al tema della mobilità sostenibile, attraverso l'acquisizione in noleggio degli autoveicoli aziendali tramite lo strumento delle convenzioni attivate dalle centrali uniche di Acquisto per la PA, l'Azienda sta attuando una transizione da veicoli tradizionali (benzina, diesel) a veicoli mild hybrid.

- ❖ **Parità di genere** – La parità di genere si riferisce alla parità tra donne e uomini rispetto ai loro diritti, trattamento, responsabilità, opportunità e risultati economici e sociali. La parità di genere si ottiene quanto uomini e donne hanno gli stessi diritti, responsabilità e opportunità in tutti i settori della società e quanto i diversi interessi, bisogni e priorità di uomini e donne sono ugualmente valutati. Le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere sono disciplinate all'interno del Piano delle Azioni Positive ,parte integrante del PIAO.

- ❖ **Innovazione e sviluppo strategico: il nuovo Ospedale** - Il nuovo ospedale intende ripensare i servizi e favorire una maggiore integrazione fra le cure sanitarie e sociosanitarie, fra l'assistenza ospedaliera e quella territoriale. Una struttura che faccia della sostenibilità e di un armonico rapporto con l'ambiente e la città, le cifre caratteristiche delle proprie peculiarità.

Il cambiamento della concezione della struttura ospedaliera occupa un ruolo cruciale nel posizionamento del paziente al centro di tutte le scelte progettuali, da quelle organizzative della struttura a quelle architettoniche.

Nello specifico partendo dal rapporto tra edificio e contesto, si assisterà ad un ribaltamento dell'attuale paradigma: dalla concentrazione del volume in un enorme monoblocco al centro dell'area ospedaliera, ad una distribuzione degli spazi produttivi lungo le aree confinanti, al parco. E proprio il parco, oltre a costituire un naturale elemento di riduzione del rumore ambientale (l'ospedale si colloca, dopotutto, in area urbana), avrebbe la funzione di "purificatore dell'aria", abbattendo la concentrazione delle polveri sottili e attenuando il disagio nelle giornate estive più calde; inoltre assolverebbe un compito ancora più importante, ovvero portare serenità ai pazienti, fornendo loro un contesto favorevole nell'approccio ai servizi clinici. Il verde con le sue essenze arboree, i suoi percorsi ed i servizi in esso dislocati, finisce così per costituire l'elemento caratterizzante la funzione ospedaliera declinandola, appunto, in un "parco della salute", il segno, l'emblema di un modello che fa della sostenibilità il proprio paradigma.

All'interno di questo contesto, la scelta dell'orientamento dell'edificio, con lo studio particolareggiato delle modalità e della durata di ingresso della luce diurna, la razionale articolazione di flussi e percorsi, nonché la predisposizione di ambienti per la socializzazione saranno fattori determinanti il corretto funzionamento dell'ospedale e l'adeguato comfort per la permanenza delle persone al suo interno.

E proprio sull'articolazione degli spazi interni si dovrà fare ancora più attenzione. La pandemia ci ha insegnato quanto sia importante l'attitudine della struttura adattarsi rapidamente ai mutamenti del quadro epidemiologico; pertanto, il nuovo ospedale dovrà essere il più possibile modulare e flessibile, al fine di garantire eventuali cambi di destinazione d'uso, modificando solamente le attrezzature e mantenendo per cui invariate le componenti strutturali e impiantistiche.

Non solo. Pensare ad un ospedale con tutte camere di degenza singola non dovrà essere più considerato un lusso, ma la presa d'atto di nuove necessità: una camera singola, infatti, non solo riduce il tasso di infezione, ma, concretamente, offre al paziente la possibilità di ricevere analisi e trattamenti (point of care) direttamente nel luogo in cui si trova.

L'intervento avverrà per sostituzione edilizia all'interno della stessa area in cui sorge l'attuale struttura. Il dimensionamento del nuovo ospedale tiene conto di parametri intrinseci (standard dimensionali e assetto nosologico degli ospedali per acuti) ed estrinseci (bacino d'utenza) e conseguentemente è tarato su un numero di posti letto complessivamente determinato in 530, oltre a 100 posti letto da dedicare ad attività di degenza non ordinaria o per prestazioni cliniche di tipo ambulatoriale.

Il 15 dicembre 2021 è stato firmato il protocollo di intesa fra gli enti a diverso titolo coinvolti nella realizzazione dell'intervento. Regione Lombardia, ASST di Cremona, ATS della Valpadana, Comune di Cremona e Provincia di Cremona hanno con tale documento delineato le rispettive competenze e le conseguenti modalità di partecipazione al procedimento di realizzazione del nuovo ospedale che prevede un investimento di 330 milioni di euro e tempi di realizzazione compresi tra i 5 e gli 8 anni.

L'avvenuta programmazione, da parte della Giunta Regionale, con D.G.R. n. XI/4385 del 3 marzo 2021, delle risorse necessarie alla realizzazione del nuovo ospedale di Cremona, nell'ambito degli stanziamenti per investimenti in edilizia sanitaria previsti nel periodo 2021-2028, e la rilevanza storica e strategica del tema, riverberano importanti riflessi anche sull'assetto organizzativo aziendale in termini di ridefinizione delle aree di innovazione e di sviluppo strategico e, conseguentemente, di ridisegno delle strutture deputate al loro perseguimento.

Il modello di governance proposto per l'attuazione del progetto si estrinseca in una attribuzione diretta di responsabilità in capo all'ASST di Cremona, attraverso la costituzione di una struttura complessa dedicata, afferente ad un dipartimento funzionale, entrambi in staff alla Direzione Generale. Trattasi di struttura avente come missione principale il completamento del progetto di nuovo ospedale. La possibilità di attribuire alla ASST di Cremona le funzioni di stazione appaltante nel complesso procedimento di realizzazione della nuova struttura ospedaliera, costituisce elemento di valorizzazione delle risorse territoriali, in un'ottica di concreta e costruttiva sinergia con gli enti territoriali e con gli organismi di rappresentanza presenti nell'area cremonese, e risponde al principio di sussidiarietà che connota l'azione della Regione Lombardia. Tale funzione è presidiata da una struttura complessa – denominata "Nuovo Ospedale" - ad essa specificatamente dedicata e, nella cornice organizzativa del dipartimento funzionale "Innovazione, Sostenibilità e Aree di Sviluppo Strategico", allocata in staff alla Direzione Generale. Alla nuova struttura dipartimentale, secondo le linee condivise con la Direzione Strategica e con il contributo di tutta la compagine aziendale, compete la promozione di una preliminare e comune riflessione su cosa significhi pensare e progettare un nuovo ospedale avendo vissuto, questa Azienda ed il suo territorio di riferimento, fra i primissimi nel mondo occidentale, la crisi pandemica ancora in atto.

Il 13 marzo 2023 è stato pubblicato sulla piattaforma "Concorrimi" dell'Ordine Architetti, Pianificatori, Paesaggisti e Conservatori della Provincia di Milano, il bando di concorso internazionale per la progettazione del nuovo ospedale di Cremona. Si tratta di una procedura ristretta caratterizzata da due fasi: la preselezione ed il concorso vero e proprio, al quale saranno ammessi solo cinque candidati che dovranno presentare la loro proposta progettuale, in modo anonimo. Le proposte di progetto saranno valutate da una commissione composta di cinque membri con specifiche competenze. Il vincitore sarà proclamato entro il mese di ottobre 2023

- ❖ **Realizzazione Ospedali di Comunità e Case di Comunità** - Nel corso dell'anno 2022 la ASST, come da programmazione PNRR, ha dato avvio al Potenziamento del Polo Territoriale attivando tre Case di Comunità, rispettivamente:

- CDC Soresina – Via Robbiani,
- CDC Casalmaggiore – Piazza Garibaldi, 3
- CDC Cremona - Via San Sebastiano, 14

Il modello di Casa di Comunità funzionale all'organizzazione della ASST di Cremona predilige una vocazione socio sanitaria ad alta integrazione con i servizi territoriali dei diversi ambiti sociali.

Pertanto, si stanno definendo PDTA, percorsi tecnico operativi di integrazione di risorse, prevedendo équipe multifunzionali per la definizione di progetti individualizzati e piani assistenziali, coinvolgendo i profili professionali previsti da normativa, l'integrazione degli strumenti, lo sviluppo tecnologico e la collaborazione con la comunità locale, stabilendo collegamenti con associazioni di volontariato, terzo settore e reti sociali informali.

La Casa di Comunità valorizza il ruolo dei case manager sociali e infermieristici e soprattutto dei servizi di primo accesso e di valutazione sia di bisogni semplici che complessi della popolazione, attraverso l'applicazione di funzioni informative, di orientamento e di accompagnamento nell'accesso ai servizi da parte dei cittadini attraverso il PUA e la COT. Una delle principali delle funzioni a livello aziendale distrettuale è il transitional care dei pazienti, il reclutamento attivo e il governo delle centrali di telemedicina, diventando nel tempo un unico canale di accesso per alcune tipologie di servizi.

Nella seconda metà del 2023 è previsto l'avvio dell'Ospedale di Comunità presso il padiglione 8 – all'interno del perimetro del presidio ospedaliero di Cremona ed il consolidamento dell'ospedale di Comunità attivo presso la Casa di Comunità Nuovo Robbiani di Soresina.

La funzione svolta dall'Ospedale di Comunità diventa sostegno alle dimissioni ospedaliere rendendo appropriati i percorsi di cura per pazienti con patologie acute minori, attraverso processi di stabilizzazione clinica.

- ❖ **Efficacia clinica e appropriatezza delle prestazioni** – identificando il paziente come il principale stakeholder della ASST risulta di fondamentale importanza garantire un livello di cure adeguato ai bisogni espressi e, pertanto, è indispensabile procedere periodicamente al monitoraggio degli outcome. L'ASST procede ad effettuare tale monitoraggio mediante l'analisi degli indicatori del Piano Nazionale Esiti e degli indicatori di efficacia pubblicati sul portale di Regione Lombardia. Tale analisi consente, non solo di verificare i risultati conseguiti da parte dell'azienda, ma consente anche di capire il posizionamento dell'azienda rispetto alle altre aziende della Regione mediante l'analisi del benchmark regionale.

- ❖ **Rischio clinico** - La Direzione Generale Welfare-Polo Ospedaliero, con nota Protocollo G1.2023.0003393 del 30/01/2023, ha trasmesso le linee operative per il Risk management del 2023. Il Gruppo di Coordinamento per la Gestione del Rischio di ogni struttura sanitaria redige il Piano Annuale di Risk Management integrato con il Piano di Miglioramento dell'Organizzazione. Nel Piano sono esplicitate le linee di intervento individuate sulla base dell'analisi degli eventi avversi, degli eventi sentinella, dei near miss, dell'andamento del contenzioso nonché delle indicazioni delle Linee di Indirizzo redatte in coerenza con la DGR 7758/2022 "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2023".

Aree di monitoraggio:

- Rischio in area Travaglio/Parto. Si richiede ad ogni Punto Nascita di proseguire la segnalazione nel CedaP dei trigger materno-fetali e di effettuare periodicamente audit strutturati sui trigger significativi per frequenza e/o profilo di rischio. Nel corso del 2023, ai sensi del decreto DG Welfare n.14353 del 07/10/2022, sarà avviata la rilevazione della Sorveglianza della mortalità perinatale, è stata pertanto richiesta l'individuazione per ogni punto nascita di 3-4 referenti (Ostetrici, neonatologi, ginecologi, risk manager) a cui destinare un evento formativo per condividere le modalità di partecipazione al progetto regionale che - a seconda dei casi - potrà prevedere audit di primo e/o secondo livello.
- Rischio Infezioni – SEPSI. Il GdL regionale, di cui al Decreto DG Welfare n.3604 del 18/3/2022, ha predisposto una raccomandazione specifica, volta a definire le strategie integrate per la gestione

della Sepsis nell'adulto, che aggiorna i contenuti del Decreto DG Welfare n.7517/2013. Verranno effettuati 20 audit su casi di sepsi, estratti da una lista di campionamento, ricavati dal portale regionale, includendo eventuali casi di sepsi ostetrica, secondo le indicazioni che saranno fornite con la scheda audit CRF (Case Review Form). Si raccomanda di avviare e mantenere una stretta sinergia tra la funzione di Risk management, il CIO (Comitato Infezioni Ospedaliere) e la Direzione Sanitaria, nell'ambito delle strategie di contrasto e prevenzione delle infezioni nelle organizzazioni sanitarie. Si chiede pertanto al risk manager di creare nell'ambito del PARM (piano annuale di risk management) la necessaria connessione con il piano annuale predisposto dal CIO.

- Rischio in ambito territoriale e sociosanitario. Nell'ambito dei servizi dei poli territoriali afferenti alle ASST si intende avviare un percorso di gestione del rischio in linea con: l'avvio dei nuovi Distretti (Case di Comunità e Ospedali di Comunità); il trasferimento dei dipartimenti di cure primarie; lo sviluppo della telemedicina.
- Rischio nutrizionale. La prevenzione del rischio nutrizionale, cioè della possibilità di eventi avversi correlabili all'alimentazione/nutrizione, rientra a pieno titolo nelle attività per la sicurezza delle persone assistite nelle strutture sanitarie e sociosanitarie e rappresenta attualmente uno dei rischi più sottovalutati in ambito assistenziale. La valutazione del rischio nutrizionale consiste nell'identificazione di caratteristiche associabili a eventi avversi correlati. Asst Cremona ha già trasmesso il link per la compilazione della survey correlata agli operatori.
- Rischio in ambito di impiego delle radiazioni. Nel 2023 saranno resi noti gli esiti della valutazione sulla percezione del rischio derivante dall'utilizzo delle radiazioni ionizzanti in medicina nucleare ad indirizzo radiometabolico ed in radioterapia con conseguenti indicazioni operative che saranno fornite nel corso dell'anno agli operatori interessati. Le azioni dovranno essere oggetto di appositi piani di miglioramento.
- Enterprise Risk Management. La gestione omnicomprensiva del rischio contribuisce anche ad un uso e ad un'allocazione più efficace delle risorse, alla protezione del patrimonio aziendale, alla tutela dell'immagine e del know-how delle figure professionali, così come all'ottimizzazione dell'efficienza operativa. Il Risk Manager ha il ruolo di stimolare e supportare le direzioni aziendali/unità operative (risk owner) nelle fasi di analisi e valutazione dei rischi e superando l'attuale visione "a silos" dei rischi aziendali, ha il compito di aggregare gli esiti delle analisi condotte dai risk owner al fine di rappresentare i rischi in una visione globale e prioritizzata, supportando così il Gruppo di Coordinamento per la Gestione del Rischio nell'intraprendere le azioni di competenza. È in essere un progetto pilota in 7 aziende lombarde, nel 2023-2024 il modello verrà esteso a tutte le strutture sanitarie pubbliche.
- Gestione delle Crisi e Continuità Operativa. Nel corso dell'anno 2023 ai Risk Manager saranno fornite indicazioni per la gestione delle crisi e per la visione integrata della resilienza organizzativa in sanità anche attraverso incontri di condivisione/formazione e adozione di idonei strumenti di "business continuity" e "crisis management". Si rende pertanto necessario che le ASST, in coerenza con le linee di indirizzo regionali, adeguino con logica sistemica e di collegamento in primis i piani di emergenza pandemica con gli altri piani di emergenza previsti dalla normativa (PEI, PEMAF, ecc...) specificando in questo nuovo contesto il ruolo del risk manager e di tutti gli attori necessari nell'ambito della unità di crisi. ASST Cremona ha elaborato un piano pandemico PANFLU e una serie di documenti in cui vengono declinate le azioni da seguire in caso di emergenza pandemica ed ha effettuato la ricognizione delle competenze del personale e dei bisogni formativi per implementare la gestione di eventuali altri eventi. È stato adeguato il PEIMAF ed è stato trasmesso alla Prefettura un documento con ruoli e responsabilità di ASST cremona nell'ambito del piano NBCR.
- Portale di Governo a supporto del risk management. Nel corso del 2022 è stata creata all'interno del Portale di Governo Regionale la sezione dedicata alle attività di monitoraggio di risk management con specifici indicatori per l'analisi della sinistrosità che costituiscono la nuova

reportistica sulla base delle richieste di risarcimento danni presenti in GEDISS. Nel corso del 2023, la sezione sarà implementata con l'introduzione di una selezione degli indicatori di patient safety e di un sistema di incident reporting (near miss, eventi avversi, cadute accidentali, atti di violenza nei confronti di operatori). Il flusso delle segnalazioni proveniente dalle Strutture erogatrici pubbliche al Centro regionale del rischio sanitario e sicurezza del paziente sarà utilizzato ed integrato con un nuovo sistema di flussi informativi orientati alla misura della rischiosità e per soddisfare il debito informativo previsto verso l'Osservatorio Nazionale delle Buone Pratiche per la Sicurezza del Paziente (in ottemperanza alla Legge 24/2017 e Legge 113/2020). Nell'ambito del gruppo istituito ai sensi dell'all.c della DGR 1986 del 23/7/2019, il risk manager deve partecipare attivamente alla raccolta dati ed all'analisi degli eventi inerenti agli atti di violenza nei confronti degli operatori, al fine di elaborare le azioni di miglioramento e supportare il lavoro del Tavolo tecnico regionale sulla sicurezza del personale sanitario e sociosanitario istituito per effetto della Legge regionale 15/2000.

L'attività ordinaria di Risk management proseguirà con il monitoraggio degli eventi avversi/sentinella, dei trigger materno-fetali, Monitoraggio delle Raccomandazioni Ministeriali e della check list di sala operatoria, l'inserimento delle buone pratiche sul portale AGENAS. Il Risk Manager è membro di diritto del Comitato di Valutazione Sinistri e condivide al suo interno la relazione degli Eventi Avversi dell'anno precedente, condividendo le azioni di miglioramento per la prevenzione del contenzioso. Verranno poi decisi in collaborazione con il Gruppo Aziendale per la Gestione del Rischio clinico i progetti specifici aziendali per l'anno 2023, da trasmettere al Centro Regionale per la Gestione del Rischio dal 31.03.2023 al 30.04.2023.

- ❖ **Rispetto dei target di produzione indicati dalla DG Welfare** – l'ASST si impegna a porre in essere tutte le azioni al fine di garantire dei livelli di produzione ambulatoriale e di ricovero in linea con le indicazioni fornite da parte della DG Welfare. L'obiettivo è quello di garantire adeguatamente la copertura delle richieste di salute espresse da parte della popolazione, cercando di garantire nel contempo il rispetto dei tempi d'attesa. Obiettivo, infatti, degli ultimi anni da parte delle ASST è quello di recuperare le prestazioni rimaste inevase nel periodo covid mediante i piani di ripresa.
- ❖ **Accessibilità e Trasparenza delle liste di attesa e Governo dei tempi attesa attività ambulatoriale**
Rientrano in questo ambito i processi di miglioramento dell'organizzazione delle agende volte a garantire il rispetto dei tempi d'attesa, lo sviluppo di canali che il cittadino ha a disposizione, per esempio, per ottenere la prenotazione o il ritiro di referti, l'inserimento e la gestione trasparente delle liste d'attesa per accedere ad un ricovero, ad una prestazione ambulatoriale o territoriale.
Con l'attribuzione della responsabilità di gestione dei front office aziendali sia in ambito ospedaliero sia in ambito territoriale all'UOC Servizi Sanitari Socio-sanitari e Territoriali, quale unica struttura aziendale deputata alla gestione dei processi amministrativi di accesso ai servizi sanitari e socio-sanitari, l'ASST ha intrapreso un processo di riorganizzazione dei servizi amministrativi di accoglienza, finalizzato al miglioramento dell'accessibilità, della gestione delle liste d'attesa e della trasparenza nell'accesso ai servizi, attraverso una stretta sinergia tra la struttura amministrativa, le direzioni mediche dei presidi e il responsabile Unico per i tempi d'attesa, nominato nel 2018 in applicazione della DGR X/7766 del 17 gennaio 2018.
Questo sviluppo ha comportato un progressivo cambiamento dei processi di lavoro nelle fasi di prenotazione, accettazione e rendicontazione delle attività nei diversi flussi informativi.
In particolare al Responsabile Unico Aziendale dei tempi di attesa, ai fini di un contenimento complessivo delle liste di attesa, sono affidati i compiti di programmazione dell'offerta ambulatoriale in sinergia con le Direzioni strategiche aziendali, monitoraggio del corretto rapporto tra attività istituzionale e libero professionale, della gestione esclusiva delle agende di prenotazione, dell'ottimale utilizzo delle risorse disponibili, del monitoraggio dei dati correnti e della proposta di azioni correttive rispetto alle criticità riscontrate.

L'azienda intende proseguire su questa linea anche per il triennio 2023-2025 monitorando a livello aziendale i tempi di attesa, migliorando la programmazione di medio periodo delle attività di specialistica ambulatoriale e lavorando sul livello di appropriatezza prescrittiva attraverso attività formative/informative. Dovrà, quindi, essere ulteriormente potenziata la comunicazione e l'informazione in termini di completezza dell'offerta, consentendo di disporre dell'intera gamma di prestazioni.

Le azioni, in parte già messe in atto negli anni precedenti, e sulle quali l'Azienda intende proseguire nel perseguimento delle strategie di contenimento dei tempi d'attesa sono:

- Potenziamento della gestione dei "no show" ambulatoriali attraverso il potenziamento degli strumenti per la disdetta da parte degli utenti e del recall per la conferma degli appuntamenti, per consentire un'efficiente riallocazione degli slot rimasti liberi
- potenziare l'apertura di punti di accesso/accoglienza ai servizi sanitari in maniera diffusa nel territorio;
- individuare degli slot dedicati ai pazienti cronici nell'ottica della presa in carico garantendo una forte integrazione con gli altri soggetti gestori della presa in carico;
- prevenire il fenomeno delle doppie o triple prenotazioni, l'azienda si impegnerà a comunicare/ricordare ai pazienti gli appuntamenti fissati in modo da incidere sulla c.d. mortalità delle liste d'attesa e disporre del reale dimensionamento delle agende;
- riorganizzare le agende per classi di priorità
- "pulizia" e riordino delle agende al fine di compattare/uniformare l'offerta;
- Riorganizzazione dell'attività ambulatoriale anche attraverso l'utilizzo di strumenti di clinical governance quali PDTA aziendali;
- progetti sperimentali di prenotazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale direttamente da parte degli specialisti attraverso una piattaforma informatica collegata al CUP.

❖ **Efficientamento del flusso dei pazienti dal pronto soccorso** – la D.G.R. n. XI/6893 del 05/09/2022 ha la finalità di ridurre la permanenza in pronto soccorso dei pazienti in attesa di ricovero. Con tale D.G.R. sono stati ridefiniti il flusso dei pazienti in pronto soccorso e la ricettività dei reparti di area medica. Sulla scorta delle indicazioni fornite dalla suddetta D.G.R. l'ASST è tenuta a:

*nominare la figura del bed manager e costituire il Nucleo aziendale per la gestione dei ricoveri di area medica;

*definire il fenomeno del boarding;

*definire le modalità tecnico/operative ed organizzative del flusso dei pazienti che accede al pronto soccorso dell'A.S.S.T.;

*individuare e definire admission room;

*individuare e definire discharge room;

*sviluppare il cruscotto di monitoraggio degli indicatori bed board dinamico.

L'ASST ha adottato un proprio protocollo interno finalizzato a recepire le indicazioni fornite dalla DRG sopra menzionata e soprattutto finalizzato ad ottimizzare il flusso dei pazienti dal pronto soccorso, garantendo l'adempimento della indicazione ministeriale, secondo cui il tempo che intercorre tra l'ingresso in pronto soccorso ed il ricovero nella aree di degenza sia inferiore alle 8 ore.

Sono stati, inoltre, definiti una serie di indicatori finalizzati a monitorare l'efficientamento del flusso dei pazienti da pronto soccorso.

❖ **Ottimizzazione delle piattaforme produttive aziendali e miglioramento della fluidità dei percorsi di cura del paziente** - Con l'approvazione del POAS 2022-2024, è stata istituita la funzione Gestione Operativa Next Generation EU finalizzata a:

❖ efficientare i processi produttivi ospedalieri ed i percorsi clinico-assistenziali;

❖ ottimizzare l'attività chirurgica attraverso la riorganizzazione delle sale operatorie e dei percorsi del pre-ricovero;

❖ coordinare la figura del "bed manager" finalizzata alla gestione ottimale dei posti letto, delle liste d'attesa dell'area medica, delle dimissioni, in sinergia con i professionisti del centro servizi;

- ❖ riordinare l'offerta delle prestazioni ambulatoriali, passando attraverso l'abbattimento dei tempi d'attesa e al miglioramento della logistica degli spazi.

L'ottimizzazione dei processi di cura in ambito chirurgico e la razionalizzazione dei setting assistenziali già avviati, saranno oggetto di consolidamento nel prossimo triennio dei seguenti progetti:

- la revisione del percorso del paziente chirurgico e la saturazione dei blocchi di sala operatoria;
- integrazione attività operatoria dei due Presidi (es. prestazioni urologiche, oculistiche, orl ecc.);
- centralizzazione delle liste operatorie e programmazione accentrata degli interventi;
- la gestione dei posti letto a livello accentrato attraverso la figura del bed manager che segue altresì anche le dimissioni protette per l'organizzazione dei relativi trasporti;
- progettazione della gestione centralizzata delle agende ambulatoriali anche alla luce della presa in carico dei pazienti cronici;
- ridefinizione del protocollo relativo alla linea dell'urgenza;
- ottimizzazione dei tempi di risposta dei servizi diagnostici.

- ❖ **Infermiere di Famiglia e di Comunità** – Nel 2020 la nostra ASST ha individuato ed assegnato 31 IfeC (così come previsto da standard iniziale), che svolgono attività in collaborazione con MMG e PLS e loro infermieri di studio, con operatori delle dimissioni protette dall'ospedale e dalle Cure Intermedie territoriali, con gli erogatori di ADI, con i Comuni e gli ambiti sociali territoriali per la gestione dei soggetti cronici, fragili e disabili. L'approccio è di superare la prestazione a favore di un'integrazione e di un'appropriatezza valutativa dei casi con équipe multiprofessionali attraverso una programmazione condivisa dei piani assistenziali. In particolare l'infermiere di famiglia svolge attività nelle Case di comunità, nei PUA, negli ambulatori infermieristici dedicati, nelle Centrali Operative Territoriali, nella rete delle Cure Palliative e nella gestione della complessità in collaborazione con i servizi del polo ospedaliero e territoriale.

Considerati gli obiettivi del PNRR Mission 6C, la ASST coinvolgerà gli infermieri di famiglia anche per l'erogazione di ADI mantenendo un'équipe storica valutativa dei bisogni di domiciliarità della popolazione, migliorandone l'appropriatezza.

- ❖ **Dimissioni Protette verso domicilio e verso strutture di cure intermedie** - Le dimissioni protette dalle strutture di ricovero per acuti afferenti alla ASST saranno sviluppate in connessione con le Centrali Operative Territoriali distrettuali al fine di implementare secondo il modello del transitional care il passaggio dal setting per acuti ai setting più appropriati: cure intermedie, domicilio, ODC-domicilio ecc. Le linee di sviluppo riguarderanno il Progetto Dimissione protetta Ospedale - Cure Intermedie – Domicilio; già avviato nel 2022 con 3 strutture territoriali, nel 2023-2025 proseguirà con revisioni periodiche del modello organizzativo, il coinvolgimento delle strutture di prossimità attivate e gli ambulatori dei MMG/PLS

- ❖ **Piano di sviluppo del Polo Territoriale** - La ASST di Cremona vuole presentare un documento di programmazione ai sensi dell'art.7 c.17 ter L.R. 33/2009 modificata dal L.R. 22/2021 al fine di far conoscere modelli e percorsi di rete per l'individuazione precoce dei bisogni di salute, attraverso l'integrazione tra assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale, ricercando soluzioni organizzative finalizzate al raggiungimento della migliore integrazione dei percorsi di continuità assistenziale.

Nel documento verranno rappresentati i servizi territoriali e il loro sviluppo, attivando una progettualità nell'ottica di valorizzare il patrimonio informativo attuale e futuro affinché sia di supporto per analizzare i percorsi di presa in carico e prendere decisioni strategiche per la riorganizzazione dell'offerta dei servizi territoriali.

L'assistenza territoriale viene rappresentata dagli indirizzi normativi, storici e recenti, quale prima porta d'accesso, attraverso l'erogazione di servizi accessibili, integrati e centrati sulla persona, in risposta alla complessità di salute del singolo e della comunità nel contesto di vita.

Il piano si ispira ai seguenti principi:

- Integrazione e valorizzazione della collaborazione tra sistema sanitario sociosanitario e sociale
- Attivazione di modalità organizzative innovative di presa in carico della persona cronica e/o fragile
- Promozione di servizi di prossimità
- promozione della salute ed educazione a stili di vita sani relativamente ad ogni area, in particolare con lo sviluppo di specifici programmi innovativi
- sostegno di iniziative delle reti di solidarietà familiare,
- valorizzazione e potenziamento della rete territoriale attraverso l'istituzione dei distretti, quale investimento sulle reti di prossimità attraverso le Case di Comunità, Ospedali di Comunità, COT
- Utilizzo di strumenti tecnologici quali la telemedicina, la telesorveglianza e il telemonitoraggio per potenziare l'attività distrettuale, in particolare l'assistenza domiciliare integrata.
- Riorganizzazione delle Cure Primarie all'interno del contesto aziendale con la valorizzazione del ruolo centrale dei MMG/PLS nei percorsi di continuità assistenziale in collaborazione con i medici specialisti e infermieri di famiglia e di comunità
- Estensione del modello di lavoro in équipe multiprofessionale
- Allineamento con i Piani di Zona locali per l'attuazione di processi di coprogettazione e gestione tra pubblico, privato sociale e volontariato, al fine di realizzare iniziative di prossimità e progetti necessari al territorio

2.2 PERFORMANCE

La Sezione "Performance" contiene la programmazione strategica aziendale triennale che, nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli di bilancio, individua e rende noti gli obiettivi strategici ed operativi che l'azienda intende perseguire, definisce i risultati attesi, le risorse e gli indicatori sui quali si baserà la misurazione e la valutazione delle prestazioni dell'Amministrazione.

Lo scopo principale della programmazione è quello di rendere partecipe la collettività delle scelte strategiche e dei principali obiettivi che l'ASST si prefissa di raggiungere nel triennio, adottando un'ottica di continuo miglioramento, garantendo la massima trasparenza nei confronti degli stakeholders, attraverso uno strumento che fornisca informazioni precise e quantificabili sugli aspetti rilevanti delle proprie attività finalizzata al raggiungimento del valore pubblico.

La presente Sezione rappresenta, quindi, la cornice di riferimento per orientare le priorità annuali e la conseguente assunzione di responsabilità nel raggiungimento degli obiettivi definiti, in particolare attraverso il percorso di budget.

La realizzazione delle strategie aziendali viene valutata in maniera qualitativa dagli strumenti della gestione per progetti e in maniera quantitativa da sistemi di misurazione e valutazione delle performance aziendali. Pertanto, l'ASST di Cremona, in linea con le indicazioni del Regolamento aziendale "Processo di budget" (Decreto n. 327 8/11/2018), ha definito, nell'ambito del processo di programmazione e controllo annuale, un sistema di valutazione strutturato nelle seguenti aree di Performance:

1. Performance Economica o dell'efficienza gestionale, nell'ambito della quale si prevedono obiettivi di perseguimento dei livelli di efficienza (rapporto tra costi e valorizzazione dei ricavi) e di contenimento di specifiche voci di costo con l'obiettivo di ridurre gli sprechi su acquisti di beni sanitari e/o il loro stoccaggio non ponderato preventivamente (come, ad esempio, nel caso dei DM), particolarmente critiche alla luce dei benchmark regionali;
2. Performance degli Esiti, Appropriately clinica, Qualità e sicurezza dei pazienti nell'ambito della quale viene proposta una selezione di obiettivi e indicatori del Cruscotto Regionale di valutazione: Esito, Network

delle regionali e di Appropriatelyzza (ad esempio, tempestività degli interventi per frattura di femore per pazienti ≥ 65 anni, livello di ospedalizzazione dei 108 DRG ad elevato rischio di inappropriatelyzza; degenza media pre-operatoria, appropriatelyzza prescrittiva per le prestazioni erogate a pazienti ricoverati ecc.) e obiettivi legati al miglioramento delle condizioni di sicurezza dei pazienti (ad esempio, igiene delle mani) ;

3. Performance efficienza processi interni, accessibilità ai servizi e integrazione ospedale-territorio, nell'ambito della quale sono previsti obiettivi e indicatori di: i) valutazione della tempestività di risposta alle richieste degli utenti interni ed esterni al fine di migliorare l'accountability dell'Azienda nei confronti dei cittadini e degli stakeholder nell'ottica della massima trasparenza e rendicontazione puntuale delle attività svolte; ii) fluidità del percorso fisico del paziente tra i diversi setting assistenziali (ad esempio, dall'area di emergenza-urgenza all'area di degenza, da quest'ultima a strutture territoriali extra-ospedaliere nei casi di dimissione protetta o di avvio di percorsi territoriali di assistenza domiciliare integrata), occupazione dei Blocchi operatori e fluidità del percorso chirurgico;

4. Performance Sviluppo all'organizzazione, nell'ambito della quale sono previsti, per lo più, obiettivi di processo, legati alla realizzazione di processi aziendali di rilevanza strategica ed organizzativa come ad esempio: 37 - promuovere e applicare i PDTA nell'area oncologica, - mappare le clinical competence dei dirigenti medici In sintesi il "ciclo delle performance" è caratterizzato da: a) Multidimensionalità e Trasversalità: equilibrio tra le aree di performance oggetto di valutazione ("Non solo la prospettiva economica") e selezione di obiettivi a rilevanza strategica il cui raggiungimento è diffuso e capillare a livello aziendale; b) Semplificazione e Monitoraggio: gli obiettivi delle schede budget devono essere pochi e comprensibili, misurabili con indicatori di sintesi oggettivi facilmente calcolabili, accessibili e standardizzabili e costantemente oggetto di monitoraggio e di confronto con gli attori aziendali coinvolti per porre in essere per tempo azioni correttive e di miglioramento; c) Sistematicità: il sistema di valutazione è tanto più credibile quanto più è rigoroso, sistematico e oggettivo. In questo senso l'unità operativa Controllo Direzionale fornisce feedback periodici (mensili per la parte economica e trimestrali sulle altre aree di Performance) alla Direzione Strategica sul grado di raggiungimento e alle UU.OO. coinvolte che dovranno attivarsi per trovare soluzioni ad eventuali criticità che dovessero insorgere nel corso dell'anno; d) Chiarezza e Trasparenza: le logiche di valutazione sono oggettive frutto dell'applicazione delle regole di valutazione definite nell'ambito delle linee guida al budget; e) Comunicazione, formazione/informazione: il ciclo delle performance dovrà essere lo strumento attraverso il quale mettere in relazione il personale che opera sul territorio con quello che svolge l'attività nelle strutture sanitarie al fine di assicurare un percorso di integrazione di strumenti, conoscenze e risorse.



Di seguito si riporta l'albero delle Performance, ovvero uno schema rappresentativo degli obiettivi, suddivisi per area di performance, che l'ASST di Cremona intende perseguire nel prossimo triennio 2023-2025 con i relativi indicatori di risultato.

Dimensione	Area performance	Obiettivo	Indicatore	Consuntivo 2022	Obiettivo 2023	Obiettivo 2024	Obiettivo 2025
Garantire servizi e prestazioni ad elevata qualità	Performance economica	Miglioramento livello di efficienza	Consumi Dispositivi Medici/Valorizzazione produzione (area ospedaliera)	16,90%	Rispetto target DG welfare 2023	Rispetto target DG welfare 2024	Rispetto target DG welfare 2025
Garantire servizi e prestazioni ad elevata qualità	Performance economica	Miglioramento attività sanitarie	Valorizzazione produzione (ricoveri e ambulatoriale)	132.267.180€	Rispetto target DG welfare 2023	Rispetto target DG welfare 2024	Rispetto target DG welfare 2025
Garantire servizi e prestazioni ad elevata qualità	Performance economica	Gestione dei pagamenti	Tempo medio di pagamento relativo agli acquisti di beni, servizi e forniture	54,15 GG	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
Garantire servizi e prestazioni ad elevata qualità	Performance esiti, appropriatezza, qualità e sicurezza	Miglioramento Esiti ed efficacia interna	Colecistomie laparoscopiche: % ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 gg	84,62%	Rispetto benchmark regionale	Rispetto benchmark regionale	Rispetto benchmark regionale
Garantire servizi e prestazioni ad elevata qualità	Performance esiti, appropriatezza, qualità e sicurezza	Miglioramento Esiti ed efficacia interna	Proporzione di parti con taglio cesareo primario	15,45%	Rispetto benchmark regionale	Rispetto benchmark regionale	Rispetto benchmark regionale
Garantire servizi e prestazioni ad elevata qualità	Performance esiti, appropriatezza, qualità e sicurezza	Miglioramento Esiti ed efficacia interna	Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	0,98%	Rispetto benchmark regionale	Rispetto benchmark regionale	Rispetto benchmark regionale
Garantire servizi e prestazioni ad elevata qualità	Performance esiti, appropriatezza, qualità e sicurezza	Miglioramento Esiti ed efficacia interna	Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	1,20%	Rispetto benchmark regionale	Rispetto benchmark regionale	Rispetto benchmark regionale
Garantire servizi e prestazioni ad elevata qualità	Performance esiti, appropriatezza, qualità e sicurezza	Miglioramento Esiti ed efficacia interna	Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per TM maligno alla mammella	9,43%	Rispetto benchmark regionale	Rispetto benchmark regionale	Rispetto benchmark regionale
Garantire servizi e prestazioni ad elevata qualità	Performance esiti, appropriatezza, qualità e sicurezza	Miglioramento Esiti ed efficacia interna	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro due gg	58,83%	Rispetto benchmark regionale	Rispetto benchmark regionale	Rispetto benchmark regionale
Garantire servizi e prestazioni ad elevata qualità	Performance esiti, appropriatezza, qualità e sicurezza	Miglioramento Esiti ed efficacia interna	BPCO riacutizzata: mortalità a 30 gg	9,6%	Rispetto benchmark regionale	Rispetto benchmark regionale	Rispetto benchmark regionale
Miglioramento accessibilità e tempi di risposta agli utenti	Performance esiti, appropriatezza, qualità e sicurezza	Miglioramento Esiti ed efficacia interna	Rispetto dei tempi d'attesa per i ricoveri chirurgici oncologici come declinati da DG Welfare	86% Solo classe A	Rispetto benchmark regionale	Rispetto benchmark regionale	Rispetto benchmark regionale
Miglioramento accessibilità e tempi di risposta agli utenti	Performance esiti, appropriatezza, qualità e sicurezza	Miglioramento Esiti ed efficacia interna	Rispetto dei tempi d'attesa ricoveri chirurgici non oncologici come declinati da DG Welfare	81,46% Tutte le classi	Rispetto benchmark regionale	Rispetto benchmark regionale	Rispetto benchmark regionale
Miglioramento accessibilità e tempi di	Performance esiti, appropriatezza,	Miglioramento Esiti ed efficacia	Rispetto dei tempi d'attesa prestazioni ambulatoriali come	66,86%	Rispetto benchmark regionale	Rispetto benchmark regionale	Rispetto benchmark regionale

risposta agli utenti	qualità e sicurezza	interna	declinati da DG Welfare	Solo prime visite classe B			
Garantire servizi e prestazioni ad elevata qualità	Performance esiti, appropriatezza, qualità e sicurezza	Risk Management	Schede di incident correttamente compilate/totale schede pervenute al risk manager	n.d.	80%	Miglioramento	Mantenimento
Miglioramento accessibilità e tempi di risposta agli utenti	Efficienza processi interni, tempestività ed integrazione H-T	Efficientamento del pronto soccorso	Ridurre i tempi di permanenza in pronto soccorso e incrementare la ricettività dei reparti di area medica	Processo ex novo	Invio dei flussi informativi giornalieri e trimestrali richiesti da Regione Lombardia	Rispetto delle indicazioni Regionali	Rispetto delle indicazioni Regionali
Miglioramento accessibilità e tempi di risposta agli utenti	Efficienza processi interni, tempestività ed integrazione H-T	Miglioramento fluidità dei percorsi	Degenza media ricoveri per acuti (al netto 0-1 gg)	9,10	Riduzione	Mantenimento	Mantenimento
Miglioramento accessibilità e tempi di risposta agli utenti	Efficienza processi interni, tempestività ed integrazione H-T	Miglioramento fluidità dei percorsi	Degenza media pre-operatoria (ricoveri programmati)	1,9	Rispetto benchmark regionale	Rispetto benchmark regionale	Rispetto benchmark regionale
Miglioramento accessibilità e tempi di risposta agli utenti	Efficienza processi interni, tempestività ed integrazione H-T	Saturazione capacità produttiva blocco operatorio e fluidità percorso chirurgico	Tasso di utilizzo SO	81,70%	Miglioramento	Mantenimento	Mantenimento
Miglioramento accessibilità e tempi di risposta agli utenti	Efficienza processi interni, tempestività ed integrazione H-T	Saturazione capacità produttiva blocco operatorio e fluidità percorso chirurgico	Rispetto inizio induzione primo intervento (8:15)	72,12%	Miglioramento	Mantenimento	Mantenimento
Miglioramento accessibilità e tempi di risposta agli utenti	Efficienza processi interni, tempestività ed integrazione H-T	Saturazione capacità produttiva blocco operatorio e fluidità percorso chirurgico	Nr pazienti con pre-ricovero/totale interventi effettuati in elezione	46,22%	Miglioramento	Mantenimento	Mantenimento
Miglioramento accessibilità e tempi di risposta agli utenti	Efficienza processi interni, tempestività ed integrazione H-T	Saturazione capacità produttiva blocco operatorio e fluidità percorso chirurgico	% prericoveri scaduti	12,75%	Riduzione	Mantenimento	Mantenimento
Miglioramento accessibilità e tempi di risposta agli utenti	Efficienza processi interni, tempestività ed integrazione H-T	Saturazione capacità produttiva blocco operatorio e fluidità percorso chirurgico	% sfioramento (n° interventi)	22,86%	Riduzione	Mantenimento	Mantenimento
Potenziamento della rete territoriale finalizzata alla integrazione tra ospedale e	Efficienza processi interni, tempestività ed integrazione H-T	Promozione integrazione ospedale-territorio	Realizzazione ospedali di comunità e case di comunità	Inaugurazione CdC Soresina e Casalmaggiore	Rispetto del cronoprogramma PNRR	Rispetto del cronoprogramma PNRR	Rispetto del cronoprogramma PNRR

territorio							
Potenziamento della rete territoriale finalizzata alla integrazione tra ospedale e territorio	Efficienza processi interni, tempestività ed integrazione H-T	lfeC	Sviluppo e potenziamento assistenza domiciliare nei diversi contesti territoriali	Processo ex novo	Rispetto delle tempistiche previste per l'ente erogatore ADI	Monitoraggio attività ADI	Incremento attività ADI
Potenziamento della rete territoriale finalizzata alla integrazione tra ospedale e territorio	Efficienza processi interni, tempestività ed integrazione H-T	Dimissioni protette	Nr di valutazioni per dimissioni protette	Processo ex novo	Rilevazione del numero di valutazioni per dimissioni protette	Incremento % rispetto al dato rilevato nel 2023	Incremento % rispetto al dato rilevato nel 2024
Sostenibilità ed equità	Sviluppo all'organizzazione	Pari opportunità	Nr donne/Totale dipendenti	74,58%	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
Sostenibilità ed equità	Sviluppo all'organizzazione	Pari opportunità	Nr donne dirigenti/totale dirigenti	52,7%	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
Sostenibilità ed equità	Sviluppo all'organizzazione	Pari opportunità	% completamento azioni previste nel piano azioni positive	100% delle azioni previste per il 2022	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
Sostenibilità ed equità	Sviluppo all'organizzazione	Sostenibilità ambientale	Interventi di revamping centrale termica	100%	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
	Sviluppo all'organizzazione	Sviluppo POLA	Mappatura delle attività secondo l'analisi del contesto interno	Effettuazione formazione finalizzata all'analisi del contesto ai fini della mappatura delle attività	Analisi del contesto interno e mappatura attività	Applicazione della regolamentazione	Consolidamento
	Collegamento alla Sezione "Rischi Corruttivi e Trasparenza"	Realizzazione misure previste nella sezione 2.3	% di realizzazione di progetti inseriti nel piano	N.D.	>80%	Mantenimento	mantenimento

2.2.1. Performance organizzativa

La Performance organizzativa si traduce in una serie di strumenti già attivi e consolidati come il processo budget annuale e nel sistema di reporting e di valutazione interno aziendale. La prospettiva prevalente in questo ambito è tipicamente annuale ed interna, tesa a definire, monitorare e valutare obiettivi ed azioni da attuare nel corso di un anno, in coerenza con le strategie indicate nel Piano Integrato di attività ed Organizzazione ed in attuazione degli obiettivi di programmazione annuali regionali.

Il Budget è il principale strumento di governo aziendale tramite la previsione di obiettivi e programmi di attività e la periodica verifica e controllo del loro raggiungimento. Il processo di budget ha il duplice scopo di:

- coordinare gli obiettivi aziendali con le risorse disponibili sulla base anche dei vincoli e degli indirizzi regionali e nazionali
- favorire il coordinamento delle attività delle diverse unità operative verso un disegno comune e la responsabilizzazione in ordine agli obiettivi assegnati.

Per ciascuna unità operativa, titolare di CdR, si prevede una scheda budget con obiettivi operativi, indicatori di risultato, valori storici e valori attesi raggruppati nelle 4 aree di Performance sopra descritte. Il sistema di Misurazione e Valutazione delle Performance, inoltre, si completa con una valutazione in merito agli "Obiettivi Istituzionali", considerati obiettivi pre-requisito per accedere alla valutazione complessiva della scheda budget. Gli Obiettivi istituzionali sono riconducibili alle seguenti due aree:

- perseguimento degli obiettivi di mandato, del contratto ATS e delle Regole di Sistema (non ancora definiti al momento degli incontri di negoziazione delle schede budget),

- rispetto obiettivi contenuti nel Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione, ciascuna unità operativa per la propria area di competenza.

Schema scheda budget

Area performance	Peso Area	Obiettivo	Indicatore	Peso obiettivo	Storico 2021	Dato 2022	Valore atteso
Obiettivi istituzionali	Pre-requisito						
P. Economica	30%						
Esito e Appropriatelyzza	70%						
Processi e Efficienza							
Sviluppo alla Organizzazione							

2.2.2. Performance individuale

Per promuovere a livello aziendale una maggiore responsabilizzazione sugli obiettivi assegnati, l'ASST di Cremona ha avviato a partire dall'anno 2018 anche per la dirigenza il processo di assegnazione degli obiettivi individuali da parte del Direttore di unità operativa. Tali obiettivi individuali possono essere declinati a partire dagli obiettivi negoziati nella scheda budget di CdR e/o possono essere proposti come aggiuntivi ad hoc.

L'azienda ha attivato un sistema di valutazione individuale mediante appositi strumenti che derivano dalle schede di budget e dagli accordi integrativi con le OOSS a cui si rimanda per la regolamentazione di dettaglio. Di seguito si riporta la scheda di valutazione annuale per il riconoscimento della retribuzione di risultato che è composta da due sezioni:

- “area dei risultati” che rappresenta il 70% della retribuzione di risultato. Questa area è riconducibile agli obiettivi di budget assegnati al CdR e/o ad obiettivi specifici individuali;
- “area del contributo individuale” che rappresenta il 30% della retribuzione di risultato.

Schema scheda di valutazione individuale della dirigenza

SCHEDA DI VALUTAZIONE ANNUALE PER IL RICONOSCIMENTO DELLA RETRIBUZIONE DI RISULTATO: ANNO ____

CDR:

Valutatore:

Valutato:

AREA RISULTATI¹ (70%)

Risultati conseguiti su obiettivi di budget del CDR (si veda tabella allegata)

Risultati conseguiti su obiettivi specifici individuali, se assegnati (si veda tabella allegata)

Totale1 %

AREA CONTRIBUTI INDIVIDUALI² (30%)

Scarso -> 0
Adeguate -> 0,9
Buono -> 1
Eccellente -> 1,1

Impegno e contributo assicurato nello svolgimento delle attività assegnate e nel conseguimento degli obiettivi

Partecipazione attiva a progetti, gruppi di lavoro, riunioni, ecc.

Disponibilità e flessibilità (rispetto all'orario di lavoro, alle funzioni assegnate, ecc.)

Rispetto dei codici, delle procedure e dei regolamenti interni

Tempestività, correttezza e completezza nelle valutazioni espresse (solo per i valutati con incarico gestionale)

Totale2 (somma punteggi assegnati / numero item applicati x 100) %

VALUTAZIONE COMPLESSIVA³ (media pesata Totale1 e Totale2)

%

COMMENTI DEL VALUTATORE O DEL VALUTATO (obbligatori in caso di valutazioni sui contributi pari a Scarso o Eccellente)

Data assegnazione Obiettivi (area risultati e area contributi individuali):	
Firma Valutatore:	
Firma Valutato (per presa visione):	
Data valutazione Obiettivi finale (area risultati e area contributi individuali):	
Firma Valutatore:	
Firma Valutato (per presa visione):	

¹ Sezione con informazioni fornite dal Controllo di Gestione, a seguito di validazione da parte del Nucleo di Valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi e sulla base di specifica pesatura delle due tipologie di obiettivi

² Sezione a cura del valutatore

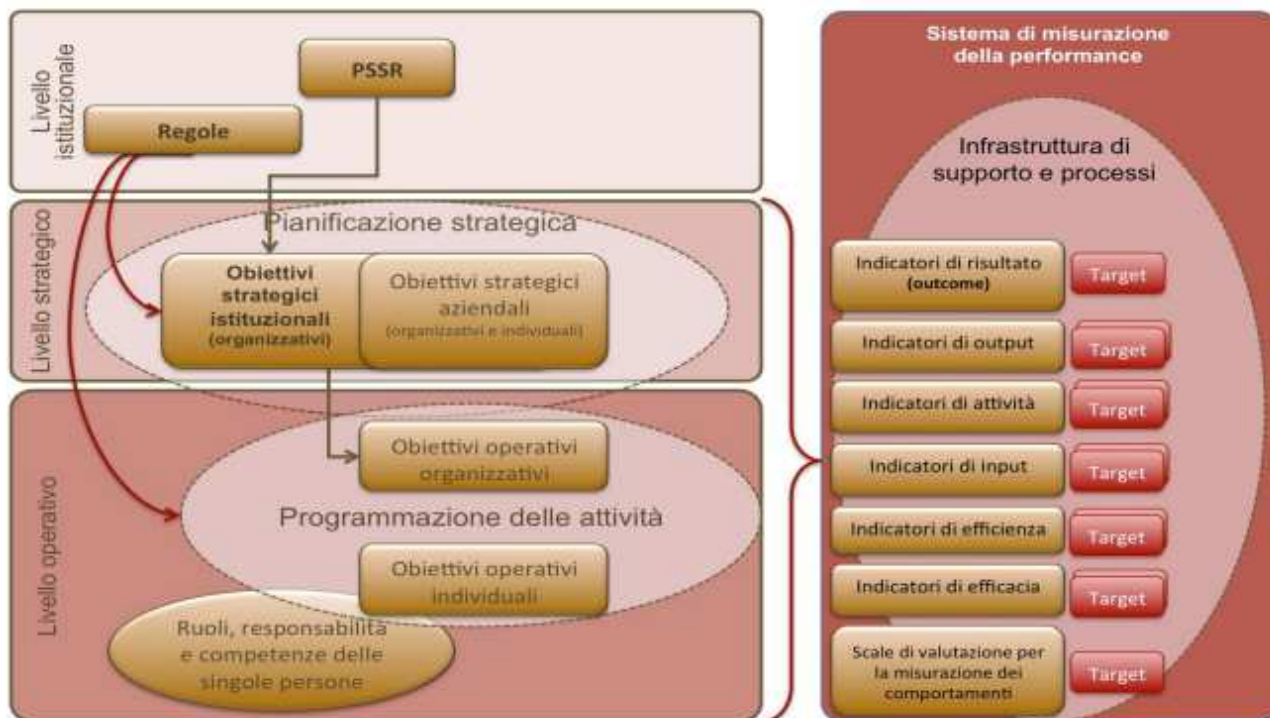
³ Valutazione negativa se punteggio complessivo inferiore a 60% E/O se almeno due item dell'area contributi con valutazione Scarso

2.2.3. Ciclo di gestione della Performance

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 e quantitativi, 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.

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).

Di seguito si riporta la sintesi del ciclo di budget, come indicato sul regolamento aziendale vigente:

1. Definizione delle Linee guida del processo di Budget: a seguito della presa d'atto delle regole del Sistema Sanitario Regionale, Le LLGG sono condivise all'interno del Collegio di Direzione dopo aver effettuato gli incontri pre-budget con i Direttori di Dipartimento.
2. Definizione delle Schede di Budget: il Comitato Budget valida le proposte di schede di Budget elaborate dall'UO Controllo di Gestione, coerentemente alle "Linee Guida di Budget". Le proposte di schede di budget personalizzate vengono inviate a ciascun CdR a cui segue un momento di negoziazione ufficiale che si conclude con la sottoscrizione delle suddette schede da parte della Direzione Strategica, del Direttore del Dipartimento e del Responsabile di CdR. Entro un mese dalla sottoscrizione, ciascun Responsabile di CdR è tenuto a divulgare gli obiettivi negoziati e ad assegnare eventuali obiettivi individuali.
3. Monitoraggio infrannuale della performance che consiste in un sistema costante di monitoraggio (a cadenza trimestrale) degli obiettivi contenuti nelle schede di budget e il cui raggiungimento è descritto da indicatori misurabili;
4. Valutazione performance organizzativa e performance individuale: a seguito della raccolta dei dati e delle rendicontazioni delle UUOO certificatrici funzionali, viene effettuata la valutazione della scheda budget e, quindi, viene definito il grado di raggiungimento degli obiettivi per ogni singolo Centro di Responsabilità. Dopo eventuali controdeduzioni da parte delle singole UUOO, i risultati ottenuti sono

presentati al Nucleo di Valutazione delle Performance, previa validazione della correttezza metodologica dei sistemi di misurazione e valutazione dei risultati da parte dello stesso. Dopo che è stata assunta la valutazione finale del grado di raggiungimento degli obiettivi dei singoli CdR si procede alla valutazione della performance individuale sulla base della scheda di valutazione individuale.

5. Relazione sulla Performance: come previsto dall'art. 10, c. 1, lettera b, del d. lgs. 150/2009, viene redatta la Relazione sulla Performance che rappresenta il momento conclusivo del Ciclo di Gestione della Performance, fornendo quindi un quadro completo e unitario di rendicontazione dell'andamento dell'Azienda agli stakeholder di riferimento.

Fasi/Tempi	Entro quando?
Recepimento Regole di Sistema e incontri pre-budget con i Dipartimenti Piano triennale della Performance	Entro gennaio/febbraio
Negoziante Schede Budget	Entro marzo/aprile
assegnazione Monitoraggio infrannuale con eventuale revisione	trimestrale
Valutazione finale schede budget (performance organizzativa) Valutazione budget performance individuale	Entro maggio/Giugno anno successivo
Relazione Piano Performance	Entro Giugno anno successivo

2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

PREMESSA

La presente sezione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) dell'ASST di Cremona per il periodo 2023-2025 è redatta dal Responsabile per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza aziendale e attua quanto disposto dall'art. 1 comma 8 della legge n. 190 del 6 novembre 2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e della illegalità nelle Pubbliche Amministrazioni", così come modificata dal decreto legislativo del 25 maggio 2016, n. 97, in conformità a quanto previsto dal Piano Nazionale Anticorruzione di cui alla delibera CIVIT n.72/2013 e dai successivi aggiornamenti annuali, dagli orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza 2022, contenuti nel documento emanato da ANAC ed approvato dal Consiglio della medesima Autorità in data 2 febbraio 2022 e, da ultimo, dal Piano Nazionale Anticorruzione 2022, adottato con deliberazione ANAC n. 7 del 17.01.2023.

La presente Sezione del PIAO tiene conto, inoltre, del principio, riconosciuto dal legislatore e da ANAC, secondo il quale l'adeguamento agli obiettivi della riforma sul PIAO deve avvenire in maniera progressiva e il processo di integrazione dei piani confluiti nel PIAO deve essere crescente e graduale, partendo dal patrimonio di esperienze maturato nel tempo dalle amministrazioni ed evitando una mera giustapposizione dei piani assorbiti dal nuovo strumento di programmazione aziendale, al fine di reingegnerizzare i processi delle attività dell'Amministrazione.

GLI OBIETTIVI STRATEGICI

L'ASST di Cremona persegue l'obiettivo del "valore pubblico", inteso come "miglioramento della qualità della vita e del benessere economico, sociale, ambientale della comunità di riferimento, degli utenti, degli stakeholder, dei destinatari di una politica o di un servizio", come declinato nella Sezione dedicata del presente PIAO.

La pianificazione delle misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza, integrata con gli altri strumenti di pianificazione aziendale, rappresenta, quindi, essa stessa, una dimensione del "valore pubblico"; allo stesso modo, l'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza genera, di per se, valore pubblico, essendo strumentale alla produzione di risultati sia economici che di miglioramento dei servizi.

L'ASST di Cremona, pertanto, perseguendo le finalità di ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione all'interno dell'ASST, aumentare la capacità di scoprire eventuali casi di corruzione e di

realizzare un contesto sfavorevole alla corruzione, si pone quali propri obiettivi strategici nel triennio 2023 - 2025:

- il rafforzamento delle attività di mappatura dei processi e dei rischi;
- l'incremento dei livelli di trasparenza e accessibilità delle informazioni da parte dei stakeholder, sia interni che esterni;
- l'incremento della formazione in materia di anticorruzione, trasparenza ed etica, sia in termini di ampliamento costante della copertura, sia di innalzamento del livello qualitativo;
- l'integrazione tra sistema di monitoraggio della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO e il monitoraggio degli altri sistemi di controllo interni.

A tal fine, sono contenuti nella presente Sezione, gli strumenti di programmazione aziendale in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, costituenti il sistema aziendale così come declinato nei precedenti PTPCT dell'Ente, strumenti progressivamente affinati e modificati, tenuto conto:

- dei risultati ottenuti e degli esiti dei monitoraggi sulla loro applicazione;
- della valutazione sulla loro sostenibilità organizzativa;
- della valutazione sulla loro coerenza con la performance aziendale;
- della valutazione sulla possibilità di rimodulazione di misure originariamente contemplate ma non ancora compiutamente attuate o rese efficaci.

Nella presente Sezione sono, pertanto, declinate le misure anticorruzione e trasparenza da realizzare concretamente, le responsabilità, i relativi tempi di attuazione e le modalità di vigilanza sulla loro applicazione e sulla loro efficacia. In raccordo con la Sezione Performance del presente PIAO, con il vigente sistema di budget aziendale e con il sistema di valutazione individuale, le misure di prevenzione costituiranno per le strutture aziendali e per il relativo personale degli obiettivi di budget, in un'ottica di responsabilizzazione di tutta la struttura organizzativa.

Elemento essenziale della politica di prevenzione e contrasto alla corruzione dell'ASST è, inoltre, la trasparenza dell'attività amministrativa intesa, ai sensi dell'art. 1 comma 15 della legge 190/2012, quale "livello essenziale delle prestazioni concernenti i diritti sociali e civili ai sensi dell'art. 117, secondo comma, lettera m) della Costituzione". L'art. 1 del decreto legislativo del 14 marzo 2013, n. 33, modificato dal decreto legislativo del 25 maggio 2016, n. 97, individua la trasparenza come "accessibilità totale dei dati e 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".

Il ruolo della trasparenza è oggi arricchito dal compito che la stessa svolge in termini di produzione del valore pubblico: pertanto, tenuto conto di quanto sopra, in linea con quanto indicato da ANAC nella propria delibera n. 1310/2016, nella presente Sezione è altresì contenuta la programmazione della trasparenza, che prevede l'organizzazione dei flussi informativi ed i soggetti responsabili delle attività di elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati e monitoraggio sull'attuazione degli obblighi.

COORDINAMENTO CON LA PERFORMANCE E CON I SISTEMI DI CONTROLLO INTERNO

L'efficacia degli strumenti di prevenzione della corruzione e per la trasparenza è strettamente connessa alla fattiva collaborazione di tutti i soggetti aziendali, che trova il coordinamento dei contenuti anticorruzione e di quelli degli altri strumenti di programmazione aziendali, principalmente di performance, attraverso:

- la previsione nella Sezione del PIAO dedicato alla Performance di precisi obiettivi, indicatori e target relativi ai risultati fissati per la realizzazione delle misure anticorruzione e trasparenza, quali obiettivi di performance strategica e organizzativa;
- l'attribuzione, nell'ambito delle schede budget delle strutture aziendali e delle performance individuali, di obiettivi e indicatori corrispondenti alle misure previste nella presente Sezione del PIAO sotto forma di obiettivi istituzionali.

Parimenti di fondamentale importanza è il coordinamento delle strategie in materia di anticorruzione e trasparenza con gli strumenti di controllo interno, in particolare Risk Management, Sistema Qualità e

Internal Auditing, sia mediante l'utilizzo di strumenti comuni e/o condivisi di analisi, monitoraggio e controllo, sia attraverso lo scambio di informazioni e la condivisione dei risultati. Tale collaborazione è fondamentale per costante completamento del catalogo dei processi aziendali e la relativa conclusione dell'analisi dei rischi.

IL SISTEMA DI GOVERNANCE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

L'ASST di Cremona concepisce la "prevenzione della corruzione" come l'introduzione, in modo organico, e la messa a sistema di misure che prevengono condotte, situazioni, condizioni, organizzative ed individuali – riconducibili anche a forme di cattiva amministrazione – potenzialmente prodromiche, ovvero che costituiscono un ambiente favorevole, alla commissione di fatti corruttivi in senso proprio.

I soggetti ed i ruoli che costituiscono il sistema di prevenzione della corruzione nella ASST di Cremona sono i seguenti:

IL DIRETTORE GENERALE: nomina il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e per la trasparenza ai sensi dell'art. 1 comma 7 della legge 190/2012; adotta il PIAO, che ha durata triennale, ed i suoi aggiornamenti annuali, che contiene la sezione inerente i rischi corruttivi e la trasparenza su proposta del Responsabile della Prevenzione; adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione; definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza; decide in ordine all'introduzione di modifiche organizzative per assicurare al RPCT funzioni e poteri idonei allo svolgimento del ruolo con autonomia ed effettività. Nell'ASST di Cremona il Direttore Generale è il dr. Giuseppe Rossi, nominato con DGR n XI/1082 del 17.12.2018, a decorrere dal 01.01.2019 fino al 31.12.2023;

IL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA (RPCT): propone al Direttore Generale la sezione del PIAO riguardante i rischi corruttivi e la trasparenza ed i suoi periodici aggiornamenti; verifica l'efficace attuazione delle misure contenute nella sezione dedicata del PIAO e la loro idoneità; propone modifiche al PIAO, per la sezione di competenza, in caso di accertamento di significative violazioni o di mutamenti dell'organizzazione; verifica, d'intesa con il dirigente competente, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione; individua il personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità; elabora annualmente la relazione sull'attività svolta e curarne la pubblicazione sul sito web aziendale nell'area "Amministrazione Trasparente". I compiti del Responsabile non possono essere delegati a terzi, né tanto meno esternalizzati. Le responsabilità del RPCT sono dettagliatamente descritte nella legge n. 190/2012 e nel decreto legislativo n. 97/2016, ai quali si rinvia. Come indicato nel vigente Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) 2022-2024, la funzione aziendale "Trasparenza e Anticorruzione" è collocata in staff al Direttore Generale in ragione della trasversalità e della necessità di assicurare, quanto più possibile, la posizione di terzietà e indipendenza. Nell'ASST di Cremona è attualmente incaricato come RPCT, e di cui ai decreti n. 404 del 21.12.2018 e n.446 del 15.10.2019, il dirigente amministrativo dott.ssa Bonfanti Marianna. Il RPCT è contattabile all'indirizzo mail responsabile.trasparenza@asst-cremona.it.

La Direzione Strategica si raccorda e partecipa attivamente alla definizione delle politiche di prevenzione, in stretta collaborazione con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, che agisce in qualità di process owner avvalendosi di una rete di relazioni e supporti identificati nell'organizzazione su due livelli: il primo, ordinario, con i vertici aziendali (Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario e Direttore Sociosanitario) e i responsabili delle diverse articolazioni aziendali (Capi Dipartimento Gestionali e Funzionali, Direttori delle Strutture Complesse) individuati quali responsabili della gestione di procedure a rischio; il secondo livello di relazione si attua con all'interno del Comitato di coordinamento dei controlli, organismo interno costituito con il POAS 2022-2024, e presieduto dal RPCT aziendale; il Comitato persegue la sinergia e il collegamento dei diversi ambiti e delle diverse aree di indagine considerate a maggior rischio, divenendo uno strumento strategico che convoglia gli esiti e le risultanze dei diversi sistemi di controllo in una direzione unitaria e coerente alle strategie aziendali. L'obiettivo è anche quello di creare un sistema informativo "circolare" in grado di gestire il complesso delle

misure di prevenzione in modo partecipato, accompagnare il sistema verso la cultura della prevenzione ed applicarla come qualsiasi altro fattore di produzione.

Il RPCT coordina, inoltre, la propria attività con i responsabili aziendali delle altre sezioni del PIAO: a tal fine, il RPCT è parte del gruppo di lavoro aziendale per la predisposizione del PIAO, istituito con decreto n. 527 del 1.12.2022.

IL RESPONSABILE DELL'ANAGRAFE DELLA STAZIONE APPALTANTE (RASA): con deliberazione n. 9 del 21 gennaio 2016 l'ASST di Cremona ha nominato il Responsabile dell'Anagrafe della Stazione Appaltante (RASA), nella persona della Dott.ssa Susanna Aschedamini, Direttore della SC Gestione Acquisti, incaricato della compilazione ed aggiornamento dell'anagrafe unica delle stazioni appaltanti (AUSA), istituita ai sensi dell'art. 33-ter del decreto legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221, presso l'Autorità Nazionale Anti Corruzione (ANAC) nell'ambito della Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici (BDNCP), di cui all'art. 62-bis del decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82 (Codice dell'Amministrazione Digitale).

IL GESTORE DELLE SEGNALAZIONI SOSPETTE DI RICICLAGGIO: con provvedimento deliberativo n. 89 del 19.02.2018, l'ASST di Cremona ha individuato nel Direttore della SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità il "gestore" delle segnalazioni sospette, ai sensi del decreto del Ministero dell'Interno del 25.09.2015 "Determinazione degli indicatori di anomalia al fine di agevolare l'individuazione delle operazioni sospette di riciclaggio e di finanziamento di terrorismo da parte degli uffici della pubblica amministrazione". Nel 2019, con decreto n. 484 del 15.11.2019 è stato approvato il regolamento aziendale in materia di contrasto ai fenomeni di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo.

I DIRIGENTI RESPONSABILI DI UFFICI/SERVIZI/STRUTTURE: concorrono alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione; controllano il rispetto delle misure contenute nel Piano, da parte dei dipendenti assegnati all'Ufficio / Servizio / Struttura cui sono preposti; forniscono tutte le informazioni richieste dal Responsabile della Prevenzione, ai fini dell'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione, formulando specifiche proposte volte alla prevenzione del rischio; monitorano le attività ad elevato rischio di corruzione nell'ambito dell'Ufficio / Servizio / Struttura a cui sono preposti, disponendo con provvedimento motivato la rotazione del personale nel caso di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva; adempiono, per le materie e gli ambiti di propria competenza, agli obblighi di trasparenza previsti dal decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, come meglio descritto nella Parte dedicata della presente Sezione. Ciascun Dirigente ha facoltà di individuare, all'interno dell'Ufficio / Servizio / Unità Operativa di competenza, un referente per l'anticorruzione e la trasparenza con il compito di rapportarsi direttamente con il Responsabile della prevenzione allo scopo di meglio adempiere agli obblighi di informazione sopra indicati.

I DIPENDENTI DELL'AZIENDA: partecipano al processo di analisi del rischio, osservano le misure contenute nella Sezione del PIAO dedicata; segnalano i casi di personale in conflitto di interesse e segnalano le situazioni di illecito al proprio dirigente o all'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD) (art. 54 bis del decreto legislativo n. 165/2001 e art. 4 del vigente codice di comportamento aziendale).

L'UFFICIO PROCEDIMENTI DISCIPLINARI: l'UPD svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza (art. 55 bis decreto legislativo n. 165/2001), provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria (art. 20 decreto del Presidente della Repubblica n. 3/1957; art. 1, comma 3, legge n. 20/1994; art. 331 c.p.p.), compartecipa all'aggiornamento del Codice di Comportamento aziendale.

IL NUCLEO DI VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI: svolge negli Enti sanitari del SSR di Regione Lombardia le funzioni definite da ultimo con D.G.R n. XI/4942 del 29/06/2021. Esso rappresenta, quindi, nelle ASST il soggetto avente funzioni analoghe all'Organismo indipendente di valutazione di cui all'art.14 del decreto legislativo n.150/09. In seguito alle modifiche legislative inerenti l'entrata in vigore del PIAO e la

soppressione dei piani di programmazione in esso assorbiti, le funzioni sono da ricondurre a quanto stabilito dalla normativa per il monitoraggio delle singole sezioni costituenti il PIAO. Per quanto riguarda la Sezione dedicata alla prevenzione della corruzione e per la trasparenza, come disciplinato da ANAC nel PNA 2022, deve essere valorizzata la collaborazione tra il RPCT e il Nucleo di Valutazione al fine di favorire il miglioramento dell'integrazione tra la Sezione anticorruzione e trasparenza e la Sezione performance del PIAO. A tal fine, il Nucleo di Valutazione è chiamato a verificare: la coerenza tra gli obiettivi inseriti nella Sezione anticorruzione e quelli della Sezione della performance del PIAO, valutando anche l'adeguatezza dei relativi indicatori; che nella misurazione e valutazione della performance si tenga conto degli obiettivi inerenti alla prevenzione della corruzione e della trasparenza; le segnalazioni ricevute su eventuali disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure; i contenuti della Relazione annuale del RPCT in rapporto agli obiettivi inerenti alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza ed agli altri obiettivi individuati nelle altre sezioni del PIAO: a tal fine il Nucleo di Valutazione può chiedere al RPCT le informazioni e i documenti necessari per lo svolgimento del controllo e può effettuare audizioni di dipendenti; esprime parere obbligatorio per l'aggiornamento del Codice di Comportamento dell'ASST di Cremona, ai sensi dell'art. 54, comma 5, decreto legislativo n. 165/2001; attesta l'assolvimento degli obblighi di trasparenza ai sensi del decreto legislativo 150/2009.

IL GRUPPO INTERAZIENDALE DEI RESPONSABILI PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E PER LA TRASPARENZA, IL GRUPPO REGIONALE E IL FORUM ANAC DEI RPCT: il RPCT aziendale partecipa attivamente ai gruppi interaziendali che si sono costituiti nel tempo con lo scopo di condividere sia le linee interpretative e la relativa applicazione della normativa in materia di anticorruzione e trasparenza, sia le esperienze e le buone prassi poste in essere dalle singole Aziende, nonché alle reti ed ai network regionali e di ANAC, per una proficua attività di analisi e confronto.

IL PROCESSO DI PROGRAMMAZIONE AZIENDALE IN MATERIA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

L'identificazione degli strumenti e delle fasi da attuare per il raggiungimento degli obiettivi di contrasto alla corruzione e di trasparenza deriva dall'attuazione della seguente metodologia di sistema, in linea con le indicazioni contenute nel PNA:

- valutazione del contesto esterno, al fine di evidenziare le caratteristiche di dell'ambiente culturale, sociale ed economico nel quale l'ASST opera e che possono favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi;
- valutazione del contesto interno, al fine di evidenziare come la mission dell'ASST o la propria struttura organizzativa e complessità possono influenzare l'esposizione al rischio corruttivo;
- mappatura dei processi per individuare le criticità che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività dell'ASST, espongono l'Ente a rischi corruttivi, con particolare attenzione ai processi per il raggiungimento degli obiettivi di performance volti a incrementare il valore pubblico;
- individuazione e la valutazione dei rischi corruttivi;
- progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischi;
- monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure;
- programmazione ed il monitoraggio delle misure di trasparenza.

Inoltre, in continuità con la metodologia attuata per la elaborazione dei precedenti PTPCT aziendali, l'identificazione delle misure di prevenzione ha anche tenuto conto:

- delle risultanze del monitoraggio circa l'implementazione delle misure di prevenzione;
- delle eventuali osservazioni e dei suggerimenti pervenuti nel corso dell'anno da parte dei diversi portatori di interessi, tramite i canali dedicati agli stakeholder, tra i quali: incontri per presentazione dei servizi, la gestione dei reclami, le osservazioni nei questionari di customer satisfaction;
- delle risultanze delle attività di controllo interno sviluppate in azienda, quali l'internal auditing;
- dell'entrata in vigore di normative sopravvenute che impongono ulteriori adempimenti;
- dell'entrata in vigore di normative sopravvenute che modificano le finalità istituzionali dell'amministrazione (es.: acquisizione di nuove competenze);
- dell'emersione di rischi non precedentemente considerati;
- delle direttive contenute nell'aggiornamento del Piano Nazionale Anticorruzione.

ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO

L'analisi prevista nella presente Sezione, che si integra con i dati e le informazioni già raccolte nelle altre Sezioni del PIAO, ricomprende le seguenti macro aree: il territorio (demografia, società, economia e mercato del lavoro), il contesto criminale ed i reati contro la pubblica amministrazione, le verifiche della Corte dei Conti rispetto l'efficienza e l'efficacia dell'agire pubblico e l'attuazione degli strumenti di controllo esterni e di sistema.

Il territorio cremonese attuale occupa una striscia di pianura che si estende stretta e allungata verso il sud della Lombardia. Confina con la provincia di Bergamo e la provincia di Brescia (a nord), con la provincia di Mantova (a est), con l'Emilia-Romagna, territorio della provincia di Parma e della provincia di Piacenza (a sud), con la provincia di Lodi e la città metropolitana di Milano (a ovest). Confini naturali sono il Po, l'Adda e l'Oglio. La provincia di Cremona si articola in 4 circoscrizioni territoriali per l'impegno e in 3 ambiti sociali. Per la descrizione demografica e territoriale si rinvia alla Sezione "Scheda anagrafica dell'Amministrazione" del presente PIAO.

L'analisi riferita, invece, alla criminalità ed ai reati contro la pubblica amministrazione si basa sugli approfondimenti e sulle informazioni contenute nelle relazioni semestrali rese dalla DIA – Direzione Investigativa Antimafia" e dai rapporti delle Forze dell'Ordine. (Relazioni DIA – "Attività svolta e risultati conseguiti dalla Direzione Investigativa Antimafia" secondo semestre 2021: pubblicata e consultabile al link <https://direzioneinvestigativaantimafia.interno.gov.it/relazioni-semestrali/>)

L'analisi sui fenomeni delittuosi condotta dalla DIA nel secondo semestre 2021 sulla base delle evidenze investigative, giudiziarie e di prevenzione, conferma ancora una volta, a livello nazionale, che il modello ispiratore delle diverse organizzazioni criminali di tipo mafioso appare sempre meno legato ad eclatanti manifestazioni di violenza ed è, invece, rivolto verso l'infiltrazione economico-finanziaria. Ciò appare una conferma di quanto era stato già previsto nelle ultime Relazioni ed evidenzia la strategicità dell'aggressione ai sodalizi mafiosi anche sotto il profilo patrimoniale, arginando il riutilizzo dei capitali illecitamente accumulati per evitare l'inquinamento dei mercati e dell'Ordine pubblico economico. Ciò – si legge nella relazione della DIA – anche in vista dei possibili finanziamenti pubblici connessi al PNRR. L'inquinamento dell'economia sana è aspetto fondamentale per la sopravvivenza delle consorterie in quanto condizione vincolante per qualsiasi strategia criminale di illecito accumulo di ricchezza che comporta la disponibilità di imponenti riserve di liquidità le cui origini devono essere celate e la cui consistenza può essere ingigantita invadendo il campo dell'imprenditoria legale, specie quella maggiormente colpita dalle conseguenze dell'attuale crisi economica, per disporre di strumenti idonei a intercettare i finanziamenti pubblici. Le organizzazioni mafiose peraltro non appaiono più semplicemente orientate al "saccheggio parassitario" della rete produttiva ma si fanno impresa sfruttando rapporti di collaborazione con professionisti collusi la cui opera viene finalizzata a massimizzare la capacità di reinvestimento dei proventi illeciti con transazioni economiche a volte concluse anche oltre confine.

Lo spaccato della situazione lombarda, rappresentato nella relazione della DIA, evidenzia la presenza di diverse consorterie mafiose: le consorterie mafiose siciliane, caratterizzate prevalentemente dall'infiltrazione nell'economia con la commissione di frodi fiscali e riciclaggio di capitali; le consorterie mafiose campane, che si rivolgono prevalentemente al narcotraffico e al riciclaggio di capitali; le consorterie criminali pugliesi, che si rivolgono prevalentemente al traffico di stupefacenti e al cosiddetto "pendolarismo criminale" finalizzato alla commissione di reati predatori. Rispetto ad un andamento di contrazione altalenante delle attività illecite in generale e soprattutto durante i periodi in cui sono state adottate particolari misure di contenimento della pandemia, le organizzazioni mafiose avrebbero scelto di mantenere un basso profilo di esposizione, che sembra non contemplare il sistematico ricorso a manifestazioni violente e al contempo denotano una efficace capacità di adattamento e resilienza. Tale scelta strategica si basa sempre più sulla ricerca di soggetti estranei a contesti criminali che costituirebbero il cosiddetto "capitale sociale". Le risultanze investigative del semestre in argomento hanno riguardato prevalentemente la 'ndrangheta: il radicamento rispetto al territorio e il livello di infiltrazione ormai

consolidato della criminalità organizzata calabrese nella regione emerge non solo dall'azione giudiziaria repressiva, ma anche dalle 27 interdittive antimafia che sono state disposte dalle prefetture della Regione. Tra queste n.20 (il 74% del totale) hanno riguardato società con profili di criticità riconducibili alla 'ndrangheta, n.3 di criminalità organizzata campana e n.2 di criminalità organizzata siciliana.

Evidenzia la relazione che, com'è noto, attraverso il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) verranno avviati una serie di investimenti volti al rilancio delle economie dei Paesi dell'UE membri dopo un lungo periodo di rigide restrizioni e perdite macroscopiche dei volumi di PIL tramite tranche di erogazione di fondi europei. Contestualmente, verranno condotti una serie di monitoraggi e di contromisure a tutti i livelli istituzionali utili a contrastare oltre al probabile diffondersi di fenomeni corruttivi le mire della criminalità organizzata credibilmente attirata dall'imponenza di tali flussi di denaro. Pertanto permane il rischio che i sodalizi più evoluti e con una maggiore vocazione "imprenditoriale", avendo la capacità di adattarsi rapidamente ai mutamenti socio-economici, sappiano approfittare delle nuove opportunità di investimento inserendosi nel circuito dei finanziamenti anche con forme di "assistenza sociale" alternativa. La loro più marcata propensione è quella di comprendere tempestivamente ogni variazione dell'ordine economico e di trarne il massimo beneficio.

Per quanto riguarda l'usura e le estorsioni in Lombardia la scarsità delle denunce e delle evidenze giudiziarie, precisa la relazione DIA, rende difficoltosa l'analisi del fenomeno e la mappatura delle aree a maggiore incidenza. La rilevazione delle due fattispecie e in particolare dell'usura sono infatti caratterizzate dal condizionamento delle vittime originato da forti connotazioni psicologiche e talvolta dalla necessità di risolvere un grave stato di bisogno economico a cui dare urgente soddisfazione.

L'illecito smaltimento di rifiuti continuerebbe, invece, a rappresentare uno dei settori maggiormente appetibili dalle organizzazioni criminali per il rapporto estremamente vantaggioso tra costi e benefici. Infatti elevati sono i realzi in termini di profittabilità finanziaria a fronte di un impianto sanzionatorio che produce limitati effetti deterrenti. L'illecito trattamento dei rifiuti si concretizzerebbe in ogni fase del ciclo, dalla produzione allo stoccaggio e dal trasporto allo smaltimento. Il modus operandi sia delle organizzazioni criminali, sia dei singoli imprenditori senza scrupoli consisterebbe principalmente nella realizzazione di false dichiarazioni dell'azienda sul tipo e sulla quantità del rifiuto da smaltire che viene poi trasportato in località nazionali o estere con il fine di far perdere le tracce del carico. Tra le modalità di occultamento dei rifiuti emergerebbe quella della locazione mediante prestanome di capannoni abbandonati in cui verrebbero stoccate le immondizie dopo averne incassato il compenso per uno smaltimento in realtà mai effettuato. Non appena completamente stipati di rifiuti viene interrotto il pagamento dell'affitto e al proprietario viene lasciata "la sorpresa" del magazzino pieno di spazzatura da bonificare. Nel settore le organizzazioni verosimilmente per mezzo di azioni corruttive, fatturazione per operazioni inesistenti, attestazioni false, evasione fiscale e frode, accrescerebbero notevolmente ed in modo spregiudicato il proprio capitale, con consapevole danno alla salute pubblica. L'azione di contrasto rispetto a tali fenomeni ha visto coinvolte oltre alle forze dell'ordine anche le istituzioni regionali. I gravi episodi di inquinamento avvenuti sul territorio di Brescia, Mantova, Cremona, Milano, Pavia, Lodi, Como, Varese Novara, Vercelli e Vercelli e Piacenza mediante sversamento di fanghi contaminati in terreni ad uso agricolo denunciati il 24 maggio 2021 dal Comando Carabinieri Forestali di Brescia hanno richiesto un immediata risposta, che si è palesata anche attraverso diverse operazioni di rilievo portate a termine nel secondo semestre 2021.

L'analisi della DIA inerente gli ambiti provinciali, evidenzia, in fine, per quelli di Mantova e Cremona la presenza, accanto alle manifestazioni di criminalità diffusa, anche la presenza di proiezioni della criminalità organizzata calabrese ed in particolare della cosca GRANDE ARACRI di Cutro.

L'approfondimento, contenuto nella relazione della DIA, in materia di appalti pubblici da conto dell'esperienza investigativa maturata nel corso del tempo, che ha dimostrato che le tecniche di infiltrazione possono verificarsi in fase di programmazione e progettazione esercitando l'azione corruttiva nei confronti dei funzionari della stazione appaltante e dei tecnici-professionisti incaricati (c.d. area grigia). L'impresa che si aggiudica l'appalto spesso realizza il progetto esecutivo secondo modalità che in un periodo successivo consentiranno varianti in corso d'opera e l'accrescimento della spesa pubblica. Quindi le imprese mafiose inquinano la gara sin dalla stesura del bando e delle procedure di evidenza pubblica attraverso varie forme di connivenza con funzionari pubblici. Laddove non sia possibile un inserimento nella

fase prodromica, i gruppi criminali non di rado tentano di esercitare forme di pressione estorsiva nei confronti delle aziende affidatarie dell'appalto o del subappalto per ottenerne illeciti vantaggi.

Nell'ambito delle peculiari attribuzioni della DIA assumono particolare rilievo anche quelle legate alla prevenzione dell'uso del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminosa. La cornice normativa di riferimento delineata dal d.lgs. n. 231 del 21 novembre 2007 assegna infatti alla DIA il potere di accertare e contestare le violazioni degli obblighi disciplinati dallo stesso decreto ed il compito di effettuare gli approfondimenti investigativi attinenti alla criminalità organizzata, delle informazioni ricevute nell'ambito della cooperazione internazionale e delle segnalazioni di operazioni sospette-SOS trasmesse dalla UIF. Con particolare riferimento all'attività relativa alle segnalazioni sospette, viene data evidenza, nella relazione della DIA, della loro crescita esponenziale, registrata negli ultimi anni, che ha reso necessaria l'adozione di nuovi modelli di analisi e di sviluppo correlate con un costante adeguamento dell'applicativo informatico di riferimento (il sistema "EL.I.O.S. - Elaborazioni Investigative Operazioni Sospette") al fine di renderlo più confacente alle mutate esigenze di carattere investigativo. Infatti, attenendosi al solo secondo semestre 2021, la DIA ha proceduto all'analisi di 68.955 segnalazioni di operazioni sospette riconducibili a 639.074 soggetti segnalati dei quali 437.372 costituiti da persone fisiche. Il flusso documentale in questione risulta superiore del 17% circa rispetto a quello dell'analogo intervallo temporale dello scorso anno, in cui sono state analizzate complessive 58.985 segnalazioni.

L'analisi della DIA, se pur riferita ad una sezione temporale dello scorso anno, ha portato ulteriori elementi utili di valutazione per la rilevazione di situazioni a rischio in aree, quali la gestione degli appalti, già attenzionate per il rischio corruzione ed ha evidenziato la necessità di implementare allert di processo e strumenti di controllo per l'antiriciclaggio e di implementare, nel modo più efficiente ed efficace, una cultura etica all'interno dell'ASST.

La provincia di Cremona, come emerge dalla classifica nazionale "indice della criminalità" stilata dal "Sole 24ore" (consultabile al link <https://lab24.ilsole24ore.com/indice-della-criminalita/>) vede Cremona virtuosa per denunce di incendi e reati legati allo spaccio e all'uso di stupefacenti; si trova al 89° posto per riciclaggio e impiego di denaro, al 72° posto per usura, appena oltre metà classifica per rapine e furti; registra un 46° posto per associazioni di tipo mafioso, un 44° posto per frodi informatiche e un 43° posto per associazioni a delinquere; un 24° posto per estorsioni. I dati contenuti nella classifica nazionale fotografano i delitti emersi in seguito alle segnalazioni delle forze di polizia, rapportato alla popolazione residenze della provincia (popolazione ISTAT 2021).

Il principio del buon andamento amministrativo e di efficienza– criteri imprescindibili che dettano l'agire dell'Ente in quanto pubblica amministrazione, sono determinati dal corretto ed efficiente utilizzo dei fattori produttivi, impegnati dall'Ente al fine di raggiungere gli obiettivi dell'interesse pubblico e della propria mission istituzionale, e pertanto hanno un collegamento reale con la situazione storica (sociale ed economica) che il Paese sta vivendo. L'analisi in tale contesto è facilitata dalle valutazioni ed approfondimenti contenuti nelle relazioni prodotte dalla Corte dei Conti – Sezione Giurisdizionale. Nel contesto attuale, caratterizzato dal superamento dell'emergenza sanitaria indotta dalla pandemia da COVID-19, dalla "ripartenza e riapertura" delle attività e dall'attuazione del PNRR, nonché dalla crisi di politica internazionale collegata alla guerra in Ucraina, sono diventati ancora più determinanti gli strumenti di controllo di sistema.

Premesso il ruolo istituzionale che compete alla Corte dei Conti, sono state tenute in considerazione le notizie e informazioni contenute nella relazione presentata dal Presidente della Corte dei Conti – Sezione Giurisdizionale per la Regione Lombardia- (link <https://www.corteconti.it/Home/Documenti/InaugurazioneAG?msclkid=8995fbfcbb3411ecaf72a15ba953e72b>) in occasione dell'Inaugurazione dell'anno giudiziario 2022, dove si evidenzia, tra le fattispecie di danni finanziari che hanno costretto la Procura ad esercitare, nel 2021, l'azione risarcitoria:

il danno per violazione del dovere di esclusività di pubblici dipendenti: cita la relazione "nel 2021 si sono accertati numerosi casi di incompatibilità e di violazione del dovere di esclusività del rapporto di pubblico

impiego, per cui sono stati depositati atti di citazione in giudizio di dipendenti pubblici per lo svolgimento di attività professionale extra istituzionale, evidentemente non autorizzata/né autorizzabile (le richieste risarcitorie complessive della Procura ammontano a quasi 3 milioni di euro)”;

gli accertamenti sulla spesa sanitaria, la colpa medica ed i danni da malpractice in sanità: cita la relazione “In riferimento alla responsabilità sanitaria l’attività istruttoria si è svolta lo scorso anno nella rigorosa valutazione di condotte viziate da colpa medica grave ed inescusabile Le fattispecie di malpractice oggetto dell’azione risarcitoria della Procura sono tutte connotate – è bene ribadirlo - da condotte del personale sanitario coinvolto marcatamente inappropriate e del tutto difformi dalle linee guida riferite ai trattamenti terapeutici esaminati, così come emerso sia dalle CTU disposte nel giudizio risarcitorio civile intentato nei confronti dell’Azienda sanitaria sia, in certi casi, dalle perizie disposte nel connesso procedimento penale”.

I dati pubblicati dalla Corte dei Conti per la Regione Lombardia evidenziano che, in relazione alle istruttorie condotte dalla Corte nel 2021, il 6% delle denunce hanno avuto provenienza da enti sanitari e il 2% da Organi di controllo; mentre, per quanto riguarda le tipologie delle segnalazioni, il 25,14% ha riguardato danni al patrimonio, il 5,74% ha riguardato lesioni da attività sanitaria, il 1,28% procedure di gara, lo 0,93% compensi indennità, lo 0,74% il cumulo di impieghi.

Le relazioni confermano, come “aree da monitorare”, alcuni procedimenti che denotano, più di altri, un potenziale rischio di maladministration e di inefficienza.

La valutazione sull’implementazione di strumenti di controllo per alcuni procedimenti amministrativi e attività dell’Ente deriva anche dalla collaborazione e dagli approfondimenti richiesti sia da ORAC - Organismo regionale per le attività di controllo, sia dalla struttura regionale UO Sistema dei controlli, prevenzione della corruzione, Trasparenza e Privacy. ORAC, infatti, svolge compiti di indirizzo, verifica, supporto e coordinamento finalizzati anche alla promozione di modelli virtuosi di azione tra i diversi soggetti del sistema regionale che, nel perseguimento dei fini istituzionali, vanno ad assicurare al contempo efficienza, economicità ed efficacia nel rispetto della legalità dell’agire. Detti compiti vengono tradotti in azioni positive e concrete mediante lo strumento di pianificazione annuale, che viene redatto da ORAC anche sulla base degli indirizzi forniti dalla commissione consiliare competente in materia di antimafia, anticorruzione, trasparenza e legalità. Il collegamento con la struttura regionale UO Sistema dei controlli, prevenzione della corruzione, Trasparenza e Privacy efficiente, inoltre, la collaborazione e la rete dell’internal audit, funzione che supporta il processo di individuazione, quantificazione e gestione del rischio, con particolare riferimento ai rischi operativi, amministrativo – contabili e di compliance.

Inoltre, la vigilanza collaborativa attuata con ORAC nell’anno 2022, ha portato ad approfondire le tematiche inerenti la gestione delle fidejussioni e la gestione dei contratti inerenti la raccolta e lo smaltimento dei rifiuti sanitari – quest’ultima oggetto di un primo audit interno sull’attuazione degli strumenti di controllo contrattuali agiti. La pianificazione dell’attività di ORAC per l’anno 2023 approvata con deliberazione del medesimo organismo n. 22 del 20 dicembre 2022, in continuità con i piani precedenti, prevede attività di monitoraggio sull’attuazione delle progettualità finanziate attraverso le risorse del PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza), attività di raccolta dati circa le funzioni ed i sistemi di controllo attivi negli enti del SIREG e di monitoraggio delle fidejussioni stipulare dagli enti pubblici, attività di monitoraggio sulle sperimentazioni gestionali pubblico/privato, attività di monitoraggio sugli appalti rifiuti, attività di monitoraggio dei risultati dell’applicazione delle T&T (applicativo Tracciabilità e Trasparenza della fase esecutiva dei contratti”.

Il Piano Audit programmato dalla struttura regionale, e di cui al decreto del Presidente della Regione Lombardia n. 49 del 9 gennaio 2023, evidenzia in fine le attività attraverso le quali implementare le collaborazioni e la rete degli internal auditor degli enti del SIREG.

ANALISI DEL CONTESTO INTERNO

L’analisi del contesto interno tiene conto:

- della **mission istituzionale e del modello organizzativo** dell’ASST di Cremona: la mission istituzionale ed il modello organizzativo dell’ASST di Cremona sono dettagliatamente rappresentati nella sezione

“Struttura organizzativa e capitale umano” del presente PIAO, a cui si rimanda per una sua descrizione complessiva. Il POAS 2022-2024 dell’ASST di Cremona, che contiene la descrizione degli organi ed organismi aziendali di valutazione, consultivi e partecipativi, la disciplina dell’attuazione dei principi inerenti le deleghe ed il sistema dei controlli interni, la descrizione del sistema di budget e dei sistemi di partecipazione e di tutela degli utenti, nonché la descrizione dei dipartimenti e delle strutture semplici, a valenza dipartimentale, complesse e distrettuali, il modello organizzativo con tutti i singoli organigrammi strutturati per afferenza gerarchica ed, in fine, il funzionigramma, è consultabile, per gli approfondimenti di dettaglio, al documento pubblicato e visionabile seguendo il link <https://www.asst-cremona.it/atti-generalis>;

- della determinazione delle **aree di sviluppo strategico**, aventi rilevanza nel medio-lungo termine. Per la rappresentazione degli obiettivi strategico programmatici declinati per il triennio 2023-2025 si fa rinvio a quanto contenuto nella sezione “Performance” del presente PIAO, dove vengono programmati gli obiettivi e gli indicatori di performance di efficienza e di efficacia dell’Ente, dando avvio al ciclo di gestione delle performance e definendo, in coerenza con le risorse assegnate, gli obiettivi, gli indicatori e i target sui quali si baserà la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance stessa dell’Azienda per il periodo in oggetto;
- dei **dati di attività**, necessari a dimensionare l’Ente in termini di volumi di prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate. Per l’esame, si rinvia alla rappresentazione dei dati consolidati anno 2022 di cui alla sezione “Scheda anagrafica dell’Amministrazione” del presente PIAO;
- dei **dati di personale**, necessari a dimensionare l’Ente in termini di professionisti /funzionari impegnati nelle attività core dell’Ente. Per l’esame, si rinvia alla rappresentazione dei dati consolidati anno 2022 di cui alla sezione “Scheda anagrafica dell’Amministrazione” del presente PIAO;
- dell’esame degli **strumenti di regolamentazione interna**: la rappresentazione dei regolamenti che disciplinano l’attività amministrativa dell’azienda, è contenuta nella sezione di amministrazione trasparente – disposizioni generali – atti generali – link <https://www.asst-cremona.it/atti-generalis>. Si richiamano, in particolare, oltre ai regolamenti adottati in relazione a specifici processi: il Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici (DPR 62/2013) e il Codice di comportamento ed il codice etico aziendale, il Piano delle Performance e il sistema di budget, il Sistema di gestione delle informazioni e tutela della Privacy, il Programma Integrato di Miglioramento Organizzativo (PRIMO), il Piano di attività annuale di internal auditing, i Regolamenti aziendali sull’esercizio delle deleghe e sull’assunzione dei provvedimenti dirigenziali, il Piano di formazione aziendale, il Patto di integrità in materia di contratti pubblici regionali ed il Sistema di attribuzione degli incarichi;
- dalle informazioni contenute nella **relazione annuale del RPCT**: ai sensi dell’art. 1 c. 14 della l. n. 190 del 2012 il RPCT entro il 15 dicembre di ogni anno redige una relazione annuale che offre il rendiconto sull’efficacia delle misure di prevenzione definite dal PTPC. Tale documento deve essere pubblicato sul sito aziendale nella sezione “amministrazione trasparente”. La relazione per il 2022, è stata redatta su modello standard predisposto da ANAC: l’Autorità ha valutato, tuttavia, opportuno prorogare al 15.01.2023 il termine ultimo per la predisposizione e la pubblicazione della Relazione annuale che i RPCT sono tenuti ad elaborare ai sensi dell’art. 1, co. 14, della legge 190/2012. (Comunicato del Presidente dell’Autorità del 30.11.2022). La relazione è stata pubblicata sul sito internet aziendale, sezione Amministrazione Trasparente – altri contenuti - corruzione, è stata inviata contestualmente alla Direzione Generale Aziendale e al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni, ed è consultabile al seguente link: <https://www.asst-cremona.it/relazione-del-responsabile-della-prevenzione-della-corruzione-e-della-trasparenza>. Il documento contiene, oltre alle informazioni inerenti l’attuazione delle misure di prevenzione della corruzione, anche quelle relative ai procedimenti disciplinari attivati e conclusi dall’Ente ed alle segnalazioni (anonime e dei whistleblower) pervenute al RPCT;

- dalle **reti relazionali interne ed esterne** attive: le reti relazionali interne ed esterne all'Azienda, costituite sostanzialmente dai rapporti con i dipendenti, con gli utenti dei servizi erogati dall'ASST, con le ditte appaltatrici, con i fornitori, con le case farmaceutiche, con gli enti del terzo settore, con le università, con i medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, con le altre aziende ed agenzie del SSR, con gli enti locali, con le organizzazioni sindacali del comparto e della dirigenza e con i mass media, e disciplinate da percorsi e processi già definiti, per alcuni aspetti, soprattutto etici, si sono amplificate e richiedono maggior consapevolezza dei ruoli e delle responsabilità. Nella Sezione "Scheda anagrafica dell'Amministrazione" sono rappresentati graficamente gli stakeholder dell'ASST.

L'esito delle valutazioni di contesto inquadra l'ASST di Cremona, in quanto ente del Servizio Sanitario Nazionale e azienda pubblica del sistema sociosanitario regionale, quale soggetto potenzialmente a rischio corruttivo; la dislocazione delle sedi erogative interessante diversi ambiti territoriali, il turn over del personale, in primis sanitario, ma anche tecnico ed amministrativo, la carenza endemica di medici (soprattutto in alcune specializzazioni) e di infermieri, e la situazione economica post pandemia e legata anche allo scoppio della guerra in Ucraina, sono elementi che potenziano il rischio. L'attuazione delle strategie nazionali legate al PNRR vede, poi, l'ASST coinvolta nello sviluppo degli ospedali di comunità e delle case di comunità, nonché nel rafforzamento di sistemi di cura ed assistenza sempre più orientati all'avvicinamento al domicilio del paziente, differenziando nettamente i processi di cura. La flessibilità organizzativa che viene richiesta dall'attuazione dell'ultima riforma sociosanitaria regionale porta risultati in termini di creazione di valore pubblico, ma nello stesso tempo comporta il ripensamento a sistemi di prevenzione della corruzione che vadano a creare certezza di ruoli e di responsabilità, soprattutto per quanto riguarda le attività di controllo, sia interno che esterno. In tal senso l'importanza di garantire l'implementazione costante della formazione sull'etica e in materia di prevenzione della corruzione, il presidio della trasparenza, soprattutto per le informazioni dei contratti inerenti gli acquisti di beni e servizi e lavori e lo sviluppo delle misure anticiclaggio.

In particolare, l'analisi del contesto interno porta a rilevare la necessità di programmare misure di prevenzione della corruzione e per la trasparenza in coerenza e compatibilmente con l'alto turn over di personale ed in modo da coinvolgere trasversalmente tutti coloro che, a vario titolo, intervengono nell'ASST e con la stessa collaborano, indipendentemente da eventuali variazioni dei moduli organizzativi aziendali.

LA MAPPATURA DEI PROCESSI

La mappatura dei processi costituisce "l'aspetto centrale e più importante dell'analisi del contesto interno", si esplica nella individuazione e analisi dei processi organizzativi ed è strumentale per l'identificazione, la valutazione ed il trattamento dei rischi corruttivi.

L'obiettivo è che l'intera attività svolta dall'amministrazione venga gradualmente esaminata al fine di identificare aree che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività stessa, risultino potenzialmente esposte a rischi corruttivi.

Il PNA 2022 suggerisce che una buona programmazione delle misure di prevenzione della corruzione all'interno del PIAO richiede una mappatura dei processi integrata al fine di far confluire obiettivi di performance, misure di prevenzione della corruzione e programmazione delle risorse umane e finanziarie necessarie per la loro realizzazione. Tuttavia, sempre il PNA 2022, ricorda che proprio la nozione di valore pubblico, intesa in senso ampio, implica che la prevenzione della corruzione non vada limitata, in assoluto, ai processi interessanti esclusivamente gli obiettivi di performance: infatti, in via generale, gli interventi e le misure volte a mettere in condizione le amministrazioni di prevenire la corruzione sono da considerare permanenti, di lungo periodo, orientati su tutti i processi dell'ente. In tal senso, ai fini della previsione delle misure di prevenzione della corruzione e per la trasparenza, dovranno essere tenuti in considerazione tutti gli ambiti di attività in quanto funzionali alla creazione di valore pubblico.

Recependo le indicazioni contenute nel PNA 2022, ed in continuità con i principi applicati nei precedenti PTPC dell'ente per la realizzazione della mappatura dei processi (principio di completezza - che determina la scelta di mappare non soltanto le attività inerenti le aree a rischio generali, confermate dal PNA 2019, ma anche le altre attività proprie dell'ASST; principio della gradualità di adesione e coesione ai principi dettati

da ANAC, secondo cui il “catalogo dei processi”, inizialmente costituito esclusivamente dai processi afferenti alle aree obbligatorie, è stato incrementato di anno in anno in occasione degli aggiornamenti ai PTPCT), la mappatura dei processi tiene conto:

- delle aree di rischio specifiche per gli enti del settore sanitario;
- dell’assetto organizzativo attuale dell’ASST e delle competenze da essa garantite.

Il Catalogo delle aree e dei correlati processi aziendali sottoposti ad analisi e ponderazione del rischio ai fini del presente Sezione del PIAO 2023-2025 è individuata e rappresentata nella scheda contenuta nell’**Allegato 1 “Catalogo dei processi a rischio e registro dei rischi”**, parte integrante della Sezione.

E’ tuttavia necessario che le attività interne di mappatura dei processi e delle analisi dei rischi richiesti dalle diverse norme rispondenti a differenti sistemi di controllo e di programmazione (anticorruzione, performance, qualità, antiriciclaggio, risk management, privacy, internal audit) siano, per quanto possibile, coordinate ed univoche, al fine di rafforzare l’efficienza e l’efficacia dell’azione amministrativa. Viene individuata, pertanto, la seguente programmazione triennale di attività:

- entro il 31 dicembre 2023: definizione dello strumento operativo per il risk assessment
- entro il 31 dicembre 2024: mappatura e verifica dei processi delle aree maggiormente interessate alla produzione di valore pubblico
- entro il 31 dicembre 2025: mappatura e verifica dei processi delle aree residuali.

ANALISI E VALUTAZIONE DEL RISCHIO CORRUTTIVO

In continuità con quanto definito nel precedente PTPCT 2022-2024 dell’ente, la metodologia dell’analisi del rischio trova fondamento nell’allegato 1 del PNA 2019, che contiene le indicazioni utili per la progettazione, realizzazione e miglioramento continuo del “Sistema di gestione del rischio corruttivo”. L’aggiornamento della valutazione dei rischi corruttivi, ai fini della predisposizione della presente sezione del PIAO, deriva dalla rivalutazione del livello di esposizione delle singole attività inserite nell’Allegato 1 alla presente Sezione, basata su un approccio di tipo qualitativo e non più quantitativo.

La metodologia di valutazione del rischio utilizzata si basa sulle indicazioni contenute nella norma IS 31000 “Gestione del rischio – principi e linee guida”, che contempla la valutazione del rischio come “la misurazione dell’incidenza di un potenziale evento sul conseguimento degli obiettivi dell’amministrazione”. Prima di procedere alla stima del livello di esposizione al rischio, sono stati analizzati anche i c.d. “fattori abilitanti”, ovvero la presenza di quei fattori di contesto che agevolano il verificarsi di comportamenti o fatti di corruzione; ciò anche al fine di individuare misure specifiche di prevenzione più efficaci. Sono stati considerati i fattori abilitanti del rischio corruttivo suggeriti nell’Allegato 1 al PNA 2019:

- a) mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli), o mancata attuazione di quelle previste;
- b) mancanza di trasparenza;
- c) eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;
- d) esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;
- e) scarsa responsabilizzazione interna;
- f) inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;
- g) inadeguata diffusione della cultura della legalità;
- h) mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione.

Al fine di pervenire ad una stima del livello di esposizione al rischio, si è provveduto ad incrociare due indicatori compositi (ognuno dei quali composti da più variabili) rispettivamente per la dimensione della probabilità e dell’impatto. La probabilità consente di valutare quanto è probabile che l’evento accada in futuro, mentre l’impatto valuta il suo effetto qualora lo stesso si verifichi, ovvero l’ammontare del danno conseguente al verificarsi di un determinato evento rischioso. Per ciascuno dei due indicatori – impatto e probabilità – si è provveduto ad individuare un set di variabili significative, caratterizzate da un nesso di causalità tra l’evento rischioso e il relativo accadimento.

Con riferimento all'indicatore di probabilità, sono stati individuati i seguenti n.9 indici di valutazione, ciascuno dei quali può assumere un valore Alto, Medio, Basso, in accordo con la corrispondente descrizione:

INDICI DI VALUTAZIONE DELLA PROBABILITA' – P

1	Discrezionalità: focalizza il grado di discrezionalità nelle attività svolte o negli atti prodotti; esprime l'entità del rischio in conseguenza delle responsabilità attribuite e della necessità di dare risposta immediata all'emergenza	ALTO	Ampia discrezionalità relativa sia alla definizione di obiettivi operativi che alle soluzioni organizzative da adottare, necessità di dare risposta immediata all'emergenza
		MEDIO	Apprezzabile discrezionalità relativa sia alla definizione di obiettivi operativi che alle soluzioni organizzative da adottare, necessità di dare risposta immediata all'emergenza
		BASSO	Modesta discrezionalità sia in termini di definizione degli obiettivi sia in termini di soluzioni organizzative da adottare ed assenza di situazioni di emergenza
2	Coerenza operativa: coerenza fra le prassi operative sviluppate dalle unità organizzative che svolgono il processo e gli strumenti normativi e di regolamentazione che disciplinano lo stesso	ALTO	Il processo è regolato da diverse norme sia di livello nazionale, sia di livello regionale che disciplinano singoli aspetti, subisce ripetutamente interventi di riforma, modifica e/o integrazione da parte sia del legislatore nazionale sia di quello regionale, le pronunce del TAR e della Corte dei Conti in materia sono contrastanti. Il processo è svolto da una o più unità operativa
		MEDIO	Il processo è regolato da diverse norme di livello nazionale che disciplinano singoli aspetti, subisce ripetutamente interventi di riforma, modifica e/o integrazione da parte del legislatore, le pronunce del TAR e della Corte dei Conti in materia sono contrastanti. Il processo è svolto da una o più unità operativa.
		BASSO	La normativa che regola il processo è puntuale, è di livello nazionale, non subisce interventi di riforma, modifica e/o integrazione ripetuti da parte del legislatore, le pronunce del TAR e della Corte dei Conti in materia sono uniformi. Il processo è svolto da un'unica unità operativa.
3	Rilevanza degli interessi esterni: quantificati in termini di entità del beneficiario economico e non, ottenibile dai soggetti destinatari del processo	ALTO	Il processo da luogo a consistenti benefici economici o di altra natura per i destinatari
		MEDIO	Il processo da luogo a modesti benefici economici o di altra natura per i destinatari
		BASSO	Il processo da luogo a benefici economici o di altra natura per i destinatari con impatto scarso o irrilevante
4	Livello di opacità del processo: misurato attraverso solleciti scritti del RPCT per la pubblicazione dei dati, le richieste di accesso civico semplice e/o generalizzato, gli eventuali rilievi da parte dell'OIV in sede di attestazione annuale del rispetto degli obblighi di trasparenza	ALTO	Il processo è stato oggetto, nell'ultimo anno, di solleciti da parte del RPCT per la pubblicazione dei dati, richieste di accesso civico semplice e/o generalizzato, e/o rilievi da parte dell'OIV in sede di attestazione annuale del rispetto degli obblighi di trasparenza
		MEDIO	Il processo è stato oggetto, negli ultimi tre anni, di solleciti da parte del RPCT per la pubblicazione dei dati, richieste di accesso civico semplice e/o generalizzato, e/o rilievi da parte dell'OIV in sede di attestazione annuale del rispetto degli obblighi di trasparenza
		BASSO	Il processo non è stato oggetto, negli ultimi tre anni, di solleciti da parte del RPCT per la pubblicazione dei dati, richieste di accesso civico semplice e/o generalizzato, e/o rilievi da parte dell'OIV in sede di attestazione annuale del rispetto degli obblighi di trasparenza.
5	Presenza di eventi sentinella: avviati dall'autorità giudiziaria o contabile o ricorsi amministrativi nei confronti dell'ente o procedimenti disciplinari avviati nei confronti dei dipendenti impiegati sul processo in esame	ALTO	Un procedimento avviato dall'autorità giudiziaria o contabile o amministrativa e/o un procedimento disciplinare avviato nei confronti di un dipendente impiegato sul processo in esame, concluso con una sanzione indipendentemente dalla conclusione dello stesso, nell'ultimo anno
		MEDIO	Un procedimento avviato dall'autorità giudiziaria o contabile o amministrativa e/o un procedimento disciplinare avviato nei confronti di un dipendente impiegato sul processo in esame, indipendentemente dalla conclusione dello stesso, negli ultimi tre anni
		BASSO	Nessun procedimento avviato dall'autorità giudiziaria o contabile o amministrativa nei confronti dell'Ente e nessun procedimento disciplinare nei confronti dei dipendenti impiegato sul processo in

			esame, negli ultimi tre anni
6	Livello di attuazione delle misure di prevenzione sia generali che specifiche previste dal PTPCT per il processo/attività desunte dai monitoraggi effettuati dai responsabili	ALTO	Il responsabile ha effettuato il monitoraggio con consistente ritardo, non fornendo elementi a supporto dello stato di attuazione delle misure dichiarato e trasmettendo in ritardo le integrazioni previste
		MEDIO	Il responsabile ha effettuato il monitoraggio puntualmente o con lieve ritardo, non fornendo elementi a supporto dello stato di attuazione delle misure dichiarato, ma trasmettendo nei termini le integrazioni richieste
		BASSO	Il responsabile ha effettuato il monitoraggio puntualmente, dimostrando in maniera esaustiva attraverso documenti e informazioni circostanziate l'attuazione delle misure
7	Segnalazione, reclami pervenuti con riferimento al processo in oggetto, intese come qualsiasi informazione pervenuta a mezzo e-mail, telefono, ovvero reclami o risultati di indagini di customer satisfaction, avente ad oggetto episodi di abuso, illecito, mancato rispetto delle procedure, condotta non etica, corruzione vera e propria, cattiva gestione, scarsa qualità del servizio	ALTO	Segnalazioni in ordine a casi di abuso, mancato rispetto delle procedure, condotta non etica, pervenute nel corso degli ultimi tre anni
		MEDIO	Segnalazioni in ordine a casi di cattiva gestione e scarsa qualità del servizio, pervenute nel corso degli ultimi tre anni
		BASSO	Nessuna segnalazione e/o reclamo
8	Presenza di gravi rilievi a seguito dei controlli interni di regolarità amministrativa tali da richiedere annullamento in autotutela, revoca di provvedimenti adottati ecc	ALTO	Presenza di gravi rilievi tali da richiede annullamento in autotutela o revoca dei provvedimenti interessati negli ultimi tre anni
		MEDIO	Presenza di rilievi tali da richiedere l'integrazione dei provvedimenti adottati
		BASSO	Nessun rilievo o rilievi di natura formale negli ultimi tre anni
9	Capacità dell'Ente di far fronte alle proprie carenze organizzative nei ruoli di responsabilità (dirigenti, PO) attraverso l'acquisizione delle corrispondenti figure apicali anziché l'affidamento di interim	ALTO	Utilizzo frequente dell'interim per lunghi periodi di tempo, ritardato o mancato espletamento delle procedure per ricoprire i ruoli apicali rimasti vacanti
		MEDIO	Utilizzo dell'interim per lunghi periodi di tempo, ritardato espletamento delle procedure per ricoprire i ruoli apicali rimasti vacanti
		BASSO	Nessun interim o utilizzo della fattispecie per il periodo strettamente necessario alla selezione del personale per ricoprire i ruoli apicali rimasti vacanti

Con riferimento all'indicatore dell'impatto, sono stati individuati i seguenti n.4 indici di valutazione, ciascuno dei quali può assumere un valore Alto, Medio, Basso, in accordo con la corrispondente descrizione:

INDICI DI VALUTAZIONE DELL'IMPATTO – I

1	Impatto sull'immagine dell'Ente misurato attraverso il numero di articoli di giornale pubblicati sulla stampa locale o nazionale o dal numero di servizi radio-televisivi trasmessi, che hanno riguardato episodi di cattiva amministrazione, scarsa qualità dei servizi o corruzione	ALTO	Un articolo e/o servizio degli ultimi tre anni riguardante episodi di cattiva amministrazione, scarsa qualità dei servizi o corruzione
		MEDIO	Un articolo e/o servizio degli ultimi cinque anni riguardante episodi di cattiva amministrazione, scarsa qualità dei servizi o corruzione
		BASSO	Nessun articolo e/o un servizio degli ultimi cinque anni riguardante episodi di cattiva amministrazione, scarsa qualità dei servizi o corruzione
2	Impatto in termini di contenzioso , inteso come i costi economici e/o organizzativi sostenuti per il trattamento del contenzioso dall'amministrazione	ALTO	Il verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi potrebbe generare un contenzioso o molteplici contenziosi che impegnerebbero l'ente in maniera consistente sia dal punto di vista economico che organizzativo
		MEDIO	Il verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi potrebbe generare un contenzioso o molteplici contenziosi che impegnerebbero l'ente sia dal punto di vista economico che organizzativo
		BASSO	Il contenzioso generato a seguito del verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi è di poco conto o nullo

3	Impatto organizzativo e/o sulla continuità del servizio , inteso come l'effetto che il verificarsi di uno o più eventi rischiosi inerenti il processo può comportare nel normale svolgimento delle attività dell'ente	ALTO	Interruzione del servizio totale o parziale ovvero aggravio per gli altri dipendenti dell'ente
		MEDIO	Limitata funzionalità del servizio cui far fronte attraverso altri dipendenti dell'ente o risorse esterne
		BASSO	Nessuno o scarso impatto organizzativo e/o sulla continuità del servizio
4	Danno generato a seguito di irregolarità riscontrate da organismi interni di controllo (controlli interni, controllo di gestione, audit) o autorità esterne (Corte dei Conti, Autorità Giudiziaria, Autorità Amministrativa)	ALTO	Il verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi comporta costi in termini di sanzioni che potrebbero essere addebitate all'ente molto rilevanti
		MEDIO	Il verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi comporta costi in termini di sanzioni che potrebbero essere addebitate all'ente sostenibili
		BASSO	Il verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi comporta costi in termini di sanzioni che potrebbero essere addebitate all'ente trascurabili o nulli

VALORI E FREQUENZE DELLA PROBABILITA': per la misurazione viene utilizzata la scala di misurazione ordinale: **ALTO, MEDIO, BASSO**
VALORI E IMPORTANZA DELL'IMPATTO: per la misurazione viene utilizzata la scala di misurazione ordinale: **ALTO, MEDIO, BASSO**

E' stata fatta una sintesi, per processo, dei valori delle variabili rilevati, attraverso l'impiego di un indice di posizione, la moda, ovvero, utilizzando il valore che si presenta con maggiore frequenza; nel caso in cui due valori si dovessero presentare con la stessa frequenza si è preferito il più alto fra i due.

Dopo aver attribuito i valori alle singole variabili degli indicatori di impatto e probabilità, seguendo gli schemi rappresentati delle precedenti tabelle e aver proceduto alla elaborazione del loro valore sintetico di ciascun indicatore, si procede all'identificazione del livello di rischio di ciascun processo, attraverso la combinazione logica dei due fattori probabilità e impatto, secondo i criteri indicati nella tabella seguente:

COMBINAZIONI VALUTAZIONI PROBABILITA'-IMPATTO

PROBABILITA'	IMPATTO	LIVELLO DI RISCHIO
ALTO	ALTO	RISCHIO ALTO
ALTO	MEDIO	RISCHIO CRITICO
MEDIO	ALTO	
ALTO	BASSO	RISCHIO MEDIO
MEDIO	MEDIO	
BASSO	ALTO	
MEDIO	BASSO	RISCHIO BASSO
BASSO	MEDIO	
BASSO	BASSO	RISCHIO MINIMO

VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO = COMBINAZIONE VALUTAZIONE PROBABILITA' - IMPATTO

Il collocamento di ciascun processo dell'Ente in una delle fasce di rischio, come indicate all'interno della precedente tabella, consente di definire il rischio intrinseco di ciascun processo, ovvero il rischio che è presente nell'organizzazione in assenza di qualsiasi misura idonea a contrastarlo, individuando quindi, allo stesso tempo la corrispondente priorità di trattamento.

Classificazione della modalità di gestione del rischio:
rischio BASSO-MINIMO= RISCHIO ACCETTABILE

rischio MEDIO= RISCHIO MEDIO
rischio ALTO-CRITICO= RISCHIO RILEVANTE.

La tipologia degli interventi da adottare in funzione del livello del rischio è la seguente:

RISCHIO ACCETTABILE: interventi di monitoraggio

RISCHIO MEDIO: interventi di urgenza / programmazione

RISCHIO RILEVANTE: interventi da effettuare in tempi brevi / da fare subito.

IL TRATTAMENTO DEL RISCHIO: L'INDIVIDUAZIONE DELLE MISURE ORGANIZZATIVE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

La sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del presente PIAO 2023-2025, ha natura programmatica e individua le misure di prevenzione e di trattamento del rischio poste in essere o programmate, in parte aventi natura obbligatoria ed in parte previste come interventi ulteriori dell'ASST di Cremona per fronteggiare i rischi individuati- misure specifiche: sono, di seguito, descritti in specifiche schede di programmazione gli obiettivi, gli indicatori, le misure, i responsabili e la tempistica ed il monitoraggio. Le misure organizzative vengono successivamente declinate negli obiettivi di budget annuali per i responsabili delle strutture aziendali, in un'ottica di responsabilizzazione di tutta la struttura organizzativa. Le misure organizzative si suddividono in:

- A. misure generali di governo del sistema, che incidono quindi sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione intervenendo trasversalmente sull'intera Azienda; sono rappresentate da:
- la trasparenza
 - il codice di comportamento e codice etico dell'ASST di Cremona
 - la disciplina del conflitto di interesse: obblighi di comunicazione e di astensione
 - la disciplina delle autorizzazioni allo svolgimento di attività ed incarichi extra istituzionali
 - la disciplina del pantouflage (attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro)
 - la disciplina della inconfiribilità di incarichi dirigenziali ed incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali
 - la disciplina inerente la formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione
 - la rotazione del personale addetto alle aree a rischio corruzione
 - la tutela del whistleblower
 - la formazione sui temi dell'etica e della legalità e formazione specifica
 - l'implementazione delle misure antiriciclaggio
 - le azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile
 - l'informatizzazione dei processi
 - la trasparenza nei contratti pubblici
 - la gestione dei documenti e dei dati ed il monitoraggio dei tempi procedurali;
- B. misure specifiche, che incidono sulle situazioni individuate tramite l'analisi del rischio. Rientrano in tale area:
- misure di controllo
 - misure di trasparenza ulteriori rispetto agli obblighi previsti dal decreto legislativo n.33/2013
 - misure di definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento
 - misure di rotazione
 - misure di formazione
 - misure di regolamentazione
 - misure di semplificazione /informatizzazione dei processi
 - misure di disciplina dei conflitti di interessi.

Il Codice di comportamento aziendale e codice etico: con decreto aziendale n. 355 del 30.11.2018 è stato adottato il testo aggiornato, in conformità all'art.54 c.5 del decreto legislativo n. 165/2001 e nel rispetto delle linee guida emanate da ANAC, in particolare per gli enti del Servizio Sanitario Nazionale, del codice di comportamento per il personale e del codice etico dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Cremona.

Il Codice definisce, ai fini dell'art. 54 del decreto legislativo n. 165/2001, così come modificato, da ultimo, dall'art.1 comma 44, della legge n.190/2012, e dell'art.1 del decreto del Presidente della Repubblica n.62/2013, i doveri costituzionali di diligenza, lealtà, imparzialità, buona condotta che i dipendenti ed il personale operante a qualunque titolo presso l'ASST sono tenuti ad osservare, rappresentando, quindi, l'aggiornamento del codice di comportamento aziendale adottato con precedente provvedimento deliberativo n. 173 del 11.06.2014.

Il Codice precisa, infatti, l'ambito di applicazione all'interno dell'Azienda, prevedendone, quindi, l'estensione anche a tutti i collaboratori o consulenti, con qualsiasi tipologia di contratto o incarico e a qualsiasi titolo, compresi i titolari di borse di studio, i tirocinanti, i collaboratori a titolo gratuito, i medici in formazione specialistica, i medici e gli altri professionisti sanitari convenzionati, i dottorandi di ricerca formalmente autorizzati, gli specialisti ambulatoriali, il personale assunto con contratto di lavoro interinale, i dipendenti di altre pubbliche amministrazioni in comando, distacco o fuori ruolo, comunque vincolati da un rapporto di lavoro con l'amministrazione, ai titolari di organi e di incarichi negli uffici di diretta collaborazione delle autorità politiche, nonché ai collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore dell'Azienda. Il Codice si pone come strumento per realizzare un sistema di amministrazione fondato su valori etici condivisi, volto all'adozione di procedure e comportamenti finalizzati ad assicurare il miglior soddisfacimento dei bisogni della salute ed a migliorare l'efficienza e l'efficacia dei processi, ed a prevenire fenomeni di corruzione, ricomprendendo anche i principi che sottendono il codice etico comportamentale, adottato in precedenza con provvedimento deliberativo n. 146 del 15.06.2007.

Il Codice ha, pertanto, una valenza etica e giuridica, oltre che disciplinare e costituisce un elemento essenziale per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza.

Il Codice è pubblicato, unitamente alla relazione illustrativa, sul sito istituzionale dell'Azienda nell'area Amministrazione Trasparente – disposizioni generali – atti generali. E' pubblicato, inoltre, sulla intranet aziendale – documenti cartella "Risorse Umane" e sul portale aziendale "Angolo del dipendente". Il Codice è stato trasmesso capillarmente a tutti i responsabili e di unità operativa/servizi ed ai coordinatori d'area dipartimentale dell'Azienda per la successiva condivisione con i propri collaboratori. Mediante l'attuazione di specifica procedura da parte del Settore Reclutamento della SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane, il Codice viene messo a disposizione degli assumendi, ai quali, al momento della sottoscrizione del contratto di lavoro, viene richiesta la restituzione di apposita attestazione di presa visione del Codice Etico e Codice di Comportamento aziendale.

Nel 2022 è stata, attivata, inoltre, la formazione interna inerente le tematiche dell'etica e della prevenzione della corruzione, che ha coinvolto, mediante l'utilizzo della piattaforma aziendale di e-learning, i responsabili delle strutture e servizi aziendali, i coordinatori ed i responsabili di area, ed i funzionari delle strutture amministrative e di staff.

Si riconfermano, quindi, i seguenti obiettivi, già previsti nel PTPCT 2022-2024, declinandoli per il triennio 2023-2025:

- prosecuzione dell'attuazione dei percorsi di formazione – da svolgersi sia in aula sia on line - per l'approfondimento della conoscenza della misura per i dipendenti dell'area sanitaria e sociosanitaria, con particolare riferimento ai neo assunti;
- attivazione misure di controllo circa la consegna/divulgazione del codice di comportamento aziendale a: neo assunti, libero professionisti, convenzionati.

Implementare quantitativamente e qualitativamente la conoscenza del codice di comportamento e codice etico aziendale			
Misura di formazione			
Fasi per l'attuazione	Tempi di realizzazione	Responsabili	Risultato atteso/indicatore
Individuazione dei nominativi del personale da arruolare per la formazione e definizione del target, tenuto conto anche delle	Dal 01.01.2023 al 28.02.2023 Dal 01.06.2023 al 31.08.2023 Dal 01.01.2024 al 28.02.2024 Dal 01.06.2024 al 31.08.2024 Dal 01.01.2025 al 28.02.2025	RPCT e SS Formazione	Target dei soggetti individuati

nuove assunzioni intervenute	Dal 01.06.2025 al 31.08.2025		
Fruizione della formazione mediante piattaforma on line o in aula	Dal 01.03.2023 al 30.11.2023 Dal 01.03.2024 al 30.11.2024 Dal 01.03.2025 al 30.11.2025	SS Formazione responsabili / direttori di UO/Servizio	Il rapporto tra il numero di partecipanti al corso sul numero dei soggetti individuati deve essere maggiore o uguale al 90%

Attivare misure di controllo sulla divulgazione del codice di comportamento e codice etico aziendale			
Misura di controllo			
Fasi per l'attuazione	Tempi di realizzazione	Responsabili	Risultato atteso/indicatore
Programmare l'attività mediante l'utilizzo della funzione di internal audit	Dal 01.03.2023 al 30.06.2023 Dal 01.03.2024 al 30.06.2024 Dal 01.03.2025 al 30.06.2025	Responsabile di internal audit, Direttore/posizioni organizzative SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Definizione /revisione della programmazione (tempi, metodo di verifica e identificazione del campione)
Svolgimento del controllo	Dal 01.07.2023 al 30.11.2023 Dal 01.07.2024 al 30.11.2024 Dal 01.07.2025 al 30.11.2025	Responsabile di internal audit, Direttore/posizioni organizzative SG Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Il rapporto tra il campione identificato e il numero dei controlli effettuati deve essere maggiore o uguale al 90%

Disciplina del conflitto d'interesse - obblighi di comunicazione e di astensione: l'art. 1, comma 41, della legge 190/2012 ha introdotto l'art. 6 bis nella legge n. 241 del 1990, rubricato "Conflitto di interessi". La disposizione stabilisce che "Il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale devono astenersi in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale". Tale norma va letta in modo coordinato con il Codice di comportamento dei dipendenti pubblici. L'art. 7 del DPR 62/2013, infatti, prevede che "Il dipendente si astiene dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere interessi propri, ovvero di suoi parenti affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, ovvero, di soggetti od organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi, ovvero di soggetti od organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui egli sia amministratore o gerente o dirigente. Il dipendente si astiene in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza. Sull'astensione decide il responsabile dell'ufficio di appartenenza".

Il vigente Codice di comportamento e codice etico aziendale, riprendendo ed integrando la disposizione dell'art 7 DPR 62, prevede all'art. 4 che il dipendente che si trovi in una delle situazioni sopra descritte deve tempestivamente comunicare per iscritto al proprio Dirigente le motivazioni per le quali ritenga di esercitare l'astensione. Sull'astensione decide il Dirigente della Struttura di appartenenza e, in caso la situazione riguardi il responsabile, il soggetto a lui sovraordinato nell'organizzazione Aziendale. Tutta la documentazione relativa ai casi di astensione dovrà essere trasmessa, a cura del Dirigente della Struttura, al Responsabile aziendale della prevenzione della corruzione. E' previsto, inoltre, che all'atto della prima assegnazione al servizio e in caso di ogni successivo trasferimento o diverso incarico, il dipendente informi per iscritto il dirigente dell'ufficio di tutti i rapporti che lo stesso abbia o abbia avuto negli ultimi tre anni, a qualsiasi titolo, con soggetti esterni dai quali possa derivare un conflitto di interessi anche potenziale e/o comunque in qualunque modo retribuiti. La norma del Codice aziendale prevede, inoltre, per il dipendente, di non accettare incarichi di collaborazione da soggetti privati che abbiano o abbiano avuto, nel biennio precedente, un interesse economico significativo in decisioni o attività inerenti all'ufficio di appartenenza.

L'ASST è, inoltre tenuta a monitorare i rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e dipendenti dell'amministrazione: nell'ambito delle autorizzazioni per lo svolgimento degli incarichi extra istituzionali dei propri dipendenti, nel 2018 l'Azienda ha aggiornato il regolamento in materia, contestualizzando meglio il "potenziale conflitto di interesse" e adottando nuova modulistica che prevede l'autocertificazione, sia da parte del dipendente interessato, che del proprio responsabile, dell'assenza del conflitto di interesse.

La gestione del conflitto di interessi assume uno speciale rilievo nello svolgimento delle procedure di affidamento degli appalti e concessioni, uno dei settori a maggior rischio corruttivo. Il Codice dei contratti pubblici contiene all'art. 42 una specifica norma in materia, anche avendo riguardo all'esigenza di garantire la parità di trattamento degli operatori economici. L'art.42 del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50, ha aggiunto, infatti, alle sopra citate norme in materia di conflitto di interesse, delle specifiche disposizioni al fine di contrastare fenomeni corruttivi nello svolgimento delle procedure di affidamento degli appalti e concessioni e garantire la parità di trattamento degli operatori economici ed assicurare l'indipendenza e l'imparzialità nell'intera procedura relativa al contratto pubblico, qualunque sia la modalità di selezione del contraente. ANAC, con la delibera n. 494 del 5.06.2019, ha emanato le linee guida n.15 recanti "Individuazione e gestione dei conflitti di interessi nelle procedure di affidamento di contratti pubblici". La stazione appaltante è tenuta a vigilare sulla corretta applicazione della disciplina prevista dall'art. 42 del dlgs 50/2016, durante tutte le fasi di una procedura di gara, ivi compresa la fase di esecuzione dei contratti pubblici.

Il tema della gestione del conflitto di interessi è, quindi, estremamente ampio ed è normativamente inserito in disposizioni che trattano aspetti differenti di attività: riconfermando gli obiettivi già previsti nel PTPCT 2022-2024, diventa strategica l'adozione di una specifica procedura aziendale di rilevazione e analisi delle situazioni di conflitto, potenziale o reale, nei processi dell'ente, con conseguente determinazione dell'iter di gestione, individuazione dei ruoli e responsabilità, predisposizione di modulistica e casistica e determinazione dei flussi informativi interni, seguendo le indicazioni contenute nel PNA 2022 per quanto riguarda il conflitto di interessi in materia di contratti, e tenuto conto delle eventuali modifiche normative che potrebbero intervenire in relazione all'entrata in vigore della nuova disciplina in materia di contratti pubblici.

Inoltre, la consapevolezza e la conoscenza dell'importanza della corretta valutazione del conflitto di interesse, da parte del singolo dipendente, costituiscono, quindi, gli elementi strategici per cambiare la "cultura" della maladministration ed agevolare la trasparenza dell'azione amministrativa: si ritiene, pertanto, necessario implementare l'azione di formazione / informazione interna sulle tematiche e sulle procedure operative che sono previste dagli attuali codici e dai regolamenti aziendali che trattano "il conflitto di interesse".

Implementare quantitativamente e qualitativamente la conoscenza dell'istituto del conflitto di interesse			
Misura di formazione			
Fasi per l'attuazione	Tempi di realizzazione	Responsabili	Risultato atteso/indicatore
Individuazione dei nominativi del personale da arruolare per la formazione e definizione del target, tenuto conto dei nuovi assunti intervenuti	Dal 01.01.2023 al 28.02.2023 Dal 01.06.2023 al 31.08.2023	RPCT e SS Formazione	Target dei soggetti individuati
	Dal 01.01.2024 al 28.02.2024 Dal 01.06.2024 al 31.08.2024		
	Dal 01.01.2025 al 28.02.2025 Dal 01.06.2025 al 31.08.2025		

Fruizione della formazione mediante piattaforma on line o in aula	Dal 01.03.2023 al 30.11.2023 Dal 01.03.2024 al 30.11.2024 Dal 01.03.2025 al 30.11.2025	UO Formazione responsabili / direttori di SC/Servizio	Il rapporto tra il numero di partecipanti al corso sul numero dei soggetti individuati deve essere maggiore o uguale al 90%
---	--	---	---

Definizione di una procedura aziendale per la gestione del conflitto di interesse			
Misura di regolamentazione			
Fasi per l'attuazione	Tempi di realizzazione	Responsabili	Risultato atteso/indicatore
Progettazione della procedura	Dal 01.03.2023 al 30.09.2023	RPCT, dirigenti delle SC Gestione Acquisti, Gestione Tecnico Patrimoniale, Affari Generali e Legali, Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Redazione di uno schema condiviso tra il RPCT ed i dirigenti delle SC coinvolte
Stesura ed emanazione della procedura	Dal 01.10.2023 al 31.01.2024	RPCT e ufficio qualità	Emanazione della procedura
Diffusione capillare	Dal 02.02.2024 al 31.03.2024	RPCT e ufficio qualità	Diffusione della procedura
Controllo applicazione	Dal 01.04.2024 al 31.12.2024	Dirigenti delle SC Gestione Acquisti, Gestione Tecnico Patrimoniale, Affari Generali e Legali, Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Relazione

Autorizzazioni allo svolgimento di attività ed incarichi extra istituzionali: l'ASST di Cremona, con decreto aziendale n. 389 del 20.12.2018, ha adottato il proprio "Regolamento aziendale in materia di incarichi extra istituzionali (ex art.53 del d.lgs n. 165/2001)". Il regolamento risponde agli obiettivi:

- di chiarire le fattispecie di "incompatibilità", "conflitto di interessi" ed "occasionalità" collegate alla materia e favorirne, in questo modo, la corretta applicazione;

- di inserire, rispetto alle disposizioni aziendali prima vigenti:

o delle limitazioni allo svolgimento degli incarichi extra istituzionali (vedi articolo 12), che attengono alla sfera di discrezionalità dell'azione amministrativa dell'ASST, e da intendersi quali strumenti di salvaguardia della tenuta organizzativa aziendale e di controllo per la prevenzione della corruzione;

o delle regole previste dalla norma di legge sul pantouflage, dandone una connotazione operativa, che costituisce attuazione dell'azione prevista nel PTPCT 2018/2020 sulla fattispecie della incompatibilità dopo la cessazione del rapporto di lavoro;

o delle regole comportamentali per le consulenze e perizie occasionali richieste da organi giurisdizionali o connesse all'esercizio della funzione giurisdizionale (CTU/CTP);

o una nuova modulistica, che si differenzia, da quella precedentemente in uso, per l'inserimento dell'autocertificazione, da parte del dipendente, dell'esistenza / inesistenza delle situazioni, tutte spiegate nel regolamento, che consentono lo svolgimento dell'incarico extra istituzionale; ciò rappresenta una assunzione diretta di responsabilità da parte del dipendente, che comporta obbligatoriamente la conoscenza delle regole di comportamento;

Il regolamento, entrato in vigore il 01.01.2019, disciplina, quindi, i criteri e le modalità mediante i quali l'ASST di Cremona provvede al rilascio al personale dipendente delle autorizzazioni per lo svolgimento di incarichi non compresi nei compiti e nei doveri d'ufficio, ai sensi dall'art.53 del D.Lgs n.165/2001, nel rispetto dell'applicazione del regime delle incompatibilità e del cumulo di attività e di incarichi previsto dalla normativa e dai contratti nazionali di lavoro nelle aree dirigenziali e dell'area del comparto.

In particolare il documento individua le attività incompatibili e/o vietate, le attività incompatibili per conflitto di interessi, le attività soggette a comunicazione preventiva e le attività per le quali occorre espressa autorizzazione preventiva. Sono inoltre disciplinati i criteri per il rilascio dell'autorizzazione e la

procedura autorizzativa, nonché previste le disposizioni per il personale del comparto con rapporto di lavoro a tempo parziale non superiore al 50%. Il documento regola, altresì, il conferimento di incarichi a dipendenti di altre amministrazioni e le consulenze e le perizie occasionali richieste da organi giurisdizionali o connesse all'esercizio della funzione giurisdizionale. Il Regolamento prevede limitazioni annuali allo svolgimento degli incarichi, collegati sia agli importi dei corrispettivi riconosciuti per gli incarichi svolti, sia al numero degli incarichi e disciplina, in ultimo, il regime sanzionatorio e le attività di verifica e controllo.

Il Regolamento è pubblicato sul sito istituzionale dell'Azienda nell'area Amministrazione Trasparente – disposizioni generali – atti generali. E' pubblicato, inoltre, sulla intranet aziendale – documenti cartella "Regolamenti" e sul portale aziendale "Angolo del dipendente".

Si riconferma, quindi, l'obiettivo, già previsto nel PTPCT 2022-2024, declinandolo sul triennio 2023-2025, di proseguire l'attuazione dei percorsi di formazione – da svolgersi sia in aula sia on line - per l'approfondimento della conoscenza della misura per i dipendenti dell'area sanitaria e sociosanitaria, con particolare riferimento ai neo assunti.

Implementare quantitativamente e qualitativamente la conoscenza della normativa inerente lo svolgimento di incarichi extra istituzionali e del vigente regolamento adottato dall'Azienda in materia			
Misura di formazione			
Fasi per l'attuazione	Tempi di realizzazione	Responsabili	Risultato atteso/indicatore
Individuazione dei nominativi del personale da arruolare per la formazione e definizione del target, tenuto conto anche delle nuove assunzioni intervenute	Dal 01.01.2023 al 28.02.2023 Dal 01.06.2023 al 31.08.2023	RPCT e SS Formazione	Target dei soggetti individuati
	Dal 01.01.2024 al 28.02.2024 Dal 01.06.2024 al 31.08.2024		
	Dal 01.01.2025 al 28.02.2025 Dal 01.06.2025 al 31.08.2025		
Fruizione della formazione mediante piattaforma on line o in aula	Dal 01.03.2023 al 30.11.2023 Dal 01.03.2024 al 30.11.2024 Dal 01.03.2025 al 30.11.2025	UO Formazione responsabili / direttori di SC/Servizio	Il rapporto tra il numero di partecipanti al corso sul numero dei soggetti individuati deve essere maggiore o uguale al 90%

Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro – il pantouflage: il comma 16-ter dell'art. 53 del d.lgs. n. 165/200145 dispone il divieto per i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni, di svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività dell'amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri; in caso di violazione del divieto sono previste specifiche conseguenze sanzionatorie che hanno effetti sul contratto di lavoro e sull'attività dei soggetti privati. I contratti di lavoro conclusi e gli incarichi conferiti in violazione del divieto sono, infatti, nulli e i soggetti privati che hanno concluso contratti o conferito incarichi in violazione del divieto non possono contrattare con la pubblica amministrazione per i successivi tre anni e hanno l'obbligo di restituire i compensi eventualmente percepiti e accertati, riferiti a detti contratti o incarichi.

Nel 2018 l'Azienda ha riaggiornato la propria procedura interna per la gestione della misura del pantouflage (revolving door) concernente l'attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro, ed acquisendo da parte dei dipendenti cessanti la dichiarazione del ricevimento della corretta informativa sul divieto, come sopra normativamente rappresentato.

L'ASST, anche in conformità a quanto contenuto nel PNA 2019 ed alle ulteriori indicazioni in materia previste da ANAC, adotta il formulario DGUE – documento unico europeo – che consiste in un'autodichiarazione compilata e sottoscritta dall'operatore economico, e che contiene la previsione di non

aver stipulato contratti di lavoro o comunque attribuito incarichi a ex dipendenti pubblici in violazione del predetto divieto.

La norma che disciplina il pantouflage si configura quale misura di prevenzione della corruzione volta a garantire l'imparzialità dell'attività del dipendente pubblico e, in particolare, come misura per prevenire le ipotesi di "incompatibilità successiva". L'ASST, attraverso l'attività di verifica attribuita al RPCT, programma degli adeguati strumenti e modalità per assicurare il rispetto di tale istituto.

L'obiettivo per la verifica dell'attuazione di questa misura organizzativa, declinato sul triennio 2023-2025, sarà l'avvio di un sistema di controllo delle dichiarazioni e dei formulari DGUE acquisiti in atti dall'ASST, secondo un campione stabilito.

Secondo le indicazioni del PNA 2022, si ritiene, inoltre, di prevedere negli atti aziendali di assunzione del personale interessato dall'applicazione dell'articolo 53 comma 16-ter del decreto legislativo n.165/01, l'inserimento di apposite clausole che prevedono specificamente il divieto di pantouflage.

Attivare misure di controllo delle dichiarazioni di impegno al rispetto del divieto di pantouflage acquisite in atti			
Misura di controllo			
Fasi per l'attuazione	Tempi di realizzazione	Responsabili	Risultato atteso/indicatore
Verificare l'acquisizione delle dichiarazioni di impegno al rispetto del divieto di pantouflage dei dipendenti dimissionari interessati della disciplina ex art 53, co. 16 ter D.Lgs n.165/2001: svolgimento del controllo	Controlli semestrali a decorrere dal 01.07.2023	RPCT, Direttore/posizioni organizzative SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Il rapporto tra il campione identificato e il numero dei controlli effettuati deve essere uguale al 100%

Inserimento delle clausole di divieto di pantouflage negli atti di assunzione del personale interessato dall'applicazione dell'istituto			
Misura di regolamentazione			
Fasi per l'attuazione	Tempi di realizzazione	Responsabili	Risultato atteso/indicatore
Identificazione degli atti di assunzione da implementare	Dal 01.04.2023 al 30.06.2023	RPCT, Direttore/posizioni organizzative SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Stesura di una check list condivisa
Verifica dell'inserimento	Dal 01.12.2023 al 31.12.2023 Dal 01.12.2024 al 31.12.2024 Dal 01.12.2025 al 31.12.2025	RPCT, Direttore/posizioni organizzative SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	100% del personale interessato assunto nell'anno

Inconferibilità di incarichi dirigenziali ed incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali

Ai sensi del decreto legislativo n. 39/2013 le pubbliche amministrazioni sono tenute a verificare la sussistenza di:

- a) eventuali condizioni ostative al conferimento di incarichi dirigenziali o altri incarichi previsti ai capi III e IV del decreto stesso, in capo ai soggetti a cui l'amministrazione intende conferire l'incarico, derivanti dallo svolgimento di particolari attività o da incarichi precedenti ricoperti da questi ultimi;
- b) la sussistenza di eventuali situazioni di incompatibilità nei confronti dei titolari di incarichi previsti nei Capi V e VI del decreto stesso per le situazioni contemplate nei medesimi Capi.

L'accertamento avviene mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato ai sensi dell'art. 46 del decreto del Presidente della Repubblica n. 445/2000, pubblicata sul sito dell'Azienda nella sezione Amministrazione trasparente.

Secondo la disciplina del decreto legislativo n. 39/2013:

- per quanto riguarda il punto a) (situazioni ostative al conferimento dell'incarico), la verifica avviene al momento del conferimento dell'incarico. Se all'esito della verifica risulta la sussistenza di una o più condizioni ostative, l'Azienda si astiene dal conferire l'incarico, pena la nullità dell'incarico e l'applicazione delle sanzioni di cui all'art. 18 del medesimo decreto;
- per quanto riguarda il punto b) (situazioni di incompatibilità) il controllo deve essere effettuato all'atto del conferimento dell'incarico, nonché annualmente e su richiesta nel corso del rapporto. Se la situazione di incompatibilità emerge al momento del conferimento dell'incarico, la stessa deve essere rimossa prima del conferimento. Se invece emerge nel corso del rapporto, il responsabile della prevenzione contesta la circostanza all'interessato ai sensi degli artt. 15 e 19 del d.lgs. n. 39 del 2013 e vigila affinché siano prese le misure conseguenti.

Con deliberazione n. 149 del 22.12.2014 recante "Interpretazione e applicazione del decreto legislativo n. 39/2013 nel settore sanitario" l'ANAC ha chiarito che le ipotesi di inconfiribilità e di incompatibilità di incarichi di cui al decreto stesso presso le Aziende del SSN devono intendersi applicate solo con riferimento agli incarichi di Direttore Generale, Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo, alla luce della disciplina speciale dettata dal legislatore all'art.1 commi 49 e 50 della Legge 190/2012 e degli artt. 5, 8, 10 e 14 del D.Lgs. 39/2013.

Alla luce di quanto sopra, e tenuto conto di quanto previsto dalla legge della Regione Lombardia n. 23/2015 di riforma del Servizio Sociosanitario lombardo, l'ASST provvede ad acquisire dal Direttore Amministrativo, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Sociosanitario apposita dichiarazione di assenza di cause di inconfiribilità all'atto della nomina e annualmente la dichiarazione di assenza di cause di incompatibilità. Le dichiarazioni sono pubblicate nell'area Amministrazione Trasparente del sito web aziendale.

Per quanto attiene alla verifica delle cause di inconfiribilità e incompatibilità del Direttore Generale, la stessa compete invece all'amministrazione regionale.

Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione

L'art. 35 – bis del decreto legislativo 30/03/2001, n. 165 "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche", e riguardante la "Prevenzione del fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni e nelle assegnazioni agli uffici", stabilisce che " Coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale (delitti dei pubblici ufficiali contro la pubblica amministrazione): a) non possono fare parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi; b) non possono essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati; c) non possono fare parte delle commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere".

Come suggerito nel PNA 2019, tenuto conto della rilevanza che assume la misura in argomento, l'ASST ha adottato una procedura ad hoc che viene utilizzata sia nelle procedure concorsuali sia nelle procedure di selezione per contratti atipici.

Rotazione del personale addetto alle aree a rischio corruzione

La rotazione del personale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione rappresenta, nell'impianto della legge 190/2012, una misura di importanza cruciale tra gli strumenti di prevenzione della corruzione, con l'intento che l'alternanza tra più professionisti nell'assunzione delle decisioni e nella gestione delle procedure riduca il rischio che possano instaurarsi relazioni particolari tra amministrazioni ed utenti, con il conseguente consolidarsi di situazioni di privilegio e l'aspettativa a risposte illegali improntate alla collusione.

Il ricorso alla rotazione del personale può concorrere a prevenire e ridurre eventuali eventi corruttivi con particolare riferimento alle aree a più elevato rischio, evitando il determinarsi di possibili fattori di condizionamento. La rotazione del personale è quindi uno strumento ordinario di organizzazione ed utilizzo ottimale delle risorse umane, da non assumere in via emergenziale o con valenza punitiva e, come tale, va accompagnato e sostenuto anche da percorsi di formazione che consentano una riqualificazione professionale.

E' necessario sottolineare che, come evidenziato nel PNA 2016, e confermato nel PNA 2019, in sanità l'applicabilità del principio della rotazione presenta delle criticità in ragione della specificità delle competenze richieste nello svolgimento delle funzioni apicali sia nel settore clinico, che è vincolato dal possesso di titoli e competenze specialistiche e di expertise consolidate, che nel settore tecnico e amministrativo dove le figure con competenze tecniche specifiche (ad es., ingegneria clinica, fisica sanitaria, informatica, ecc.), o acquisite (per esempio la funzione del responsabile del settore protezione e prevenzione), sono in numero molto limitato all'interno di un'azienda. Il ricorso alla rotazione deve, pertanto, essere considerato in una logica di necessaria complementarietà con le altre misure di prevenzione della corruzione e con misure alternative dall'effetto analogo, specie laddove possano presentarsi difficoltà applicative sul piano organizzativo. Valutato, da un lato, l'interesse alla riduzione del rischio di corruzione e, dall'altro, l'interesse a garantire l'efficacia e l'efficienza dell'azione amministrativa, alla luce della funzione pubblica esperita dall'Ente, tenuto conto dell'esiguità delle risorse professionali nonché dell'alto turn over a cui è già soggetta l'organizzazione, soprattutto per alcune figure lavorative, ed il difficile reperimento di nuovo personale, l'ASST di Cremona, al di fuori dei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva, ritiene di non poter applicare la misura della rotazione del personale dirigenziale e direttivo – ruolo professionale, tecnico, sanitario e ruolo sanitario non medico.

Premesso quanto sopra, l'ASST di Cremona, nei precedenti PTPCT – da ultimo PTPCT 2022-2024 – a cui si rinvia, confermava l'attuazione di misure compensative.

Si conferma, anche per il triennio 2023-2025, il mantenimento dell'utilizzo delle seguenti misure compensative, fatta salva la necessità di aggiornamento / modifica delle stesse in virtù dell'entrata in vigore di specifiche norme nazionali e/o regionali in materia:

- attuazione dei seguenti regolamenti adottati dall'ASST inerenti i sistemi di attribuzione degli incarichi: "Regolamento del sistema degli incarichi di posizione dirigenziale della dirigenza Area Sanità – CCNL 19.12.2019" (approvato con decreto n.455 del 5.10.2022), "Regolamento inerente il sistema degli incarichi per il personale del comparto" (approvato con decreto n.592 del 30.12.2022), "Regolamento del sistema degli incarichi di posizione dirigenziale dell'area della dirigenza professionale tecnica e amministrativa - CCNL 17.12.2020" (approvato con decreto n. 11 del 14.01.2022);

- attuazione del principio di segregazione delle funzioni, con attribuzione a soggetti diversi delle funzioni istruttorie, procedurali amministrative, di valutazione tecnica, decisionali e di verifica dell'esecuzione:

o come previsto dal comma 12 dell'art 77 del decreto legislativo n. 50/2016, nelle more dell'avvio dell'Albo nazionale dei componenti delle commissioni giudicatrici, così come normativamente posticipato, l'ASST ha agito il Regolamento vigente per "la nomina e la composizione delle commissioni di gara e l'attribuzione per la predisposizione dei capitolati tecnici", che definisce le modalità attuative degli incarichi per la predisposizione dei capitolati tecnici al fine di assicurare imparzialità dell'azione amministrativa nel rispetto dei principi di economicità, trasparenza, efficacia, tempestività e correttezza (delibera n. 245 del 18/07/2016): nel 2019 l'ASST ne ha, pertanto, confermato l'utilizzo, unitamente ai controlli sulle dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi dei commissari;

o sono stati implementati processi e percorsi trasparenti e condivisi da soggetti diversi su procedure quali:

- 1) gli acquisti di beni definiti infungibili, per i quali, nel 2017, con provvedimento deliberativo n. 427 del 2.10.2017 “Approvazione regolamento per l’acquisizione di prodotti e servizi infungibili e/o esclusivi”, si è provveduto in ASST all’aggiornamento regolatorio interno;
- 2) la valutazione sulla destinazione delle risorse per investimento, mediante la convocazione della Commissione Dispositivi Medici aziendale;
- 3) la condivisione di procedure e creazione di moduli standard per la gestione delle procedure di gara, al fine di garantire l'intervento di soggetti diversi nei processi di valutazione e di decisione.

Dal 2019, anche in ottemperanza alle indicazioni dettate da Regione Lombardia con DGR n XI /491/2018 – allegato C – è stata implementata la rendicontazione interna semestrale al RPCT e alla direzione strategica delle acquisizioni di beni e servizi infungibili; inoltre, la Commissione aziendale HTA ha definito il nuovo percorso aziendale per la valutazione delle richieste di dispositivi medici, apparecchiature e sistemi innovativi, infungibili ed esclusivi; nel 2020 si è provveduto all’aggiornamento del regolamento in materia di forniture e servizi infungibili e/o esclusivi, prevedendo verifiche di monitoraggio e controllo di attuazione;

o vengono adottati ed aggiornati, a garanzia del buon andamento dell’azione amministrativa, regolamenti aziendali – tra cui si ricorda l’aggiornamento, nel 2022, del regolamento aziendale per l’organizzazione della libera professione (per una consultazione complessiva, si rinvia al link <https://www.asst-cremona.it/atti-generalis>);

o è stato avviato in Azienda, nel 2017, il percorso della certificabilità dei bilanci di cui alla DGR n. X/7009 del 31.2017; nel rispetto delle scadenze definite dal percorso, nel 2019 sono state implementate le procedure previste per le seguenti aree: Area crediti e ricavi, Disponibilità liquide, Area debiti e costi; nel 2020, compatibile con l’emergenza sanitaria da COVID-19, in linea con le disposizioni regionali di sistema, è stato parzialmente avviato il percorso di affinamento e di verifica e controllo di applicazione delle procedure stesse, consolidando il percorso attuato sino ad ora, percorso che è stato ripreso nel 2022;

o nel 2018 è stato implementato, ed è entrato a regime, il processo di gestione e produzione dei provvedimenti aziendali informatizzati – work flow; l’Azienda, con provvedimento deliberativo n.188 del 16 marzo 2018, ha adottato il “Regolamento aziendale in materia di adozione dei decreti del direttore generale e delle determinazioni dirigenziali”, che disciplina gli ambiti delle competenze per la produzione dei provvedimenti aziendali ed i soggetti legittimati, descrive il processo di work flow, definisce i contenuti essenziali dei provvedimenti, la loro pubblicità legale ed i controlli a cui sono assoggettati;

o attivazione di Audit finalizzati alla verifica dei processi e delle attività delle Risorse Umane e dei Sistemi Informativi: nel 2019 sono stati attivati audit che hanno portato alla attivazione del processo informatizzato di presentazione delle domande di concorso e di protocollazione delle stesse e gestione dei relativi fascicoli.

-Attuazione del principio di distinzione tra le funzioni di indirizzo e di controllo e le funzioni di attuazione e gestione, ai sensi dell’articolo 4, comma 4, del decreto legislativo n.165/2001, in corrispondenza alla determinazione del POAS 2022-2024, approvato con DGR della Regione Lombardia n. XI/6278/2022: entro il primo quadrimestre 2023 verrà approvato l’aggiornamento del regolamento aziendale per l’adozione degli atti amministrativi e per l’esercizio delle funzioni delegate, nonché attribuite le deleghe per la sottoscrizione di atti.

Si confermano, inoltre, per le aree a rischio corruzione, i seguenti comportamenti operativi ed organizzativi:

- messa in atto, da parte dei dirigenti responsabili, di azioni finalizzate alla rotazione dei procedimenti assegnati, compatibilmente con l’organizzazione del servizio, e le competenze specifiche e/o professionali e la promozione continua della interoperabilità, sin dove possibile, tra tutti gli operatori;
- archiviazione della documentazione istruttoria inerente i procedimenti espletati all’interno di cartelle su rete informatica, accessibile ad una pluralità di operatori appartenenti allo stesso ufficio/settore, nel rispetto del segreto d’ufficio.

L'ASST applica quanto disposto dall'art.16 comma 1 lett 1-quater del decreto legislativo n. 165/2001 in tema di rotazione straordinaria in caso di notizia formale di avvio, a carico di un dipendente, di procedimento penale o disciplinare per fatti di natura corruttiva. Nel 2022 la misura non ha interessato alcun dipendente.

Verrà predisposta ed attuata, comunque, nel triennio 2023-2025, apposita procedura operativa aziendale disciplinante il procedimento di rotazione straordinaria.

Definizione di una procedura aziendale disciplinante il procedimento di rotazione straordinaria (art. 16 comma 1 lett. 1-quater del decreto legislativo 165/2001)			
Misura di regolamentazione			
Fasi per l'attuazione	Tempi di realizzazione	Responsabili	Risultato atteso/indicatore
Emanazione della procedura	Dal 01.01.2023 al 31.12.2023	Dirigente/PO SC Gestione Risorse Umane	Comunicazione assunzione della procedura al RPCT
Attuazione della procedura	Dal 01.01.2024 al 31.12.2024 Dal 01.01.2025 al 31.12.2025	Dirigente SC Gestione Risorse Umane	Relazione annuale al RPCT

La tutela del whistleblower

Con deliberazione n. 46 del 17 febbraio 2016 è stato approvato il “Regolamento aziendale per la tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti”.

Attraverso tale regolamento l’Azienda assicura l’effettiva tutela del dipendente che effettua segnalazioni di condotte illecite delle quali sia venuto a conoscenza in ragione del proprio lavoro, secondo quanto disposto dall’art. 54 bis del d.lgs. n. 165 del 2001, prevedendo:

- la garanzia di tutela della riservatezza del denunciante mediante sottrazione delle segnalazioni al diritto d’accesso ai sensi della legge n. 241/1990;
- la protocollazione delle segnalazioni in forma riservata, attribuendo l’accesso alle informazioni esclusivamente al responsabile della prevenzione della corruzione ed agli eventuali soggetti tenuti all’effettuazione delle necessarie verifiche;
- l’assegnazione al responsabile della prevenzione della corruzione del compito di analizzare le segnalazioni, anche anonime, di violazioni del Piano o di condotte illecite e di prevedere indagini e verifiche interne, coinvolgendo esclusivamente le figure aziendali indispensabili alla verifica dei fatti denunciati;
- l’obbligo di riservatezza a carico di tutti coloro che ricevono o vengono a conoscenza della segnalazione e di coloro che successivamente venissero coinvolti nel processo di gestione della segnalazione.

Il regolamento è stato pubblicato sul sito internet e nella intranet aziendale.

Oltre alle segnalazioni riservate, sono tenute in considerazione anche le segnalazioni anonime, dettagliate e circostanziate, rientranti nella casistica accettata, e che, pertanto, possono successivamente costituire oggetto di valutazione e di approfondimento istruttorio da parte dell’Azienda.

Nel 2022 è pervenuta n. 1 segnalazione, valutata ed archiviata dal RPCT.

Con il decreto legislativo 10 marzo 2023 n. 24 “Attuazione della direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 ottobre 2019, riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell’Unione e recante disposizioni riguardanti la protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali”, l’Italia ha recepito in via definitiva la direttiva europea sul whistleblowing; i soggetti del settore pubblico ed i soggetti del settore privato attiveranno propri canali di segnalazione, atti a garantire, anche tramite il ricorso a strumenti di crittografia, la riservatezza dell’identità della persona segnalante, della persona coinvolta e della persona comunque menzionata nella segnalazione, nonché del contenuto della segnalazione e della relativa documentazione, mentre un canale di segnalazione esterna verrà attivato dall’Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) la quale, sentito il Garante per la protezione dei dati personali, adotterà, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del decreto, le linee guida relative alle procedure per la presentazione e la gestione delle segnalazioni esterne.

Le disposizioni normative avranno effetto a decorrere dal 15 luglio 2023.

L’ASST di Cremona metterà, pertanto, in atto, le misure richieste.

E' confermato, inoltre, in parallelo, per il triennio 2023-2025, l'obiettivo già declinato nei precedenti PTPCT, di prosecuzione dell'attuazione di percorsi di formazione on line ed in aula per l'approfondimento della conoscenza della misura per i dipendenti dell'area sanitaria e sociosanitaria e per i neo assunti, anche alla luce dell'aggiornamento normativo inerente l'istituto del whistleblowing.

Attuazione del decreto legislativo n.24/2023 e aggiornamento regolamento aziendale per la tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti			
Misura di regolamentazione			
Fasi per l'attuazione	Tempi di realizzazione	Responsabili	Risultato atteso/indicatore
Aggiornamento del regolamento	Dal 16.03.2023 al 15.07.2023	RPCT e SC Affari Generali e Legali	Approvazione del regolamento mediante decreto del direttore generale

Implementare quantitativamente e qualitativamente la conoscenza della normativa inerente l'istituto del whistleblowing e delle modalità di applicazione nell'ASST			
Misura di formazione			
Fasi per l'attuazione	Tempi di realizzazione	Responsabili	Risultato atteso/indicatore
Individuazione dei nominativi del personale da arruolare per la formazione e definizione del target, tenuto conto anche delle nuove assunzioni intervenute	Dal 01.01.2023 al 28.02.2023	RPCT e SS Formazione	Target dei soggetti individuati
	Dal 01.06.2023 al 31.08.2023		
	Dal 01.01.2024 al 28.02.2024		
	Dal 01.06.2024 al 31.08.2024		
Fruizione della formazione mediante piattaforma on line o in aula	Dal 01.01.2025 al 28.02.2025	SS Formazione responsabili / direttori di SC/Servizio	Il rapporto tra il numero di partecipanti al corso sul numero dei soggetti individuati deve essere maggiore o uguale al 90%
	Dal 01.06.2025 al 31.08.2025		
	Dal 01.03.2023 al 30.11.2023		
	Dal 01.03.2024 al 30.11.2024		
	Dal 01.03.2025 al 30.11.2025		

Formazione sui temi dell'etica e della legalità e formazione specifica

L'ASST promuove l'attività formativa ed informativa sulle diverse problematiche inerenti la prevenzione della corruzione e la trasparenza, nella consapevolezza che la condivisione e la diffusione della cultura dell'etica e delle corrette norme comportamentali rappresenta una efficace misura per la prevenzione della corruzione. In continuità con le azioni messe in atto negli scorsi anni e rappresentate nei precedenti PTPCT aziendali, a cui si rinvia, l'ASST di Cremona promuove all'interno del proprio piano di formazione aziendale annuale delle iniziative volte a: diffondere i valori etici, mediante l'insegnamento di principi di comportamento eticamente e giuridicamente adeguati, divulgare la conoscenza e la condivisione degli strumenti di prevenzione, sensibilizzare i dipendenti sulle responsabilità correlate al mancato rispetto delle regole comportamentali vigenti, supportare i dipendenti operanti nei settori particolarmente esposti a rischi corruttivi, anche al fine di predisporre procedure e modulistiche e individuare tipologie di controlli coadiuvanti nella prevenzione del rischio corruttivo.

Nello specifico, per l'anno 2023, i fabbisogni formativi sono stati individuati dal Responsabile della prevenzione, dal Direttore della SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane, in raccordo con la SS Formazione, e le iniziative formative sono state inserite nel Piano Formativo Aziendale anno 2023, per l'approfondimento del quale si rinvia alla successiva Sezione "Organizzazione e Capitale umano" del presente PIAO.

Nel 2023 l'attività di formazione e sensibilizzazione sarà garantita anche mediante:

- la prosecuzione della realizzazione di corsi c.d. "welcome day" destinati al personale neo assunto, ed aventi quale obiettivo formativo, l'apprendimento delle procedure organizzative vigenti in azienda, ed attraverso le quali si ottemperano e declinano le principali tematiche trasversali all'organizzazione: sicurezza, privacy, codice di comportamento, anticorruzione, trasparenza, risk management, ect;

- il coinvolgimento, da parte del RPCT, dei dipendenti dei settori aziendali maggiormente esposti al rischio corruttivo, per la partecipazione a corsi/webinar/giornate formative a tema in materia di anticorruzione e trasparenza organizzate da enti/soggetti esterni.

Il RPCT garantirà, inoltre, la propria partecipazione agli eventi formativi ed ai network a tema che saranno organizzati da Regione Lombardia, ORAC, ed ANAC durante l'anno.

Implementazione delle misure antiriciclaggio

Il settore sanitario assorbe una ingente quantità di risorse pubbliche ed è chiamato a gestire processi complessi, finalizzati a tutelare il diritto alla salute, assicurare la continuità dei percorsi di presa in carico e cura dei pazienti, garantendo il funzionamento delle strutture erogative. La messa in atto, inoltre, nei prossimi anni, delle misure avviate per il PNRR, che, nell'ambito sociosanitario lombardo, riguarderanno l'attuazione della legge regionale n. 22/2021, e, nello specifico la realizzazione delle case di comunità, degli ospedali di comunità e delle COT (centrali operative territoriali) (poli ospedalieri, ambulatori, ecc...), determinerà un aumento nella potenziale esposizione al rischio di riciclaggio, messo in atto da soggetti (come le organizzazioni criminali) che hanno interesse a re-immettere nel circuito dell'economia legale i proventi derivanti da attività illecite.

Il d.lgs. 231/2007 impone alle aziende sanitarie pubbliche il dovere di comunicare all'Unità di Informazione Finanziaria (UIF) dati e informazioni concernenti le operazioni sospette di cui vengano a conoscenza nell'esercizio della propria attività istituzionale.

Con decreto aziendale n. 484 del 15.11.2019 è stato approvato il regolamento aziendale in materia di contrasto ai fenomeni di riciclaggio e di finanziamento al terrorismo. Nel 2023 l'ASST attuerà la formazione interna necessaria a garantire la conoscenza applicativa degli strumenti operativi e messi in campo per le SOS.

Nel 2022 l'ASST ha svolto, inoltre, un approfondimento in merito alla possibilità di opposizione, per l'Ente, oltre che alla cessione del credito ai sensi dell'articolo 106 del decreto legislativo n.50/2016, anche alla procura all'incasso: all'origine di tale esigenza, vi è l'elevato numero di fatture interessate, cedute con differenti atti, riguardanti plurimi fornitori e maturate nell'ambito di molteplici contratti, situazione che rende oggettivamente complessa la gestione dei pagamenti, con il rischio di comprometterne la tracciabilità e di celare operazioni di riciclaggio. L'approfondimento giuridico effettuato sugli istituti di cessione del credito e procura all'incasso ha portato l'ASST a modificare i propri capitolati di gara con l'inserimento di una clausola ad hoc.

Implementare le misure antiriciclaggio – definizione di strumenti operativi per le SOS			
Misura di formazione			
Fasi per l'attuazione	Tempi di realizzazione	Responsabili	Risultato atteso/indicatore
Formazione interna per la divulgazione del regolamento e degli strumenti operativi per le SOS	Dal 01.01.2023 al 31.12.2023	Responsabile aziendale antiriciclaggio e RPCT	Report comprovante la formazione somministrata

Implementare le misure antiriciclaggio – controllo utilizzo istituto procura all'incasso			
Misura di controllo			
Fasi per l'attuazione	Tempi di realizzazione	Responsabili	Risultato atteso/indicatore
Monitoraggio utilizzo dell'istituto della procura all'incasso nei contratti dell'ASST di Cremona	Dal 01.01.2023 al 31.12.2023	Direttori SC Gestione Acquisti, SC Gestione Patrimoniale e Ufficio Tecnico, SC Nuovo Ospedale, SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità.	Relazione a fine anno al RPCT sul livello di copertura ed inserimento della clausola nei contratti aziendali e sulle richieste pervenute dalle ditte appaltatrici.

Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile

Lo sviluppo dell'etica e della responsabilità civile assume un ruolo determinante con alcuni attori della rete relazionale dell'ASST.

A norma dell'art.1, comma 17, della legge n. 190/2012, l'ASST di Cremona, in qualità di stazione appaltante ed ente del SSR, utilizza il Patto di integrità in materia di appalti pubblici approvato dalla Regione Lombardia con delibera di Giunta Regionale n. IX/1751 del 17.06.2019.

Il patto di integrità, che viene sottoscritto dagli operatori economici partecipanti alla gara, prevede specifiche clausole secondo le quali il mancato rispetto del medesimo patto di integrità dà luogo all'esclusione dalla gara e alla risoluzione del contratto. Viene richiesto all'impresa di impegnarsi non solo alla corretta esecuzione del contratto d'appalto, ma soprattutto ad un comportamento leale, corretto e trasparente, sottraendosi a qualsiasi tentativo di corruzione o condizionamento dell'aggiudicazione del contratto.

L'ASST di Cremona ha sviluppato, inoltre, nel tempo, rapporti di collaborazione con molte associazioni di volontariato / enti del terzo settore presenti nel territorio, riconoscendone il ruolo e l'importanza, soprattutto a sostegno e garanzia dell'umanizzazione dei servizi sanitari e sociosanitari. Alla luce delle disposizioni normative nazionali e regionali vigenti in materia, tra cui principalmente:

- il decreto legislativo n. 117/2017 avente per oggetto "Codice del Terzo settore, a norma dell'articolo 1, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n. 106", che riconosce il valore e la funzione sociale degli enti del terzo settore, dell'associazionismo, dell'attività di volontariato e della cultura e pratica del dono quali espressioni di partecipazione, solidarietà e pluralismo, e prevede che le amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1 comma 2 del decreto legislativo 30 marzo 2001 n.165 possano sottoscrivere con le organizzazioni di volontariato e le associazioni di promozione sociale convenzioni finalizzate allo svolgimento, in favore di terzi, di attività o servizi sociali di interesse generale, se più favorevoli rispetto al ricorso al mercato;

- la legge della Regione Lombardia n. 33/2009, che, riconosce e promuove il ruolo del volontariato nella sua essenziale funzione complementare e ausiliaria al SSL, finalizzata al raggiungimento e al consolidamento della buona qualità, dell'efficienza dell'attività e della professionalità degli operatori, nonché dell'appropriatezza e dell'umanizzazione dei servizi sanitari e sociosanitari, in un'ottica sussidiaria favorendo momenti di aggregazione ed ascolto delle associazioni di volontariato, anche nell'ambito dei tavoli di confronto.

L'ASST di Cremona che, dal 01.01.2016, ha acquisito dall'ex ASL della provincia di Cremona, le attività erogative relative agli ambiti socio sanitari, ha ritenuto opportuno definire un regolamento aziendale che disciplinasse i rapporti tra l'ASST e gli enti del terzo settore – regolamento adottato con decreto aziendale n. 367 del 12.12.2018: a partire dal 2023 si attiverà il procedimento amministrativo di revisione del suddetto regolamento, ponendo particolare attenzione, da un lato, al rafforzamento della condivisione e responsabilizzazione del rispetto dei principi dell'etica sociale e, dall'altro, al potenziamento di misure che garantiscano la condivisione partecipata alle iniziative dell'Ente.

L'ASST di Cremona ha attivato, inoltre, secondo le ultime indicazioni normative in materia, la procedura finalizzata alla nomina del responsabile dell'Ufficio di Pubblica Tutela (UPT), ufficio deputato alla tutela dei diritti dei cittadini rispetto ad azioni o omissioni nell'esercizio delle attività di competenza dell'Azienda e/o dei servizi sanitari e sociosanitari presenti sul territorio; dal 2023, pertanto, formalizzata la nomina del responsabile UPT dell'ASST di Cremona, si attiveranno, con lo stesso, le sinergie collaborative necessarie al perseguimento del valore pubblico.

Collaborazioni con il terzo settore – perseguimento del valore pubblico			
Misura di controllo			
Fasi per l'attuazione	Tempi di realizzazione	Responsabili	Risultato atteso/indicatore
Sottoscrizione del patto di integrità da parte degli operatori economici partecipanti alle gare dell'ASST	Dal 01.01.2023 al 31.12.2023 Dal 01.01.2024 al 31.12.2024 Dal 01.01.2025 al 31.12.2025	Direttori SC Gestione Acquisti, SC Gestione Patrimoniale e Ufficio Tecnico, SC Nuovo Ospedale	Relazione a fine anno al RPTC: il nr di patti di integrità sottoscritti e presenti nei fascicoli di gara / nr complessivo degli operatori economici = 1
Misura di regolamentazione			
Aggiornamento del regolamento aziendale inerente la collaborazione con il terzo settore	Dal 01.07.2023 al 31.12.2024	Direttore SC Affari Generali e Legali, Responsabile SS Comunicazione	Adozione del documento e sottoscrizione tra le parti

Misura di semplificazione			
Definizione di una procedura operativa da condividere con il responsabile URP	Dal 01.07.2023 al 31.12.2024	Direttore SC Affari Generali e Legali, Responsabile SS Comunicazione	Adozione del documento e sottoscrizione tra le parti

Informatizzazione dei processi

L'Art. 97 della Costituzione reca: "I pubblici uffici sono organizzati secondo disposizioni di legge, in modo che siano assicurati il buon andamento e l'imparzialità dell'amministrazione"; l'articolo 1 della legge n. 241/90 "Nuove norme sul procedimento amministrativo", nell'individuare i principi ai quali si deve conformare l'attività amministrativa, reca " L'attività amministrativa persegue i fini determinati dalla legge ed è retta da criteri di economicità, di efficacia, di imparzialità, di pubblicità e di trasparenza, secondo le modalità previste dalla presente legge e dalle altre disposizioni che disciplinano singoli procedimenti, nonché dai principi dell'ordinamento comunitario".

L'operatività del principio del "buon andamento" si estende oltre l'amministrazione in senso stretto, e riguarda il complessivo funzionamento della P.A., ed attiene non solo alla organizzazione delle strutture ed all'articolazione delle competenze, ma anche alla disciplina dei poteri amministrativi e dei relativi procedimenti.

Sul piano dei significati, il principio di buon andamento è stato identificato con la predisposizione di strutture e moduli di organizzazione volti ad assicurare un'ottimale funzionalità o rappresentato come obiettivo di tempestività e efficienza o come esigenza generale di efficienza dell'azione amministrativa o definito o inteso come economicità di gestione e contenimento dei costi dei servizi pubblici.

Nel perseguimento di tale principio, l'ASST si è impegnata, nel corso degli anni precedenti, alla progressiva informatizzazione della gestione dei procedimenti amministrativi tramite, dapprima, l'implementazione del sistema di protocollo informatizzato e della gestione dei documenti elettronici e, successivamente, l'implementazione di un work flow inerente la produzione informatizzata delle determinazioni dirigenziali e dei provvedimenti del direttore generale.

Nel 2019 l'informatizzazione dei procedimenti ha riguardato la ricezione delle domande di concorso e la gestione delle stesse nel sistema di protocollo; nel 2020 la revisione ha riguardato l'avvio del nuovo albo pretorio on line, con l'attuazione del registro informatizzato delle pubblicazioni legali. Nel 2021 l'informatizzazione dell'attività amministrativa ha riguardato la messa in produzione digitale di comunicazioni in partenza da parte dell'UO Affari Generali e Legali.

E' stata, inoltre, avviata, in sperimentazione su alcuni reparti, l'informatizzazione della cartella clinica, progetto che, partito a fine 2020 su alcune unità operative pilota, è stato implementato nel 2021.

Unitamente alla cartella clinica informatizzata, costituisce obiettivo strategico per l'ASST anche l'implementazione continua della telemedicina, modalità erogativa che ha assunto un ruolo pregnante con l'avvento della pandemia.

L'informatizzazione dell'attività dell'ente è, comunque, correlata alle procedure regolatorie approvate dall'Azienda, che assicurano l'applicazione dei principi di buon andamento all'azione amministrativa.

I regolamenti adottati sono consultabili sul sito web dell'ASST di Cremona – sezione amministrazione trasparente – disposizioni generali – atti generali – link <https://www.asst-cremona.it/atti-generalis>

La trasparenza nei contratti pubblici

Si confermano le misure specifiche già previste nei precedenti piani di prevenzione della corruzione e trasparenza dell'Ente:

- attuazione dei vigenti regolamenti aziendali in materia di:

o acquisti in economia di beni e servizi – di cui al provvedimento deliberativo n. 189 del 25.07.2013, successivamente integrato a seguito dell'entrata in vigore del decreto legislativo n.50/2016 e dell'emanazione delle linee guida ANAC in materia

o affidamento dei contratti pubblici di importo inferiore alla soglia di rilevanza comunitaria relativi a lavori, servizi e forniture di beni - di cui al provvedimento deliberativo n. 105 del 26.02.2018;

o stipula dei contratti di fornitura di beni e servizi – di cui al provvedimento deliberativo n. 156 del 12.03.2018;

o controlli sulla fase esecutiva dei contratti e compiti del responsabile unico del procedimento, del direttore dell'esecuzione del contratto e del direttore dei lavori – di cui al provvedimento deliberativo n.423 del 29.09.2017

- utilizzo della piattaforma telematica SINTEL per le procedure di acquisizione di beni e servizi e per lavori
- osservanza del percorso istruttorio interno di valutazione e definizione delle priorità di acquisto di beni da parte della Commissione aziendale dispositivi medici;
- osservanza delle indicazioni contenute nella DGR XI/5408/2021 in materia di trasparenza e tracciabilità della fase esecutiva dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture ed utilizzo della piattaforma regionale T&T (trasparenza e tracciabilità) per il tracciamento dei subappalti.

Inoltre, con riferimento agli obblighi di pubblicazione previsti dal PNA 2022 – allegato 9 – nella specifica materia dei contratti - l'ASST si adeguerà in via graduale a quanto previsto, prevedendo l'applicazione degli stessi alle procedure di gara pubblicate dal 01.04.2023. Ciò, tenuto anche in considerazione che il nuovo codice degli appalti – di prossima entrata in vigore – sviluppa e promuove la pubblicazione dei dati e delle informazioni inerenti i contratti mediante l'utilizzo dei sistemi di interoperabilità delle banche dati.

Tenuto conto dell'importanza della formazione e sensibilizzazione dei soggetti competenti preposti a mezzo della diffusione di circolari interne/linee guida comportamentali sugli adempimenti e sulla disciplina in materia di subappalto, e sulla necessità di tracciamento e monitoraggio degli appalti per i quali è stato autorizzato il subappalto, nel 2023 la formazione specifica in materia di subappalto rientrerà nella formazione specifica aziendale nell'ambito degli interventi di adozione del nuovo codice degli appalti, la cui entrata in vigore è prevista nel 2023.

La gestione dei documenti e dati prodotti dall'Azienda ed il monitoraggio dei tempi procedurali

L'informatizzazione dei processi aziendali di produzione del documento amministrativo, inteso nell'accezione di cui alla definizione ex art.22 della L.241/1990, in base alla quale per "documento amministrativo" si intende ogni rappresentazione grafica, fotocinematografica, elettromagnetica o di qualunque altra specie del contenuto di atti, anche interni o non relativi ad uno specifico procedimento, detenuti da una pubblica amministrazione e concernenti attività di pubblico interesse, indipendentemente dalla natura pubblicistica o privatistica della loro disciplina sostanziale, e l'ottemperanza di tutte le disposizioni normative in materia di digitalizzazione della pubblica amministrazione, richiede, sempre di più, garanzie di governo dei diritti e degli interessi dei cittadini, anche mediante la rappresentazione concreta del principio di "accountability".

In tal senso, nel 2018 l'Azienda è stata interessata dall'entrata in vigore, avvenuta il 25 maggio 2018, del GDPR 679/16 "Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati". Al fine di porre in essere le azioni necessarie all'adeguamento alla nuova normativa l'Azienda ha ritenuto opportuno dotarsi, a far tempo dal 15 marzo 2018, di un Responsabile della Protezione dei Dati (DPO) esterno, nuova figura prevista dalla normativa, nonché dotarsi di un applicativo software per gestire in modo coordinato ed organizzato le procedure interne che attengono direttamente o indirettamente alla materia privacy, garantendo altresì una costante valutazione del rischio rispetto alle attività poste in essere. Il modello organizzativo adottato dall'ASST di Cremona in ottemperanza alla normativa sopra richiamata ed il regolamento aziendale vigente in materia sono consultabili sul sito web aziendale al link <https://www.asst-cremona.it/privacy>.

Anche per il triennio 2023-2025, confermando le misure già previste nel precedente PTCPT 2022-2024, verrà riproposta la formazione interna in materia di privacy, correlata ai diversi ruoli organizzativi aziendali di cui l'ASST si è dotata in ottemperanza alla normativa sulla protezione dei dati. La formazione obbligatoria è stata inserita nel Piano Formativo Aziendale dell'ASST di Cremona per l'anno 2023, per l'approfondimento del quale si rinvia alla Sezione "Organizzazione e Capitale umano" del presente PIAO

Costituisce, inoltre, misura generale per la prevenzione della corruzione il monitoraggio dei tempi procedurali, che viene effettuato dai singoli responsabili di ogni struttura aziendale nell'espletamento delle proprie attività di controllo dirigenziale nelle materie di competenza, così come definite nel funzionigramma del POAS 2022-2024, sulla scorta dei termini di conclusione previsti dalla legge, dai

regolamenti o dalla normativa comunque denominata. Anche in ragione della circostanza che il mancato rispetto dei termini procedurali costituisce ipotesi di danno risarcibile a carico dell'Amministrazione, i dirigenti responsabili assicurano al RPCT e alla Direzione strategica i necessari flussi informativi circa il rispetto di detti tempi procedurali.

Monitoraggio dei tempi procedurali			
Misura di controllo			
Fasi per l'attuazione	Tempi di realizzazione	Responsabili	Risultato atteso/indicatore
Monitoraggio del rispetto dei tempi dei procedimenti di competenza.	Dal 01.07.2023 al 31.12.2023 Dal 01.01.2024 al 30.06.2024 Dal 01.07.2024 al 31.12.2024	Direttori SC Affari Generali e Legali, SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane, SC Gestione Acquisti, SC Gestione Patrimoniale e Ufficio Tecnico, SC Nuovo Ospedale, SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità, SC Accoglienza e CUP Aziendali, SS Advocatura	Relazione semestrale al RPCT sugli esiti del monitoraggio.

MISURE SPECIFICHE

La presente Sezione prevede, oltre alle misure generali, ulteriori misure specifiche di prevenzione che incidono sulle situazioni individuate tramite l'analisi del rischio. La determinazione delle misure, anche a conferma di alcune già previste nei precedenti PTPCT 2018-2020, 2019-2021, 2020-2022, 2021-2023 e 2022-2024, ha tenuto conto sia di esiti delle attività di analisi dei rischi, definiti in collaborazione con i responsabili delle unità operative interessate dai processi identificati nell'Allegato 1 alla presente Sezione, nonché valutazione circa la loro sostenibilità.

Nell'Allegato 2 "Misure organizzative di prevenzione della corruzione", sono identificati, per ciascuna area di rischio, gli eventi e le correlate misure specifiche di prevenzione della corruzione, che costituiranno obiettivo di budget per le unità operative/servizi aziendali individuati nel dettaglio, con i relativi indicatori, tempi di realizzazione, responsabili delle attività e tempi di monitoraggio.

IL MONITORAGGIO DELLA SEZIONE ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA DEL PIAO

Il monitoraggio è da intendersi come un'attività continuativa di verifica dell'attuazione e dell'idoneità delle singole misure di prevenzione della corruzione adottate dall'ASST di Cremona. Le risultanze del monitoraggio sono, pertanto, utilizzate per migliorare la programmazione delle misure da prevedere nella Sezione Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO, secondo una logica sequenziale e ciclica, atta a favorire il continuo miglioramento del processo di gestione del rischio.

Date tali premesse, l'attività di monitoraggio viene svolta sia dal RPCT, sia dai dirigenti / responsabili degli uffici e servizi delle strutture organizzative che hanno la responsabilità di attuare le misure oggetto del monitoraggio. Nello specifico:

- i responsabili delle strutture /servizi aziendali rendicontano lo stato di attuazione delle misure in concomitanza con la rilevazione degli obiettivi di budget;
- il RPCT effettua un monitoraggio di secondo livello attraverso:
 - o l'esame delle relazioni richieste per specifiche e determinate misure;
 - o l'esame delle segnalazioni tempestive dei dirigenti responsabili in ordine alle eventuali violazioni o anomalie riscontrate;
 - o l'esame delle segnalazioni provenienti dai singoli dipendenti (in proposito si vedano le misure di tutela dei dipendenti che segnalano);
 - o l'esame delle segnalazioni provenienti dall'utenza o comunque da soggetti esterni;
 - o l'esame delle segnalazioni provenienti da organi ed organismi aziendali di controllo quali: Collegio Sindacale e Nucleo di Valutazione

o lo svolgimento di verifiche a campione mediante sopralluoghi, audit o esame della documentazione, anche mediante specifici audit attivando la funzione di internal auditing aziendale;

o lo svolgimento di incontri programmati ad hoc con i responsabili dell'attuazione delle misure.

L'attività di monitoraggio posta in essere dal RPCT sarà registrata attraverso l'utilizzo di schede interne, descrittive dell'attività svolta e controfirmate dalle parti.

Il RPCT pubblica, inoltre, la propria relazione annuale, in forma tabellare, utilizzando il format che viene definito annualmente da ANAC – e secondo le tempistiche da quest'ultima individuate – sul sito internet aziendale.

Il RPCT coordina, inoltre, l'attività di monitoraggio circa l'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione con l'attività di monitoraggio complessiva del PIAO, così come descritto nella Sezione "Monitoraggio" del presente documento.

Il RPCT può, in fine, proporre alla Direzione Generale la modifica e/o l'integrazione del presente piano a seguito dell'accertamento di significative violazioni delle prescrizioni in esso contenute, di rilevanti modifiche nell'organizzazione o nell'attività dell'Azienda, a seguito ed in relazione agli esiti delle verifiche effettuate, o delle segnalazioni ricevute sullo stato di applicazione dello stesso.

LA TRASPARENZA

Gli adempimenti di trasparenza tengono conto, principalmente, delle prescrizioni contenute nella legge n.190/2012, nel decreto legislativo n.33/2013, come innovato dal decreto legislativo n. 97/2016, della delibera di ANAC n. 1310 del 28 dicembre 2016, e delle indicazioni contenute nel PNA 2022, dove specifica sezione è dedicata alla trasparenza in materia di contratti pubblici.

La pubblicazione nel sito istituzionale dell'ASST di Cremona dei documenti, delle informazioni e dei dati che riguardano l'organizzazione e l'attività dell'Ente è effettuata in conformità alle specifiche regole tecniche di cui alla normativa sopra descritta.

Nell'Allegato 3 del presente Sezione del PIAO è riportata la **TABELLA ANALITICA DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DELL'ASST DI CREMONA**, contenente anche l'indicazione dei responsabili individuati per la l'elaborazione, la pubblicazione e l'aggiornamento dei dati e la relativa tempistica.

Ai, sensi dell'art. 43 comma 3 del decreto legislativo n. 33/2013, a norma del quale "i dirigenti responsabili degli uffici dell'amministrazione garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge", la corretta e tempestiva pubblicazione dei dati è assicurata dai singoli dirigenti responsabili delle strutture aziendali, cui è attribuita la responsabilità dell'adempimento per competenza sulle singole materie.

Ciascun responsabile, in caso di modifica di informazioni o documenti di propria competenza sottoposti a pubblicazione, provvede direttamente all'aggiornamento mediante le proprie credenziali di accesso al sito e ne dà informazione senza ritardo al responsabile della trasparenza.

La pubblicazione dei dati, conformemente a quanto richiesto dalla normativa vigente, viene effettuata nel rispetto dei seguenti principi:

COMPLETEZZA ED ACCURATEZZA: i dati pubblicati corrispondono all'attività che si intende descrivere; nel caso si tratti di documenti, questi sono pubblicati in modo esatto, senza omissioni e nella versione più aggiornata del documento;

COMPRESIBILITA' E SEMPLICITA' DI CONSULTAZIONE: il contenuto dei dati è indicato in modo chiaro e comprensibile, avendo attenzione alla semplicità del linguaggio utilizzato ed inserendo, ove si renda necessario per la migliore fruibilità delle informazioni, note esplicative per facilitare l'accesso del cittadino;

TEMPESTIVITA': la pubblicazione e l'aggiornamento dei dati avvengono nel rispetto delle periodicità indicate dalla normativa. Ove le norme di riferimento prevedano la pubblicazione tempestiva delle informazioni (cioè in tempi tali che possa essere utilmente fruita dall'utente) l'aggiornamento avviene a

seguito di modifiche organizzative o istituzionali o a seguito di modifica del documento oggetto di pubblicazione.

Al fine di definire e circoscrivere nel modo più oggettivo possibile le responsabilità dei singoli dirigenti in ordine ai rispettivi obblighi di pubblicazione, favorendo al contempo la possibilità di un più efficace controllo da parte del Responsabile trasparenza, sono stati definiti i limiti temporali entro i quali si ritiene rispettato il criterio di tempestività e fruibilità del dato.

PUBBLICAZIONE IN FORMATO APERTO: al fine del benchmarking e del riuso, le informazioni e i documenti vengono pubblicati in formato aperto nel rispetto delle indicazioni tecniche fornite dal legislatore nel decreto legislativo n. 33/2013.

PONDERAZIONE DEL RAPPORTO SUSSISTENTE TRA TRASPARENZA E TUTELA DEI DATI PERSONALI: come evidenziato dalla Corte Costituzionale nella sentenza n.20/2019, e richiamato anche nel PNA 2019, deve essere operato un bilanciamento tra il diritto alla riservatezza dei dati personali, inteso come diritto a controllare la circolazione delle informazioni riferite alla propria persona, e quello dei cittadini al libero accesso ai dati ed alle informazioni detenuti dalle pubbliche amministrazioni. L'ASST di Cremona, pertanto, attua la messa a disposizione sul proprio sito web di dati e documenti contenenti dati personali previa verifica dell'obbligo normativo di pubblicazione degli stessi e comunque, anche in presenza di idoneo presupposto normativo, l'ASST di Cremona attua l'attività di pubblicazione dei dati sul proprio sito web per finalità di trasparenza nel rispetto di tutti i principi applicabili al trattamento dei dati personali contenuti all'art. 5 del Regolamento (UE) 2016/679, quali quelli di:

- liceità, correttezza e trasparenza;
- minimizzazione dei dati;
- esattezza;
- limitazione della conservazione;
- integrità e riservatezza;

tenendo anche conto del principio di "responsabilizzazione" del titolare del trattamento.

Per quanto riguarda la pubblicazione di dati ulteriori rispetto a quelli obbligatoriamente previsti dalle norme vigenti, l'ASST pubblica:

nella sezione "Amministrazione trasparente – incarichi di collaborazione e consulenza" sono pubblicate le disposizioni regolamentari aziendali inerenti la creazione e la gestione dell'albo degli avvocati esterni libero professionisti, nonché l'albo stesso, suddiviso nelle n.5 sezioni previste dal regolamento aziendale;

nella sezione "Amministrazione trasparente – interventi straordinari e di emergenza" sono pubblicate tutte le determinazioni assunte dall'ASST di Cremona in merito alla gestione della pandemia da COVID-19.

L'attività di monitoraggio interno è svolta di norma in concomitanza con la rilevazione degli obiettivi di budget mediante il coinvolgimento dei responsabili interessati.

Qualora venga riscontrato un ritardo nell'adempimento dell'obbligo di pubblicazione o di aggiornamento, il responsabile della trasparenza, prima di procedere alle segnalazioni previste dalla normativa, ne fa segnalazione al responsabile dell'adempimento e, analizzate le modalità di recupero tardivo delle informazioni, assegna un termine entro il quale provvedere all'adempimento stesso.

Il responsabile della trasparenza

Il Decreto legislativo n. 97/2016 prevede che le funzioni di Responsabile della prevenzione della corruzione e Responsabile della trasparenza siano poste in capo ad un solo soggetto. L'ASST di Cremona, ha individuato, da subito, un unico responsabile. Nello specifico, è stato nominato quale Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza il Dirigente Amministrativo Bonfanti Marianna.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza vigila sul rispetto e l'operatività delle misure di trasparenza, riconoscendo nella stessa, oltre che un valore etico, uno dei migliori strumenti preventivi della corruzione e dei comportamenti a rischio.

Il Sito web istituzionale – sezione “Amministrazione Trasparente”

Strumento fondamentale per ottemperare agli obblighi di legge e rendere effettiva la trasparenza dell'azione amministrativa dell'ASST di Cremona è rappresentato dal sito web istituzionale.

In particolare la sezione "Amministrazione Trasparente" del Sito è stata predisposta già nel 2013 ed è costantemente implementata e monitorata dal Responsabile per la trasparenza e dai singoli dirigenti responsabili secondo competenza, come specificato al punto successivo.

La sezione è raggiungibile direttamente dalla home page del sito www.asst-cremona.it ed i contenuti sono strutturati in coerenza con quanto riportato nell'allegato A del decreto legislativo n. 33/2013.

Dall'inizio di giugno 2019 l'ASST di Cremona è on line con il nuovo portale web, che ha apportato un miglioramento nella strutturazione e gestione anche delle pubblicazioni richieste per la trasparenza.

Ai fini della buona fruibilità delle informazioni, della verifica sul corretto adempimento degli obblighi di trasparenza e della complessiva efficacia del sistema di prevenzione della corruzione è di particolare rilievo il coinvolgimento dei cittadini e dei diversi stakeholder, sia interni, sia esterni. L'ASST di Cremona intende quindi proseguire nelle iniziative finalizzate al coinvolgimento degli interessati e potenziare progressivamente i propri strumenti a ciò destinati. Per quanto riguarda in particolare gli stakeholder interni i canali informativi /formativi a disposizione dell'Azienda sono:

- la formazione finalizzata alla diffusione e conoscenza delle tematiche in materia di anticorruzione e trasparenza (contenuti generali, coerenza delle previsioni normative ed importanza del rispetto delle indicazioni in essi contenute, fattispecie di reato e sanzioni previste per il mancato rispetto), con lo scopo non solo di far conoscere agli operatori del settore i propri doveri, ma anche di stimolarne la sensibilità sul tema per un approccio propositivo e volto al miglioramento dell'azione amministrativa;
- la comunicazione delle iniziative, nonché la diffusione e pubblicazione di contenuti in tema di trasparenza, tramite la rete intranet aziendale, il portale del dipendente (bacheca di Angelo del Dipendente), le e-mail istituzionali ed il sito web aziendale.

Allo scopo di diffondere la politica aziendale sulla trasparenza e la prevenzione della corruzione al di fuori dell'ASST e di coinvolgere le diverse categorie di interessati raccogliendone le istanze e le proposte per un proficuo apporto al miglioramento della stessa, l'Azienda si serve di strumenti diversificati sia informatici che non, in modo da raggiungere il maggior numero possibile di cittadini.

La comunicazione con i cittadini e tutti i diversi stakeholder è assicurata mediante:

aggiornamento costante del sito www.asst-cremona.it quale strumento fondamentale di informazione e promozione dei servizi, iniziative tematiche, progetti di miglioramento;

gestione quotidiana delle pagine social istituzionali (facebook, twitter, YouTube, Instagram, LinkedIn) attraverso i quali vengono promosse tutte le iniziative dell'ASST di Cremona (ospedale e territorio) e vengono comunicate tutte le informazioni di servizio utili alla cittadinanza. I social consentono di alimentare un dialogo costruttivo e smart tra la pubblica amministrazione e le persone. Dal 2020 al 2022 questi canali di comunicazione hanno assunto un ruolo fondamentale per la gestione della pandemia e a campagna vaccinale anti COVID-19;

costruzione di notizie e rubriche tematiche (carta stampata, web e TV) in collaborazione con i media locali allo scopo di raggiungere target diversificati di “lettori” e offrire una informazione corretta in tema di prevenzione e salute;

carta dei servizi: è uno strumento centrale per l'informazione, la tutela e la partecipazione dei cittadini. E' una sorta di mappa di facile consultazione – sempre disponibile on line – che descrive i servizi principali dell'ASST di Cremona e le rispettive modalità di accesso. La carta dei servizi è fondata sui principi di uguaglianza, imparzialità a garanzia dell'efficienza e l'efficacia dei servizi.

<https://www.asst-cremona.it/web/guest/carta-dei-servizi>

L'ascolto degli stakeholder e la raccolta dei loro feedback avvengono, al momento, principalmente attraverso:

raccolta ed analisi dei questionari di Customer Satisfaction: si tratta di un processo ormai consolidato che permette di conoscere il gradimento dei cittadini per i servizi erogati dall'Azienda e consente di valutare le aree che più necessitano di interventi migliorativi. In tal senso, le osservazioni libere degli utenti sono fonte di preziose informazioni;

sistema di gestione dei reclami / encomi / suggerimenti: la procedura di gestione dei reclami, encomi e suggerimenti identifica modalità, soggetti coinvolti e tempi certi di risposta alle istanze dell'utenza. I cittadini possono rivolgersi all'URP di persona, per telefono, via e-mail, attraverso la chat di Facebook utilizzando sia il modulo cartaceo, sia quello on line www.asst-cremona.it/comunicazione-stampa-urp.

L'ASST considera di fondamentale importanza l'attività dell'URP ai fini della raccolta di segnalazioni, anche anonime, provenienti dall'esterno, relative ad episodi di cattiva amministrazione, conflitto d'interessi o, nei casi più gravi, di corruzione.

Accesso civico

Il decreto legislativo n. 97/2016 ha modificato in modo significativo la disciplina dell'accesso a dati e documenti precedentemente prevista dal decreto legislativo n. 33/2013, introducendo, oltre all'accesso civico già previsto dall'art. 5 comma 1, anche un diritto di accesso generalizzato (art. 5 comma 2), allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico.

A tale fine, chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione ai sensi del decreto legislativo n. 33/2013, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti.

Con delibera n. 1309 del 28 dicembre 2016 avente ad oggetto "Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui all'art. 5 co. 2 del d.lgs. 33/2013", ANAC ha fornito indicazioni circa i limiti e le esclusioni all'accesso.

Con deliberazione n. 581 del 22.12.2017, l'ASST di Cremona ha adottato il regolamento aziendale inerente "l'esercizio del diritto di accesso ai documenti amministrativi, il diritto di accesso civico di documenti oggetto degli obblighi di pubblicazione e del diritto di accesso generalizzato" ed è stato istituito il registro aziendale delle richieste di accesso, disponibile nella sezione "amministrazione trasparente" del sito web aziendale. Il regolamento e la relativa modulistica sono visionabili e consultabili al link:

<https://www.asst-cremona.it/accesso-civico>

Accesso civico semplice

A norma dell'art. 5 comma 1 del decreto legislativo del 14 marzo 2013, n. 33 qualora la Pubblica Amministrazione obbligata alla pubblicazione dei documenti, informazioni o dati previsti dalla legge non vi abbia provveduto, ciascun cittadino ha il diritto di richiederli all'amministrazione stessa, senza obbligo di motivazione specifica.

La richiesta di accesso civico deve essere presentata al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, dott.ssa Marianna Bonfanti (tel. 0372/405206), mediante e-mail al seguente indirizzo: responsabile.trasparenza@asst-cremona.it oppure presentazione della richiesta a mezzo posta, fax (unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità) o direttamente presso gli uffici.

Entro 30 giorni dalla richiesta, i documenti, dati o informazioni mancanti saranno resi disponibili e scaricabili gratuitamente dall'area Amministrazione Trasparente, previa comunicazione via e-mail da parte del Responsabile prevenzione corruzione e trasparenza, con indicazione del relativo collegamento ipertestuale. Se dalla verifica risultasse che il documento, l'informazione o il dato richiesti sono già pubblicati nel rispetto della normativa vigente, verrà inviata comunque una e-mail indicante il collegamento ipertestuale.

Titolare del potere sostitutivo in caso di ritardo o mancata risposta, è il Direttore Amministrativo (direzione.amministrativa@asst-cremona.it). Quest'ultimo provvederà senza ulteriore ritardo e comunque entro 15 giorni.

Le indicazioni sulle modalità di esercizio dell'accesso civico nell'ASST di Cremona sono state pubblicate nell'apposita sezione del sito internet istituzionale.

Accesso civico generalizzato

L'art. 5 comma 2 del decreto legislativo n. 33 del 14 marzo 2013, come modificato dal decreto legislativo n. 97/2016, prevede che, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico, chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti delle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione obbligatoria, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti.

La richiesta di accesso civico può essere presentata alternativamente:

- al Dirigente responsabile dell'ufficio che detiene i documenti/informazioni richieste.;
- all'Ufficio relazioni con il pubblico, ai seguenti indirizzi mail e pec.: urp@asst-cremona.it; urp.pec@asst-cremona.it
- all'Ufficio Protocollo, tramite e-mail o pec ai seguenti indirizzi: protocollo@asst-cremona.it; protocollo@pec.asst-cremona.it

Il procedimento di accesso civico si conclude entro 30 giorni dalla richiesta con provvedimento espresso e motivato. Se vi sono soggetti controinteressati, la richiesta di accesso è comunicata agli stessi, assegnando termine di 10 giorni per presentare motivata opposizione.

In tal caso il termine per la conclusione del procedimento è sospeso dalla data di comunicazione ai controinteressati fino all'eventuale opposizione. Decorso tale termine, l'Azienda provvede sulla richiesta.

Il rifiuto, il differimento e la limitazione dell'accesso devono essere motivati con riferimento ai casi e ai limiti stabiliti dall'articolo 5-bis (tutela di interessi giuridicamente rilevanti).

In caso di diniego totale o parziale dell'accesso o di mancata risposta entro il termine sopra indicato, il richiedente può presentare richiesta di riesame al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza tramite e-mail al seguente indirizzo: responsabile.trasparenza@asst-cremona.it

Quest'ultimo decide con provvedimento motivato, entro 20 giorni.

Contro la decisione il richiedente può proporre ricorso al Tribunale amministrativo regionale ai sensi dell'articolo 116 del Codice del processo amministrativo di cui al decreto legislativo 2 luglio 2010, n. 104.

Le indicazioni sulle modalità di esercizio dell'accesso civico nell'ASST di Cremona sono state pubblicate nell'apposita sezione del sito internet istituzionale:

<https://www.asst-cremona.it/accesso-civico1>

SEZIONE 3 – ORGANIZZAZIONE DEL CAPITALE UMANO

3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA

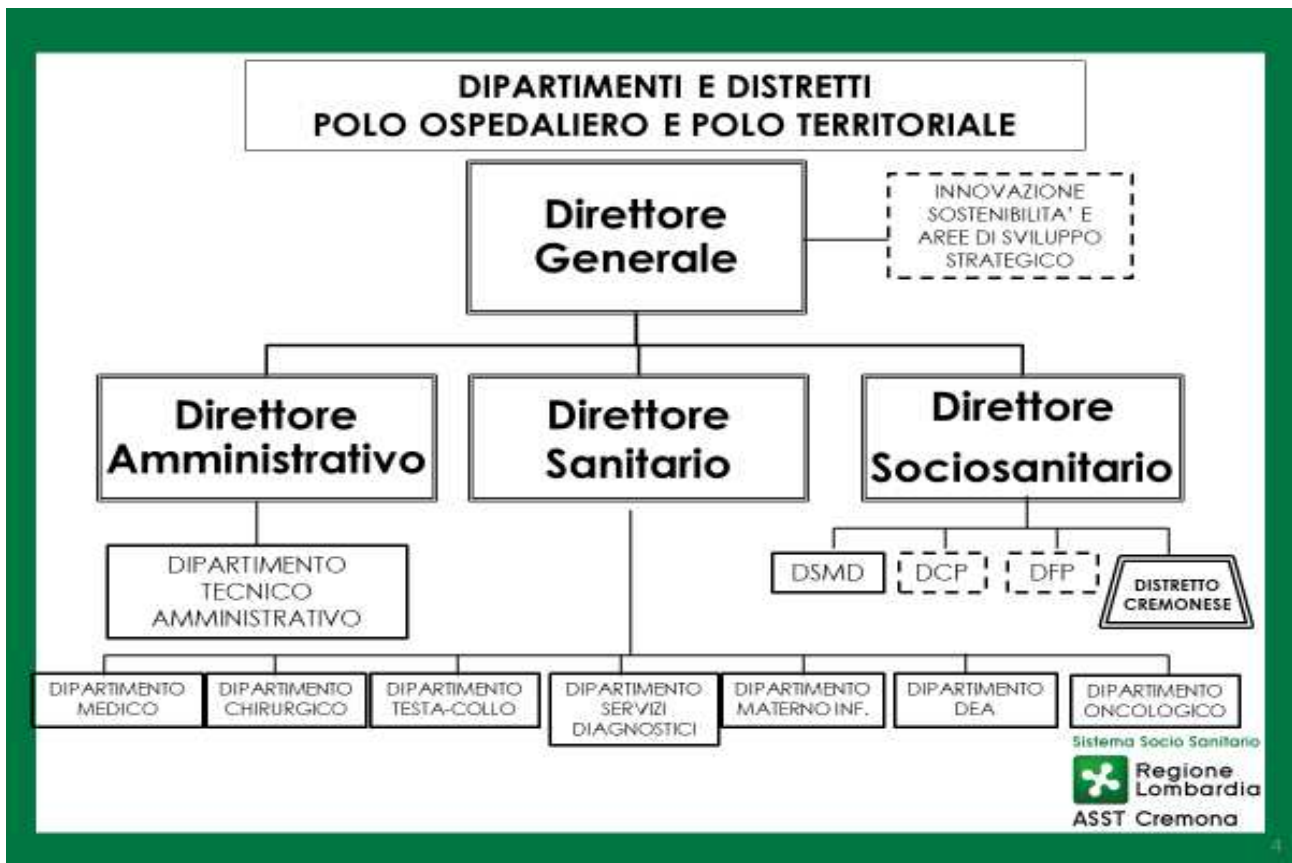
L'Ente è dotato di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, e concorre con tutti gli altri soggetti erogatori del sistema, di diritto pubblico e di diritto privato, all'erogazione dei LEA e di eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla Regione, nella logica di presa in carico della persona, garantendo la massima accessibilità e la libertà di scelta, l'equità delle prestazioni, l'ottimizzazione delle risorse, e promuovendo l'integrazione ed il raccordo istituzionale con gli enti locali e con le organizzazioni sanitarie e del volontariato. La legge regionale dell'11.08.2015, n. 23, "Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)", che ha istituito, dal 1 gennaio 2016, le nuove Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST), rispondeva al bisogno di integrazione e di continuità alle cure, sviluppando un modello di azienda in grado di garantire, al suo interno, tutte le attività ed i servizi della filiera erogativa e di presa in carico, orientate all'efficienza ed all'appropriatezza. Tale modello è stato innovato dalla legge di riforma sociosanitaria regionale del 14 dicembre 2021, n. 22 "Modifiche al titolo I e al Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33", che ha previsto importanti interventi di rafforzamento del sistema sanitario e sociosanitario lombardo, attraverso principalmente: il potenziamento e la creazione di strutture e presidi territoriali (case di comunità, ospedali di comunità, centrali operative territoriali), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina, il miglioramento dell'efficacia integrativa di tutti i servizi socio sanitari. L'ASST di Cremona ha definito il proprio Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) in funzione delle nuove competenze attribuite dalla legge regionale della Regione Lombardia del 14.12.2021, n. 22 sopra descritta, Piano approvato dalla Giunta della Regione Lombardia con delibera n. XI/6804 del 02.08.2022. Da ultimo, la legge regionale della Regione Lombardia 28 dicembre 2022, n. 33 recante "Disposizioni per l'attuazione della programmazione economico-finanziaria regionale, ai sensi dell'art. 9 ter della l.r. 31 marzo 1978, n. 34 (Norme sulle procedure della programmazione, sul bilancio e sulla contabilità della Regione) - Collegato 2023", ha stabilito lo slittamento al 30/09/2023 della messa a regime dei Dipartimenti Cure Primarie presso le Aziende Socio Sanitarie Territoriali.

L'organizzazione ed il funzionamento dell'ASST sono disciplinati dal Piano di Organizzazione Aziendale, dai regolamenti aziendali attuativi in conformità alle leggi nazionali e regionali, dai documenti generali del Sistema Qualità Aziendale, dalle linee guida regionali e dai protocolli d'intesa con l'ATS e la Regione. In coerenza con le indicazioni regionali relative al POAS, l'azienda ha proceduto:

- all'individuazione di modelli organizzativi che prediligono la gestione di processi orizzontali e superino la visione verticale per aree e competenze;
- a dotarsi di idonei strumenti organizzativi atti a condividere i nodi chiave delle azioni programmatiche in una logica integrata fra le diverse funzioni: amministrativa, sanitaria e sociosanitaria;
- all'adozione di strumenti di organizzazione secondo la logica della rete sia interna che esterna;
- alla ricostruzione della filiera erogativa fra ospedale e territorio.

Il POAS vigente è stato approvato con DGR XI/6804 del 02 agosto 2022 ed è consultabile al link <https://www.asst-cremona.it/atti-generalis>.

Si riporta di seguito sintesi complessiva della struttura organizzativa vigente:



3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

Le modalità di svolgimento del lavoro agile, la definizione degli obiettivi ed il loro livello di attuazione e di sviluppo sono stati puntualmente declinati nel Piano di Organizzazione del Lavoro Agile (POLA) confluito nel nuovo Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) per l'anno 2022.

Diversamente da quanto previsto, l'anno 2022 è stato caratterizzato dalla perdurante situazione emergenziale per COVID19, nonché da numerose assenze ad essa connesse che hanno interessato il personale in forza presso la struttura.

Non è stato possibile, pertanto, ultimare il percorso diretto a rendere il lavoro agile un'opportunità strutturata per l'azienda e per i lavoratori quale naturale esito del percorso formativo specifico indirizzato alle figure dirigenziali apicali e di Staff dell'Azienda, tenutosi nel corso del mese di settembre/ottobre 2021, e che aveva come obiettivo lo sviluppo delle competenze dei singoli Responsabili relative all'analisi del contesto per consentire la valutazione della salute organizzativa, professionale e digitale della propria unità operativa e la capacità di gestione dei collaboratori a distanza.

Ne deriva che, nel corso dell'anno corrente, si ritiene di riprogrammare e concludere quanto previsto nel PIAO 2022 e, in particolare, attivare l'analisi di cui sopra anche attraverso una scheda specifica che prevederà i seguenti campi:

- ✓ individuazione delle attività e dei processi che possono essere svolti in modalità di lavoro agile nelle diverse strutture valutando i seguenti aspetti: autonomia, interdipendenza, misurabilità del risultato;
- ✓ individuazione del personale potenzialmente coinvolgibile: numero e profilo professionale;
- ✓ necessità formative del personale;

- ✓ necessità tecnologiche: pc, chiavette, collegamento agli applicativi banche dati (archiflow, ...);
- ✓ disponibilità di spazi per svolgimento di co-working, in particolare presso le sedi esterne;
- ✓ criticità riscontrate nella fase sperimentale (informatiche, organizzative...) e suggerimenti al riguardo;
- ✓ quantificazione numero minimo di giornate in presenza nella settimana.

I principali soggetti coinvolti in tale processo saranno:

- SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane, per gli aspetti normativi e di applicazione delle procedure;
- SS Sistemi Informativi, per gli aspetti tecnologici e digitali;
- SSCC Direzioni Mediche di Presidio e SC Direzione Professioni Sanitarie e Socioassistenziali, per l'individuazione delle attività del personale sanitario potenzialmente svolgibili in lavoro agile;
- SS Formazione, per gli aspetti legati alla formazione.

I risultati della mappatura sopra descritta guideranno la revisione della bozza della nuova regolamentazione in materia in fase di predisposizione.

Nel corso dell'anno 2022 si è dato avvio alla stesura di una bozza di regolamentazione in modalità ordinaria, anche alla luce dell'intervenuto CCNL del Comparto Sanità del 2.11.2022.

In particolare, deve segnalarsi che il CCNL 2.11.2022 che, per la prima volta, introduce la disciplina del Lavoro a Distanza, prevede:

- differenti modalità di svolgimento della prestazione:
 - Lavoro agile: modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti, anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro. Nella scelta dei luoghi di svolgimento della prestazione lavorativa a distanza il dipendente è tenuto ad accertare la presenza delle condizioni che garantiscono la sussistenza delle condizioni minime di tutela della salute e sicurezza sul lavoro, nonché la piena operatività della dotazione informatica, e ad adottare tutte le precauzioni e le misure necessarie e idonee a garantire la più assoluta riservatezza sui dati e sulle informazioni in possesso dell'Ente che vengono trattate dal lavoratore stesso. A tal fine, l'Azienda consegna al lavoratore una specifica informativa in materia;
 - Lavoro da remoto: modalità di esecuzione del rapporto di lavoro, con vincolo di tempo e nel rispetto dei conseguenti obblighi di presenza derivanti dalle disposizioni in materia di orario di lavoro, attraverso una modificazione del luogo di adempimento della prestazione lavorativa, che comporta la effettuazione della prestazione in luogo idoneo e diverso dalla sede dell'ufficio al quale il dipendente è assegnato. È realizzabile con l'ausilio di dispositivi tecnologici, messi a disposizione dall'Azienda e quest'ultima concorda con il lavoratore il luogo ove viene prestata l'attività lavorativa ed è tenuta alla verifica della sua idoneità, anche ai fini della valutazione del rischio di infortuni, nella fase di avvio e, successivamente, con frequenza almeno semestrale;
- i criteri, limitatamente al lavoro agile, cui le Aziende devono attenersi per individuare i processi e attività di lavoro che possono essere destinate al lavoro agile, ossia attività per le quali sussistano i necessari requisiti organizzativi e tecnologici per operare con tale modalità, ed esclude a priori i lavori in turno e quelli che richiedono l'utilizzo di strumentazioni o documentazioni non remotizzabili. Ai sensi dell'art. 6 del medesimo contratto sono oggetto di confronto con le OOSS i criteri generali di individuazione delle attività che possono essere effettuate in lavoro agile e lavoro da remoto, nonché i criteri di priorità per l'accesso agli stessi;
- gli elementi essenziali dell'accordo individuale.

Quanto sopra descritto, nonché quant'altro disposto dal nuovo CCNL, è stato già recepito all'interno della bozza di regolamento la quale, come sopra anticipato, dovrà essere integrata dai risultati della mappatura delle attività.

3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE

Il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale per il triennio 2023-2025 (PTFP 21-23) è stato approvato da ASST CREMONA con decreto n. 97 del 28/02/2023 in conformità alle indicazioni di cui alla deliberazione della Giunta Regionale n. XI/7758 del 28.12.2022 avente ad oggetto "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2023" (Regole 2023), che in particolare al capitolo 11 dell'Allegato 11 rubricato "Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale" detta disposizioni in merito al rispetto dei limiti di dotazione organica per il polo ospedaliero e per la rete territoriale e di budget assegnato nel Bilancio preventivo annuale. Tale Piano è ad oggi in attesa di definitiva approvazione regionale.

Per l'anno 2023 la dotazione organica, e la relativa consistenza espressa in termini di risorse FTE, in esso contenuta rappresenta la modulazione della consistenza del personale a tempo indeterminato, determinato, convenzionati universitari e specialisti ambulatoriali convenzionati derivante dai fabbisogni programmati dall'Azienda per il polo ospedaliero e la rete territoriale nel rispetto dei vincoli finanziari dettati.

DOTAZIONE ORGANICA 2023	OSPEDALE			TERRITORIO								TOTALE COMPLESSIVO ASST
	TOTALE OSPEDALE	... di cui emergenza urgenza		Distretti, CDC, COT e ODC	ADI	area prevenzione	Dipartimento salute mentale	carceri	Cure primarie	Altri servizi territoriali	TOTALE TERRITORIO	
		... di cui pronto soccorso	... di cui terapia intensiva, Blocco operatorio e AREU									
Raggruppamento profili												
DIRIGENZA MEDICA	380	32	52	1	5	8	31	8	3	10	66	446
DIRIGENZA VETERINARIA											0	0
DIRIGENZA SANITARIA	33			1	1		22	1		5	29	62
DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	4									2	2	6
DIRIGENZA PROFESSIONALE	5										0	5
DIRIGENZA TECNICA	2										0	2
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	8									1	1	9
TOTALE DIRIGENZA	432	32	52	2	6	8	53	9	3	18	98	530
PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso ostetrica e IFeC)	900	82	156	38	20	2	90	9		23	182	1.082
OSTETRICA	31									11	11	42
INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)				48							48	48

PERSONALE TECNICO SANITARIO	172											0	172
ASSISTENTI SANITARI	11			1		23	6	1	1	13		45	56
TECNICO DELLA PREVENZIONE												0	0
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	37			1	8	1	60			2		72	109
ASSISTENTI SOCIALI	4			3	2		9	1		6		21	25
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	171	2		12			3			1		4	175
PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	230	42		29	24	2		28		6		60	290
AUSILIARI								1				1	1
ASSISTENTE RELIGIOSO	3											0	3
PERSONALE AMMINISTRATIVO	187			2	6	1	1	1		9	41	59	246
PERSONALE COMUNICAZIONE -INFORMAZIONE	2											0	2
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA												0	0
TOTALE COMPARTO	1.748	126		199	121	33	27	198	11	10	103	503	2.251
TOTALE COMPLESSIVO	2.180	158		251	123	39	35	251	20	13	121	601	2.781

FTE e COSTI 2023															
FABBISOGNO 2023		OSPEDALE			TERRITORIO								TOTALE COMPLESSIVO	TOTALE COSTI	... di cui COSTI relativi ai Distretti, CDC, COT e ODC
		TOTALE OSPEDALE	... di cui emergenza urgenza		Distretti, CDC, COT e ODC	ADI	area prevenzione	Dipartimento salute mentale	carceri	Cure primarie	Altri servizi territoriali	TOTALE TERRITORIO			
			... di cui pronto soccorso	... di cui terapia intensiva, Blocco operatorio e AREU											
Categoria	Raggruppamento profili														
DIPENDENTI	DIRIGENZA MEDICA	359,3	17,6	41,1	0,8	2,3	5,7	22,5	0,7	0,3	6,9	39,1	398,3		
	DIRIGENZA VETERINARIA											0,0	0,0		
	DIRIGENZA SANITARIA	32,8			0,3	0,0		20,5	1,0		2,6	24,5	57,2		
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	4,6									2,0	2,0	6,6		
	DIRIGENZA PROFESSIONALE	5,1										0,0	5,1		
	DIRIGENZA TECNICA	1,8										0,0	1,8		
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	7,5									1,0	1,0	8,5		
	TOTALE DIRIGENZA	411,2	17,6	41,1	1,1	2,3	5,7	43,0	1,7	0,3	12,6	66,5	477,7	51.778.687	92.542

	PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso ostetrica e IFeC)	909,6	75,3	133,8	7,1	6,9	2,0	77,8	2,6		14,5	110,9	1.020,4			
	OSTETRICA	33,2									10,7	10,7	43,9			
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)				32,4							32,4	32,4			
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	165,6										0,0	165,6			
	ASSISTENTI SANITARI	8,3			1,0		17,0	4,8	0,1	0,1	9,7	32,6	41,0			
	TECNICO DELLA PREVENZIONE											0,0	0,0			
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	34,9			0,1	2,4	1,0	50,6			2,0	56,1	91,0			
	ASSISTENTI SOCIALI	4,0			0,3	0,2		6,8	1,0		4,2	12,4	16,4			
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	165,3	2,2	10,2				2,8			1,0	3,8	169,1			
	PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	216,0	36,9	21,5	12,1	1,0		23,4			3,0	39,6	255,6			
	AUSILIARI							1,0				1,0	1,0			
	ASSISTENTE RELIGIOSO	2,3										0,0	2,3			
	PERSONALE AMMINISTRATIVO	182,5			3,0	1,0	1,0	0,5		0,8	38,2	44,5	226,9			
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	2,0										0,0	2,0			
	RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA											0,0	0,0			
	TOTALE COMPARTO	1.723,7	114,5	165,4	56,0	11,5	21,0	167,8	3,7	0,8	83,3	344,0	2.067,7	86.766.500	407.458	
	TOTALE COMPLESSIVO	2.134,8	132,1	206,5	57,1	13,8	26,6	210,7	5,4	1,1	95,8	410,5	2.545,3	138.545.187	500.000	
CONVENZIONATO UNIVERSITARIO	DIRIGENZA MEDICA	1,3										0,0	1,3			
	DIRIGENZA VETERINARIA											0,0	0,0			
	DIRIGENZA SANITARIA											0,0	0,0			
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE											0,0	0,0			
	DIRIGENZA PROFESSIONALE											0,0	0,0			
	DIRIGENZA TECNICA											0,0	0,0			
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA											0,0	0,0			
	TOTALE DIRIGENZA	1,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3	106.729	
	PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso ostetrica e IFeC)												0,0	0,0		
	OSTETRICA												0,0	0,0		
INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)												0,0	0,0			
PERSONALE TECNICO SANITARIO												0,0	0,0			
ASSISTENTI SANITARI												0,0	0,0			

	TECNICO DELLA PREVENZIONE											0,0	0,0		
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE											0,0	0,0		
	ASSISTENTI SOCIALI											0,0	0,0		
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO											0,0	0,0		
	PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS											0,0	0,0		
	AUSILIARI											0,0	0,0		
	ASSISTENTE RELIGIOSO											0,0	0,0		
	PERSONALE AMMINISTRATIVO											0,0	0,0		
	PERSONALE COMUNICAZIONE- INFORMAZIONE											0,0	0,0		
	RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA											0,0	0,0		
	TOTALE COMPARTO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
	TOTALE COMPLESSIVO	1,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3	106.729	0
Convenzionato ACN (Conv. Specialisti Amb., medicina dei servizi e MET)	DIRIGENZA MEDICA	18,4		1,0	1,0							1,3	2,3	20,7	
	DIRIGENZA VETERINARIA												0,0	0,0	
	DIRIGENZA SANITARIA	0,5						1,2					1,2	1,7	
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE												0,0	0,0	
	DIRIGENZA PROFESSIONALE												0,0	0,0	
	DIRIGENZA TECNICA												0,0	0,0	
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA												0,0	0,0	
	TOTALE DIRIGENZA	18,9	0,0	1,0	1,0	0,0	0,0	1,2	0,0	0,0	1,3	3,5	22,4	1.324.240	
	PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso ostetrica e IFeC)												0,0	0,0	
	OSTETRICA												0,0	0,0	
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)												0,0	0,0	
	PERSONALE TECNICO SANITARIO												0,0	0,0	
	ASSISTENTI SANITARI												0,0	0,0	
	TECNICO DELLA PREVENZIONE												0,0	0,0	
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE												0,0	0,0		
ASSISTENTI SOCIALI												0,0	0,0		
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO												0,0	0,0		
PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS												0,0	0,0		

	AUSILIARI											0,0	0,0			
	ASSISTENTE RELIGIOSO											0,0	0,0			
	PERSONALE AMMINISTRATIVO											0,0	0,0			
	PERSONALE COMUNICAZIONE- INFORMAZIONE											0,0	0,0			
	RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA											0,0	0,0			
	TOTALE COMPARTO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			
	TOTALE COMPLESSIVO	18,9	0,0	1,0	1,0	0,0	0,0	1,2	0,0	0,0	1,3	3,5	22,4	1.324.240	0	
Somministrazione lavoro	DIRIGENZA MEDICA											0,0	0,0			
	DIRIGENZA VETERINARIA											0,0	0,0			
	DIRIGENZA SANITARIA											0,0	0,0			
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE											0,0	0,0			
	DIRIGENZA PROFESSIONALE											0,0	0,0			
	DIRIGENZA TECNICA											0,0	0,0			
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA											0,0	0,0			
	TOTALE DIRIGENZA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			
	PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso ostetrica e IFeC)	2,0											0,0	2,0		
	OSTETRICA												0,0	0,0		
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)												0,0	0,0		
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	1,6											0,0	1,6		
	ASSISTENTI SANITARI												0,0	0,0		
	TECNICO DELLA PREVENZIONE												0,0	0,0		
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE							0,5					0,5	0,5		
	ASSISTENTI SOCIALI												0,0	0,0		
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	4,2		0,5									0,0	4,2		
	PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	2,0	0,5										0,0	2,0		
	AUSILIARI												0,0	0,0		
	ASSISTENTE RELIGIOSO												0,0	0,0		
PERSONALE AMMINISTRATIVO	5,6									0,8		0,8	6,4			
PERSONALE COMUNICAZIONE- INFORMAZIONE												0,0	0,0			
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA												0,0	0,0			

	TOTALE COMPARTO	15,3	0,5	0,5	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,8	1,3	16,6	1.416.996		
	TOTALE COMPLESSIVO	15,3	0,5	0,5	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,8	1,3	16,6	1.416.996	0	
Incarichi di lavoro autonomo	DIRIGENZA MEDICA	30,6	17,4	2,7			2,3	4,5	6,7		2,5	16,0	46,5			
	DIRIGENZA VETERINARIA											0,0	0,0			
	DIRIGENZA SANITARIA							8,0	0,7		1,0	9,7	9,7			
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE											0,0	0,0			
	DIRIGENZA PROFESSIONALE											0,0	0,0			
	DIRIGENZA TECNICA	0,2											0,0	0,2		
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA												0,0	0,0		
	TOTALE DIRIGENZA	30,7	17,4	2,7	0,0	0,0	2,3	12,5	7,3	0,0	3,5	25,7	56,4	3.412.663		
	PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso ostetrica e IFeC)						1,5		6,0				7,5	7,5		
	OSTETRICA												0,0	0,0		
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)												0,0	0,0		
	PERSONALE TECNICO SANITARIO												0,0	0,0		
	ASSISTENTI SANITARI												0,0	0,0		
	TECNICO DELLA PREVENZIONE	0,1											0,0	0,1		
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	1,8							5,5				5,5	7,3		
	ASSISTENTI SOCIALI												0,0	0,0		
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	0,6											0,0	0,6		
	PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS												0,0	0,0		
	AUSILIARI												0,0	0,0		
	ASSISTENTE RELIGIOSO												0,0	0,0		
	PERSONALE AMMINISTRATIVO												0,0	0,0		
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE												0,0	0,0			
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA												0,0	0,0			
	TOTALE COMPARTO	2,5	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5	5,5	6,0	0,0	0,0	13,0	15,4	1.519.658		
	TOTALE COMPLESSIVO	33,2	17,4	2,7	0,0	0,0	3,8	18,0	13,3	0,0	3,5	38,7	71,8	4.932.321	0	
co.co.co.	DIRIGENZA MEDICA							1,0					0,0			
	DIRIGENZA VETERINARIA											0,0	0,0			
	DIRIGENZA SANITARIA											0,0	0,0			
	DIRIGENZA delle											0,0	0,0			

PROFESSIONI SANITARIE															
DIRIGENZA PROFESSIONALE											0,0	0,0			
DIRIGENZA TECNICA											0,0	0,0			
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA											0,0	0,0			
TOTALE DIRIGENZA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0	84.630		
PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso ostetrica e IFeC)						2,0		1,0			3,0	3,0			
OSTETRICA											0,0	0,0			
INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)											0,0	0,0			
PERSONALE TECNICO SANITARIO											0,0	0,0			
ASSISTENTI SANITARI											0,0	0,0			
TECNICO DELLA PREVENZIONE											0,0	0,0			
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE											0,0	0,0			
ASSISTENTI SOCIALI											0,0	0,0			
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO											0,0	0,0			
PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS											0,0	0,0			
AUSILIARI											0,0	0,0			
ASSISTENTE RELIGIOSO	1,0										0,0	1,0			
PERSONALE AMMINISTRATIVO											0,0	0,0			
PERSONALE COMUNICAZIONE- INFORMAZIONE											0,0	0,0			
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA											0,0	0,0			
TOTALE COMPARTO	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	0,0	1,0	0,0	0,0	3,0	4,0	135.110		
TOTALE COMPLESSIVO	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	1,0	1,0	0,0	0,0	4,0	5,0	219.740	0	

Per l'anno 2023 la proposta di piano triennale dei fabbisogni di personale (PTFP 2023-2025) di cui sopra costituisce per l'area ospedaliera la conferma della dotazione organica 2022 già autorizzata come si evince dalla tabella di seguito rappresentata, mentre per l'area territoriale la dotazione già autorizzata è stata incrementata delle risorse necessarie allo sviluppo della stessa secondo i criteri definiti dalle varie Delibere Regionali in materia di attuazione della L.R. 22/2021, nonché dalla DGR 7758 del 28/12/2022 "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2023".

**DOTAZIONE ORGANICA 2022 DA PTFP 2021-2023-
DOTAZIONE ORGANICA AUTORIZZATA 2022-**

DOTAZIONE ORGANICA 2022 del PTFP 2021-2023	OSPEDALE			TERRITORIO						TOTALE COMPLESSIVO	
	TOTALE OSPEDALE	... di cui emergenza		Infermieri di Famiglia	ADI	area prevenzione	Dipartimento salute mentale	carceri	Altri servizi territoriali		TOTALE TERRITORIO
		... di cui pronto soccorso	... di cui terapia intensiva, Blocco operatorio e AREU								
DIRIGENZA MEDICA	387	26	48		2	6	30		7	45	432
DIRIGENZA VETERINARIA										0	0
DIRIGENZA SANITARIA	33						20	1	2	23	56
DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	4								2	2	6
DIRIGENZA PROFESSIONALE	5									0	5
DIRIGENZA TECNICA	2									0	2
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	8								1	1	9
TOTALE DIRIGENZA	439	26	48	0	2	6	50	1	12	71	510
PERSONALE INFERMIERISTICO	957	72	141	31	2	2	78	2	20	135	1.092
PERSONALE TECNICO SANITARIO	169					1				1	170
PERSONALE VIGIL. ISPEZIONE	12					14	6		11	31	43
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	36				1		46		2	49	85
ASSISTENTI SOCIALI	4						7	1	4	12	16
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	174	4	10				3		1	4	178
PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	205	39	23				22			22	227
AUSILIARI							1			1	1
ASSISTENTE RELIGIOSO	3									0	3
PERSONALE AMMINISTRATIVO	179				1				41	42	221
PERSONALE COMUNICAZIONE- INFORMAZIONE	2									0	2
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA										0	0
TOTALE COMPARTO	1.741	115	174	31	4	17	163	3	79	297	2.038
TOTALE COMPLESSIVO	2.180	141	222	31	6	23	213	4	91	368	2.548

CONFRONTO DOTAZIONE ORGANICA 2023 (PTFP 2023-2025) VS DOTAZIONE ORGANICA 2022 (PTFP 2021-2023)												
DOTAZIONE ORGANICA 2023 VS DOTAZIONE ORGANICA 2022	OSPEDALE			TERRITORIO							TOTALE TERRIT RIO	TOTALE COMPLESS IVO ASST
	TOTALE OSPED ALE	... di cui emergenza urgenza		Distre tti, CDC, COT e ODC	A DI	area preveni one	Dipartime nto salute mentale	carc eri	Cure prima rie	Altri servizi territor iali		
		... di cui pronto soccorso	... di cui terapia intensiva, Blocco operatori o e AREU									
Raggruppamento profili												
DIRIGENZA MEDICA	-7	6	4	1	3	2	1	8	3	3	21	14
DIRIGENZA VETERINARIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DIRIGENZA SANITARIA	0	0	0	1	1	0	2	0	0	3	6	6
DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DIRIGENZA PROFESSIONALE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DIRIGENZA TECNICA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DELTA TOTALE DIRIGENZA	-7	6	4	2	4	2	3	8	3	6	27	20
PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso ostetrica e IFeC)												
OSTETRICA	-26	10	15	55	18	0	12	7	0	14	106	80
INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)												
PERSONALE TECNICO SANITARIO	3	0	0	0	0	-1	0	0	0	0	-1	2
ASSISTENTI SANITARI	-1	0	0	1	0	9	0	1	1	2	14	13
TECNICO DELLA PREVENZIONE												
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	1	0	0	1	7	1	14	0	0	0	23	24
ASSISTENTI SOCIALI	0	0	0	3	2	0	2	0	0	2	9	9
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	-3	-2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	-3
PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	25	3	6	24	2	0	6	0	0	6	38	63
AUSILIARI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ASSISTENTE RELIGIOSO	0	0	0	0	0	0	0	0	9	0	0	0
PERSONALE AMMINISTRATIVO	8	0	2	6	0	1	1	0	0	0	17	25
PERSONALE COMUNICAZIONE- INFORMAZIONE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	0	0	0	0	0	0	0	0	10	0	0	0
DELTA TOTALE COMPARTO	7	11	25	90	29	10	35	8	13	24	206	213
DELTA TOTALE COMPLESSIVO	0	17	29	92	33	12	38	16	0	30	233	233

Si fornisce di seguito una relazione motivata relativa alla dotazione organica proposta per l'area ospedaliera e per l'area territoriale.

FABBISOGNI OSPEDALE

La tabella di confronto evidenzia una corrispondenza tra il totale complessivo della D.O. 2023 rispetto alla D.O. autorizzata 2022, con alcune differenze (in negativo e in positivo) su singole macro categorie di profili che sul totale si compensano. Di seguito si specificano le rispettive motivazioni:

- Dirigenza Medica: il delta negativo di 7 tiene conto del numero dei dirigenti medici attivi al 31/12/22 (344) e delle ragionevoli prospettive di reclutamento delle risorse mancanti nel corso del 2023, considerate le difficoltà riscontrate già dal 2021 a reperire personale medico soprattutto nelle discipline di anestesia e rianimazione, medicina d'urgenza, psichiatria e cardiologia;

- Personale infermieristico: negli ultimi anni si è registrato un forte turn over di personale cui non si riesce a far fronte nonostante le reiterate procedure di reclutamento; in particolare si verifica il fenomeno per cui la sostituzione del personale cessato avviene con decorrenza dall'anno successivo ma mai interamente: per tale motivo si è ritenuto di confermare come D.O. 2023 il numero degli attivi al 31/12/22;
- Personale del ruolo tecnico sanitario – OTA – OSS: il delta positivo di 25 nasce dalla seguente riflessione: considerato il dato di realtà, già sopra rappresentato, per cui l'azienda non riuscirà a reclutare le professionalità necessarie e rappresentate nella prima proposta di PTFP, soprattutto in ambito medico e infermieristico, si ritiene necessario rimodulare i fabbisogni di personale dedicato all'assistenza riducendo sul polo ospedaliero i fabbisogni infermieristici dichiarati a favore di quelli di personale di supporto (OSS) nei limiti numerici complessivamente accordati all'azienda. Ciò consentirebbe anche di rendere più bilanciato il case mix di operatori dedicati all'assistenza evitando così di attribuire attività assistenziali di base, che non richiedono professionalità avanzate, agli infermieri rendendo così l'ambiente lavorativo più appetibile per questi ultimi.
- Personale tecnico sanitario e amministrativo: il delta positivo (rispettivamente +3 e +8) risponde alla necessità di anticipare al 2023 la richiesta di incremento della D.O. in relazione alle nuove progettualità che investono l'Azienda (in particolare il Nuovo Ospedale ma anche l'Area della Ricerca).

Per quanto riguarda le colonne “di cui pronto soccorso” e “di cui terapia intensiva, Blocco operatorio e AREU”, si evidenzia che le stesse danno conto degli incrementi autorizzati da Regione e coperti da finanziamenti specifici (D.L. 34/00): considerato che tali incrementi sono da ricomprendere nel totale dei fabbisogni autorizzati, e che per la dirigenza medica, come sopra descritto, la necessità di confermare il totale della D.O. 2022 si è tradotta nella riduzione di n.7 teste rispetto al PTFP 2022-2024, l'azienda si riserva la possibilità di destinare ad altri fabbisogni parte della D.O. riservata a tali ambiti specifici nel caso, molto probabile, in cui non si riesca a reperire medici nelle discipline di afferenza agli stessi (anestesisti e medici di pronto soccorso).

FABBISOGNI TERRITORIO

Rispetto alla proposta di Piano per l'anno 2023 presentata a Regione in data 23/12/22, che già teneva conto delle risorse necessarie allo sviluppo della stessa secondo i criteri definiti dalle varie Delibere Regionali in materia di attuazione della L.R. 22/2021, la presente proposta recepisce le indicazioni contenute nell'allegato 11 della DGR 7758 del 28/12/2022 “Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2023” come richiesto dalla verifica istruttoria della U.O. Personale, Professioni del SSR e Sistema Universitario di codesta Direzione del 30/01/23, e tiene conto del rinvio al 2024 del completamento della dotazione organica richiesta, con particolare riferimento alla nuova SDD Adolescenti e Giovani Adulti presso la Psichiatria di Oglio Po, con conseguente riduzione della D.O. del personale della dirigenza sui Distretti e sul DSM e riduzione dei numeri dichiarati sul personale infermieristico alla voce IFeC a favore di ADI, Sanità Penitenziaria e ODC

Si è provveduto, inoltre, ad inserire la D.O. di personale della dirigenza e del comparto relativa alle Cure Primarie, secondo la quantificazione indicata nell'allegato 11 della DGR 7758 del 28/12/2022.

La nuova tabella di confronto della dotazione organica 2023 rispetto al 2022 evidenzia un delta di 233 teste, di cui 27 sulla dirigenza e 206 sul comparto, che corrisponde agli incrementi di dotazione organica necessari per la copertura dei seguenti fabbisogni:

Distretti, CDC, COT e ODC

Il personale indicato corrisponde ai criteri indicati nel DM 77/2022 e alla DGR 6760/2022, considerata l'apertura della Casa di Comunità hub h.12, 7 giorni su 7 e h 12, 6 giorni su 7 per la spoke.

Come definito sempre nel DM 77 l'ODC erogherà servizi h 24 7 giorni su 7.

Il fabbisogno di personale derivante dagli standard sopra riferiti, in considerazione del carattere emergente delle nuove unità d'offerta, deve considerarsi completamente aggiuntivo rispetto alle dotazioni ordinarie.

ADI

Come da indicazioni contenute nella DGR 6867/2022 e nella DGR 6760/2022 il personale indicato corrisponde ai criteri di accreditamento per l'erogazione dei profili ADI (ASST di Cremona storicamente ha assunto il ruolo solo di valutazione e non di erogazione diretta). Come indicato nella DGR 6867/2022 le ASST dovranno accreditarsi e contrattualizzarsi per l'erogazione di ADI sui diversi livelli di complessità entro la fine del 2023.

Area prevenzione

L'incremento della dotazione organica proposto tiene conto della difficoltà di rispettare i tempi per la copertura vaccinale delle coorti e della necessità del rispetto delle indicazioni regionali contenute nei piani vaccinali e pandemici.

Dipartimento salute mentale

Gli aumentati bisogni della popolazione hanno determinato nel 2022 un incremento dei tempi di attesa pari a 6 mesi rispetto a 1-2 mesi degli anni precedenti, inoltre si registra un aumento di primi accessi di circa 14 utenti alla settimana che non possono essere soddisfatti in relazione all'attuale organico. Al fine di affrontare l'emergenza di ogni unità operativa del DSMD si è ritenuto necessario costituire delle équipe trasversali inter-funzionali al dipartimento, a tutela dell'erogazione dei LEA.

In assenza di un riferimento normativo specifico (il DM 77 non prevede standard di riferimento per la salute mentale) si è ritenuto appropriato individuare una dotazione minima in grado di rispondere a quanto sopra descritto.

In particolare tale modello si attiverà nell'ambito del nuovo Reparto Adolescenti e Giovani Adulti presso la Psichiatria di Oglio Po. Tale nuovo progetto, che sarà avviato dal 2024, ha lo scopo di specializzare l'ex SPDC della UO di Psichiatria casalasca al fine di rispondere alle patologie acute nella fascia 15-24 anni. L'attuale UOSD approvata con il nuovo POAS prevede un'équipe caratterizzata da psichiatri, neuropsichiatri, infermieri, OSS dedicati alle problematiche giovanili. Il potenziale bacino di utenza è quello di quota parte della popolazione delle province di Cremona e Mantova per un totale di circa 140.000 giovani adulti. Lo sviluppo di personale indicato rispetta le normative regionali e nazionali: DGR 6860/2008, il PANSM del 2013, DGR 38133/1998 e successivo DDG 2877/2001.

Altri servizi territoriali

Consultori

In questi anni si sono affrontate molte criticità in relazione all'impiego di ginecologi negli ambulatori consultoriali poiché la carenza numerica di specialisti ginecologi ospedalieri non permette di garantire la continuità erogativa negli ambulatori consultoriali come da requisiti definiti nella DGR 2594/2000. Si ritiene pertanto necessario e non ulteriormente procrastinabile provvedere a dare stabilità all'offerta territoriale potenziando gli specialisti dedicati.

Anche per il personale di comparto diventa necessario rispettare gli standard di accreditamento implementando le figure di ostetrica, assistente sanitaria e sociale dovuti allo sviluppo di presa in carico domiciliare, progetti mamma bambino, continuità ospedale territorio nei primi 1000 giorni di vita.

Come declinato sempre nella DGR 2594/2000 diventa necessario garantire prestazioni LEA per la tutela minori, abuso e maltrattamento grave, violenza contro le donne, accoglienza e intercettazione precoce dei bisogni adolescenziali e giovani, in particolare nell'ambito dei disturbi alimentari e disturbi emotivi e del comportamento. A tal proposito è riferita la necessità dell'implemento dello psicologo territoriale nelle Case di Comunità dedicato all'intercettazione precoce e alla valutazione integrata.

Cure Palliative

La DGR 5918/2016 ha riorganizzato l'offerta delle cure palliative istituendo 4 setting di cura ospedaliero, ambulatoriale, domiciliare e residenziale e per ogni livello ha definito i rispettivi standard organizzativi e gestionali. La richiesta di potenziamento delle dotazioni organiche è pertanto in linea con quanto previsto dalla normativa citata.

E' stata inoltre presentata in regione una proposta di avvio di UO di 10 pl ubicata nel presidio ospedaliero Oglio Po al servizio del territorio casalasco-viadanese. L'implementazione del personale rappresentata riguarda l'avvio di tale progettualità, considerato l'aumento dei casi di presa in carico sia a livello domiciliare che residenziale.

Medicina dello Sport

La richiesta territoriale di riapertura dell'ambulatorio di Medicina dello sport a gestione ASST determina il fabbisogno richiesto (2 operatori del comparto e 1 medico specialista ambulatoriale a tempo pieno).

Stabilizzazione personale precario del Servizio Sanitario Regionale DGR 6295 del 26 aprile 2022

Ai sensi della DGR succitata, nella dotazione organica 2023 si è inserita la previsione della stabilizzazione del personale precario in servizio presso l'ASST ai sensi dell'art. 20 del D. Leg.vo n. 75 del 2017 e ss.mm.ii. Trattasi di operatori con i profili di area riabilitativa del comparto e dirigenti psicologi principalmente impiegati su progetti di NPJA e salute mentale.

3.4 PIANO DELLA FORMAZIONE

La formazione del personale è un obbligo aziendale che, esercitato in linea con le indicazioni e le finalità istituzionali, consente di investire sui propri operatori, di cui garantisce lo sviluppo delle abilità e delle competenze culturali, tecniche e manageriali, favorendone la crescita professionale. Affinché siano efficaci, gli interventi formativi devono essere pianificati non solo per ottemperare ad un obbligo contrattuale, ma soprattutto per privilegiare la valorizzazione delle potenzialità esistenti, coniugando la mission aziendale, gli obiettivi aziendali e regionali con le capacità, le aspettative e le esigenze individuali.

Tale obiettivo in Asst Cremona si realizza attraverso lo sviluppo di un processo formativo che, alla luce delle più recenti conoscenze sulla formazione degli adulti e nella ricerca di soluzioni innovative, quali la Formazione a Distanza (FAD) e la Formazione Sul Campo (FSC), sappia coinvolgere e valorizzare tutti gli operatori dell'Azienda.

Per meglio focalizzare l'analisi del bisogno e la conseguente programmazione dell'attività formativa per l'anno 2023, l'azienda ha seguito un processo di co-partecipazione alla strutturazione del piano che ha previsto 5 fasi:

1. incontro con Responsabile, Coordinatore, Referente della formazione (dove individuato) di UUOO/ Servizio e operatori della U.O.S. Formazione con lo scopo di accompagnare nella predisposizione della scheda bisogni formativi;
2. focus dipartimentale con il Direttore di Dipartimento, Responsabili infermieristici d'area e Responsabile U.O Formazione per la valutazione delle proposte avanzate dalle singole UUOO del Dipartimento nonché delle tematiche potenzialmente trasversali;
3. elaborazione definitiva PFA 2023;
4. validazione del PFA 2023 da parte del Comitato Scientifico Aziendale e, successivamente, adozione del Piano da parte della Direzione Strategica con apposito decreto;
5. pubblicazione del PFA sul sito regionale.

Le tematiche del PFA 2023 comprendono percorsi formativi che riguardano le linee di sviluppo dell'assetto socio sanitario regionale.

I macro-argomenti inerenti la formazione indicano tematiche tese a rafforzare/consolidare le linee di sviluppo del nuovo assetto sanitario e socio sanitario aziendale, attraverso la valorizzazione del capitale umano e l'accompagnamento del cambiamento culturale e professionale per garantire qualità nelle prestazioni offerte.

Viene nuovamente attribuita centralità al tema fondante della sicurezza: la formazione antincendio, il BLS, la movimentazione manuale dei pazienti, la radioprotezione, i corsi sulla sicurezza per dirigenti, preposti e lavoratori.

Vengono recepite le esigenze di confronto su tematiche di recente introduzione: applicazione del nuovo CCNL per il personale del comparto, aggiornamento sulla responsabilità professionale degli operatori.

Il PFA 2023 pone forte accento, inoltre, su eventi formativi finalizzati a strutturare processi organizzativi con ricadute operative a medio e lungo termine: la progettazione di PDTA, le infezioni ospedaliere, la Qualità, le procedure di accreditamenti, le certificazioni.

Nell'ambito del Piano formativo 2023 viene altresì fornito forte sostegno al piano strategico Panflu attraverso l'istituzione di percorsi formativi dedicati ad incrementare le competenze degli operatori in alcune aree fortemente impattate in caso di evento pandemico.

Dato l'elevato turn-over che sta riguardando gran parte delle figure professionali presenti in azienda sono stati previsti eventi per personale neoassunto/neoassegnato con la finalità di strutturare percorsi formativi ad-hoc per l'acquisizione delle competenze necessarie in specifici ambiti.

Lo sviluppo della rete territoriale verrà sostenuto con percorsi di formazione previsti dal piano in ambiti trasversali ed in ottica di integrazione: la telemedicina, lo sviluppo delle competenze degli IFeC, le cure palliative, le Centrali Operative Territoriali COT, le Case della comunità, gli Ospedali di comunità, la gestione delle dimissioni dei pazienti fragili.

L'elenco dettagliato degli eventi formativi programmati nel PFA 2023, adottato con decreto aziendale n. 159 del 28.03.2023, sarà inviato agli uffici regionali competenti e pubblicato sulla intranet aziendale.

3.5 OBIETTIVI LEGATI ALLA PARITÀ DI GENERE

La presente Sezione contiene la programmazione delle azioni/misure rivolte a rimuovere gli ostacoli al fine di promuovere un'effettiva parità di opportunità fra uomini e donne all'interno della Pubblica Amministrazione.

L'ASST di Cremona, tenuto conto:

* del decreto legislativo 165 del 30/03/2001 all'articolo 7 stabilisce che le Pubbliche Amministrazioni sono tenute a garantire la parità e le pari opportunità tra uomini e donne, l'assenza di ogni forma di discriminazione, diretta e indiretta, relativa al genere, all'età, all'orientamento sessuale, alla razza, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione o alla lingua, nell'accesso al lavoro, nel trattamento e nelle condizioni di lavoro, nella formazione professionale, nelle promozioni e nella sicurezza sul lavoro, così come un ambiente di lavoro improntato al benessere organizzativo; nonché dell'obbligatorietà della predisposizione di Piani di Azioni Positive da parte delle Pubbliche Amministrazioni;

*della Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri n. 2/2019, "Misure per promuovere le pari opportunità", riconosciuto che le azioni positive sono misure speciali che, in deroga al principio di uguaglianza formale, tendono a rimuovere gli ostacoli alla piena ed effettiva parità di opportunità tra uomini e donne; che si tratta di misure "speciali", in quanto non generali ma specifiche e ben definite che intervengono in un determinato contesto per eliminare ogni forma di discriminazione, sia diretta sia indiretta e misure "temporanee" in quanto necessarie fintanto che si rileva una disparità di trattamento tra uomini e donne;

definisce gli obiettivi legati alla parità di genere, quali strumenti semplici ed operativi per l'applicazione concreta dei principi di pari opportunità attraverso la rimozione degli ostacoli che, di fatto, impediscono la realizzazione delle pari opportunità di lavoro e nel lavoro; propone, altresì, la diffusione di una cultura

organizzativa orientata allo sviluppo del contributo di donne e uomini dove la differenza è un fattore di qualità sia nelle relazioni con i cittadini/e sia nelle modalità lavorative e nelle relazioni interne.

Le Tematiche e le Azioni

1) Area formazione ed aggiornamento sul contrasto alle discriminazioni

Azione 1 –Nel triennio 2023-2025 l'ASST di Cremona si impegna a proporre percorsi formativi di sensibilizzazione rivolti al personale dell'Azienda sulle seguenti tematiche:

a) attività di formazione sulle pari opportunità e sul contrasto alle discriminazioni rivolte a coloro che svolgono attività in favore di persone portatrici di disabilità al fine di favorire la comunicazione ed accesso dei cittadini alle strutture sociosanitarie e sanitarie per avvalersi delle prestazioni (es. CUP, Pronto Soccorso, Centri Prelievi, servizi di diagnostica strumentale, visite specialistiche, consultori familiari, sportelli scelta e revoca).

b) Area formazione componenti del Comitato Unico di Garanzia

Azione 2- promuovere e diffondere iniziative finalizzate alla conoscenza del ruolo del CUG, in collaborazione con Ufficio Comunicazione Aziendale

PERIODO DI REALIZZAZIONE: 2023-2025

2) Area del benessere organizzativo

Azione 1- favorire l'ascolto di forme di disagio della persona attraverso percorsi cui il soggetto possa con libertà rivolgersi; coordinare, nel rispetto della riservatezza delle situazioni, azioni per risolvere le situazioni di disagio personale segnalate.

Azione 2- realizzazione di indagine per la rilevazione del benessere organizzativo delle UDO sociosanitarie della ASST alla luce delle innovazioni previste dalla Legge Regionale 14 dicembre 2021 - n°22.

PERIODO DI REALIZZAZIONE: 2023-2025

Durata, aggiornamento, monitoraggio

Gli obiettivi sopra descritti hanno durata triennale; nell'arco del triennio si attuerà un monitoraggio costante delle azioni proposte.

Il Comitato Unico di Garanzia entro il 30/03 di ogni anno, come previsto dalla direttiva nr 2/2019, provvederà:

*a predisporre una relazione da presentare alla Direzione Strategica e al Nucleo di Valutazione delle prestazioni che terrà conto delle azioni realizzate nell'anno precedente;

*a trasmettere la medesima relazione a Dipartimento della Funzione Pubblica e delle Pari Opportunità.

SEZIONE 4 – MONITORAGGIO

L'attuazione delle politiche, delle strategie e degli obiettivi contenuti nel presente Piano è assicurata attraverso un sistema di monitoraggio sia degli strumenti di attuazione in esso contenuti, sia dei risultati conseguiti, il quale coinvolge le diverse componenti aziendali.

Infatti, il monitoraggio è assicurato sia da strutture aziendali ad esso preposte (Internal Auditing e Controllo di Gestione) che da organi ed organismi quali il Collegio Sindacale e Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni.

Le tempistiche e le modalità del monitoraggio, per ogni ambito, sono definite dalla normativa di riferimento, dall'Ente Regionale e suoi organismi (per es. ORAC) o dalla Direzione Strategica Aziendale.

Il processo di monitoraggio del PIAO è assolto, in via prioritaria, dall'attività di monitoraggio degli obiettivi di budget e dal monitoraggio delle performance aziendali.

E' stato previsto, inoltre un gruppo di lavoro interno che effettuerà con cadenza semestrale un'attività di monitoraggio integrata degli obiettivi inseriti nelle varie sezioni che compongono il PIAO, allo scopo di sviluppare un confronto costruttivo degli esiti delle varie attività e favorire l'integrazione dei vari atti di programmazione.