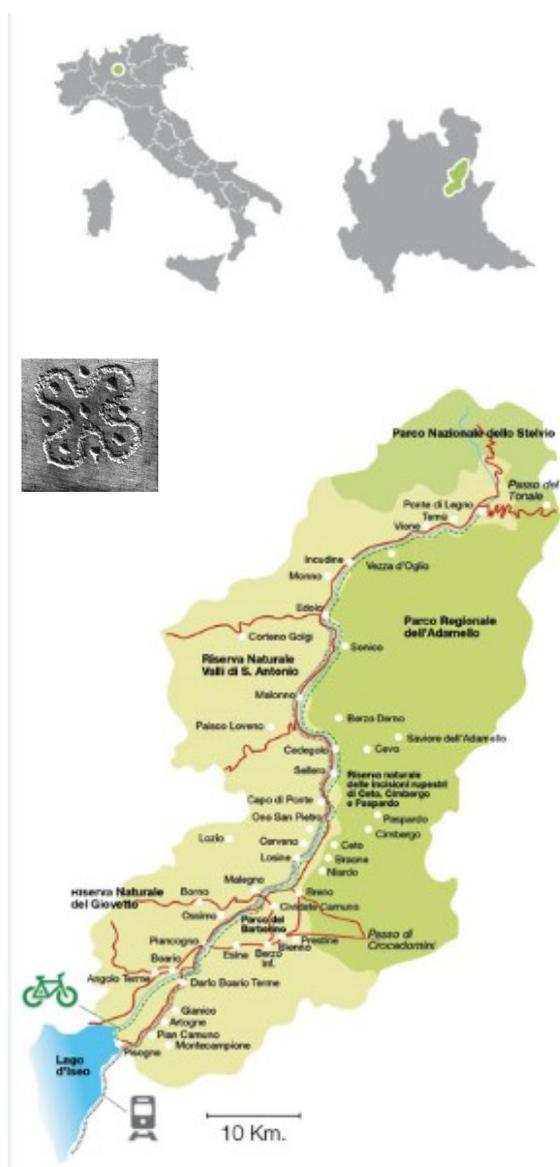


# PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE 2023 - 2025

## PROGRAMMAZIONE PER L'ANNO 2023



## Indice

1. PREMESSA.....	4
ACCORPAMENTO DEL PIANO DELLE PERFORMANCE NELLA SEZIONE “VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE”, ED IN IN SOTTOSEZIONE “PERFORMANCE”.....	4
ORGANIZZAZIONE E RIORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITA’ ORDINARIE	5
AZIONI PER CONTRASTARE LA PANDEMIA - MANTENIMENTO.....	6
FOCUS LEGGE REGIONALE 22: OSPEDALI DI COMUNITA’, CASE DELLA COMUNITA’, CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE.....	6
CASE DI COMUNITA’.....	6
OSPEDALI DI COMUNITA’.....	7
CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI.....	7
PIANIFICAZIONE DELLE ATTIVITA’.....	7
INTRODUZIONE ALL’ARTICOLO 10: TELEMEDICINA.....	7
SEZIONE 1 SCHEDA ANAGRAFICA DELL’AMMINISTRAZIONE.....	9
TERRITORIO E DEMOGRAFIA.....	10
I PUNTI DI OFFERTA SANITARIA E SOCIOSANITARIA.....	10
SEZIONE 2 VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE.....	11
2.1 Sottosezione di programmazione: <i>valore pubblico</i> .....	11
Il Piano delle Azioni Positive.....	13
ANALISI DELLE RISORSE UMANE E DEL CONTESTO.....	15
2.2 Sottosezione di programmazione: <i>performance</i> .....	18
2.2.1 L’AZIENDA IN CIFRE.....	18
2.2.1.1 POLO OSPEDALIERO.....	18
CAPACITA’ DI OFFERTA OSPEDALIERA.....	20
2.2.1.2 POLO TERRITORIALE.....	20
PRINCIPALI ATTIVITA’ SVOLTE.....	20
Specialistica ambulatoriale.....	20
Palestre di riabilitazione specialistica.....	20
Punti prelievo.....	21
Salute mentale.....	21
Prevenzione e igiene pubblica.....	21
Consultori.....	21
SERVIZIO DIPENDENZE.....	22
PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CRONICO.....	22
INTEGRAZIONE RETI TERRITORIALI.....	22
DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE.....	23
PROGETTO DAMA.....	23
LE SEDI TERRITORIALI.....	24
SEDE DI DARFO.....	24

SEDE DI CEDEGOLO.....	24
SEDE DI BRENO.....	25
SEDE DI PISOGLIO.....	25
SEDE DI EDOLO.....	25
2.2.1.3 PRINCIPALI RICAVI.....	26
PRESTAZIONI TIPICHE.....	26
TEMPI DI ATTESA PRESTAZIONI DI RICOVERO E SPECIALISTICA AMBULATORIALE.....	26
TAMPONI, SIEROLOGICI, VACCINAZIONI COVID.....	28
2.2.2. DEFINIZIONE AREE OBIETTIVI SUL TRIENNIO.....	30
2.2.2.1 LA PIANIFICAZIONE TRIENNALE E L'EVENTO PANDEMICO.....	30
Costituzione ed apertura degli ospedali di Comunità, delle Case di Comunità, della Centrale Operativa Territoriale.....	30
Opere ed investimenti.....	30
Tecnologie.....	31
Sistemi Informativi.....	31
Miglioramento della qualità e dell'appropriatezza.....	31
2.2.3. OBIETTIVI ANNUALI.....	33
OBIETTIVI STRATEGICI.....	33
OBIETTIVI DI PERFORMANCE ED APPROPRIATEZZA.....	34
PROCESSO DI BUDGET.....	35
2.2 Sottosezione di programmazione: <i>rischi corruttivi e trasparenza</i> .....	36
Parte I - PROCESSO DI ADOZIONE DEL PTPCT 2023-2025 - SOTTOSEZIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA PIAO.....	36
Parte II - I SOGGETTI E I RUOLI DELLA STRATEGIA DI PREVENZIONE.....	38
Parte III - PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO.....	46
Parte IV - LE MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE.....	61
Parte V - TRASPARENZA.....	73
SEZIONE 3 ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO.....	80
Struttura Organizzativa.....	80
Organizzazione del lavoro agile.....	83
Piano triennale dei fabbisogni di personale.....	89
Piano formativo aziendale.....	95
1.Premessa.....	95
2.Fabbisogni formativi.....	96
3.Pianificazione e programmazione delle attività formative.....	97
4. Destinatari.....	98
5.Attuazione e valutazione dell'attività formativa.....	99
SEZIONE 4 MONITORAGGIO.....	100
5. I PRINCIPALI RIFERIMENTI NORMATIVI.....	101

## 1. PREMESSA

L'articolo 6 del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113 ha previsto che le pubbliche amministrazioni con più di cinquanta dipendenti, con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative, adottino, entro il 31 gennaio di ogni anno, il Piano integrato di attività e organizzazione.

Il Piano ha l'obiettivo di assorbire, razionalizzandone la disciplina in un'ottica di massima semplificazione, molti degli atti di pianificazione cui sono tenute le amministrazioni. A tal fine il Piano è affiancato da un processo di delegificazione che si sviluppa parallelamente all'iter di approvazione del DM che introduce il Piano-tipo.

La misurazione della performance e quindi del livello dei servizi è il presupposto fondamentale per responsabilizzare il personale dipendente attraverso l'elaborazione di elementi di valutazione finalizzati ad incrementare l'appropriatezza, l'efficacia e l'efficienza delle prestazioni sanitarie erogate.

Come già sottolineato negli anni passati, l'attività valutativa richiede un approccio trasversale alle strutture, e presuppone la misurazione dei risultati dell'intera Azienda, in riferimento alle strategie previste dall'amministrazione per soddisfare i bisogni della collettività.

### *ACCORPAMENTO DEL PIANO DELLE PERFORMANCE NELLA SEZIONE "VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE", ED IN IN SOTTOSEZIONE "PERFORMANCE"*

Il D.Lgs n.150/2009 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle Pubbliche Amministrazioni stabilisce che ogni Amministrazione Pubblica è tenuta a misurare e a valutare la performance con riferimento all'amministrazione nel suo complesso, alle aree di responsabilità in cui si articola e ai singoli dipendenti. Questo, al fine del miglioramento della qualità dei servizi offerti, attraverso la valorizzazione del merito e la trasparenza dei risultati raggiunti e delle risorse impiegate.

Uno degli strumenti previsti dal D.Lgs n.150/2009 a tale fine è per l'appunto il Piano delle Performance, un documento programmatico triennale, adottato in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, che individua sia gli obiettivi strategici ed operativi e gli indicatori per la valutazione della performance dell'amministrazione sia gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori.

Il presente Piano delle Performance redatto dalla Direzione Strategica della ASST della Valcamonica, ai sensi dell'art.15, co.2, lett.b) del D.Lgs 150/2009, rappresenta il documento programmatico dell'anno in corso relativo agli obiettivi da perseguire nel triennio 2022-2024. Il documento allinea gli obiettivi che prendono spunto dalla DGR 7758 del 28.12.2022

“Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l’anno 2023”.

Si pone particolare attenzione alla attuazione della L.R. 14 dicembre 2021 n. 22 “Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al titolo I ed al titolo VII della Legge Regionale 30.12.2009 n. 33”. A tal proposito si presterà attenzione alle successive modifiche intervenute con la Legge Regionale n.15 del 28.11.2018, la cui attuazione prevede l’ampliamento delle competenze della ASST acquisendo o in certi casi riacquisendo, funzioni ora proprie della ATS della Montagna.

Nel Piano delle Performance vengono riportati, o comunque lo verranno nel prosieguo dell’attività ed a fronte delle future ed ulteriori disposizioni di Regione Lombardia, tutti gli obiettivi assegnati ai Dipartimenti ed alle Unità Operative aziendali.

Il presente Piano sostituisce e accorpa il Piano delle Performance, che trova collocazione nella sezione 2 Valore pubblico, performance e anticorruzione.

Il Piano delle Performance, sia nel suo respiro triennale, sia nelle sue declinazioni annuali, in corso di esercizio può essere modificato/ampliato qualora nuovi obiettivi a carattere prioritario venissero posti in essere.

Nel corso degli anni 2020-2022 la pandemia causata dal COVID-19 ha sovrapposto numerose attività emergenti e modifiche nelle attività esistenti. In ultimo la piena ripresa. Per tali ragioni gli obiettivi di dimensionamento dell’offerta di ricovero programmato e di prestazioni di primo accesso ambulatoriale, rimangono centrali nella programmazione dell’intero Sistema regionale.

Il Piano nel suo accorpamento in apposita sezione ed in collegamento con le altre sezioni e sottosezioni, intende recepire l’impatto di tali attività rispetto a quella ordinaria e la relativa programmazione.

Tra esse, si citano descrittivamente:

### **ORGANIZZAZIONE E RIORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITA’ ORDINARIE**

- in allineamento col Piano di Governo Aziendale dei Tempi d’Attesa, focus sulle prestazioni di primo accesso, le prestazioni non differibili e salvavita, le prestazioni a pazienti oncologici, donne gravide, dializzati. Obiettivo:
  - non sospensione o annullamento delle prenotazioni;
  - mantenimento agende aperte e visibilità verso sovracup regionale GP++;
  - rispetto dei tempi d’attesa per ogni classe di priorità, in particolare B e D
- volume prestazioni ambulatoriali: raggiungimento capacità erogativa target anno di riferimento 2022;
- volume prestazioni di ricovero: raggiungimento capacità erogativa target anno di riferimento 2022;
- Telemedicina, telerefertazione, teleconsulenza: sviluppo ed applicazione di modalità di visita da remoto;
- vaccinazioni: rispetto del target per ogni tipologia
- POLA: lo smart working ha assunto un ruolo centrale durante la pandemia, sia per efficientare l’impiego delle risorse umane, sia per la sicurezza dei lavoratori. Definizione ed applicazione regolamento. Si rimanda alla sezione apposita.

## **AZIONI PER CONTRASTARE LA PANDEMIA – MANTENIMENTO**

Per quanto riguarda le attività correlate a sorveglianza e prevenzione, esse sono in continuità, perciò si elencano:

- Piani Operativi Gestionali Ospedaliero e Territoriale: la pesante riorganizzazione dei reparti e servizi per fronteggiare l'evento pandemico è stata programmata ed ufficializzata. Essa è comunque oggetto di continui adeguamenti in reazione alle necessità contingenti
- ricerca del virus SARS COV 2 mediante erogazione di tamponi molecolari e antigenici: lo screening e la sorveglianza della popolazione vedono le ASST come soggetto erogatore principale. Le modalità organizzative atte ad erogare con rapidità volumi sufficienti ed in sicurezza di tali prestazioni sono oggetto di adeguamento costante. Sono da considerare anche gli aspetti rendicontativi verso soggetti preposti ad attuare la sorveglianza;
- vaccinazioni COVID: attività iniziata nel 2021 e proseguita nell'anno 2022, rappresenta obiettivo prioritario anche per l'anno 2023;

### *FOCUS LEGGE REGIONALE 22: OSPEDALI DI COMUNITA', CASE DELLA COMUNITA', CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE*

La legge regionale 22 del 14 dicembre 2021 modifica la precedente 33/2009 e s.m.i., in particolare all'articolo 7 delinea l'istituzione dei poli ospedaliero e territoriale.

Al Polo territoriale è affidata l'erogazione delle prestazioni distrettuali, mediante:

#### **CASE DI COMUNITA'**

- Le Case di Comunità (CdC) permettono di avere un'organizzazione capillare su tutto il territorio, sono delle strutture fisiche in cui opera una équipe multiprofessionale di: MMG, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute e ospitano anche le figure degli assistenti sociali.
- Sono un punto di riferimento continuativo per la popolazione, anche attraverso una infrastruttura informatica, un punto prelievi, una strumentazione polispecialistica. Permettono di garantire la presa in carico della comunità di riferimento.
- Il core del modello si basa appunto sulla presa in carico condivisa della popolazione di riferimento da parte della équipe multiprofessionale.
- Nel corso dell'anno 2022, secondo cronoprogramma, sono state attivate il 40% delle strutture. Complessivamente nell'arco del triennio, tra attivate e da attivare:
- Casa della Comunità sede Darfo Boario Terme. Inaugurata ed attivata in data 18 marzo 2022;
- Casa della Comunità sede Breno. Attivata in data 4 novembre 2022;
- Casa della Comunità sede Cedegolo. Attivata in data 19 dicembre 2022
- Casa della Comunità sede Ponte di Legno. Inaugurata in data 4 novembre 2022;
- Casa della Comunità sede Pisogne. Attivazione prevista anno 2023;
- Casa della Comunità sede Edolo. Attivazione prevista anno 2023;
- Casa della Comunità sede Ossimo. Attivazione prevista anno 2023;

- Casa della Comunità sede Berzo Inferiore. Attivazione prevista anno 2024;

### **OSPEDALI DI COMUNITA'**

Saranno strutture sanitarie della rete territoriale a ricovero breve e destinati a pazienti che necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica, avranno in dotazione dai 20 ai 40 posti letto e la gestione sarà prevalentemente infermieristica.

L'attivazione secondo cronoprogramma è prevista:

- Ospedale di Comunità Esine (struttura da realizzare ex novo). Attivazione prevista anno 2024;
- Ospedale di Comunità Edolo (struttura da realizzare ex novo). Attivazione prevista anno 2024.

### **CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI**

E' uno strumento organizzativo innovativo che svolgerà funzioni di coordinamento della presa in carico del cittadino/paziente e raccordo tra servizi e soggetti coinvolti nel processo assistenziale nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialogherà con la rete dell'emergenza-urgenza.

L'obiettivo delle centrali operative territoriali è quello di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, attraverso un servizio rivolto prevalentemente ad operatori sanitari e socio-sanitari.

### **PIANIFICAZIONE DELLE ATTIVITA'**

- Così come stabilito dalle Regole di Sistema anno 2023, la DG Welfare definirà i target da perseguire con cadenza frequente. In base alle indicazioni ed al rispetto del cronoprogramma, si raggiungerà l'obiettivo di realizzare Case ed Ospedali di Comunità:
- definizione dei *modelli di funzionamento*;
- costituzione di un *gruppo di lavoro*:
  - definizione ambiti dei servizi con la *medicina territoriale*;
  - definizione ambiti con *servizi sociali*;
  - sviluppo della *telemedicina*
- stato avanzamento lavori *opere ed investimenti*

### **INTRODUZIONE ALL'ARTICOLO 10: TELEMEDICINA**

L'istituzione di un fondo dedicato rappresenta un impulso a sostegno della realizzazione di modelli innovativi di organizzazione ed erogazione delle prestazioni sanitarie. L'ASST di Valcamonica svilupperà ulteriormente l'utilizzo di tali innovazioni nel corso del

triennio, contribuendo a ridurre la variabilità geografica dell'assistenza territoriale, grazie all'armonizzazione degli standard di cura garantiti dalla tecnologia.

Il ricorso alla telemedicina garantirà una migliore "esperienza di cura" per i cittadini e porterà a migliorare ulteriormente i livelli di efficienza dei sistemi sanitari regionali, attraverso approcci di cura domiciliare e protocolli di monitoraggio da remoto dei pazienti.

## SEZIONE 1 SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE



*Ospedale di Vallecamonica: sede di Esine*

L'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) di Valcamonica (in applicazione della L. R. n. 23 del 11/08/2015):

- è attiva a far data dal 01/01/2016 (DGR n. X/4495 del 10/12/2015);
- nell'ambito del Sistema Sociosanitario Lombardo (SSL), afferisce all'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Montagna;
- è dotata di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica;
- ha sede legale in via Nissolina n. 2 - 25043 Breno (BS);
- ha il seguente codice regionale ente: 714.

Nasce dalla "scissione" della precedente ASL di Vallecamonica-Sebino. Questa Azienda, unica in Regione Lombardia, incorporava al proprio interno anche tutte le attività di erogazione sanitaria per i cittadini ad essa afferenti ed operava in condizioni di monopolio di fatto.

Tale situazione, oltre che dalle vicende storiche tipiche di ogni territorio, dipende anche da peculiari caratteristiche:

- assenza di erogatori pubblici o privati concorrenti sul territorio: sono presenti un laboratorio analisi ed una comunità protetta ad alta assistenza che si integra complementariamente nella rete del dipartimento di salute mentale;

- condizioni orogeografiche tipiche delle vallate: bassa densità di popolazione, confini naturali, viabilità inevitabilmente poco scorrevole

## TERRITORIO E DEMOGRAFIA

Dal punto di vista geografico la Valcamonica si estende dalla riva nord del lago d'Iseo, seguendo il corso del fiume Oglio, fino alle sue sorgenti, nel comune di Pontedilegno, alle pendici settentrionali del massiccio dell'Adamello. La delimitazione a nord è scandita da tre valichi montani: il Passo del Tonale, il Passo dell'Aprica e il Passo del Gavia.

Alcuni comuni sono amministrativamente inseriti nella provincia di Bergamo, anche se fanno riferimento per le prestazioni sanitarie anche al territorio della Valcamonica (Comuni di Costa Volpino, Rogno, Lovere e comuni della Val di Scalve).

L'accesso stradale ha due direttrici: una del Tonale e della Mendola che la collega a Bergamo attraverso la Val Cavallina; l'altra la Sebina Orientale che la collega a Brescia.

Tutte le altre arterie, sia la SP 469 del Sebino occidentale, la vecchia SP 510 del Sebino orientale, la SS 39 dell'Aprica e il tratto settentrionale della SS 42 si presentano strette, tortuose e per le ultime due le caratteristiche sono quelle tipiche delle strade di montagna.

L'ambito territoriale dell'ASST della Valcamonica comprende 41 Comuni, corrispondenti a quelli già afferenti alla disciolta ASL di Vallecamonica Sebino, con una popolazione al 1.1.2021 di 97.842 residenti ed una superficie totale di 1.518,19 Km<sup>2</sup>. La popolazione allargata ai confini orogeografici del bacino aumenta a 120.000, e nei periodi estivi ed invernali sono stimati altri 50.000 villeggianti.

## I PUNTI DI OFFERTA SANITARIA E SOCIOSANITARIA

Il **Polo Ospedaliero** (comunemente noto come "Ospedale della Valcamonica") con le sue sedi Esine ed Edolo.

Il **Polo Territoriale** costituito dai centri di Darfo Boario Terme, Pisogne, Breno, Cedegolo, Edolo, Ponte di Legno e dalle menzionate due Case di Comunità che saranno gestite da privato.

La domanda di prestazioni sanitarie è garantita da una rete di 62 medici di famiglia e 9 pediatri libera scelta.

Le prestazioni socio sanitarie sono garantite attraverso una rete di numerosi erogatori tra cui 14 RSA.

In riferimento al dettato del Decreto ministeriale n.70/2015 il territorio della Valcamonica rappresenta quindi un'enclave geograficamente svantaggiata in territorio montano, il Presidio Ospedaliero è di fatto l'unico centro di erogazione per prestazioni sia in regime di urgenza che in regime di acuzie. Il presidio di Edolo ha le caratteristiche di un ospedale di base di area montana.

## SEZIONE 2 VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

### 2.1 Sottosezione di programmazione: valore pubblico

Gli obiettivi che la ASST di Valcamonica si pone a livello generale e specifico sono considerati ed esplicitati nel Piano Triennale delle Performance - triennio 2022-2024, adottato con decreto n. 57 del 31.01.2023.

Il Piano delle Performance viene ripreso nella sottosezione successiva.

Nel piano citato si rappresenta sia il potenziale di offerta dell'Azienda, espresso in sintetiche cifre, sia la cornice di Sistema esterno che infine la strategia interna.

Il respiro temporale è di medio periodo, il triennio appunto, ma anche di breve con specifici obiettivi a cadenza annuale.

Nel dichiarare sia il potenziale di offerta che le azioni intraprese ed in via di sviluppo, si delineano i soggetti verso cui sono rivolti i contenuti e le tempistiche di realizzazione.

Si pone, nel triennio considerato, accento sulla semplificazione nell'accesso alle strutture ed ai servizi, in particolare si citano brevemente qui:

- l'espansione delle collaborazioni per aumentare i Punti prelievo esterni;
- la prenotazione attraverso differenti canali (internet, call center) di prestazioni di prelievo presso le sedi dell'ente;
- lo sviluppo della telemedicina
- l'esecuzione di prestazioni diagnostiche al domicilio
- il progetto DAMA
- aumento della disponibilità di slot per l'erogazione della singola prestazione, per quelle sopra indicate, al fine di garantire che ciascun erogatore produca un volume pari all'erogato dello stesso mese del 2019 (anno di riferimento) incrementato del 10%:
  - 9502 - Prima visita oculistica
  - 897A7 - Prima visita dermatologica
  - 88722, 88.72.1, 88.72.3 e 88.72.A - Eco(color)dopplergrafia cardiaca
  - 88731 - Ecografia bilaterale della mammella
  - 88761- Ecografia addome completo
  - 897B7 - Prima visita ortopedica
  - 88735 - Eco(color)doppler dei tronchi sovraaortici
  - 897A3 - Prima visita cardiologica
  - 897A8 - Prima visita endocrinologica/diabetologica
  - 8913 - Prima visita neurologica [neurochirurgica]
  - prestazioni di diagnostica ad alta tecnologia: Risonanze magnetiche, TAC, mammografie
- aumento delle agende trasparenti e prenotabili (pubblicazione alla Rete Regionale di Prenotazione);

- previsione di incremento dei servizi di *remind* per ridurre il fenomeno del no-show sulle prestazioni e contestuale aumento delle disponibilità di slot in “overbooking” da utilizzare in caso di no-show;

In coerenza con quanto previsto dalla D.G.R. n. XI/7475 “Primo provvedimento urgente per il contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni specialistica ambulatoriale” del 30/11/2022, si prevede la strutturazione di un servizio regionale di CUP unico condiviso per la gestione del sistema di accoglienza e l'erogazione delle prestazioni in regime ambulatoriale, che consenta la razionalizzazione e condivisione da parte degli Enti Sanitari dislocati sul territorio lombardo di un'unica soluzione applicativa e delle infrastrutture per l'erogazione a livello regionale dei servizi di prenotazione, accettazione, gestione erogato, incasso, monitoraggio e reportistica.

La Soluzione dovrà essere erogata tramite un unico sistema gestito a livello regionale e sarà deputato a gestire l'accoglienza relativa all'intera offerta sanitaria (offerta esposta, offerta allocata, ossia slot die messi a disposizione per ciascuna prestazione ambulatoriale, tempi di attesa, etc.) consistente nelle prestazioni ambulatoriali.

Data la natura trasversale, l'iniziativa è rivolta direttamente a tutti gli Enti sanitari di Regione Lombardia, indipendentemente dalla natura di ASST o IRCCS, e, dovrà essere messa a disposizione ai privati accreditati (EEPA).

La strutturazione ed implementazione del CUP Unico sarà svolta da ARIA S.p.A. di concerto con Regione Lombardia.

*Collaborazione con l'agenzia di controllo del sistema socio sanitario lombardo.*

DG Welfare si avvarrà della collaborazione dell'Agenzia di Controllo del Sistema Socio Sanitario Lombardo per attività di monitoraggio e di natura ispettiva delle attività degli erogatori dei servizi ospedalieri e territoriali, pubblici e privati, sia sotto il profilo organizzativo-gestionale che sotto il profilo dei processi amministrativi e contabili.

In particolare, anche in attuazione della DGR n. 7475 del 30 novembre 2022, l'Agenzia di Controllo del Sistema Socio Sanitario Lombardo collaborerà con la Direzione Generale Welfare nelle attività di monitoraggio finalizzate al contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali.

Ogni obiettivo è costruito e sviluppato per aumentare il benessere sanitario, sociosanitario e sociale della popolazione che vive nel bacino di utenza della ASST.

Facendo riferimento ai *Sustainable Development Goals* della Agenda ONU 2030, al punto 3 ci si riferisce specificatamente all'argomento “salute e benessere”. Passando in rassegna i sottopunti dell'Agenda:

- Gli indicatori AGENAS e Network delle regioni riportati negli indicatori allegati alla sottosezione successiva rispondono al monitoraggio sui tassi di mortalità, che sono più puntuali essendo calibrati nel concreto dell'organizzazione;
- a livello territoriale sono presenti progetti del Servizio Dipendenze per contrastare gli abusi di sostanze stupefacenti e il tabagismo. I progetti declinano operativamente anche la collaborazione dell'ospedale;
- annualmente, e con particolare impegno organizzativo e di risorse, si perseguono target di copertura vaccinale.

Per perseguire gli obiettivi posti, l'Azienda adotta strumenti per migliorare l'organizzazione del lavoro attraverso il benessere delle proprie lavoratrici e dei propri lavoratori. A tal proposito si colloca in questa sottosezione il Piano Triennale delle Azioni Positive, di seguito riportato.

### Il Piano delle Azioni Positive

Il Piano delle Azioni Positive è uno strumento di programmazione dell'azienda che, come previsto dall'art. 48 del del decreto legislativo n. 198/2006 (Codice delle pari opportunità tra uomo e donna), si pone l'obiettivo di individuare ed eliminare attraverso azioni specifiche tutte le forme di discriminazione eventualmente rilevate.

Obiettivi generali delle azioni sono: garantire pari opportunità nell'accesso al lavoro nella progressione di carriera, nella vita lavorativa, nella formazione professionale e nei casi di mobilità; promuovere il benessere organizzativo e una migliore organizzazione del lavoro che favorisca l'equilibrio tra tempi di lavoro e vita privata; promuovere all'interno dell'amministrazione la cultura di genere e il rispetto del principio di non discriminazione. Nella Direttiva 23 maggio 2007 del Ministro per le Riforme e Innovazioni nella P.A., di concerto con il Ministro per i Diritti e le pari Opportunità (Misure per attuare parità e pari opportunità tra Uomini e Donne nelle Pubbliche Amministrazioni) riconosce alla Pubblica Amministrazione un ruolo di attore attivo nella promozione e attuazione del principio delle Pari Opportunità e della Valorizzazione delle differenze nelle politiche del personale. Principi riaffermati nell' art. 21 lettera b) della L. 183/2010 “ Le pubbliche amministrazioni garantiscono parità e pari opportunità tra uomini e donne e l'assenza di ogni forma di discriminazione, diretta o indiretta, relativa al genere, all'orientamento sessuale, alla razza, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione o alla lingua, nell'accesso al lavoro, nella formazione professionale, nelle promozioni e nella sicurezza sul lavoro. Le pubbliche amministrazioni garantiscono altresì un ambiente di lavoro improntato al benessere organizzativo e si impegnano a contrastare ed eliminare ogni forma di violenza morale o psichica al proprio interno”

Lo stesso articolo 21 alla lettera C ha previsto la costituzione all'interno di ogni Pubblica Amministrazione, del “Comitato Unico di Garanzia (CUG) per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni”

IL CUG esercita compiti propositivi, consultivi e di verifica nell'ambito delle competenze allo stesso demandate dalla legge, al fine di contribuire ad un ambiente di lavoro improntato al benessere organizzativo e all'assenza di ogni discriminazione, attraverso la promozione della cultura delle pari opportunità di genere e le pari opportunità per tutti; la promozione del rispetto della dignità della persona, prevenendo e contrastando ogni forma di discriminazioni dovute non soltanto al genere, ma anche all'età, alla disabilità,

all'origine etnica, alla lingua, alla razza e all'orientamento sessuale. È composto in modo paritetico da dipendenti dell'amministrazione e dalle organizzazioni sindacali più rappresentative a livello di ente.

La costituzione del CUG rappresenta un adempimento obbligatorio per le pubbliche amministrazioni, che recepisce i principi enunciati dalla legislazione comunitaria circa l'ampliamento delle garanzie da rivolgere oltre che alle discriminazioni legate al genere, anche a ogni altra forma di discriminazione, diretta o indiretta, che possa discendere dai diversi fattori di rischio legate alle condizioni di lavoro.

Il CUG dell' ASST della Valcamonica è stato costituito con Deliberazione del Direttore Generale n. 893 del 25 ottobre 2011. Il regolamento è stato approvato secondo le linee guida della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Nello specifico si occupa di:

- Benessere Organizzativo
- Discriminazioni
- Mobbing
- Stress e Mobbing: come muoversi in Azienda

Il Piano triennale si articola in due parti: una costituita da attività conoscitive, di monitoraggio e analisi; l'altra, più operativa, con l'indicazione degli obiettivi specifici.

Il monitoraggio e la verifica dell'attuazione del Piano delle azioni positive sono affidati prioritariamente al Comitato unico di garanzia per le pari opportunità.

## **ANALISI DELLE RISORSE UMANE E DEL CONTESTO**

### TOTALE DIPENDENTI

PROFILO	F	M
SANITARIO Dirigenza Medica	87	81
SANITARIO Dirigenza non Medica	13	3
SANITARIO Comparto	553	60
SOCIO SANITARIO Comparto	144	12
PROFESSIONALE Dirigenza	1	3
TECNICO Dirigenza		1
TECNICO Comparto	25	57
AMMINISTRATIVO Dirigenza	3	2
AMMINISTRATIVO Comparto	93	24
TOTALE	919	243

### OBIETTIVI E AZIONI TRIENNIO 2023-2025

OBIETTIVO 1 Promozione del ruolo e dell'attività del Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni.

#### AZIONI

- riorganizzazione del CUG aziendale con definizione di un calendario di incontri per la verifica dell'attuazione del presente piano e la programmazione delle azioni in esso contenute;
- Presentazione delle funzioni del CUG ai neossunti attraverso un incontro con il presidente dello stesso
- attivazione di incontri di confronto con il CAM aziendale quale osservatorio privilegiato delle dinamiche conflittuali dei professionisti dell'azienda
- Attivazione di momenti di confronto con i CUG di altre ASST Lombarde.

#### TEMPI

Triennio 2023/2025

### OBIETTIVO 2 Conciliazione vita lavorativa e vita familiare

- Ricognizione/individuazione/analisi di possibili bisogni di conciliazione tempo lavoro/famiglia e individuazione di possibili risposte.
- Prime valutazioni degli strumenti più adeguati per favorire la conciliazione tra lavoro e

vita familiare

- c) Possibilità di accedere allo Smart Working in via sperimentale per i coordinatori
- d) Formazione per il personale relativamente alla gestione dei tempi in sanità

TEMPI

Triennio 2023/2025

OBIETTIVO 3: Sviluppo del benessere organizzativo

AZIONI

- a) Implementazione di attività di rilevazione dello stress lavoro correlato (Gruppo WHP)
- b) programmazione a richiesta di incontri per affrontare momenti di disagio vissuti all'interno dell'organizzazione aziendale (sportello psicologico)
- c) Promozione di stili di vita sano attraverso l'organizzazione di eventi formativi sul tema e corsi quali pilates per dipendenti, camminate collettive, ecc

TEMPI

Triennio 2023/2025

OBIETTIVO 4: sensibilizzazione del personale relativamente al tema della violenza sulle donne

AZIONI

- a) incontri con i coordinatori dei reparti per la presentazione delle azioni poste in essere dal Centro Antiviolenza "Cerchio della Luna" presente in Ospedale e delle modalità di attivazione della stessa.
- b) organizzazione di un evento in concomitanza della giornata contra la violenza sulle donne con il coinvolgimento delle realtà del territorio che si occupano del tema
- c) mantenimento della partecipazione di ASST alla Rete Territoriale Antiviolenza della Valcamonica.

TEMPI

Triennio 2023/2025

AZIONI ANNO 2023

OBIETTIVO	AZIONE	TEMPI	INDICATORI
1 Promozione del ruolo e dell'attività del Comitato Unico di Garanzia	a) riorganizzazione del CUG aziendale con definizione di un calendario di incontri	Primo semestre	Almeno un incontro del CUG con stesura del calendario



	b) Presentazione delle funzioni del CUG ai neoassunti attraverso un incontro con il presidente dello stesso	Secondo semestre	Un incontro con i neoassunti anno 2023
2 Conciliazione vita lavorativa e vita familiare	a) Ricognizione, individuazione, analisi di possibili bisogni	Secondo semestre	Presenza dello strumento di rilevazione dei bisogni
	c) Possibilità di accedere allo Smart Working in via sperimentale per i coordinatori	Secondo semestre	Attivazione dello strumento per il 100% dei coordinatori richiedenti
	d) Formazione per il personale relativamente alla gestione dei tempi in sanità	Primo semestre	Un evento dedicato ai coordinatori
3 Sviluppo del benessere organizzativo	a) Implementazione di attività di rilevazione dello stress lavoro correlato (Gruppo WHP)	Primo semestre	Valutazione stress lavoro correlato nel varie UUOO Definizione azioni specifiche per la riduzione dello stress lavoro correlato
	c) Promozione di stili di vita sano attraverso l'organizzazione di eventi formativi sul tema e corsi quali pilates per dipendenti, camminate collettive, ecc	Primo semestre	Attivazione corso pilates con almeno 30 partecipanti Definizione di ulteriori azioni specifiche

4 sensibilizzazione del personale relativamente al tema della violenza sulle donne	b) organizzazione di un evento in concomitanza della giornata contra la violenza sulle donne con il coinvolgimento delle realtà del territorio che si occupano del tema	Secondo semestre	Un evento nel mese di novembre
	c) mantenimento della partecipazione di ASST alla Rete Territoriale Antiviolenza della Valcamonica.	Nel corso dell'intero anno (il calendario degli incontri è definito dell'ente capofila Comune di Darfo B.T.)	Partecipazione di 4 rappresentanti dell'ASST agli incontri della rete

## 2.2 Sottosezione di programmazione: performance

Le sottosezioni Valore pubblico e performance trovano

### 2.2.1 L'AZIENDA IN CIFRE

#### **2.2.1.1 POLO OSPEDALIERO**

L'ospedale di Esine è lo stabilimento più importante per offerta di specialità, numero di posti letto e centralità geografica.

- Sede: Esine
- via: Manzoni, 142
- telefono: 03643691

#### **Posti letto accreditati per tipologia di offerta: ospedale di Esine**

<b>Tipologia di offerta</b>	<b>ordinari</b>	<b>diurni</b>	<b>tecnici</b>
Acuti	230	14	16
Subacuti			9
Riabilitazione	27		
Punto nascita: culle			10

Hospice			8
Dialisi			17
Terapia intensiva	10		
CD/SRP			20
<b>TOTALE</b>	<b>267</b>	<b>14</b>	<b>80</b>

Fonte dati: accreditamento

L'ospedale è anche sede del Dipartimento di Salute Mentale: ambulatori, centro diurno, comunità residenziale, Neuropsichiatria infantile

E' dotato inoltre di:

- Dipartimento di Emergenza ed Accettazione (DEA) di I livello;
- servizio di Emodinamica;
- stroke unit
- breast unit come spoke di Brescia

L'ospedale di Edolo è il secondo stabilimento, ha caratteristiche di ospedale di montagna.

- Sede: Edolo
- via: piazza donatori di sangue, 1
- telefono: 03647721

#### Posti letto accreditati per tipologia di offerta: ospedale di Edolo

Tipologia di offerta	ordinari	diurni	tecnici
Acuti	48	3	3
Subacuti			5
Riabilitazione	13		
<b>TOTALE</b>	<b>61</b>	<b>3</b>	<b>8</b>

Fonte dati: accreditamento

E' dotato inoltre di Pronto Soccorso h24

## CAPACITA' DI OFFERTA OSPEDALIERA

La capacità di offerta riportata nel sinottico di seguito è relativa all'anno 2021, per quanto condizionata dagli eventi pandemici rimane il termine di paragone temporale da utilizzare nello scorrimento del presente Piano. Di seguito i controvalori economici sono mostrati con confronto annuale più ampio.

### Periodo anno 2022 numero ricoveri e prestazioni ambulatoriali

	<i>ricoveri/prestazioni</i>
<b><u>pazienti ricoverati</u></b>	
<i>ordinari e diurni</i>	9602
<i>subacuti</i>	105
<i>hospice</i>	170
<b><u>Pazienti in Pronto soccorso</u></b>	
<i>dimessi</i>	33955
<i>ricoverati</i>	5068
<b><u>prestazioni ambulatoriali</u></b>	
<i>clinica e diagnostica (escluso pronto soccorso)</i>	359191
<i>laboratorio</i>	1000901
<i>cure domiciliari</i>	3400

*Fonte dati: flusso SDO, flusso 28/SAN, flusso 6/SAN, flusso Cure Palliative*

### 2.2.1.2 POLO TERRITORIALE

Il polo territoriale comprende la vasta offerta extraospedaliera, sanitaria e sociosanitaria. La carta dei servizi è raggiungibile al link: <https://www.asst-valcamonica.it/rete-territoriale-sedi-e-servizi>

#### PRINCIPALI ATTIVITA' SVOLTE

#### **Specialistica ambulatoriale**

L'attività di specialistica sul territorio è un mix di offerta di diverse branche tra le quali: Cardiologia, Odontostomatologia, Oculistica, Dermatologia, Fisiatria, Diabetologia, Chirurgia. Ci si avvale sia del personale dei reparti (ambulatori divisionali sul territorio), sia di medici SUMAISTI.

#### **Palestre di riabilitazione specialistica**

Coordinate dal reparto medesimo, le attività fisioterapiche sono offerte sulle sedi in tutto il territorio e comprendono terapia combinata per il linfedema, ambulatori medici e logopedia per adulti.

## **Punti prelievo**

Oltre al polo ospedaliero, anche il polo territoriale dissemina ad orari e giornate definiti l'opportunità di accedere al servizio di prelievo di sangue, centralizzando negli hub di laboratorio della ASST le analisi. In collaborazione sinergica con la nostra ASST, sono autorizzati punti di prelievo e raccolta privati nei comuni di Pisogne, Artogne, Borno, Gianico, Ossimo, Breno, Capo di Ponte, Ponte di Legno.

## **Salute mentale**

I Centri Psico Sociali erogano attività ambulatoriale di prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi mentali in età adulta in ottica multidisciplinare avvalendosi delle figure: psichiatra, psicologo, assistente sociale, nutrizionista. Si eseguono anche interventi domiciliari.

La neropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza è un servizio di secondo livello svolto da equipe di professionisti coordinati. Si avvale di figure quali: medici specialisti, psicologi, educatori, logopedisti, fisioterapisti.

## **Prevenzione e igiene pubblica**

Tra le principali attività svolte per il pubblico:

- rilascio certificazioni medico legali: patente automobilistica, patenti speciali, commissioni invalidi e rilascio relativi certificati;
- vaccinazioni

## **Consultori**

I consultori della ASST operano su tre sedi: Edolo, Breno, Darfo, con spoke a Pisogne.

I servizi sono dedicati alla famiglia nelle varie fasi del suo ciclo di vita, sia dunque quando si sta costituendo o nella fase di attesa o di crescita del figlio, sia quando vi sono difficoltà nel rapporto tra i coniugi, tra conviventi, tra genitori e figli e comunque ogni volta che il singolo o la famiglia, per motivi personali o relazionali, vivono un momento di difficoltà. I Consultori offrono uno spazio privilegiato di ascolto e aiuto agli adolescenti (14/20 anni). Effettuano inoltre attività di prevenzione per le varie fasce d'età in collegamento con altri Dipartimenti e Servizi. Garantiscono informazioni e sostegno per una maternità e paternità responsabili; organizzano corsi di accompagnamento alla nascita, di massaggio infantile e corsi per neo-genitori ed, in stretto raccordo con l'UO di Ostetricia e Pediatria del Presidio Ospedaliero di Esine, offrono inoltre la possibilità di visite domiciliari da parte dell'ostetrica alle puerpere primipare. Sempre in raccordo con l'UO di Ostetricia gestiscono presso l'Ospedale di Esine un servizio di accoglienza e informazione nei casi di interruzione volontaria di gravidanza. Le équipes consultoriali garantiscono, presso le sedi territoriali, accoglienza e supporto alle donne o coppie per affrontare le scelte procreative anche in situazione di particolare difficoltà.

## **SERVIZIO DIPENDENZE**

Il servizio opera sulla sede principale di Darfo, con ambulatori in altre sedi territoriali. Tra le principali funzioni:

- Informazione, consulenza ed interventi di primo sostegno e orientamento al singolo individuo e alla famiglia;
- accertamenti diagnostici multidisciplinari;
- definizione e attuazione di programmi terapeutico-riabilitativi individualizzati ed integrati di tipo medico, psicologico, educativo e sociale;
- terapie farmacologiche specifiche con monitoraggio clinico e laboratoristico;
- colloqui psicologici e psicoterapia individuale, di coppia e familiare;
- interventi educativi, gruppi informativi e motivazionali;
- sostegno sociale;
- definizione e gestione di programmi alternativi al carcere in collaborazione con Ufficio Esecuzione Penale esterna e Servizio Sociale Minorile;
- definizione e gestione di programmi di monitoraggio e terapeutici per soggetti segnalati dalla Prefettura;
- certificazioni medico-legali dello stato di dipendenza;
- certificazioni di tossicodipendenza per l'inserimento in strutture terapeutiche residenziali e semiresidenziali;
- attività di riabilitazione con monitoraggio di programmi di inserimento lavorativo e reinserimento sociale;
- attività di screening, monitoraggio e cura delle patologie correlate all'uso di sostanze, con collaborazione e invio ai servizi specialistici.

### **PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CRONICO**

E' presente un centro servizi nella sede di Darfo che accompagna i cittadini nel percorso di cura in caso di cronicità. Tramite numero verde (80063638), call center della ASSt o presentandosi in qualsiasi sportello ospedaliero o territoriale, si può prendere appuntamento ed essere seguiti da un clinical manager col quale stipulare il PAI, Piano Assistenziale Individuale. Il case manager, un infermiere di diretto riferimento del paziente si occuperà di assisterlo per ogni servizio sarà previsto dal proprio gestore.

### **INTEGRAZIONE RETI TERRITORIALI**

Il percorso della presa in carico è un aspetto di un più ampio set di servizi, che comprende anche:

- assistenza protesica
- attivazione ADI (assistenza domiciliare integrata)
- Misura B1, interventi a favore di persone con gravissima disabilità
- RSA aperta

- individuazione di alunno con handicap tramite accertamento collegiale

## **DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE**

Le Regole di sistema per l'anno 2023 delimitano modalità e tempi di trasferimento delle funzioni dei Dipartimenti dalle ATS alle ASST. Si enunciano di seguito i principali argomenti:

1. aggiornare gli operatori distrettuali in materia di obiettivi regionali per la dematerializzata, vigilanze studi medici, autorizzazione prestazioni aggiuntive (piani ADI e ADP, PPIP, bilanci di salute) in osservanza della convenzione; autorizzazione scelta in deroga; fornire Indicazioni operative per i distretti e le AFT in merito alla organizzazione e gestione della turnistica del Servizio di Continuità Assistenziale.
2. Formare gli operatori distrettuali in materia: realizzazione di audit distrettuali con i MMG e PLS; comunicazione, informazione aggiornamento continuo a MMG/PLS sull'attuazione dell'appropriatezza clinica e prescrittiva, anche in applicazione delle relative indicazioni regionali e nazionali; coordinamento dei medici tirocinanti in Medicina Generale; promozione della formazione continua per i medici convenzionati, integrata con Specialisti;
3. Diffondere indicazioni operative e aggiornare/formare gli operatori distrettuali in tema di: attività di scelta/revoca dei medici di famiglia; esenzioni per reddito e per patologia, anche in applicazione di indicazioni regionali; gestione e consegna ricettari; gestione PdA/PdR; gestione, in collaborazione col distretto, della rilevazione presenze del personale convenzionato a rapporto orario ai fini della liquidazione (medico di ruolo unico, Specialisti ambulatoriali, medici dei Servizi).

Entro il 31 marzo sono previste e sono in corso le seguenti attività:

- incontri con MMG e ATS per stabilire i passaggi di consegna che coinvolgono le attività distrettuali. Sono stati redatti i verbali di condivisione che faranno parte dei report richiesti da Regione.
- Secondo gli schemi del fabbisogno (si veda sottosezione dedicata) sono stati trasferiti all'ASST o assunti in base alla ricognizione effettuata, dalla ATS per la parte amministrativo-contabile.
- Si terminerà il passaggio di consegne entro il 31/12/2023 con la remunerazione di MMG e medici della continuità assistenziale.

## **PROGETTO DAMA**

Dopo la sospensione dovuta all'emergenza COVID riparte in Vallecamonica l'applicazione del Progetto Dama, sigla che sta per Disabled Advanced Medical Assistance, Assistenza medica avanzata per disabili, che si concretizza nel percorso d'accoglienza per prestazioni ambulatoriali non urgenti rivolto a persone con disabilità di tipo intellettuale, comunicativo e neuromotorio, provenienti sia dal proprio domicilio, sia dalle diverse strutture sanitarie territoriali. Il successo del progetto Dama si basa sul lavoro in rete tra diverse competenze sanitarie, scientifiche e socio-assistenziali, per dare una risposta ai problemi che queste

persone incontrano nell'accesso in ospedale i quali, se non superati, si traducono nell'impossibilità di garantire il diritto alla salute riconosciuto ad ogni individuo.

L'équipe DAMA lavora attivamente per la diffusione del modello organizzativo in altre realtà, per realizzare e consolidare la Rete DAMA Nazionale, alla quale aderisce anche l'ASST della Valcamonica.

Il modello di presa in carico del paziente con disabilità "Disabled Advanced Medical Assistance (DAMA), è stato applicato finora nella nostra Azienda in ambito:

- odontostomatologico. L'odontoiatra volontario dell'ANFFAS individua la necessità di intervento e lo propone ai familiari/caregiver dell'assistito, comunica i nominativi dei pazienti da sottoporre ad intervento, la tipologia e la durata dello stesso all'Infermiere Case Manager dell'ASST, che accompagna la persona e il caregiver lungo tutto il percorso. Il progetto è attivo da gennaio 2020, ora comprensivo di sedute operatorie odontoiatriche;
- percorsi differenziati in Pronto Soccorso;
- fisioterapia in acqua per disabili

#### *LE SEDI TERRITORIALI*

Le sedi di offerta sanitaria e sociosanitaria sono disseminate lungo tutta la Valle e sono:

#### *SEDE DI DARFO*

Via Cercovi/Via Barbolini

- ambulatori divisionali e territoriali;
- palestra di fisioterapia;
- consultori ginecologici e familiari. Il consultorio è sede di BRO (ambulatorio a basso rischio ostetrico) e prelievo citologico per screening HPV;
- ambulatori del Dipartimento di Salute Mentale compresa la Neuropsichiatria Infantile;
- servizio Tossicodipendenze;
- servizio di Alcologia e Dipendenze Comportamentali;
- centro Trattamento Tabagismo - CTT;
- centri di assistenza limitata di dialisi;
- assistenza protesica;
- unità di valutazione multidimensionale;
- vaccinazioni e ambulatori di igiene pubblica;
- punto prelievo;
- sportelli per la Presa in Carico del paziente cronico;
- sportelli di scelta/revoca del medico di base

#### *SEDE DI CEDEGOLO*

Via Nazionale, 44

- ambulatori di Neuropsichiatria Infantile;

- palestra di fisioterapia;
- servizio di Alcologia e Dipendenze Comportamentali;
- Punto Prelievi Esterno

#### *SEDE DI BRENO*

Via Nissolina, 2

- ambulatori divisionali e territoriali;
- palestra di fisioterapia;
- consultori ginecologici e familiari. Il consultorio è sede di BRO (ambulatorio a basso rischio ostetrico) e prelievo citologico per screening HPV;
- assistenza protesica;
- unità di valutazione multidimensionale;
- vaccinazioni e ambulatori di igiene pubblica;
- punto prelievo;
- sportelli per la Presa in Carico del paziente cronico;
- sportelli di scelta/revoca del medico di base

#### *SEDE DI PISOGNE*

Viale Girolamo Romanino, 18

- ambulatori divisionali e territoriali;
- palestra di fisioterapia;
- consultorio ginecologico, sede distaccata di Darfo;
- punto prelievo;
- sportelli per la Presa in Carico del paziente cronico;
- sportelli di scelta/revoca del medico di base

#### *SEDE DI EDOLO*

Piazza Donatori di Sangue, 1

- consultori ginecologici e familiari. Il consultorio è sede di BRO (ambulatorio a basso rischio ostetrico) e prelievo citologico per screening HPV;
- ambulatori divisionali e territoriali;
- palestra di fisioterapia;
- punto prelievo;
- sportelli di scelta/revoca del medico di base
- vaccinazioni

### 2.2.1.3 PRINCIPALI RICAVI

#### PRESTAZIONI TIPICHE

Il valore economico delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie a contratto rappresenta la migliore approssimazione del numero di ricoveri e prestazioni eseguite, pesati per il mix di complessità che ciascuna attività determina.

Di seguito in forma tabellare si confronta l'andamento nell'ultimo quadriennio

#### andamento economico ricavi attività sanitaria e sociosanitaria

Tipologia di prestazione	ANNO 2019	ANNO 2020	ANNO 2021	ANNO 2022
	valore €	valore €	valore €	valore €
Prestazioni di ricovero	32.067.803	28.307.310	30.435.335	31.800.675
Ricoveri Subacuti	629.500	586.500	662.858	490.582
Prestazioni Ambulatoriali	21.146.836	16.831.999	21.342.897	19.166.264
Prestazioni di Screening	718.655	542.158	772.702	677.452
Neuropsichiatria	509.784	502.139	532.595	566.139
Psichiatria	1.188.537	1.158.004	1.041.696	913.039
Cure palliative: hospice	687.192	398.376	379.815	635.331
Cure palliative: domiciliari	228.810	360.700	250.280	151.138
<b>TOTALE RICAVI</b>	<b>56.870.876</b>	<b>48.367.954</b>	<b>55.418.178</b>	<b>53.835.047</b>

Fonte dati\_ flusso SDO, flusso 28/SAN, flusso 46/SAN, flusso CP

#### TEMPI DI ATTESA PRESTAZIONI DI RICOVERO E SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Le unità di offerta Polo Ospedaliero e Polo Territoriale utilizzano le loro risorse umane e materiali perseguendo non solo l'efficacia, misurabile attraverso indicatori economici come detto ed esposto sopra, ma anche l'efficienza. Le modalità con cui le prestazioni sanitarie vengono erogate vengono valutate attraverso criteri di appropriatezza e di miglioramento dell'accoglienza verso il cittadino/paziente.

Uno dei parametri utilizzati sia internamente che come benchmark regionale e nazionale è quello delle liste d'attesa. Le prestazioni si suddividono in varie categorie, a seconda della loro natura e in diverse classi di priorità che ne determinano il carattere di urgenza per essere erogate.

Le prestazioni di specialistica ambulatoriale si suddividono in 4 classi di priorità:

- U urgenze differibili, da erogare entro 72 ore;
- B da erogare entro 10 giorni
- D da erogare entro 30 giorni per le prime visite, 60 giorni per le prestazioni strumentali;
- P senza priorità, da erogare entro 120 giorni

Le prestazioni di ricovero si suddividono in 4 classi di priorità:

- A da erogare entro 30 giorni;
- B da erogare entro 60 giorni;
- C da erogare entro 180 giorni;
- D da erogare entro 1 anno

In particolare sono da considerare i ricoveri chirurgici programmati, che vengono suddivisi tra oncologici e non oncologici.

Per l'anno 2023, operazione già iniziata nel biennio precedente, Regione Lombardia focalizza l'attenzione sui tempi d'attesa di specialistica ambulatoriale classi B e D, ricoveri chirurgici oncologici classe A, ricoveri chirurgici non oncologici tutte le classi. Nel descrivere l'andamento di tali tempi d'attesa in questa sezione, si rimanda sia alla programmazione triennale, che a quella annuale e relativi indicatori del quadro sinottico dal quale discendono gli obiettivi di budget delle Unità Operative.

#### Tempi di attesa specialistica ambulatoriale anni 2019-2022

prestazioni ambulatoriali	anno/ Priorità	2019	2020	2021	2022
prime visite	B	84%	80%	83%	98%
	D	86%	90%	86%	93%
diagnostica per immagini	B	76%	79%	58%	98%
	D	96%	95%	89%	98%
altre prestazioni strumentali	B	92%	79%	81%	98%
	D	97%	98%	95%	98%

Fonte dati flusso 28/SAN

#### Tempi di attesa prestazioni di ricovero anni 2019-2022

prestazioni di ricovero	anno/ Priorità	2019	2020	2021	2022
Interventi oncologici	A	82%	82%	90%	97%
	B	78%	74%	89%	96%
	C	95%	100%	92%	97%
	D	100%	100%	97%	100%
Interventi non oncologici	A	75%	82%	83%	91%
	B	71%	75%	81%	90%
	C	97%	80%	92%	100%
	D	100%	99%	98%	99%

Fonte dati flusso SDO

## TAMPONI, SIEROLOGICI, VACCINAZIONI COVID

Gli anni 2020, 2021 e 2022 sono stati caratterizzati tra l'altro da un impegno senza precedenti anche sul versante della sorveglianza e prevenzione per contrastare la pandemia.

La sorveglianza come offerta sanitaria ha impegnato il Laboratorio nella costituzione di tutto l'apparato necessario ad assolvere l'esigenza di somministrare ed analizzare test sierologici e tamponi nasofaringei.

Amministrativamente è stato costituito l'ambulatorio tamponi, sono stati architettati percorsi per le campagne dei test sierologici. Informaticamente si sono sviluppati sistemi interni per la registrazione dei test e la loro diffusione; sistemi verso l'esterno al principio verso la ATS competente; sistemi integrati con Regione e Ministero in ultimo.

Il volume dei tamponi e test sierologici processati:

TIPOLOGIA INDAGINE	ANNO 2020	ANNO 2021	ANNO 2022**
TAMPONI ANTIGENICI	153	5232	855
TAMPONI MOLECOLARI	38356*	42606	17666
TEST SIEROLOGICI	8707	373	10
<b>Totale Risultato</b>	<b>47126</b>	<b>48211</b>	<b>18531</b>

Fonte dati 28/SAN

\* il numero di tamponi anno 2020 è comprensivo dei test in service

\*\* il numero di test eseguiti nell'anno 2022 non comprende la sorveglianza per il personale dipendente

Le vaccinazioni COVID sono iniziate nella nostra ASST il 4 gennaio 2021, come da indicazioni di Regione Lombardia.

In principio sono state gestite mediante l'utilizzo di spazi aziendali: ospedali e sedi territoriali. Si era realizzato un modello di "vaccinazione diffusa", che per la peculiarità del nostro territorio e nelle prime fasi a scaglioni mirati risultava ben rispondente alle aspettative.

Nella seconda fase delle vaccinazioni, più ampia e con esigenza di capacità di offerta elevata, tutti gli erogatori si sono allineati al modello "HUB vaccinale". La ASST di Valcamonica ha aperto due HUB: uno nel comune di Darfo Boario Terme (palazzo congressi) e uno nel comune di Edolo (ex BIM). Sono rimasti attivi i punti ospedalieri per le categorie fragilissimi, sanitari e bambini 5-11 anni.

In totale sono state somministrate nell'anno 2021 197.809 dosi di vaccino.

<i>fascia età</i>	<i>dose 1</i>	<i>dose 2</i>	<i>dose 3</i>
5-11	684		
12-17	5.567	4.953	98
18-29	10.800	10.245	2.222
30-39	9.896	9.277	3.311
40-49	13.281	12.414	5.503
50-64	20.921	19.023	10.706
+65	22.205	21.380	15.323
<b>TOTALE</b>	<b>83.354</b>	<b>77.292</b>	<b>37.163</b>

Fonte dati: SIAVR, portale Poste Italiane

Nell'anno 2022 49.058 dosi di vaccino così suddivise:

<b>Fascia età</b>	<b>dose 1</b>	<b>dose 2</b>	<b>dose 3</b>	<b>dose 4</b>	<b>dose 5</b>
5-11	2059	2221			
12-17	719	896	3064	49	
18-29	157	223	6220	157	
30-39	137	202	4324	260	
40-49	117	197	5089	424	1
50-64	258	575	6662	1845	20
+65	236	408	4510	7805	223
<b>TOTALE</b>	<b>3683</b>	<b>4722</b>	<b>29869</b>	<b>10540</b>	<b>244</b>

I target assegnati settimanalmente sono stati monitorati da ATS, che ogni mese ha confermato l'appropriatezza della offerta di slot da parte della ASST.

## 2.2.2. DEFINIZIONE AREE OBIETTIVI SUL TRIENNIO

L'Azienda Socio Sanitaria Territoriale della Valcamonica - che nella sua precedente configurazione come ASL della Vallecamonica-Sebino, costituiva un "unicum" tra le ASL della Regione Lombardia, gestendo direttamente il proprio Presidio ospedaliero - è ora divenuta il modello organizzativo di riferimento per tutto il SSR della Lombardia.

### 2.2.2.1 LA PIANIFICAZIONE TRIENNALE E L'EVENTO PANDEMICO

Per il triennio 2022-2024, data la particolare situazione pandemica e i riflessi negativi sulla capacità di offerta avuti negli ultimi due anni, l'Azienda orienta i suoi obiettivi a medio termine come enunciato di seguito:

*Costituzione ed apertura degli ospedali di Comunità, delle Case di Comunità, della Centrale Operativa Territoriale.*

Così come sancito nella legge regionale 22 del 14 dicembre 2021, e descritto nel paragrafo 1.3, il funzionamento di questi centri determinerà investimenti, sinergie con la medicina di base e la componente sociale, ampliamento e potenziamento delle linee di offerta sanitaria e sociosanitaria.

#### *Opere ed investimenti*

Le attività sono dedicate sia alle innovazioni introdotte al punto precedente, sia al potenziamento di alcuni settori dell'ospedale, sia al mantenimento/miglioramento di quanto in essere. In particolare:

1. interventi strutturali:
  1. Finanziamenti per Case di Comunità e Ospedali di Comunità: nel corso dell'anno 2023 avvio progettazione esecutiva secondo SAL regionali sull'anno 2023 CdC e OdC;
  2. Impianto di climatizzazione Ospedale di Edolo: inizio lavori;
  3. Adeguamento strutturale a seguito verifica di vulnerabilità sismica (Edificio D e Edificio I) Ospedale di Esine: inizio lavori;
  4. Utilizzo delle economie derivanti dalla conclusione dell'intervento "Manutenzione straordinaria e nuovo ingresso raccordo con S.S. n.42 presso il Presidio ospedaliero di Esine": consegna lavori;
2. Opere ed investimenti di riordino della rete ospedaliera con finanziamenti struttura commissariale:
  1. stroke unit: inizio lavori;
  2. intervento su area OBI in PS: inizio lavori;
  3. ampliamento PS: progetto esecutivo;
3. finanziamenti per messa a norma antincendio:
  1. sede Darfo fine lavori
  2. sede di Breno: inizio lavori;
  3. ospedale di Edolo: conclusione lavori

Nel corso del triennio, avvio successivo al 2022, e coerentemente con i finanziamenti statali cui discenderà l'atto integrativo:

1. risparmio energetico PO Esine
2. realizzazione nuova piastra emergenza/urgenza e centrale di sterilizzazione, cui conseguono:
  1. riutilizzo attuali spazi vecchia E/U con collocazione CUP, punto prelievi e ambulatori
  2. ulteriore riutilizzo spazi CUP e punto prelievi per ampliamento attività ambulatoriale

*Tecnologie:*

1. missione 6.C2-1.1.2 PNRR: installazione di mammografo e ortopantomografo;
2. nuova Risonanza magnetica: prevista per l'anno 2024

*Sistemi Informativi:*

La componente di investimento si fonde con l'Agenda Digitale e con il miglioramento delle condizioni di accessibilità ed accoglienza.

1. **progetto accoglienza:** riguarda le fasi di prenotazione, accesso, gestione code e pagamenti.
2. **sale operatorie:** nuovo applicativo gestionale con la gestione centralizzata delle agende;
3. nuovo applicativo di **Pronto Soccorso:** consentirà l'integrazione con i software dipartimentali aziendali e la conclusione degli aggiornamenti;
4. **cartella clinica** informatizzata;
5. **sistemi di autenticazione** dell'utente;
6. aggiornamenti in tema di **cyber sicurezza**

*Miglioramento della qualità e dell'appropriatezza*

Il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza dei servizi offerti tenendo in considerazione la peculiarità dell'Azienda che, proprio in quanto una volta unica in Regione Lombardia a gestire direttamente un Presidio ospedaliero, da sempre vive in un'ottica di integrazione tra Territorio e Ospedale che ancora più oggi si pone quale imperativo categorico nella sua azione e che verrà ulteriormente perseguito per garantire la piena sinergia tra il personale medico ospedaliero e quello territoriale.

In continuità con gli anni precedenti la pandemia, così come anche per il periodo 2020-2022, si considerano a scorrimento 2023 i seguenti punti:

1. Tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali e di ricovero: raggiungimento del target 90% di rispetto dei tempi per ogni priorità. mantenimento per le prestazioni che già raggiungono il target
2. trasparenza delle agende: aumento della disponibilità prenotativa a livello di

sovracup regionale

3. perseguimento dei target previsti dal PNE (Piano Nazionale Esiti), dal Network delle regioni e indicatori di outcome
4. screening oncologici, screening precoci, screening HCV: percorsi diagnostico terapeutici, rispetto dei target di appropriatezza e volume
5. incremento/mantenimento della produzione offerta (ricoveri e specialistica ambulatoriale) conseguita dal Presidio, in linea con il nuovo modello di SSR, a superamento delle difficoltà impreviste occorse negli anni precedenti
6. perseguimento degli obiettivi di trasparenza con attuazione di idonee misure per la prevenzione della corruzione
7. contenimento della spesa corrente: necessario per garantire l'equilibrio di bilancio attraverso un'analisi più puntuale dei dati raccolti e monitorati attraverso i "flussi" inviati a Regione Lombardia per i vari settori di attività. Nelle Regole di Sistema anno 2023 si fa riferimento alla ripresa delle analisi e benchmark dei dati di Contabilità Analitica e di produzione sulle principali voci di costo:
  1. Beni e Servizi;
  2. dispositivi medici;
  3. dispositivi ad alto costo
  4. farmaceutica, in particolare emoderivati ed emocomponenti

Per perseguire gli obiettivi posti, risulta necessario uno sviluppo sistematico e coordinato delle attività di programmazione e controllo, per adeguatamente supportare gli interventi innovativi o correttivi. Tali attività sono realizzate anche con l'utilizzo di definiti documenti, strumenti e metodi, che ne costituiscono elemento essenziale, vale a dire:

- il presente Piano delle Performance che si sviluppa su di un arco triennale declinandovi i principali obiettivi strategici;
- gli obiettivi strategici condivisi con ATS della Montagna;
- il Budget annuale, quale strumento operativo costituito dalle schede di budget con cui si definisce l'attività di programmazione, monitoraggio e verifica dei costi e delle attività delle Unità operative;
- il sistema di Reporting con indicatori puntuali per la Direzione Strategica e per le Unità Operative e il Cruscotto direzionale alimentato attraverso il Controllo di Gestione.

La declinazione degli obiettivi seguirà come di consueto il percorso di budget adottato dall'Azienda.

### 2.2.3. OBIETTIVI ANNUALI

La ASST della Valcamonica ha il compito di programmare annualmente la propria attività in funzione di bisogni specifici e degli impegni derivanti dal fatto di essere uno dei soggetti facenti parte del SSR, circostanza che fa sì che ASST concorra al conseguimento degli obiettivi della politica sanitaria regionale. Una programmazione efficace si traduce in progetti da implementare e da realizzare in tempi definiti. I progetti che con cadenza annuale o pluriennale vengono messi in campo sono sostanzialmente:

- progetti aziendali;
- progetti, piani, programmi derivanti dalle regole di gestione del SSR, correlati agli Obiettivi Regionali assegnati ai Direttori Generali;
- progetti correlati al mantenimento o incremento della capacità di offerta, nel rispetto del contratto con la ATS.

I documenti di riferimento per l'elaborazione dei progetti per l'anno 2023 sono:

- DGR 7758 del 28.12.2022 "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2023"
- Gli obiettivi del Direttore Generale per l'anno 2023
- Il Contratto ATS 2023;
- Il bilancio economico di previsione (BPE) 2023
- Il Piano di Governo dei Tempi di Attesa aziendale
- Gli indicatori di performance e appropriatezza di ricovero Agenas e Network delle regioni

La progettualità per l'anno 2023 si sviluppa nei seguenti ambiti, ritenuti di particolare rilievo per le politiche sanitarie aziendali e regionali:

#### ▪ OBIETTIVI STRATEGICI

- Potenziamento rete territoriale: Rispetto del cronoprogramma di realizzazione delle Case di Comunità e degli Ospedali di Comunità secondo le indicazioni della Direzione Generale Welfare la definizione del cronoprogramma sarà scandita dalle circolari attuative regionali, si rimanda al paragrafo 1.3.
- Piano di ripresa 2023 e programmi di screening:
  - Rispetto delle indicazioni e raggiungimento dei target previsti dalla Direzione Generale Welfare in ordine all'attuazione del piano di ripresa, relativamente all'erogazione di prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale da parte degli erogatori.
  - Rispetto dei target indicati dalla Direzione Generale Welfare sulle attività di screening, compresa l'adesione al programma regionale di screening per l'eliminazione del virus HCV.
- Liste d'attesa Rispetto del tempo massimo di attesa:
  - Ricoveri chirurgici oncologici in classe A: raggiungimento/mantenimento target 90%
  - Ricoveri chirurgici non oncologici (tutte le classi, solo nuovi casi):

- aggiungimento/mantenimento target 85%
- Prestazioni di specialistica ambulatoriale (solo prestazioni di diagnostica per immagini, nuovi casi): aggiungimento/mantenimento target 90%
- Prestazioni di specialistica ambulatoriale (classe B - 10 gg, solo prime visite): aggiungimento/mantenimento target 90%
- Investimenti: Rispetto dei cronoprogrammi degli interventi finanziati nei programmi di investimento. la progettualità triennale presenta cronoprogrammi con cadenze da rispettare nel corso dell'anno 2023.
- Attività di donazione di organi e tessuti: Rispetto dei target indicati dalla Direzione Generale Welfare in merito alla percentuale di casi di donazione di organi e tessuti sul totale dei decessi.
- Tempi di pagamento: Rispetto delle tempistiche previste dalla normativa vigente
- Trasparenza: Rispetto delle indicazioni relative alla normativa sulla trasparenza

#### *OBIETTIVI DI PERFORMANCE ED APPROPRIATEZZA*

Oltre alle Regole di Sistema ed alla declinazione degli obiettivi del Direttore Generale, l'Azienda in continuità ed in ripresa rispetto agli anni precedenti si pone annualmente obiettivi relativi alla corretta ed appropriata allocazione delle risorse:

- Indicatori PNE, Network regioni e outcome, declinati nella tabella sinottica.
- Mantenimento della produzione di ricoveri e di specialistica nel rispetto degli importi contrattualmente predeterminati. Attualmente i contratti prevedono un budget a "condizioni normali", cioè pari al volume consuntivato per l'anno 2019. nonostante l'evento pandemico l'obiettivo per l'anno 2022 avrà quindi come target quegli specifici volumi;
- Contenimento della spesa per beni e servizi e in particolare per dispositivi medici e farmaci secondo indicazioni regionali. Le considerazioni fatte al punto sopra avranno riflessi anche sull'impiego di risorse, soprattutto per quanto riguarda i costi variabili.

*A tal fine gli item sono elencati nella Tabella "Indicatori".*

## PROCESSO DI BUDGET

L'Azienda è dotata di un percorso di costruzione del budget, che a partire da alcuni elementi tra cui il presente Piano sviluppa gli obiettivi operativi per tutte le Unità complesse o semplici dipartimentali, oltre agli staff della Direzione.

Per l'anno 2023 il Comitato di Budget si è riunito ed ha concordato lo sviluppo od il mantenimento di alcune linee di obiettivi:

- mantenimento obiettivi in continuità con l'anno precedente:
  - Polo Ospedaliero: target di produzione secondo contratto, ovvero raggiungimento livelli anno 2019;
  - rispetto dei tempi di attesa per prime visite, diagnostica per immagini, interventi programmati;
  - budget beni e Servizi: in particolare spesa farmaceutica e spesa per dispositivi medici;
  - appropriatezza ricoveri e percorsi diagnostico terapeutici;
  - soddisfazione dell'utenza: somministrazione questionari e raggiungimento target 90%;
  - obiettivi specifici
- obiettivi 2023:
  - digitalizzazione e sistemi informativi: reparti e servizi soprattutto sul Polo Ospedaliero saranno coinvolti in numerosi cambiamenti per quanto riguarda il Fascicolo Sanitario Elettronico, la Cartella Clinica Informatizzata, nuove procedure di sala operatoria. Saranno individuati i soggetti coinvolti e costruiti percorsi da seguire durante l'anno per formazione e minimizzazione dell'impatto sulle attività;
  - investimenti: anche le opere che coinvolgeranno ristrutturazioni, migliorie, ampliamenti potranno avere riflessi sulla attività offerta. Saranno individuate le Unità Operative e studiato il modo per ridurre anche in questo caso l'impatto sull'offerta, rimodulando eventualmente gli step infrannuali degli obiettivi;
  - Polo Territoriale: le Unità Complesse agiranno in sinergia nell'ottica di sviluppare armonicamente i servizi nelle Case di Comunità ed attraverso la Centrale Operativa Territoriale. Nel corso dell'anno sarà attivata l'Assistenza Domiciliare Integrata, quale nuovo terminale direttamente offerto e finalizzatore delle attività di accoglienza, presa in carico, valutazione dei bisogni assistenziali e socioassistenziali. L'interno percorso di presa in carico, valutazione ed offerta sia territoriale che domiciliare sarà oggetto di obiettivi specifici

Il presente Piano delle Performance è la linea guida che verrà utilizzata per la declinazione degli obiettivi. Esso sarà integrato con gli obiettivi di mandato, il Bilancio Economico di Previsione anno 2023, le circolari integrative in corso di anno.

## 2.2 Sottosezione di programmazione: rischi corruttivi e trasparenza

La prevenzione dei rischi corruttivi e la trasparenza sono obiettivo prioritario dell'ASST della Valcamonica la quale riconosce un ruolo fondamentale alla programmazione delle misure, specifiche e generali, di gestione dei rischi corruttivi e della trasparenza nella protezione del valore pubblico generato attraverso la realizzazione delle proprie strategie.

A tal fine, in tale sottosezione dedicata alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza, redatta dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT), secondo le indicazioni fornite da ANAC (Orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza 2022), in conformità alla L. n. 190/2012 e ss.mm.ii. e, per ultimo, al PNA 2022 emanato da ANAC ed approvato dal Consiglio della medesima Autorità in data 17 gennaio 2023, quale atto di indirizzo che raccoglie tutte le indicazioni in materia di anticorruzione fornite da ANAC fino ad oggi, e al D.Lgs. n. 33/2013 e ss.mm.ii. in materia di trasparenza, di seguito si illustrano gli obiettivi per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza programmati dall'ASST della Valcamonica e le misure per la gestione dei rischi corruttivi adottate, funzionali alle strategie di creazione di valore pubblico.

In ragione del principio, chiaramente espresso dalla determinazione ANAC n. 12/2015, di continuità delle misure preventive, deve fin d'ora segnalarsi che la presente sottosezione rappresenta naturale prosecuzione e aggiornamento del PTPCT 2022-2024.

### *Parte I - PROCESSO DI ADOZIONE DEL PTPCT 2023-2025 - SOTTOSEZIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA PIAO*

Il presente PTPCT 2023-2025 (Sottosezione rischi corruttivi e trasparenza PIAO) si pone i seguenti obiettivi:

- ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione;
- aumentare le capacità di scoprire casi di corruzione;
- creare un contesto sfavorevole alla corruzione.

Il PTPCT (Sottosezione rischi corruttivi e trasparenza PIAO) si pone l'intento di diffondere una responsabilizzazione diffusa e una cultura consapevole dell'importanza di gestione del rischio e delle responsabilità correlate. Ciò è perseguibile solo con l'attiva collaborazione della dirigenza, del personale non dirigente e degli organi di valutazione e controllo.

L'aggiornamento del PTPCT 2022-2024 dell'ASST della Valcamonica è condotto in base alle risultanze del monitoraggio, in funzione dei predetti obiettivi e in vista dell'adozione del PIAO. Tiene conto degli orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza contenuti nel PNA 2022.

Di conseguenza si reputa necessario sviluppare, a tutti i livelli organizzativi, una

responsabilizzazione diffusa e una cultura consapevole dell'importanza del processo di gestione del rischio e delle correlate responsabilità, tenendo conto sia del principio di buon andamento dell'attività amministrativa ordinaria in un contesto di forte stress derivante dalla carenza di personale, sia dell'emergenza sanitaria ancora in atto che impone, inevitabilmente, azioni eccezionali e tempestive che "derogano" da un'ordinaria organizzazione del lavoro. Serve, inoltre, il forte coinvolgimento dei responsabili di processo per incrementare l'integrazione tra PTPCT (Sottosezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO) e obiettivi di performance, e per sviluppare l'integrazione con gli altri strumenti di programmazione e controllo aziendali quali il piano delle performance, il piano triennale di fabbisogno del personale, la programmazione del lavoro agile e il piano annuale di formazione, in funzione della predisposizione del PIAO.

Per l'aggiornamento 2023 si prevede che l'RPTC proceda all'aggiornamento della mappatura di tutti i processi, all'analisi e alla valutazione dei rischi per gli eventuali nuovi processi e per quelli che non vedano ridotto il loro livello di rischio nonostante la corretta applicazione delle misure di prevenzione, e individuando, se necessario, ulteriori idonee misure di prevenzione. Considerando che l'attuazione dell'ultima riforma socio-sanitaria cambierà gli assetti organizzativi interni ed esterni all'Azienda, si ritiene che queste azioni potranno completarsi nell'arco del triennio 2023-2025. Per ricondurre queste azioni nell'ambito dell'attività ordinaria, le stesse vengono configurate quali obiettivi di performance dei Dirigenti, attuando così l'integrazione del PTPCT (Sottosezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO) coi processi di budget e di gestione delle performance, necessaria per porre condizioni di sostenibilità organizzativa della strategia aziendale di prevenzione della corruzione adottata.

## **Definizione di corruzione**

Le situazioni che possono configurare fattispecie di "corruzione" sono più ampie di quelle che si ritrovano nel Titolo II, Capo I, del codice penale che agli artt. 318, 319 e 319-ter illustra i delitti contro la Pubblica Amministrazione.

La nozione di "corruzione" deve infatti essere letta in un senso più ampio ovvero far riferimento a tutte quelle circostanze in cui un soggetto che opera all'interno di una Pubblica Amministrazione abusi della propria posizione o del potere a lui affidato per ottenere vantaggi privati.

Poiché il PNA ed il presente PTPCT (Sottosezione rischi corruttivi e trasparenza PIAO) sono strumenti finalizzati alla prevenzione, il concetto di corruzione che viene preso a riferimento sia nel PNA sia nel Piano aziendale ha un'accezione ampia. Esso è comprensivo delle varie situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si riscontri l'abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati di natura patrimoniale o non patrimoniale.

Le situazioni rilevanti sono più ampie della fattispecie penalistica, che è disciplinata negli artt. 318 - 322-bis, 346-bis c.p., e sono tali da comprendere anche le situazioni in cui - a prescindere dalla rilevanza penale - venga in evidenza un malfunzionamento

dell'amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni attribuite ovvero l'inquinamento dell'azione amministrativa ab externo, sia che tale azione abbia successo sia nel caso in cui rimanga a livello di tentativo.

Il presente Piano mira ad individuare e a sanzionare, mediante gli strumenti giuridici dell'ordinamento (D.Lgs. n. 165/2001 e CCNL di riferimento) nel rispetto delle relative funzioni e ruoli gerarchici, comportamenti di Dirigenti e dipendenti in contrasto con i principi che disciplinano il pubblico impiego e in particolare i casi di conflitti d'interesse, a prescindere dalla loro rilevanza penale.

## *Parte II - I SOGGETTI E I RUOLI DELLA STRATEGIA DI PREVENZIONE*

### **Il Responsabile per la prevenzione della corruzione dell'ASST della Valcamonica**

Con decreto del Direttore Generale n. 678/2022 si è provveduto alla nomina, con decorrenza dal 01.11.2022, del Responsabile della prevenzione della corruzione ai sensi della L. n. 190/2012 e della trasparenza ai sensi del D.Lgs. n. 33/2013 nella persona dell'Avv. Mauro Bazzana, Dirigente professionale avvocato.

Il Responsabile:

- cura che la propria nomina venga trasmessa dalla Direzione Generale ad ANAC ed a Regione Lombardia;
- ha elaborato il presente documento nel rispetto delle norme e delle linee guida emanate a livello nazionale, proponendolo all'adozione del Direttore Generale;
- provvede, in collaborazione con il Servizio di formazione aziendale, all'organizzazione di eventi formativi per i dipendenti che operano in settori particolarmente esposti alla corruzione;
- presenta, su richiesta, il presente Piano alla Conferenza dei Sindaci e ai collaboratori dell'Azienda;
- pone in essere tutte le iniziative formative per i dipendenti che, pur non operando in settori esposti alla corruzione, possano essere whistleblowers ovvero segnalatori di eventi contrari all'imparzialità e al buon andamento della P.A.;
- individua il personale da inserire in percorsi formativi mirati alla conoscenza dei temi dell'etica e della legalità;
- segnala ai Direttori/Dirigenti/Responsabili delle UU.OO. eventuali comportamenti contrari alle norme vigenti, all'etica, al buon andamento, ai fini dell'applicazione di sanzioni disciplinari, proporzionali alla gravità della condotta tenuta dai dipendenti;
- propone modifiche al Piano in caso di accertamento di significative violazioni o di mutamenti nell'organizzazione;
- cura la diffusione della conoscenza dei codici di comportamento nell'Amministrazione e il monitoraggio annuale sulla loro attuazione (art. 15 DPR n. 62/2013);
- si coordina con gli Uffici e gli altri organismi aziendali affinché le procedure di competenza di ciascuno e descritte nei documenti siano omogenee e non contrastanti;

- pubblica, nei termini previsti dalla normativa e da ANAC, una relazione aziendale sull'attività svolta in materia di prevenzione della corruzione, trasmettendola, per conoscenza, alla direzione strategica;

- può contestare ai dipendenti e ai collaboratori dell'ASST della Valcamonica l'esistenza o l'insorgere di situazioni di inconferibilità o di incompatibilità all'assunzione di incarichi. Non sarà tuttavia responsabile di incarichi conferiti in presenza di cause di incompatibilità o inconferibilità qualora il conferimento sia conseguito a erronee interpretazioni o false dichiarazioni dei soggetti destinatari dell'incarico;

- segnala all'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), all'Autorità Garante della Concorrenza e del mercato (ai fini dell'esercizio delle funzioni di cui alla L. 20.07.2004, n. 215) e alla Corte dei Conti i casi di possibile violazione delle disposizioni previste dalla L. n. 190/2012 e dei principi contenuti nel presente Piano triennale di prevenzione della corruzione;

- predispone e verifica il sistema di prevenzione della corruzione al fine di contenere fenomeni di cattiva amministrazione;

- ha l'obbligo di segnalare all'organo di indirizzo e al NVP le disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza;

- programma le attività necessarie per garantire l'attuazione corretta delle disposizioni in tema di trasparenza e verifica la qualità dei dati pubblicati in termini di completezza, chiarezza, aggiornamento e facile consultazione;

- riscontra le richieste ispettive, di sindacato, di controllo e di vigilanza dell'Organismo Regionale per le Attività di Controllo (ORAC), qualora non direttamente rivolte ad altri soggetti a livello aziendale;

- adempie alle funzioni sue proprie secondo i compiti, le funzioni e le responsabilità dettagliatamente specificate nell'aggiornamento al PNA 2018, nel PNA 2019 e nel PNA 2022.

Tali compiti non sono delegabili, se non in caso di straordinarie e motivate necessità. Il Responsabile non dispone di una struttura appositamente ed esclusivamente destinata alle funzioni in materia. Nell'ultimo atto di nomina del RPCT l'organo di indirizzo ha disposto il supporto operativo al RPCT del personale afferente all'Ufficio Avvocatura (una unità), alla Struttura Complessa "Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane" (una unità), e più in generale ha rimarcato la necessaria collaborazione tra il RPCT e la Struttura Complessa "Affari Generali e Legali", la Struttura Semplice "Controllo di Gestione" e l'Ufficio Qualità.

L'adempimento degli obblighi sopra esposti costituisce per il dirigente individuato elemento di valutazione ai fini della scheda di budget e della responsabilità dirigenziale di cui all'art. 21 del D.Lgs. n. 165/2001 e, per il personale del comparto all'uopo incaricato, indice per la valutazione personale annuale.

Il nuovo POAS ha previsto, conformemente alle indicazioni regionali, l'istituzione in staff alla Direzione Generale di un ufficio del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza. L'Ufficio cura le procedure anticorruzione - anche nel quadro delle recenti norme nazionali - e le misure in materia di trasparenza e legalità,

definisce le procedure per la selezione e la formazione dei dipendenti destinati ad operare in settori a rischio corruzione, adotta le indicazioni e gli strumenti idonei per il monitoraggio degli adempimenti di legge finalizzati alla prevenzione della corruzione. Cura inoltre la gestione dell'istituto dell' "Accesso Civico" (il cui concreto adempimento è affidato al coordinamento dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico) e gli adempimenti relativi alla sezione "Amministrazione Trasparente" in raccordo con le strutture competenti per materia.

L'allegato 3 del PNA 2019 "Riferimenti normativi sul ruolo e sulle funzioni di Responsabile della prevenzione e della corruzione e della trasparenza (RPCT)" e l'allegato 3 del PNA 2022 "Il RPCT e la struttura di supporto" si focalizzano su questa importante figura riprendendone l'istituzione e i criteri di scelta, disciplinati dalla L. n. 190/2012, si richiamano i compiti e i poteri, che sono in parte ripresi nella prima parte di questa sezione. I predetti approfondimenti proseguono sottolineando l'importanza degli obblighi di informazione nei confronti del RPCT da parte del personale dirigente, con particolare riguardo alle attività e aree di rischio individuate nel PTPCT e alle misure di contrasto alla corruzione, nonché l'importanza dell'applicazione da parte di tutti i dipendenti dell'amministrazione delle prescrizioni contenute nel Piano. L'organo di indirizzo è strettamente connesso con quanto svolto dal RPCT, in quanto l'indirizzo e gli obiettivi strategici del PTPCT sono posti dalla Direzione Strategica, alla quale il RPCT deve riferire in merito all'attività, attraverso la relazione annuale. Il RPCT deve segnalare i casi di violazione delle disposizioni in merito al D.Lgs. n. 39/2013 all'ANAC, nonché i risultati del monitoraggio annuale dell'attuazione dei Codici di comportamento. L'ANAC ha il compito inoltre, di vigilare sull'operato dei responsabili della trasparenza, a cui può chiedere un rendiconto sui risultati del controllo svolto.

Il RPCT, nell'esercizio delle sue funzioni, deve mantenere una posizione indipendente e pertanto il legislatore ha elaborato un sistema di garanzia al fine di evitare ritorsioni nei confronti dello stesso.

## **Gli altri soggetti coinvolti nella Prevenzione della corruzione**

Affinché il processo di contrasto ai fenomeni corruttivi possa essere efficace, il legislatore ha previsto il coinvolgimento di molteplici soggetti, ciascuno interessato a diverso titolo e con diversi obblighi rispetto alle disposizioni della legge.

Al fine di diffondere la cultura della legalità, il Responsabile della prevenzione della corruzione coinvolge inoltre altri soggetti aziendali, i quali mantengono, ciascuno, la responsabilità personale in relazione alle mansioni svolte.

## **Ruolo del Direttore Generale**

A partire dal vertice aziendale, il Direttore Generale concorre alla prevenzione della corruzione:

- designando il Responsabile e comunicando la sua nomina ad ANAC e a Regione

Lombardia;

- adottando il PTPCT e i suoi aggiornamenti e comunicandolo, se del caso, al Dipartimento della Funzione Pubblica e alla Regione Lombardia;
- adottando tutti gli atti di indirizzo di carattere generale che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione.

## **Ruolo della Direzione Strategica**

La Direzione Strategica deve definire gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza; la Direzione Strategica svolge un ruolo importante, dovendo contribuire alla creazione di un contesto istituzione favorevole al supporto del RPCT e alla diffusione e conoscenza del PTPCT. A tal fine la Direzione intende sostenere la realizzazione dell'integrazione tra il sistema di monitoraggio delle misure dell'anticorruzione e i sistemi di controllo interno, continuare nel processo di formazione, già in atto, in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza tra i dipendenti e del RPCT, favorire lo scambio di flussi informativi al RPCT e gli adempimenti in materia di trasparenza, privilegiando misure che agiscano sulla semplificazione.

In questa sede, s'intende richiamare, per le finalità collaborative rispetto alle funzioni del Responsabile Prevenzione Corruzione (RPC) l'articolazione strutturale adottata nel rispetto del D.Lgs. n. 502/1992, nei diversi livelli:

- Direzione generale (e relative strutture in staff);
- Direzioni strategiche (e relative strutture in staff);
- Dipartimenti gestionali;
- Unità operative (complesse o semplici dipartimentali);
- Unità operative semplici;
- Servizi/Uffici.

## **Ruolo dei Direttori, dei Dirigenti e dei Responsabili dei Servizi quali Referenti in materia di prevenzione della corruzione**

In base all'organigramma tutti i Direttori/Dirigenti/Responsabili per l'area di rispettiva competenza partecipano alla prevenzione dei fenomeni corruttivi:

- svolgendo una attività informativa nei confronti del responsabile affinché questi abbia elementi e riscontri sull'intera organizzazione e attività dell'amministrazione;
- svolgendo una attività informativa nei confronti dell'Autorità Giudiziaria;
- partecipando al processo di gestione del rischio;
- proponendo misure di prevenzione;
- assicurando l'osservanza del Codice di comportamento e verificando le ipotesi di violazione;
- avviando procedimenti disciplinari, la sospensione e la rotazione del personale;

- osservando le misure contenute nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione, garantendo l'attuazione di tutte le misure, comprese quelle relative alla pubblicazione dei dati ed all'accesso civico.

Vista la complessità dell'organizzazione dell'Azienda i Direttori di UO, i Dirigenti Responsabili dei Servizi e i funzionari a cui sono, anche temporaneamente, affidati compiti di responsabilità e direzione di aree potenzialmente a rischio, sono individuati come Referenti della prevenzione. Il presente Piano prende quindi in considerazione tutti gli ambiti interessati da potenziali rischi di corruzione, intesa quest'ultima in senso lato, dalle attività amministrative a quelle sanitarie.

I citati soggetti sono individuati quali Referenti aziendali del Responsabile per la definizione delle misure di prevenzione e contrasto alla corruzione; ai medesimi compete, per struttura e aree di attività di competenza, in concorso con il RPC:

- diffondere una cultura di prevenzione della corruzione attraverso l'assunzione di comportamenti etici, equi e trasparenti, favorendo l'informazione dei propri collaboratori sulle procedure e sui regolamenti aziendali, con particolare riguardo al personale di nuova assegnazione;

- individuare i processi di lavoro e il personale maggiormente a rischio nell'ambito della propria struttura;

- definire meccanismi operativi finalizzati alla prevenzione della corruzione;

- implementare sistemi di controllo e di monitoraggio che consentano di rilevare tempestivamente comportamenti inadeguati dei propri collaboratori;

- partecipare all'elaborazione del PTPCT fornendo attiva collaborazione al Responsabile aziendale nella valutazione del grado di rischio presente, nell'individuazione ed eventuale correzione, integrazione, modifica degli interventi organizzativi e delle procedure volte a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione, nonché nella predisposizione di idonei strumenti di monitoraggio;

- fissare i termini di conclusione dei processi e/o procedimenti di competenza, laddove non già previsti da norme o regolamenti o altra disciplina e monitorare il loro effettivo rispetto con cadenza periodica, con l'obbligo di segnalare al RPCT eventuali scostamenti o anomalie riscontrate;

- monitorare i rapporti instaurati tra l'Azienda e soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi, economici e non, di qualunque genere, secondo regolamenti e procedure interne che verranno adottati e, se già presenti, aggiornati alla luce della normativa anticorruzione;

- garantire la massima trasparenza a tutte le iniziative aziendali volte a prevenire, impedire e contrastare il verificarsi di fenomeni di corruzione e ad assicurare l'osservanza della legalità e lo sviluppo della cultura dell'integrità, diffondendone la conoscenza fra il personale della propria struttura;

- individuare il personale da inserire in percorsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità, comunicandoli al Responsabile aziendale e pianificare modalità di condivisione delle conoscenze e competenze acquisite;

- verificare, d'intesa con il Responsabile aziendale, l'effettiva rotazione degli incarichi nelle aree di attività nel cui ambito è più elevato il rischio di corruzione.

Per quanto attiene al PTPC, il modello di coordinamento prevede un flusso di informazioni tra il RPCT ed i Referenti e viceversa al fine di acquisire informazioni e provvedere ad una capillare informazione dei contenuti del Piano. Il flusso informativo avviene come segue:

- i Referenti sono tenuti a comunicare al RPCT i dati utili (aree critiche e azioni correttive) per la costruzione ed il costante aggiornamento dei singoli Processi inseriti nel Piano di prevenzione, nonché eventuali ulteriori fattispecie a rischio corruzione;

- il RPCT raccoglie e valuta le informazioni pervenute inserendole nel Piano, anche mediante aggiornamento infrannuale;

- il RPCT diffonde il PTPCT tramite pubblicazione sul sito web e nella rete intranet aziendale.

### **Ruolo del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP)**

Il NVP partecipa, nell'ambito delle proprie competenze, al processo di gestione del rischio.

Il Responsabile per la prevenzione della corruzione si confronta con detto organo indipendente di valutazione sia per l'esame degli adempimenti connessi agli obblighi di pubblicazione sia per l'attività di mappatura dei processi e valutazione dei rischi, anche in considerazione che il monitoraggio del NVP nell'ambito del ciclo di gestione della performance, svolto in maniera sistematica e costante, con la segnalazione tempestiva di eventuali criticità, ritardi e omissioni in sede di attuazione, può consentire, infatti di promuovere azioni correttive.

In sintesi il NVP:

- monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, comma 4, lett. a) D.Lgs. n. 150/2009);

- ha il compito di promuovere e attestare l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità (art. 14, comma 4, lett. g) D.Lgs. n. 150/2009);

- partecipa al processo di gestione del rischio: considera i rischi e le azioni inerenti la prevenzione della corruzione nello svolgimento dei compiti ad esso attribuiti;

- esprime preventivo parere obbligatorio sul Codice di comportamento adottato da ciascuna amministrazione;

- verifica la coerenza tra gli obiettivi del Programma anticorruzione, per la trasparenza e quelli del Piano delle performance (L. n. 190/2012).

Le modifiche che il D.Lgs. n. 97/2016 ha apportato alla L. n. 190/2012 rafforzano le funzioni già affidate al NVP in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza dal D.Lgs. n. 33/2013, anche in una logica di coordinamento con il RPCT e di relazione con l'ANAC. In linea con quanto già disposto dall'art. 44 del D.Lgs. n. 33/2013, detti organismi, anche ai fini della validazione della relazione sulla performance, verificano che i PPTPC siano coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione

strategico-gestionale e, altresì, che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza.

Il NVP si occupa inoltre di verificare, ai sensi dell'art. 14, comma 4, lett. g) del D.Lgs. n. 150/2009 e della delibera ANAC n. 1316/2016 e n. 141/2019, la pubblicazione, completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione in base a quanto sottoposto a verifica ANAC. Inoltre contestualmente attesta l'individuazione, da parte dell'Amministrazione, di misure organizzative che assicurano il regolare funzionamento dei flussi formativi per la pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione Trasparente", l'individuazione dei Responsabili della trasmissione e pubblicazione dei documenti, informazioni e dei dati, nonché la veridicità e attendibilità.

### **Ruolo dell'Ufficio Procedimenti Disciplinari**

L'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD):

- svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza;
- provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria;
- propone l'aggiornamento del Codice di comportamento.

Si segnala l'indirizzo fornito della Direzione per la costituzione di un ufficio procedimenti disciplinari dell'ASST in forma collegiale. La pluralità di soggetti che lo costituiscono rappresenta, come per ogni organo pluripersonale, misura preventiva rafforzata, stante la particolarità e delicatezza delle funzioni affidate. Con riguardo ai componenti deve essere assicurato, accanto ad ogni requisito di professionalità previsto dalla legge, la piena terzietà rispetto alle funzioni esercitate e ai singoli illeciti sottoposti alla loro valutazione.

### **Ruolo dei dipendenti e dei collaboratori dell'Azienda**

I dipendenti, i titolari di incarico a tempo determinato, i collaboratori a qualsiasi titolo (liberi professionisti, co.co.co, ecc.):

- partecipano al processo di gestione del rischio;
- osservano le misure contenute nel Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza;
- segnalano le situazioni di illecito.

### **Ruolo dell'Ufficio Qualità**

Ancorché la funzione aziendale della qualità non sia soggetto a cui istituzionalmente competono compiti diretti in materia di prevenzione della corruzione, il percorso svolto dall'ASST nell'ambito dell'analisi dei rischi ha valorizzato l'apporto dell'Ufficio Qualità (in staff alla Direzione Generale). Come risulta anche dal proseguo del presente Piano, un'efficace analisi del rischio non può ritenersi scollegata da una più

complessiva disamina dei processi. Proprio in ragione di questa trasversalità, il coordinamento con l'Ufficio Qualità, anche nei rapporti con le strutture sanitarie, pare fondamentale per un'efficace mappatura e per un effettivo impatto preventivo delle misure proposte.

## **Il Gestore delle segnalazioni che riguardano ipotesi di riciclaggio o finanziamento del terrorismo**

Detto gestore, che nel caso dell'ASST della Valcamonica corrisponde allo stato con il Responsabile della prevenzione della corruzione, coopera, negli specifici ambiti propri dei reati di riciclaggio e di terrorismo - anche internazionale - nelle attività di analisi e di segnalazione di fatti di potenziale rilievo corruttivo.

## **Il Dirigente incaricato dei controlli sui verbali dei Collegi Sindacali, ai sensi della DGR n. X/5661/2016**

Il Dirigente incaricato di detti controlli, nominato con decreto n. 680/2022 nella persona del Dirigente responsabile dell'Ufficio Controlli Interni, svolge attività di impulso volte a favorire un diretto riscontro tra le attività di amministrazione attiva dell'ASST e le funzioni di controllo del Collegio Sindacale, anche nella direzione della minimizzazione del rischio.

## **Organismo Regionale per le attività di Controllo**

La L.R. n. 13 del 28 settembre 2018 ha istituito l'Organismo Regionale per le Attività di Controllo (ORAC), al fine di verificare il corretto funzionamento delle strutture organizzative della Giunta regionale e degli enti del Sistema Regionale.

L'ORAC è un organismo indipendente di controllo interno composto da 9 membri, costituito con il Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 390 del 2 ottobre 2019, pubblicato sul BURL del 3 ottobre. Da tale data, a norma dell'art. 9 della L.R. n. 13/2018, è abrogata la L.R. n. 5/2016 istitutiva di ARAC, cessano dal loro incarico i consiglieri dell'Agenzia Regionale Anti Corruzione, e ogni riferimento ad ARAC contenuto in leggi, regolamenti, o altri atti, si intende riferito a ORAC.

## **Internal Audit**

In applicazione della L.R. 4 giugno 2014, n.17 e in attuazione della DGR n. X/2989 del 23.12.2014 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio-sanitario regionale per l'esercizio 2015" l'ASST della Valcamonica, con decreto n. 996/2015 ha istituito la funzione di Internal Auditing, oggi nel nuovo POAS in staff al Direttore Generale.

Tale organismo di controllo di "terzo livello", indipendente e autonomo, trasversale

alle diverse articolazioni aziendali, ha il compito di verificare l'efficacia del sistema dei controlli interni, fornendo analisi, valutazioni, raccomandazioni e piani di miglioramento organizzativi in relazione alle attività esaminate.

Come previsto dalla DGR n. XI/4942 del 29.06.2021 (Attuazione dell'art. 18 bis "Nuclei di valutazione delle strutture sanitarie pubbliche e delle fondazioni IRCCS di diritto pubblico" della legge regionale n. 33/2009) il NVP collabora con la funzione aziendale di Internal Auditing al fine di perseguire il miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'Azienda.

Nel prossimo triennio si individueranno forme e modi idonei necessari all'Internal Audit per supportare la fase di controllo di attuazione del Piano per valutare l'efficacia dei controlli effettuati dai Dirigenti responsabili dei processi, compreso il processo di pubblicazione.

### **Portatori d'interesse**

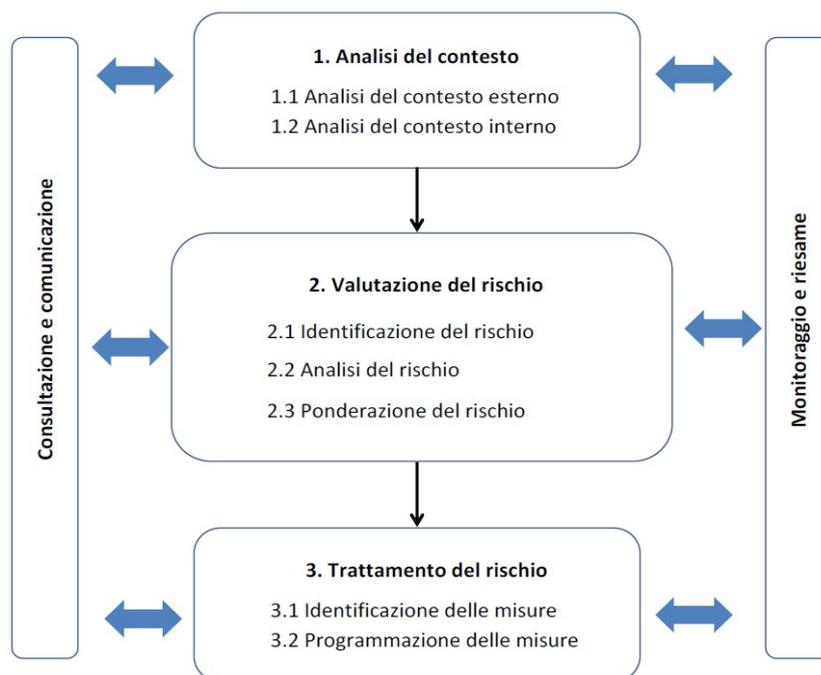
Ai fini della predisposizione del PTPCT (Sottosezione rischi corruttivi e trasparenza PIAO), i cittadini e le organizzazioni portatrici di interessi collettivi partecipano al processo attraverso forme di consultazione, ciò è reso possibile dalla possibilità di fare osservazioni e/o proporre modifiche al Piano durante la fase di consultazione.

### *Parte III - PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO*

Il processo di gestione del rischio è il cuore del PTPCT (Sottosezione rischi corruttivi e trasparenza PIAO) avendo la finalità di favorire il buon andamento e l'imparzialità dell'azione amministrativa e di prevenire il verificarsi di eventi corruttivi.

Esso si sviluppa secondo una logica sequenziale e ciclica per la quale in ogni sua "ripartenza" deve tener conto dei risultati del ciclo precedente, adattandosi agli eventuali cambiamenti. Ciò conferisce al PTPCT (Sottosezione rischi corruttivi e trasparenza PIAO), documento di programmazione strategica delle misure idonee a prevenire la corruzione, il carattere dell'elasticità.

Il processo di gestione del rischio di corruzione si articola nelle fasi qui rappresentate e si realizza attraverso tre distinte fasi, cui sono trasversali le fasi del monitoraggio e riesame e della consultazione e comunicazione.



## Fase 1 - Analisi del contesto

La prima fase di questo processo è l'analisi del contesto esterno e del contesto interno. Tale attività è considerata da ANAC una fase propedeutica e preliminare al processo di gestione del rischio corruttivo.

La conoscenza delle caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente nel quale opera l'Azienda (contesto esterno) e dell'organizzazione e dei processi aziendali (contesto interno) è utile per una riflessione sulle pressioni e sulle influenze cui è esposta l'Azienda e per pensare a misure idonee per evitarne le conseguenze.

### Analisi del contesto esterno (situazione economico - sociale)

La Valle Camonica, situata nella zona nord-orientale della Lombardia, è la più estesa fra le valli della Regione e fra le maggiori vallate delle Alpi Centrali. Si sviluppa per circa 90 Km di lunghezza dal passo del Tonale (m. 1833 s.l.m.) alla Corna Trenta Passi (presso Pisogne, sul lago di Iseo), con una superficie di 1.319,23 km<sup>2</sup>. Da Brescia, l'accesso al territorio avviene tramite la Ferrovia Brescia-Iseo-Edolo e la SS 510, che dal capoluogo conduce fino all'abitato di Pian Camuno. La SS 42 del Tonale e della Mendola collega il comprensorio a Bergamo e a Bolzano rispettivamente dalla Val Cavallina e dal Passo del Tonale, costituendo inoltre una connessione con le reti autostradali A4 Milano-Venezia e A22 Modena-Brennero. Il collegamento con la Valtellina è costituito dalla SS 39 del Passo dell'Aprica.

Nel Distretto Valle Camonica Sebino dal 2003 la popolazione ha avuto un incremento, in valore assoluto pari a 5.752 persone passando da 96.443 abitanti a 102.195 al 31.12.2012, diminuendo però nel 2013 in 101.683 unità. Nel 2014 si è assestata sul numero di 101.097 restando sostanzialmente stabile dal 2017 intorno alle 100.000 unità. Dall'ultima rilevazione effettuata, in data 01.01.2022 (ISTAT), il numero della popolazione residente si attesta su 97.936 unità, equamente divise tra entrambi i sessi seppur con una lieve prevalenza per il sesso femminile. Il Comune con maggiore popolazione è Darfo Boario Terme che presenta un numero di residenti pari a 15.557 suddivisi in 7718 maschi e 7839 femmine.

L'ambito territoriale dell'ASST della Valcamonica comprende 41 Comuni, corrispondenti ai 42 già afferenti alla disciolta ASL di Vallecamonica Sebino (in ragione della fusione dei Comuni di Bienno e Prestine nel municipio ora denominato "Bienno"), con una superficie totale di 1305,19 Km<sup>2</sup> e una popolazione, come da rilevazione ISTAT al 01.01.2022, così distribuita:

Comune	Popolazione maschile	Popolazione e femminile	Popolazione e totale	Superficie in km <sup>2</sup>	Densità abitativa/km <sup>2</sup>	Altitudine slm
Angolo Terme	1160	1138	2298	30,56	75,20	426
Artogne	1794	1783	3577	21,02	170,17	266
Berzo Demo	790	737	1527	15,46	98,77	790
Berzo Inferiore	1220	1227	2447	21,92	111,63	356
Bienno	1845	1905	3750	30,54	122,79	445
Borno	1207	1273	2480	30,5	81,31	912
Braone	346	337	683	13,36	51,12	394
Breno	2255	2380	4635	59,94	77,33	343
Capo di Ponte	1112	1209	2321	18,11	128,16	362
Cedegolo	533	557	1090	11,08	98,38	413
Cerveno	344	312	656	21,55	30,44	500
Ceto	884	900	1784	32,3	55,23	453
Cevo	430	389	819	35,47	23,09	1070



Cividate Camuno	1359	1293	2652	3,31	801,21	274
Corteno Golgi	962	951	1913	82,61	23,16	925
Darfo Boario Terme	7718	7839	15557	36,07	431,30	218
Edolo	2152	2256	4408	88,9	49,58	699
Esine	2542	2577	5119	30,31	168,89	286
Gianico	1034	1081	2115	13,38	158,07	281
Incudine	166	178	344	19,67	17,49	910
Losine	316	310	626	6,26	100,00	391
Lozio	178	176	354	23,74	14,91	975
Malegno	982	978	1960	6,89	284,47	328
Malonno	1474	1549	3023	31,46	96,09	596
Monno	246	269	515	31,03	16,60	1066
Niardo	967	1000	1967	22,16	88,76	442
Ono San Pietro	479	487	966	13,78	70,10	516
Ossimo	720	730	1450	14,86	97,58	869
Paisco Loveno	87	89	176	35,87	4,91	853
Paspardo	301	277	578	11,15	51,84	978
Pian Camuno	2383	2324	4707	10,95	429,86	244
Piancogno	2392	2316	4708	14,3	329,23	250
Pisogne	3887	3934	7821	49,23	158,87	187
Ponte di Legno	848	913	1761	100,43	17,53	1257
Saviore dell'Adamello	386	416	802	84,27	9,52	1210
Sellero	701	696	1397	14,47	96,54	476
Sonico	610	597	1207	60,89	19,82	650
Temù	559	546	1105	43,26	25,54	1144
Veza d'Oglio	737	737	1474	54,15	27,22	1080
Vione	299	323	622	35,27	17,64	1250
<b>Totali</b>	<b>48681</b>	<b>49255</b>	<b>97936</b>	<b>1305,19</b>	<b>75,04</b>	<b>632,56</b>

Nel prospetto di seguito indicato, gli indici demografici d'interesse:

	Valle Camonica	Lombardia	Italia
Superficie	1305,19 Km <sup>2</sup>	23.861,8 Km <sup>2</sup>	301.338 Km <sup>2</sup>
Residenti al 1.1.2022	97.936	9 965 046	58 983 122
Densità abitativa	75,04 ab/Km <sup>2</sup>	417,6 ab/Km <sup>2</sup>	195,73 ab/Km <sup>2</sup>

Lombardia		%	ASL VCS
<b>9.700.881</b>	<b>Popolazione totale</b>	1,05	<b>102.195</b>
971.931	Pop. Anziana >75	10,02	9.630
37.825	Pop. Grave/gravissima disabilità	0,39	398
380.000	Pop. Non autosuff./fragili superiori ai 65 anni	3,92	4.003
310.000	Pop. Disabile	3,20	3.266



Per quanto riguarda l'area della disabilità e della non autosufficienza, si riportano nella tabella seguente i dati regionali e locali al 2012 (fonte: DGR n. 116/2013), con una proiezione rispetto alla popolazione dell'ASST, laddove non disponibili dati completi sulla popolazione invalida, utile per un'analisi di contesto riferita alla popolazione gravemente disabile e non autosufficiente/fragile.

In merito alla popolazione straniera presente sul territorio, si è proceduto alla stesura della tabella di seguito riportata che mette in correlazione la popolazione totale con quella straniera, rilevata al 01.01.2022 dall'ISTAT.

<b>Comune</b>	<b>Popolazione totale</b>	<b>Popolazione straniera</b>	<b>Incidenza percentuale</b>
Angolo Terme	2298	105	4,56%
Artogne	3577	292	8,16%
Berzo Demo	1527	29	1,80%
Berzo Inferiore	2447	162	6,62%
Bienno	3750	196	5,22%
Borno	2480	44	1,77%
Braone	683	64	9,37%
Breno	4635	456	9,83%
Capo di Ponte	2321	112	4,82%
Cedegolo	1090	107	9,81%
Cerveno	656	20	3,00%
Ceto	1784	94	5,26%
Cevo	819	13	1,58%
Cimbergo	542	7	1,29%
Cividate Camuno	2652	157	5,92%
Corteno Golgi	1913	60	3,13%
Darfo Boario Terme	15557	2431	15,62%
Edolo	4408	341	7,73%
Esine	5119	347	6,77%
Gianico	2115	163	7,70%
Incudine	344	11	3,19%
Losine	626	35	5,59%
Lozio	354	6	1,69%
Malegno	1960	134	6,83%
Malonno	3023	43	1,42%
Monno	515	7	1,30%
Niardo	1967	147	7,47%
Ono San Pietro	966	26	2,69%
Ossimo	1450	64	4,41%
Paisco Loveno	176	3	1,70%
Paspardo	578	15	2,59%
Pian Camuno	4707	639	13,57%
Piancogno	4708	667	14,16%

<b>Ponte di Legno</b>	1761	71	4,03%
<b>Saviore dell'Adamello</b>	802	9	1,12%
<b>Sellero</b>	1397	34	2,40%
<b>Sonico</b>	1207	17	1,40%
<b>Temù</b>	1105	65	5,88%
<b>Veza d'Oglio</b>	1474	53	3,59%
<b>Vione</b>	622	16	2,57%
<b>Totali</b>	<b>97936</b>	<b>7727</b>	<b>7,88%</b>

Come evidente, la percentuale di popolazione straniera sulla popolazione residente in Valle Camonica si assesta sul valore del 7,88%, con la più alta percentuale di stranieri nel Comune di Darfo B.T. (15% circa), valore simile alle zone a forte urbanizzazione mentre nelle maggior parte dei comuni la percentuale resta ben al di sotto del valore medio.

Per una ancora più approfondita analisi della popolazione residente in Valle Camonica giova analizzare l'andamento di tre importanti indici rispetto ai valori riscontrati a livello nazionale e regionale.

In particolare è possibile prendere visione dell'indice di dipendenza strutturale che registra il rapporto percentuale tra la popolazione in età non attiva (0-14 anni e > 65) e la popolazione in età attiva (15-64 anni); dell'indice di dipendenza strutturale degli anziani che rappresenta la percentuale tra coloro che hanno più di 65 anni e la popolazione attiva; infine l'indice di vecchiaia che monitora il rapporto fra popolazione con più di 65 anni e coloro i quali sono minori di 15.

	Dipendenza Strutturale		Dipendenza Strutturale Anziani		Indice di vecchiaia	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Valle Camonica	57,94%	58,09%	37,73%	38,08%	186,61%	190,31%
Lombardia	56,96%	56,61%	35,94%	35,86%	170,94%	172,75%
Italia	56,73%	56,81%	36,42%	36,76%	179,35%	183,26%

Dalla lettura dei dati di cui sopra emerge un incremento, a differenza dei dati regionali in leggero calo, della dipendenza strutturale nella Valle che si attesta comunque su valori più elevati rispetto ai parametri nazionali e regionali di riferimento.

A valutazioni non dissimili si giunge anche dall'analisi della dipendenza strutturale degli Anziani, per i quali la Valle Camonica registra un incremento, su valori già più elevate dei rispettivi riferimenti regionali e nazionali.

Anche l'indice di vecchiaia presenta indici più elevati dei riferimenti e con un trend in aumento.

Andando ancora ad analizzare la distribuzione della popolazione tra giovane (0-14 anni), attiva (15-64) e anziana (>65) emergono i seguenti valori:

	Giovane		Attiva		Anziana	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Valle Camonica	12,80%	12,66%	63,31%	63,25%	23,89%	24,09%
Lombardia	13,39%	13,25%	63,71%	63,85%	22,90%	22,90%
Italia	12,96%	12,79%	63,81%	63,77%	23,24%	23,44%

Ne emerge una popolazione della Valle Camonica più vecchia rispetto agli altri riferimenti e con un trend tendente all'invecchiamento a discapito sia della fascia attiva che di quella giovane.

Più nello specifico, andando ad analizzare le fasce più sensibili ed in particolare quelle della popolazione Giovane e Anziana nella loro suddivisione per fasce d'età emergono i seguenti valori:

	Popolazione Anziana				
	65-69	70-74	75-79	80-84	>85
Valle Camonica	26%	25%	19%	16%	14%
Lombardia	24%	25%	19%	17%	15%

	Popolazione Giovane			
	0-2	3-4	5-9	10-14
Valle Camonica	16%	13%	33%	38%
Lombardia	17%	12%	34%	37%

La popolazione Anziana cala percentualmente all'aumentare dell'età, con valori comunque non trascurabili nelle fasce più elevate, seppur inferiori al dato regionale.

La popolazione Giovane invece denota il costante calo demografico in atto tanto nella Valle Camonica quanto in Regione Lombardia seppur con un incoraggiante incremento dei nuovi nati rispetto al successivo scaglione 3-4 anni.

Con riferimento alla situazione socio - economica, è da sempre presente una spiccata vocazione turistica che rappresenta una quota consistente del reddito della popolazione ivi residente.

La media e bassa Valle è caratterizzata da una consistente presenza di piccole, medie industrie, votate principalmente all'attività di metalmeccanica e forgiatura, di recupero dei metalli ferrosi e non attraverso impianti di fusione secondaria (siderurgia, fonderia). Ciò comporta la produzione di manufatti dalla materia prima recuperata (stampaggio, pressofusione), all'attività di stampaggio di materie plastiche ed all'attività estrattiva.

Sono inoltre rappresentate le problematiche ambientali tipiche delle cittadine di media grandezza, (traffico e riscaldamento, in Valle soprattutto è in uso la combustione da legna, nonché impianti siderurgici, di stoccaggio provvisorio di rifiuti urbani ed industriali e di attività estrattiva).

Negli ultimi anni si è assistito alla progressiva crisi di settori produttivi, siderurgia e tessile, che avevano rappresentato importanti punti di forza anche dal punto di vista occupazionale e un processo di diffusa esternalizzazione delle attività di trasformazione nei settori del confezionamento e dell'abbigliamento; tale situazione si è aggravata dopo la crisi del 2009.

La chiusura di molte attività, soprattutto siderurgiche ma non solo, ha lasciato in eredità il problema della bonifica delle aree dismesse prevalentemente localizzate sul fondovalle; le relative problematiche sono seguite dagli enti di competenza regionali, provinciali e locali.

Il tessuto produttivo della Vallecamonica è sensibilmente cambiato da quello che ha caratterizzato il nostro territorio per più di mezzo secolo.

La distanza della Valle nel suo complesso dai maggiori centri, aggiunta alla carenza di infrastrutture per la mobilità, ha pesato e pesa sullo sviluppo del sistema produttivo locale e comporta numerosi spostamenti dei lavoratori e delle imprese della Valle con ricadute sullo stile di vita e sui rischi determinati dal traffico veicolare (incidenti stradali, infortuni in itinere, inquinamento da traffico).

Queste criticità riguardano maggiormente i Comuni delle convalle o di media quota in quanto i Comuni di alta quota con attività turistiche, oppure quelli di fondo valle con un tessuto vitale di imprese produttive, presentano minori problemi. Nonostante ciò l'economia della Vallecamonica ha visto in questi ultimi anni lo sviluppo di molte piccole imprese e la nascita di nuove aziende determinando un incremento dell'occupazione fino alla flessione iniziata nel 2009.

L'economia della Valle è caratterizzata dalla presenza di circa 6.000 imprese. Dopo la forte contrazione occupazionale avvenuta nel primo decennio degli anni 2000 la situazione impiegatizia resta fluttuante segnando attorno ai valori occupazionali del 2006.

Negli ultimi anni tuttavia l'entità degli addetti "dichiarati" si discosta dal numero dei lavoratori "realmente occupati" per il ricorso agli ammortizzatori sociali (cassa integrazione, mobilità...) dovuto alla crisi economica. La lettura degli indici infortunistici

degli ultimi anni deve pertanto essere fatta alla luce di questo. Tuttavia il territorio mantiene una rilevante esportazione di manodopera, nelle sue forme di pendolarismo ed emigrazione che si riflettono anche “nell’esportazione di infortuni”.

Con riferimento allo stato dell'ordine e della sicurezza pubblica, ci si avvale in questa sede dei dati presentati al Parlamento dal Ministero dell'Interno (con particolare riferimento a: “Relazione sull'attività delle forze di polizia, sullo stato dell'ordine e della sicurezza pubblica e sulla criminalità organizzata - anno 2020” e “Relazione sull'attività svolta e sui risultati conseguiti dalla Direzione investigativa antimafia (DIA) - secondo semestre 2021”).

Tali dati, relativi alla provincia nel suo complesso, non fanno separata menzione di particolari situazioni o circostanze attinenti l'ordine, la sicurezza pubblica e la criminalità organizzata proprie e peculiari dei territori della Valle Camonica. Nell'elenco delle principali operazioni di polizia si fa menzione di interventi in materia di contrasto di reati connessi principalmente alle sostanze stupefacenti. Sempre con più generale riferimento all'intera provincia, è segnalata, in ragione della radicata presenza di attività industriali ed economiche (che sono, nel territorio di competenza dell'ASST, significativamente meno rilevanti, come sopra evidenziato), la presenza di criminalità organizzata tradizionale, nonché di altre forme delinquenziali (criminalità etnica etc.).

Dalla “Relazione al Parlamento sull'attività delle Forze di Polizia, sullo stato dell'ordine e della sicurezza pubblica e sulla criminalità organizzata - anno 2020” non si evincono elementi di particolare rilevi ai fini d'interesse del presente piano.

## Analisi del contesto interno

Si veda la Sezione pagina 15

### La “mappatura” dei processi

L'aspetto principale e più importante dell'analisi del contesto interno è la mappatura dei processi, consistente nell'individuazione e nell'analisi di tutti i processi organizzativi dell'Azienda. L'obiettivo è che l'intera attività svolta dall'Azienda 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. In questa sede, la mappatura assume carattere strumentale ai fini dell'identificazione, della valutazione e del trattamento dei rischi corruttivi.

La mappatura dei processi è un requisito indispensabile per la formulazione di adeguate misure di prevenzione e incide sulla qualità complessiva della gestione del rischio. Infatti, una compiuta analisi dei processi consente di identificare i punti più vulnerabili e, dunque, i rischi di corruzione che si generano attraverso le attività svolte dall'amministrazione. Per la mappatura è fondamentale il coinvolgimento dei responsabili delle strutture organizzative principali.

L'allegato 1 del PNA 2019 ha indicato l'elenco delle principali aree di rischio (intese come raggruppamenti omogenei di processi) suddivise tra amministrazioni ed enti interessati. Le aree di rischio possono essere infatti distinte in generali e specifiche. Quelle generali sono comuni a tutte le amministrazioni (es. contratti pubblici, acquisizione e gestione del personale), mentre quelle specifiche riguardano la singola amministrazione e dipendono dalle caratteristiche peculiari delle attività da essa svolte (es. Aziende del SSN).

L'attività di aggiornamento del percorso di trattamento del rischio, secondo gli indirizzi formulati dal PNA 2019, ha trovato declinazione nell'ambito del PTPCT 2021-2023.

In particolare, ad esito di approfondimento con le diverse articolazioni aziendali, con particolare riferimento all'Ufficio qualità, e con la Direzione, è risultato opportuno che le attività di mappatura ed analisi dei rischi previsti dalle diverse norme vigenti siano, per quanto possibile, coordinate, al fine di una maggiore intelleggibilità delle iniziative intraprese e di una efficienza ed efficacia dell'azione amministrativa.

Pertanto l'Ufficio Qualità, congiuntamente con il RPCT, ha predisposto idoneo strumento operativo (M IA 003 - “Mappatura rischi anticorruzione”) che compendia le iniziative da adottarsi nell'ambito dell'analisi del rischio di cui alle finalità di prevenzione della corruzione con taluni adempimenti in materia di internal auditing. Detto modello consente, anche muovendo da mappature già in essere a livello aziendale per altri scopi, di individuare, descrivere e rappresentare i processi, di rilevarne il connesso rischio (secondo i criteri di probabilità e impatto di cui al PNA 2019, con la precisazione che, nell'ottica di semplificazione, viene rappresentato per ciascun item il rischio di grado più elevato ferma

restando la complessiva valutazione sul punto), di prevedere le misure di prevenzione/trattamento necessarie (con dettaglio della loro periodicità e delle modalità di monitoraggio), consentendo, anche in sede di successive verifiche, le attività di rivalutazione.

Le risultanze di detta analisi, sostitutive di quelle fino al 2021 vigenti, sono compendiate nell'allegato al presente Piano. Poiché il formato tabellare risulterebbe difficilmente intellegibile è stato separato in due parti: la prima che contiene l'analisi di ciascun processo e dei connessi rischi, con la conseguente graduazione; la seconda con il dettaglio delle misure preventive connesse. È poi aggiunto una terza parte che contiene le misure trasversali ritenute applicabili a mitigazione generale dei fenomeni di mal administration.

Si segnala che, accanto alle misure preventive collegate a rischi specifici, il PTPCT (Sottosezione rischi corruttivi e trasparenza PIAO) conserva misure ulteriori che gravano sulle diverse articolazioni aziendali, indipendentemente dall'analisi tabellare dei rischi effettuata.

## Fase 2 - Valutazione del rischio

La valutazione del rischio è la macro-fase del processo di gestione del rischio in cui lo stesso è identificato, analizzato e confrontato con gli altri rischi al fine di individuare le priorità di intervento e le possibili misure correttive/preventive (trattamento del rischio).

La valutazione del rischio si articola in tre fasi: l'identificazione, l'analisi e la ponderazione.

### Identificazione del rischio

L'identificazione del rischio, o meglio degli eventi rischiosi, ha l'obiettivo di individuare quei comportamenti o fatti che possono verificarsi in relazione ai processi di pertinenza dell'amministrazione, tramite cui si concretizza il fenomeno corruttivo.

Per ogni processo organizzativo individuato sono identificati gli eventi rischiosi, cioè quei fatti o comportamenti che potrebbero, anche solo ipoteticamente, concretizzare il fenomeno corruttivo utilizzando diverse fonti informative quali l'analisi di eventuali casi giudiziari, di episodi di maladministration verificatisi in passato anche presso altre Aziende e dei procedimenti dell'UPD, l'esame delle richieste di accesso agli atti, la conoscenza e l'esperienza personali, ma anche ricorrendo alle esemplificazioni elaborate dall'ANAC e utilizzando informazioni e notizie diffuse dai net-work relative a episodi di corruzione.

Analogamente si procederà all'identificazione del rischio in sede di analisi dei processi di nuova valutazione, relativi alle attività tipiche del polo territoriale e delle strutture a questo afferenti.

Gli eventi rischiosi sono, quindi, descritti in apposita colonna della mappatura dei rischi anticorruzione (M IA 003) allegata al presente Piano quale parte integrante e sostanziale.

### Analisi del rischio

L'analisi del rischio ha un duplice obiettivo. Il primo è quello di pervenire ad una comprensione più approfondita degli eventi rischiosi identificati nella fase precedente, attraverso l'analisi dei cosiddetti fattori abilitanti della corruzione (elementi che agevolano il verificarsi di comportamenti o fatti di maladministration, riscontrati per lo più nell'assenza di regolamentazione, o in presenza di regolamentazione vaga e obsoleta, nella mancanza di efficaci controlli, nella titolarità della responsabilità di processi protratta per troppo tempo con conseguente eccessivo utilizzo di prassi amministrative prive di fondamento giuridico e di ampio e distorto uso della discrezionalità, nella mancata trasparenza e in un'inadeguata diffusione della cultura dell'etica). Il secondo è quello di stimare il livello di esposizione dei processi e delle relative attività al rischio.

Come sopra riportato nel paragrafo dedicato alla "mappatura" dei processi, l'analisi del rischio con l'approccio di tipo qualitativo, conformemente alle indicazioni

contenute nell'allegato 1 al PNA 2019 "Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi", è stata avviata nel corso del 2021.

La mappatura dei processi e la fase di valutazione del livello di esposizione al rischio sono rappresentate nella tabella mappatura dei rischi anticorruzione (M IA 003).

### **Ponderazione del rischio**

La ponderazione del rischio ha lo scopo di stabilire sia le azioni da intraprendere per ridurre l'esposizione al rischio sia le priorità di trattamento dei rischi attraverso il loro confronto.

Indipendentemente dal livello di rischio, valutato generalmente medio/basso per i processi/sotto-processi mappati, si ritiene opportuno trattarli tutti al fine di ridurre sempre più il rischio residuo, cioè il rischio che permane dopo l'applicazione delle misure di prevenzione già individuate.

### **Fase 3 - Trattamento del rischio**

È la fase in cui, dopo lo svolgimento delle attività propedeutiche, dall'analisi del contesto alla valutazione e successiva ponderazione del rischio, si individuano le misure idonee a prevenire il rischio corruttivo cui l'Azienda è esposta e si programmano le modalità della loro attuazione.

In questa fase si distinguono, infatti, due sotto-fasi: l'individuazione e la conseguente programmazione delle misure per la prevenzione della corruzione.

L'individuazione delle misure più idonee a prevenire i rischi individuati è effettuata in osservanza del principio di sostenibilità economica e organizzativa; si parte dalla valutazione del livello di attuazione delle misure di prevenzione previste nei Piani precedenti e dalla valutazione della loro adeguatezza rispetto al rischio e ai suoi fattori abilitanti: se le misure non sono state attuate, la priorità è la loro attuazione, se, invece, non sono risultate efficaci si cerca di "rafforzarle", eventualmente modificandone le modalità di attuazione. Solo dopo aver verificato l'impossibilità di ridurre il rischio in questo modo, si introducono nuove misure. Questa modalità è seguita anche al fine di ridurre sempre più il "rischio residuo", cioè il rischio che persiste dopo la corretta attuazione delle misure di prevenzione generali e specifiche, rischio che pare dipendere esclusivamente da un agire soggettivo non etico.

Nell'individuazione delle misure, inoltre, si cerca di contemperare anche la sostenibilità della fase di controllo e di monitoraggio delle stesse, al fine di evitare la pianificazione di misure astratte, poco chiare o non realizzabili.

Tutte le misure di prevenzione degli eventi corruttivi, descritte in apposita colonna della mappatura dei rischi anticorruzione (M IA 003) in "linea" col corrispondente sotto-processo, sono misure specifiche in quanto dirette ad eliminare i fattori abilitanti individuati nella fase di analisi del rischio, anche se si tratta delle c.d. misure generali che, per definizione, intervengono in maniera trasversale sull'intera amministrazione e si

caratterizzano per la loro incidenza sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione. Per le misure di prevenzione della corruzione si rinvia alla successiva parte IV a ciò specificatamente dedicata.

La programmazione delle misure consiste nell'individuazione delle modalità con cui attuarle. I vari Responsabili di processo hanno identificato le diverse fasi con cui si intende adottare la misura, definito il tempo per la sua attuazione in modo da facilitarne, in fase di monitoraggio, la verifica dell'effettiva applicazione, indicato i soggetti responsabili ad attuare le misure e individuato "gli indicatori di monitoraggio" al fine di poter agire tempestivamente su una delle variabili sopra elencate introducendo, eventualmente, correttivi adeguati e funzionali alla corretta attuazione delle misure. Gli indicatori di monitoraggio possono essere di semplice verifica di attuazione della misura, quantitativi o qualitativi.

Gli elementi necessari alla programmazione delle misure di prevenzione della corruzione sono rappresentati in colonne nella mappatura dei rischi anticorruzione (M IA 003)".

Si mantiene la scelta anche in questo aggiornamento dell'individuazione di misure specifiche di trattamento ad hoc per tutti i processi elencati, anche quelli con livello di rischio basso, per rafforzare la diffusione della cultura di prevenzione della corruzione e coinvolgere tutto il personale nella sua gestione.

## **Fasi trasversali**

Fasi trasversali del processo di gestione del rischio di corruzione, che si sviluppa secondo una logica sequenziale e ciclica che ne favorisce il continuo miglioramento, sono:

- monitoraggio e riesame;
- consultazione e comunicazione.

## **La fase di monitoraggio e riesame**

Il monitoraggio e il riesame periodico costituiscono una fase fondamentale del processo di gestione del rischio attraverso cui verificare l'attuazione e l'adeguatezza delle misure di prevenzione nonché il complessivo funzionamento del processo stesso e consentire in tal modo di apportare tempestivamente le modifiche necessarie.

Monitoraggio e riesame sono due attività diverse anche se strettamente collegate. Il monitoraggio è un'attività continuativa di verifica dell'attuazione e dell'idoneità delle singole misure di trattamento del rischio, mentre il riesame è un'attività svolta ad intervalli programmati che riguarda il funzionamento del sistema nel suo complesso.

La responsabilità del monitoraggio è del RPCT. Tuttavia in considerazione delle grandi dimensioni e dell'elevato livello di complessità presso l'ASST della Valcamonica è previsto un sistema di monitoraggio su più livelli, in cui il primo è in capo alla struttura organizzativa che è chiamata ad adottare le misure, il secondo livello in capo al RPCT ed il

terzo all'attività svolta dall'Internal Auditing.

In Azienda non è stato adottato, quale documento specifico, un piano di monitoraggio annuale del PTPCT (Sottosezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO) anche se l'attività relativa, avente ad oggetto tutte le misure di prevenzione individuate e programmate per ogni processo viene svolta nei tempi e nei modi indicati nell'apposita colonna della mappatura dei rischi anticorruzione (M IA 003).

Nella sezione monitoraggio del PIAO il monitoraggio del PTPCT è configurato quale obiettivo per i responsabili dei processi e per i responsabili della pubblicazione che, entro la scadenza indicata, devono trasmettere al RPCT una dichiarazione che dia evidenza concreta delle misure di prevenzione applicate e dell'avvenuta pubblicazione degli atti, documenti e informazioni per i quali è individuato quale responsabile nella tabella "obblighi di pubblicazione" allegata al PTPCT stesso.

I Responsabili della pubblicazione e dei processi effettuano, quindi, una "autovalutazione" in ordine all'effettivo adempimento degli obblighi di rispettiva competenza mentre il RPCT procede a un controllo successivo, anche a campione, dell'effettivo livello di completezza e aggiornamento dei dati, e della congruenza di quanto dichiarato nell'autovalutazione dai responsabili. In particolare, il RPCT verifica la veridicità delle informazioni rese in autovalutazione, controlla gli indicatori previsti per l'attuazione delle misure di prevenzione che sono rappresentati in apposita colonna della mappatura dei rischi anticorruzione (M IA 003), richiede documenti e informazioni idonei a dimostrare l'effettiva azione svolta, organizza incontri finalizzati coi diversi responsabili.

Per agevolare il progressivo monitoraggio sia dei processi sia dell'adempimento degli obblighi di pubblicazione, si sono inserite apposite colonne nella mappatura dei rischi anticorruzione (M IA 003) e nella tabella "obblighi di pubblicazione" dove ogni responsabile, per ogni processo e ogni obbligo di pubblicazione, deve indicarne lo stato di attuazione nei termini indicati, con successiva verifica da parte del RPCT.

Il monitoraggio si estende agli eventuali controlli mirati disposti dal RPCT a seguito di richieste di accesso civico e/o di reclami presentati all'Azienda da soggetti terzi, anche per il tramite dell'URP. Qualora l'attività di controllo rilevi gravi inadempienze in materia di obblighi di pubblicazione previsti dalla legge, il RPCT trasmette gli atti alla Direzione Generale, al Nucleo di Valutazione e all'UPD.

Su un piano più complessivo, invece, spettano al NVP compiti di approvazione e attestazione dell'assolvimento degli obblighi di trasparenza, di supporto per la valutazione del rischio e per la redazione del PIAO.

Per l'anno 2023 si conferma il termine entro cui i responsabili di processo e di pubblicazione devono trasmettere la propria autovalutazione al RPCT, mantenendo le scadenze del 31 maggio e del 30 novembre come lo scorso anno, in quanto ciò permette di intervenire con azioni correttive per una migliore attuazione del Piano.

Le risultanze del monitoraggio, infatti, utilizzate anche per effettuare il riesame periodico della funzionalità complessiva del "sistema di gestione del rischio", costituiscono il presupposto della definizione del successivo PTPCT e sono inserite nelle varie parti del testo di piano e all'interno della relazione annuale del RPCT, pubblicata in

Amministrazione Trasparente.

Nel triennio 2023-2025 si intende procedere al riesame della funzionalità del sistema di gestione del rischio che coinvolgerà tutte le fasi del processo di gestione del rischio al fine di identificare eventuali processi non mappati, individuare eventuali nuovi rischi e prevedere diversi e più efficaci criteri per l'analisi e la ponderazione del rischio.

### **La fase di consultazione e comunicazione**

La fase di consultazione e comunicazione è trasversale e potenzialmente contestuale a tutte le altre fasi del processo di gestione del rischio descritte precedentemente e consiste nelle seguenti attività:

- attività di coinvolgimento dei soggetti interni (personale, organo politico, ecc.) ed esterni (cittadini, associazioni, altre istituzioni, ecc.) ai fini del reperimento delle informazioni necessarie alla migliore personalizzazione della strategia di prevenzione della corruzione dell'Azienda;

- attività di comunicazione (interna ed esterna) delle azioni intraprese e da intraprendere, dei compiti e delle responsabilità di ciascuno e dei risultati attesi.

In Azienda è assicurato il coinvolgimento dei soggetti interni per personalizzare sempre più la strategia anticorruzione, in particolare mediante richieste specifiche del RPCT ai Responsabili di processo che nel 2021 hanno attivamente partecipato ai processi di gestione del rischio. Conseguentemente è migliorata la comunicazione interna con flussi informativi dai soggetti coinvolti al RPCT e viceversa. Nel triennio 2023-2025 si intende consolidare e rafforzare questo trend positivo. Più delicata è la consultazione e comunicazione coi soggetti esterni finalizzata ad acquisire "idee" per nuove e più efficaci strategie di anticorruzione. Benché l'Azienda collabori attivamente con diverse realtà operanti sul territorio (Associazioni, RSA, Comuni), ancora non è riuscita a coinvolgere questi portatori d'interessi nella formazione del PTPCT. Si cercherà, nel periodo di validità del presente piano, di individuare e attuare le strategie più idonee per raggiungere lo scopo.

#### *Parte IV - LE MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE*

Il concreto esplicarsi delle due sotto-fasi del trattamento del rischio sopra analizzate, ovvero l'individuazione e la progettazione delle misure per la prevenzione della corruzione deve avvenire tenendo conto di alcuni aspetti fondamentali. In primo luogo, la distinzione tra misure generali e misure specifiche. Le misure generali intervengono in maniera trasversale sull'intera amministrazione e si caratterizzano per la loro incidenza sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione; le misure specifiche agiscono in maniera puntuale su alcuni specifici rischi individuati in fase di valutazione del rischio e si caratterizzano, dunque, per l'incidenza su problemi specifici.

Va tenuto in considerazione il fatto che ciascuna categoria di misura può dare luogo, in funzione delle esigenze dell'organizzazione, a misure sia "generali" che "specifiche". A titolo meramente esemplificativo, una misura di trasparenza, può essere

programmata come misura “generale” o come misura “specifica”. Essa è generale quando insiste trasversalmente sull’organizzazione, al fine di migliorare complessivamente la trasparenza dell’azione amministrativa (es. la corretta e puntuale applicazione del D.Lgs. n. 33/2013); è, invece, specifica, in risposta a specifici problemi di scarsa trasparenza rilevati tramite l’analisi del rischio trovando, ad esempio, modalità per rendere più trasparenti particolari processi prima “opachi” e maggiormente fruibili informazioni sugli stessi.

Le misure specifiche individuate dall’Azienda per prevenire i rischi corruttivi nei processi aziendali sono indicate nella mappatura dei rischi anticorruzione (M IA 003), allegata al presente Piano.

Di seguito le misure generali adottate dall’ASST della Valcamonica. Un’apposita sezione viene di seguito dedicata alla trasparenza e integrità.

## **Formazione**

Di concerto con il Piano di Formazione Aziendale, predisposto per soddisfare le esigenze formative e di aggiornamento professionale degli operatori, si provvede ad individuare una formazione specifica in materia di prevenzione della corruzione. La conoscenza dei disposti normativi, delle misure organizzative e dei sistemi di controllo interno di cui l’Azienda si è dotata rappresenta infatti lo strumento per sviluppare una cultura della legalità.

Nell’ambito del triennio 2023-2025 s’intende, come similmente per le annualità pregresse, proporre una formazione strutturata su diversi livelli:

- livello generale, anche con modalità FAD: riguarda le tematiche dell’etica e della legalità (approccio valoriale) che debbono coinvolgere tutti i dipendenti ed i collaboratori a vario titolo dell’amministrazione, debbono riguardare il contenuto del Codice di Comportamento e del Codice Disciplinare e devono ricomprendere anche l’esame di casi concreti;

- livello specifico per settori di attività o per profili a maggior rischio: è possibile, sussistendone la necessità, l’organizzazione di appositi focus group, composti da un numero ristretto di dipendenti e guidati da un Dirigente o un operatore esperto con funzione di animatore, nell’ambito dei quali vengono esaminate ed affrontate problematiche concrete di prevenzione della corruzione, calate nel contesto dell’attività di settore, al fine di far emergere il principio comportamentale eticamente adeguato nelle diverse situazioni.

I fabbisogni formativi sono individuati dal Responsabile della Prevenzione in raccordo con il Responsabile della Formazione.

Le iniziative di formazione tengono conto dell’importante contributo che può essere dato dagli operatori interni all’amministrazione, inseriti come docenti nell’ambito di percorsi di aggiornamento e formativi.

In occasione dell’inserimento dei dipendenti in nuovi settori lavorativi, saranno programmate ed attuate forme di affiancamento e “tutoraggio” con il personale più

esperto.

Anche al fine di contenere gli oneri scaturenti dalle attività di formazione, il tavolo interaziendale a cui partecipa l'ASST della Valcamonica intende proporre iniziative formative congiunte, anche in esito all'effettivo confronto tra gli operatori interessati e sulla base di comuni esigenze.

## Codici di comportamento

Tra le misure di prevenzione della corruzione, i Codici di comportamento rivestono un ruolo importante nella strategia delineata dalla L. n. 190/2012, costituendo lo strumento che più di altri si presta a regolare le condotte dei funzionari e ad orientarle alla migliore cura dell'interesse pubblico, in una stretta connessione con i Piani triennali di prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT).

In seguito all'adozione del nuovo Codice di comportamento di cui al D.P.R. n. 62/2013, si è ampliata la casistica delle fattispecie disciplinari per tutto il personale c.d. contrattualizzato dal momento che, a differenza dei precedenti (quelli di cui ai DD.MM. del 31.03.1994 e del 28.11.2000), l'attuale Codice di comportamento non contiene soltanto norme di principio ma introduce vere e proprie disposizioni che si aggiungono a quelle contenute nei codici disciplinari (art. 64 del C.C.N.L. del 21.05.2018 per il personale del comparto e art. 70 del C.C.N.L. del 19.12.2019 per il personale della dirigenza del S.S.N.) la cui violazione determina responsabilità disciplinare (fino all'estrema conseguenza del licenziamento in caso di violazioni gravi o reiterate) e rileva "ai fini della responsabilità civile, amministrativa e contabile ogniqualvolta le stesse responsabilità siano collegate alla violazione di doveri, obblighi, leggi o regolamenti." (art. 54, comma 3, del D.Lgs. n. 165/2001).

Il sistema disciplinare si completa con l'approvazione (con le modalità previste dalla legge) di un Codice di comportamento aziendale che, nell'intento del legislatore, integra e specifica il Codice di comportamento nazionale.

Con il D.P.R. n. 62/2013 oltre alle fattispecie disciplinari si sono ampliate anche le competenze dell'UPD che non è più soltanto l'organo aziendale titolare dell'azione disciplinare per le infrazioni più gravi ma, d'intesa con il dirigente aziendale Responsabile della prevenzione della corruzione, partecipa all'attività di vigilanza e monitoraggio sull'attuazione dei Codici di comportamento (nazionale e aziendale), cura l'aggiornamento del Codice di comportamento aziendale e (ai sensi dell'art. 15, comma 2) "svolge altresì le funzioni dei comitati o uffici etici eventualmente già istituiti".

Nel corso del 2017 sono state formalizzate le "Linee Guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale" quale sito del Tavolo tecnico congiunto ANAC - Ministero della Salute - Agenas sul tema "Conflitto d'interesse e Codici di comportamento", costituito in data 16.12.2015 a seguito del Protocollo d'intesa stipulato in data 05.11.2014 fra ANAC e Agenas.

Con decreto n. 1048/2017 è stato approvato, secondo detti indirizzi, il "Codice di comportamento dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale della Valcamonica". Si è altresì

provveduto all'adozione di nuovi Codici disciplinari e di Regolamenti di funzionamento degli Uffici procedimenti disciplinari del personale del comparto e delle aree dirigenziali, in attuazione alla cd. Riforma Madia, da ultimo aggiornati con i decreti n. 128 e 129 del 19.02.2020 a seguito della sottoscrizione a livello nazionale e per tutti i comparti di nuovi contratti collettivi che disciplinano talvolta anche specificatamente la responsabilità disciplinare.

Nel 2022 l'Azienda, in esecuzione a quanto previsto dall'art. 4 del D.L. 30 aprile 2022 n. 36, convertito con la L. 29 giugno 2022 n. 79, ha aggiornato con decreto n. 841/2022 il vigente Codice di comportamento mediante l'inserimento di un nuovo articolo (art. 11-bis) dedicato all'uso dei mezzi di comunicazione elettronica e dei social media. L'adozione di tale aggiornamento è stata preceduta da una fase di consultazione pubblica e da previa condivisione con la Direzione Strategica. Il testo del nuovo articolo è stato inoltre preliminarmente sottoposto al parere del NVP che si è espresso nel corso della seduta tenutasi il 16.12.2022.

Gli obblighi di condotta previsti dal Codice aziendale vengono estesi, per quanto compatibili, a tutti i collaboratori o consulenti, con qualsiasi tipologia di contratto o incarico e a qualsiasi titolo, ai titolari di organi e di incarichi negli uffici di diretta collaborazione della Direzione, nonché nei confronti dei collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore dell'Azienda.

In sede di sottoscrizione dei contratti individuali di lavoro e di lavoro autonomo, comunque denominati, viene attestata la consegna di copia/la possibilità di reperire copia al lavoratore/collaboratore del D.P.R. n. 62/2013 e del Codice aziendale. Si provvederà, secondo le indicazioni Regionali, a tale adempimento anche nell'ambito delle attività contrattuali dell'ASST della Valcamonica.

## **Rotazione del personale**

Nel corso del 2022 è stata effettuata, come anche risulta dalla Relazione annuale del RPCT, una parziale rotazione di personale, tenendo conto del particolare ambito di operatività dell'Azienda e delle sue limitate dimensioni.

Nel corso del triennio 2023-2025 si provvederà ad implementare i meccanismi di rotazione nella consapevolezza che detta misura, applicata ai Dirigenti e al personale dei ruoli non dirigenziali, presenta non indifferenti profili di delicatezza e complessità, dal momento che si pone in contrasto con l'importante principio di continuità dell'azione amministrativa, che impone la valorizzazione della professionalità acquisita dai dipendenti in certi ambiti e settori di attività.

Per quanto concerne la rotazione del personale con qualifica dirigenziale, la sua attuazione richiede ulteriori approfondimenti, anche in relazione alla carenza complessiva di taluni profili.

Inoltre la rotazione dei Dirigenti è di fatto difficile, se non impossibile, per le figure infungibili, per quelle il cui spostamento provocherebbe problemi oggettivi di continuità e di buon funzionamento dei servizi, nonché per il personale della dirigenza PTA per

l'esiguo numero di dipendenti con tale qualifica.

Nel caso di accertata impossibilità di applicare la misura della rotazione per il personale dirigenziale a causa di motivati fattori organizzativi, l'Amministrazione intende valutare la possibilità di applicare la misura al personale non dirigenziale, con riguardo innanzitutto ai responsabili del procedimento, per le posizioni esposte al rischio di corruzione, o con la condivisione, per i procedimenti di maggiore rilievo, tra più soggetti delle funzioni istruttorie o di responsabile del procedimento.

## **Rotazione straordinaria**

L'istituto della rotazione c.d. straordinaria è misura di prevenzione della corruzione, previsto dall'art. 16, comma 1, lett. l-quater) D.Lgs. n. 165/2001, come misura di carattere successivo al verificarsi di fenomeni corruttivi. La norma citata prevede, infatti, la rotazione "del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva".

Con decreto n. 987/2019 l'ASST della Valcamonica ha adottato le prime determinazioni in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria, che prevede, in caso di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva a carico di un dipendente, la messa in atto della rotazione straordinaria come segue:

- per il personale Responsabile di Servizio (P.O. con attribuzione di funzioni dirigenziali) ciò comporta la revoca di tale incarico dirigenziale e l'eventuale riattribuzione di altro incarico;
- per il personale non titolare di funzioni dirigenziali, la rotazione si traduce nell'assegnazione del dipendente ad altro ufficio o servizio.

I reati che prevedono la citata rotazione obbligatoria, sono quelli richiamati dal D.Lgs. n. 39/2013 che fanno riferimento al Titolo II, Capo I "Dei delitti dei pubblici ufficiali contro la Pubblica Amministrazione", nonché quelli indicati nel D.Lgs. 31.12.2012 n. 235 che, oltre ai citati reati, ricomprende un numero molto rilevante di gravi delitti, tra cui l'associazione mafiosa, quella finalizzata al traffico di stupefacenti o di armi, i reati associativi finalizzati al compimento di delitti anche tentati contro la fede pubblica o contro la libertà individuale.

## **Gestione del conflitto d'interesse**

Il dipendente si astiene dal prendere decisioni o svolgere attività inerenti alle sue mansioni in situazioni di conflitto di interesse, anche potenziale, con interessi personali, del coniuge, di conviventi, di parenti e affini. Il conflitto può riguardare interessi di qualsiasi natura, anche non patrimoniali, come quelli derivanti dall'intento di voler assecondare pressioni politiche, sindacali o dei superiori gerarchici.

Possibili situazioni di conflitto di interesse si possono creare quando, fra il dipendente ed i soggetti interessati dalle attività aziendali, sussistono:

- legami di parentela o affinità sino al secondo grado;
- legami stabili di amicizia e/o di frequentazione stabile;
- legami professionali;
- legami di diversa natura capaci di incidere negativamente sull'imparzialità dei dipendenti.

Il Responsabile del procedimento, il titolare del Servizio/UO competente ad adottare atti o provvedimenti, nel caso di conflitto di interesse anche solo potenziale, hanno l'obbligo di astensione, così come tutti i dipendenti che svolgano la propria attività nei processi aziendali a maggior rischio di corruzione. I medesimi soggetti hanno il dovere di segnalazione della possibile situazione di conflitto.

La segnalazione del conflitto, anche potenziale, deve essere indirizzata dal dipendente al proprio Responsabile diretto il quale, esaminate le circostanze, valuta se la situazione realizza un conflitto di interesse idoneo a ledere il principio di imparzialità.

Il Responsabile, destinatario della segnalazione, deve valutare espressamente la situazione sottoposta alla sua attenzione e deve rispondere per iscritto al dipendente medesimo sollevandolo dall'incarico oppure motivando espressamente le ragioni che consentono comunque l'espletamento dell'attività da parte di quel dipendente.

Nel caso in cui sia necessario sollevare il dipendente dall'incarico, il Responsabile affiderà l'attività ad altro dipendente ovvero, in carenza di dipendenti professionalmente idonei, il Responsabile dovrà avocare a sé ogni compito relativo a quel procedimento.

Il Responsabile, a fronte di segnalazione di conflitti di interesse e di conseguente astensione del dipendente, vigila affinché non siano esercitate pressioni sull'operatore assegnato all'attività in sostituzione del dipendente che si astiene.

Relativamente a situazioni di incompatibilità e inconferibilità previste dalla vigente normativa (art. 53 D.Lgs. n. 165/2001 e D.Lgs. n. 33/2013 e n. 39/2013), i Dirigenti, preliminarmente alla sottoscrizione del contratto relativo all'assunzione alle dipendenze dall'ASST o al conferimento dell'incarico dirigenziale, sono chiamati a effettuare apposita auto dichiarazione, attestante le condizioni di incompatibilità eventualmente sussistenti, congiuntamente alla comunicazione di situazione di conflitto d'interesse (anche relative a congiunti, parenti ed affini) e interessi finanziari confliggenti. Sono pure tenuti ad apposita dichiarazione circa la propria situazione reddituale.

Nel corso del 2023, come per gli anni precedenti, i titolari di incarichi di vertice conferiti dell'ASST e il personale dirigenziale saranno interessati dalla raccolta dell'autodichiarazione circa l'assenza di situazioni di inconferibilità e incompatibilità.

Con specifico riferimento alle situazioni d'inconferibilità si terranno in debita considerazione le previsioni della Delibera ANAC n. 149 del 22.12.2014 che limitano l'applicabilità di talune disposizioni del D.Lgs. n. 39/2013 agli incarichi attribuiti ai componenti della Direzione Strategica (Direttore Generale, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario, Direttore Socio Sanitario) e sempre nel rispetto di specifiche indicazioni regionali in materia.

Al fine di meglio disciplinare le situazioni di conflitto di interesse per il personale dipendente di seguito si dà evidenza di talune procedure di rilevazione e analisi delle

situazioni di conflitto di interesse:

- acquisizione e conservazione delle dichiarazioni di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi da parte dei dipendenti al momento dell'assegnazione all'ufficio o della nomina a RUP/DEC;

- monitoraggio della situazione, attraverso l'aggiornamento, con cadenza annuale per il personale dirigenziale, della dichiarazione di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi, ricordando a tutti i dipendenti di comunicare tempestivamente eventuali variazioni nelle dichiarazioni già presentate;

- uso della modulistica aziendale per la raccolta/aggiornamento delle dichiarazioni per l'assenza di situazioni di conflitto d'interesse.

Anche nel corso dell'anno 2023 dovrà essere programmata un'attività di controllo delle autodichiarazioni rese dal personale dirigenziale, oltre alle verifiche rese necessarie in esito a segnalazioni. Al fine di assicurare un effettivo monitoraggio, pur nella consapevolezza della complessità procedurale e sostanziale dei relativi controlli, al personale dirigenziale dovrà essere richiesta la produzione dell'ultima documentazione reddituale prodotta all'amministrazione finanziaria al momento dell'assunzione o del conferimento/ rinnovo di un incarico dirigenziale.

Per il personale non dipendente, ovvero liberi professionisti, si riassumono di seguito le misure da utilizzare, se non già in essere:

- applicazione del modello di dichiarazione di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi, con l'indicazione dei soggetti (pubblici o privati) presso i quali l'interessato ha svolto o sta svolgendo incarichi/attività professionali o abbia ricoperto o ricopra cariche;

- rilascio della dichiarazione di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi da parte del diretto interessato, prima del conferimento dell'incarico di consulenza;

- integrazione delle previsioni contrattuali dell'obbligo dell'interessato di comunicare tempestivamente la situazione di conflitto di interessi insorta successivamente al conferimento dell'incarico;

- consultazione di banche dati liberamente accessibili ai fini della verifica;

- acquisizione di informazioni da parte dei soggetti (pubblici o privati) indicati nelle dichiarazioni presso i quali gli interessati hanno svolto o stanno svolgendo incarichi/attività professionali o abbiano ricoperto o ricoprono cariche, previa informativa all'interessato;

- audizione degli interessati, anche su richiesta di questi ultimi, per chiarimenti sulle informazioni contenute nelle dichiarazioni o acquisite nell'ambito delle verifiche;

- controllo a campione da parte del RPCT della avvenuta verifica delle dichiarazioni di insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi e della relativa pubblicazione delle stesse ai sensi dell'art. 53, comma 14, D.Lgs. n. 165/2001.

## **Conferimento e autorizzazione incarichi extra-istituzionali**

Per quanto concerne lo svolgimento di incarichi extra istituzionali ai sensi dell'art. 53 D.Lgs. n. 165/2001, le procedure, nel rispetto della citata normativa, sono disciplinate da apposito regolamento aziendale che mira ad assicurare che il rilascio delle autorizzazioni sia preceduto da un'attenta valutazione dell'oggetto dell'incarico, della natura, dell'impegno orario previsto e del compenso presunto.

Le richieste di autorizzazione di ciascun dipendente vengono vagliate dal Dirigente responsabile della struttura di afferenza/Direttore di Dipartimento e, per quanto di competenza vengono rilasciate dai Direttori Amministrativo, Sanitario e Socio sanitario: ciò al fine di verificare nel caso concreto l'insussistenza di ipotesi di incompatibilità e di conflitto d'interesse in relazione alle funzioni e ai compiti affidati al dipendente. In particolare viene vagliata l'insussistenza di indebite interferenze tra i compiti d'ufficio e l'oggetto dell'incarico extra - istituzionale per i soggetti dipendenti chiamati a esercitare funzioni di controllo, vigilanza ed autorizzazione verso terzi.

Per finalità di evidente natura anticorruptiva, le verifiche preliminari mirano a evitare il conferimento di incarichi retribuiti da parte di soggetti che hanno rapporti di natura contrattuale con l'ASST (appaltatori, fornitori o simili) o che siano sottoposti a vigilanza o controllo da parte della struttura di appartenenza del dipendente.

L'elenco delle autorizzazioni rilasciate, comprensive dei compensi presunti, viene pubblicato periodicamente sul sito aziendale.

Le modifiche apportate al D.Lgs. n. 165/2001, da ultimo con D.Lgs. n. 75/2017, hanno suggerito, nel corso del 2018, alcune modifiche al vigente regolamento aziendale in materia di incarichi extra istituzionali (decreto n. 1063/2018).

## **Flussi informativi verso il Responsabile della prevenzione della corruzione**

I flussi informativi volti ad assicurare il pieno adempimento delle disposizioni normative vengono garantiti attraverso contatti periodici tra i Direttori/Dirigenti interessati dalle Aree oggetto di potenziale rischio, trasmissione di dati e notizie ai fini della pubblicazione.

In particolare le singole UU.OO. trasmettono, attraverso l'applicativo in uso, i dati relativi ai bandi di gara attivati da ciascuno: detta raccolta risulta necessaria ai fini della successiva pubblicazione in forma aggregata nella sezione "Amministrazione trasparente" - bandi di gara e contratti - informazione sulle singole procedure, dei dati riferiti agli obblighi di trasmissione delle informazioni all'AVCP - Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici di lavori, servizi e forniture, ai sensi dell'art. 1, comma 32, L. n. 190/2012. Le specifiche sono quelle della delibera AVCP n. 26 del 22 maggio 2013.

Al Responsabile per la prevenzione della corruzione debbono essere indirizzati (con periodicità definita, o per ogni singolo evento, o a richiesta) adeguati flussi informativi costituiti da:

- stato di avanzamento delle misure di prevenzione e/o modifica delle aree di rischio/controlli (da parte dei Referenti);
- segnalazioni indirizzate alla Direzione da parte di soggetti interni o esterni

inerenti ipotesi di reato: il RPCT accerta che chi segnala al superiore gerarchico o ai soggetti apicali dell'Azienda condotte illecite, o loro prodromi, di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto che intrattiene, non subisca ingiuste ripercussioni o misure discriminatorie, dirette o indirette. Sono fatte salve le perseguibilità a fronte delle responsabilità penali per calunnia o diffamazione e di quelle civili per risarcimento del danno ingiustamente cagionato;

- informazioni su procedimenti disciplinari e segnalazione di violazioni del Codice di comportamento (da parte dell'UPD);
- indicatori di rischio, quali gare deserte, assegnazioni a fornitore unico e/o in emergenza (da parte del RUP);
- numero di incarichi e aree oggetto di rotazione degli incarichi dirigenziali (da parte di AGRU);
- esiti di Informazioni sull'effettiva applicazione degli obblighi di rotazione del personale che opera nelle aree a rischio di corruzione (da parte dei Dirigenti delle strutture);
- verifiche e controlli su cause di inconfiribilità e incompatibilità degli incarichi (da parte di AGRU);
- esiti di verifiche del rispetto dei termini dei procedimenti (da parte del Responsabile Qualità aziendale e dei Referenti);
- report di sintesi elaborati da NVP e altri Organismi di Controllo Interno;
- informazioni sulla gestione del personale con riferimento al conflitto di interesse potenziale o effettivo nei rapporti con soggetti esterni che hanno relazioni con l'Azienda (da parte dei Dirigenti delle strutture);
- ogni comunicazione prevista dal presente PTPC;
- ogni altra informazione utile allo svolgimento della funzione.

### **Gestione del conferimento di incarichi dirigenziali in caso di particolari attività o incarichi precedenti**

Il D.Lgs. n. 39/2013 "Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190" ha disciplinato:

- ipotesi di inconfiribilità di incarichi dirigenziali o assimilati per i soggetti che siano stati destinatari di sentenze di condanna (anche con sentenza non passata in giudicato) per delitti contro la Pubblica Amministrazione;
- particolari ipotesi di inconfiribilità di incarichi dirigenziali o assimilati in relazione all'attività svolta dall'interessato in precedenza;
- situazioni di incompatibilità specifiche per i titolari di incarichi dirigenziali e assimilati.

Il Responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza vigilerà, sulla scorta delle segnalazioni provenienti dai Dirigenti/Responsabili di UO, sulle

situazioni che non consentono di conferire incarichi a determinati soggetti o sulle situazioni di incompatibilità esistenti o sopravvenute.

La norma è tesa a evitare la precostituzione di situazioni favorevoli per essere successivamente destinatari di incarichi dirigenziali e assimilati e, quindi, può comportare il rischio di un accordo corruttivo per conseguire un vantaggio in maniera illecita.

La norma dispone inoltre che gli atti e i contratti posti in essere in violazione delle limitazioni previste dalla legge sono nulli.

### **Lo svolgimento di attività successivamente alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage - revolving doors).**

La L. n.190/2012 ha introdotto all'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001 il comma 16-ter con lo scopo di contenere il rischio di situazioni di corruzione connesse all'impiego del dipendente successivo alla cessazione del rapporto di lavoro.

L'aggiornamento al PNA 2018 ha previsto l'applicazione delle disposizioni di cui trattasi sia al personale a tempo indeterminato sia a quello con rapporto a termine. Ha altresì formulato indicazioni sui soggetti (operatori privati) che generano il fenomeno di pantouflage.

Il rischio è quello che durante il periodo di servizio il dipendente possa preconstituirsì situazioni lavorative vantaggiose sfruttando la propria posizione all'interno dell'Azienda per ottenere un lavoro presso aziende private con cui sia entrato in contatto in virtù del rapporto di lavoro.

La norma vieta, nel triennio successivo alla cessazione del rapporto di lavoro (anche nel caso di collocamento in quiescenza per raggiungimento dei requisiti di accesso alla pensione) agli ex dipendenti di avere rapporti di lavoro autonomo o subordinato con soggetti privati che sono stati destinatari di provvedimenti, contratti o accordi nei quali gli stessi hanno avuto il potere di incidere in maniera determinante.

In caso di violazione del divieto la norma prevede specifiche sanzioni: la nullità dei contratti di lavoro conclusi con gli ex dipendenti dell'ASST della Valcamonica;

il divieto per i soggetti privati che hanno assunto in qualità di dipendenti o di collaboratori a qualsiasi titolo ex dipendenti di contrattare con l'ASST della Valcamonica e l'obbligo di restituire eventuali compensi eventualmente percepiti e accertati in esecuzione dell'affidamento illegittimo.

Il PNA 2022 dedica a tale fenomeno specifica sezione così suddivisa: 1) ambito di applicazione; 2) i poteri di vigilanza in ambito di pantouflage; 3) strumenti operativi.

In sede di comunicazione di recesso dal rapporto di lavoro con istanza di collocamento a riposo (pensionamento), la SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane ha predisposto idoneo prospetto informativo, sottoscritto dal dipendente, circa gli obblighi gravanti su ex dipendenti per effetto della richiamata normativa.

### **Tutela dei dipendenti che segnalano illeciti (whistleblowing)**

Al fine di favorire l'emersione di fattispecie di illecito nelle Pubbliche Amministrazioni, la L. n. 190/2012 ha inserito l'art. 54-bis, rubricato "Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti", all'interno del T.U. del Pubblico Impiego (D.Lgs. n. 165/2001), introducendo nel nostro ordinamento giuridico il cd. Whistleblowing (segnalatore di illeciti).

L'istituto in parola è stato da ultimo oggetto di revisione normativa con la L. n. 179/2017.

Nel testo oggi in vigore l'art. 54-bis, comma 1, del D.Lgs. n. 165/2001 così statuisce: "Il pubblico dipendente che, nell'interesse dell'integrità della pubblica amministrazione, segnala al responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza di cui all'articolo 1, comma 7, della legge 6 novembre 2012, n. 190, ovvero all'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC), o denuncia all'autorità giudiziaria ordinaria o a quella contabile, condotte illecite di cui è venuto a conoscenza in ragione del proprio rapporto di lavoro non può essere sanzionato, demansionato, licenziato, trasferito, o sottoposto ad altra misura organizzativa avente effetti negativi, diretti o indiretti, sulle condizioni di lavoro determinata dalla segnalazione. L'adozione di misure ritenute ritorsive, di cui al primo periodo, nei confronti del segnalante è comunicata in ogni caso all'ANAC dall'interessato o dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative nell'amministrazione nella quale le stesse sono state poste in essere. L'ANAC informa il Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei ministri o gli altri organismi di garanzia o di disciplina per le attività e gli eventuali provvedimenti di competenza".

Presso l'ASST della Valcamonica, attualmente, per evitare la "fuoriuscita" incontrollata di segnalazioni in grado di compromettere l'immagine dell'Azienda, le segnalazioni di illecito possono essere indirizzate direttamente, a mezzo posta elettronica ([anticorruzione@asst-valcamonica.it](mailto:anticorruzione@asst-valcamonica.it)), al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza il quale acquisirà il documento al protocollo aziendale conservando l'originale del medesimo e non richiedendone la scansione ai fini di tutela del segnalante.

L'Azienda prenderà in esame anche segnalazioni anonime che siano sufficientemente dettagliate e circostanziate.

Nel corso del periodo 2015 è stata adottata dalla discolta ASL di Vallecamonica-Sebino una procedura dettagliata e con moduli appositi attraverso la quale è possibile effettuare segnalazioni di illeciti in maniera anonima, secondo il modello ANAC.

In merito alle modalità operative della procedura di gestione delle segnalazioni è intervenuta anche ANAC orientando le Amministrazioni verso una maggiore informatizzazione della stessa, raccomandando l'utilizzo della piattaforma dedicata che, utilizzando un protocollo di crittografia, garantisce sicurezza e confidenzialità tecnologica al processo di segnalazione.

Atteso quanto sopra l'ASST della Valcamonica provvederà ad aggiornare la propria procedura volta all'attuazione degli adempimenti e delle misure di tutela del dipendente che segnala illeciti in conformità con la disciplina normativa nazionale, regionale ed in particolare, da ultimo, con le disposizioni di attuazione in Italia della Direttiva (UE)

2019/1937.

### **Iniziative di comunicazione/partecipazione/sensibilizzazione**

I canali di comunicazione delle iniziative adottate in materia di anticorruzione e trasparenza saranno rivolti all'interno e all'esterno.

Verso l'esterno, oltre alla pubblicazione sul sito aziendale, l'ASST renderà nota l'avvenuta adozione del Piano all'ATS della Montagna.

In sede di aggiornamento del Piano viene confermata la modalità di preventiva consultazione pubblica.

### **Monitoraggio dei tempi procedurali**

Il monitoraggio dei tempi procedurali viene effettuato dai singoli Dirigenti responsabili di UO, 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.

### **Patti di integrità negli affidamenti**

I protocolli di legalità o patti di integrità sono strumenti negoziali che integrano il contratto originario tra amministrazione e operatore economico con la finalità di prevedere una serie di misure volte al contrasto di attività illecite e, in forza di tale azione, ad assicurare il pieno rispetto dei principi costituzionali di buon andamento e imparzialità dell'azione amministrativa (ex art. 97 Cost.) e dei principi di concorrenza e trasparenza che presidiano la disciplina dei contratti pubblici.

Si tratta, in particolare, di un sistema di condizioni la cui accettazione è presupposto necessario e condizionante la partecipazione delle imprese alla specifica gara, finalizzato ad ampliare gli impegni cui si obbliga il concorrente, sia sotto il profilo temporale - nel senso che gli impegni assunti dalle imprese rilevano sin dalla fase precedente alla stipula del contratto di appalto - che sotto il profilo del contenuto - nel senso che si richiede all'impresa di impegnarsi, non tanto e non solo alla corretta esecuzione del contratto di appalto, ma soprattutto ad un comportamento leale, corretto e trasparente, sottraendosi a qualsiasi tentativo di corruzione o condizionamento nell'aggiudicazione del contratto.

Regione Lombardia con DGR n. IX/1299/2014 del 30.01.2014 ha adottato il "Patto di integrità in materia di contratti pubblici regionali". La discolta ASL di Vallecamonica Sebino ha integrato la documentazione di gara con i riferimenti alla DGR, che rappresentano un sistema di condizioni la cui accettazione viene configurata dall'Azienda come presupposto necessario e condizionante la partecipazione dei concorrenti in tutte le procedure di acquisizione di beni e servizi.

L'Azienda inserisce negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere di invito la clausola di salvaguardia che il mancato rispetto del protocollo di legalità o del patto di integrità dà luogo all'esclusione dalla gara e alla risoluzione del contratto.

Il patto di integrità permette un controllo reciproco e sanzioni nel caso in cui qualcuno dei partecipanti cerchi di eluderlo. Si tratta quindi di un complesso di regole di comportamento finalizzate alla prevenzione del fenomeno corruttivo e volte a valorizzare comportamenti eticamente adeguati per tutti i concorrenti.

### **Attuazione del Decreto del Ministero dell'Interno 25.09.2015 in materia di riciclaggio**

L'art. 6, comma 5, D.M. Interno 25.09.2015 prevede specifici obblighi in materia di prevenzione di fenomeni di riciclaggio, a partire dall'affidamento dell'incarico di "gestore" delle segnalazioni sospette. Essendosi provveduto alla nomina di detto Gestore e all'adozione del relativo regolamento attuativo, si rende necessario assicurare flussi informativi al RPC, semplificati dalla corrispondenza delle due figure.

Nel corso del 2018, con decreto n. 1126/2018, sono stati formalizzati gli indicatori di anomali delle operazioni sospette di fenomeni di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo internazionale: presa d'atto delle istruzioni dell'Unità di Informazione Finanziaria per l'Italia (UIF), in aggiornamento delle previsioni di cui al decreto n. 836/2017.

#### *Parte V - TRASPARENZA*

La trasparenza costituisce presupposto per realizzare una buona amministrazione ma anche misura di prevenzione della corruzione, come la stessa Corte Costituzionale ha evidenziato nella sentenza n. 20/2019, laddove considera la L. n.190/2012 "principio-argine alla diffusione di fenomeni di corruzione". La promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce pertanto obiettivo strategico di ogni amministrazione che si concretizza nella definizione di obiettivi/progetti specifici. È infatti evidente la natura trasversale della trasparenza quale misura strumentale alla prevenzione di eventi e fenomeni di natura corruttiva.

Il D.Lgs. n.97/2016 ha abolito l'obbligo dell'adozione di un programma triennale per la trasparenza e l'integrità, stabilendo che ogni amministrazione indichi, in apposita sezione del PTPC, il responsabile della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, dell'informazione e dei dati ai sensi dello stesso D.Lgs. n. 97/2016.

Gli adempimenti di trasparenza tengono conto delle prescrizioni contenute nella L. n. 190/2012, nel D.Lgs. n. 33/2013 come novellato dal D.Lgs. n. 97/2016, nel PNA 2016, nella Delibera ANAC n. 1310 del 28.12.2016, nel PNA 2022, dove specifica sezione è dedicata alla trasparenza in materia di contratti pubblici, e nelle altre fonti normative vigenti.

Il pieno rispetto degli obblighi di trasparenza, oltre che costituire livello essenziale delle prestazioni erogate, rappresenta, come già detto, un valido strumento di diffusione e affermazione della cultura della legalità, nonché di prevenzione e di lotta a fenomeni

corruttivi.

Attraverso la pubblicazione on line dei dati e delle informative previste dalla normativa vigente, l'Azienda offre inoltre a tutti i cittadini un'effettiva opportunità di partecipazione e coinvolgimento. In quest'ottica, la disciplina della trasparenza costituisce una forma di garanzia del cittadino, in qualità sia di destinatario delle attività delle Pubbliche Amministrazioni, sia di utente dei servizi pubblici.

Ai fini di dare attuazione al principio di trasparenza, intesa dal D.Lgs. n. 97/2016 come accessibilità totale dei dati e dei documenti detenuti dalle Pubbliche Amministrazioni (e non più semplicemente come accessibilità totale delle informazioni relative all'organizzazione e all'attività delle Pubbliche Amministrazioni) e volta non solo a favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche, ma anche, più in generale, a tutelare i diritti dei cittadini e a promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa, nel rispetto di quanto previsto dalla normativa vigente in materia, il presente PTPCT riporta in allegato la concreta declinazione degli obblighi di pubblicazione, in forma tabellare.

L'ASST pubblica all'interno del proprio sito internet nella sezione "Amministrazione Trasparente", una serie di dati ed informazioni concernenti l'organizzazione, il personale, consulenti e collaboratori, bandi di concorso, bilanci, beni immobili e gestione del patrimonio, servizi erogati, pagamenti, opere pubbliche, ecc.

I dati sono pubblicati in modalità "open data" e sono quindi disponibili e accessibili direttamente con un sistema che permette l'elaborazione e il riutilizzo da parte dei cittadini.

Si precisa che, stante la nuova istituzione dell'ASST della Valcamonica, la sezione "Amministrazione trasparente" del sito deve essere ex novo implementata. I dati "storici" relativi alla disciolta ASL di Vallecamonica-Sebino rimangono pubblicati, secondo le modalità e le tempistiche previste, in separata sezione dell'"Amministrazione trasparente" riservata a detta ASL (a cui si accede tramite separato link dalla home page del sito aziendale dell'ASST).

## **Responsabile per la trasparenza**

Il Responsabile per la trasparenza dell'ASST è stato nominato con decreto n. 678/2022, nella persona dell'Avv. Mauro Bazzana, Dirigente professionale avvocato.

Il Responsabile della trasparenza:

- svolge attività di controllo sull'adempimento da parte dell'Azienda Sanitaria degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate;

- segnala all'Organismo Indipendente di Valutazione, rappresentato in Regione Lombardia dal Nucleo di Valutazione, all'Autorità Nazionale Anticorruzione e alla Direzione strategica i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione;

- segnala, nei casi più gravi, all'UPD i casi di inadempimento o adempimento

parziale degli obblighi in materia di pubblicazione ai fini dell'eventuale attivazione del procedimento disciplinare;

- controlla e assicura il regolare svolgimento dell'accesso civico in base a quanto stabilito dal D.Lgs. n. 33/2013;

- segnala al Direttore Generale e al Nucleo di Valutazione gli inadempimenti accertati ai fini della valutazione individuale e della valutazione in merito al futuro rinnovo dell'incarico dirigenziale conferito (art. 21 D.Lgs. n. 165/2001).

In caso di non adempimento del Responsabile degli obblighi di pubblicazione dei dati previsti dalla norma, il cittadino può rivolgersi al Direttore amministrativo, titolare del potere sostitutivo.

### **Accesso civico e diritto di accesso agli atti (L. n. 241/90)**

Con la pubblicazione dei dati previsti dal D.Lgs. n. 33/2013 l'Azienda garantisce l'accesso civico ovvero la legittimazione generalizzata all'accesso ai dati per i quali la norma prevede la pubblicazione obbligatoria.

L'istituto dell'accesso civico legittima chiunque, indipendentemente dalla presenza di un interesse diretto, concreto e attuale, a richiedere la messa a disposizione e la pubblicazione di tutte le informazioni, i provvedimenti, gli atti e i documenti per i quali la legge impone l'obbligo di pubblicazione: la richiesta di accesso civico non è sottoposta ad alcuna limitazione e il richiedente non necessita di alcuna legittimazione soggettiva qualificata per poter proporre la domanda, la quale non deve essere motivata.

L'istanza di accesso civico è gratuita. Essa deve essere indirizzata al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza il quale nel caso in cui riscontri che i dati la cui pubblicazione obbligatoria non sono stati resi pubblici, provvede alla loro pubblicazione entro 30 giorni. Contestualmente o provvede a trasmettere i dati al richiedente ovvero, in alternativa, comunica al medesimo l'avvenuta pubblicazione e indica il collegamento ipertestuale per la visione.

Se invece i dati oggetto della richiesta di accesso civico risultino già pubblicati, il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza si limita a comunicare al richiedente il relativo collegamento ipertestuale.

Nel caso di ritardo o mancata risposta, il cittadino che ha presentato istanza può rivolgersi al titolare del potere sostitutivo.

Il cittadino che intenda accedere a dati la cui pubblicazione non sia obbligatoria deve invece esercitare il diritto di accesso (previsto dalla L. n. 241/90), presentando istanza motivata all'Ufficio Relazioni con il Pubblico.

I dati la cui pubblicazione è resa obbligatoria sono quelli indicati nella tabella allegata.

Ai fini del monitoraggio degli adempimenti il Responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza convocherà i Direttori/Dirigenti/Responsabili per le verifiche periodiche.

## **Accesso generalizzato FOIA (Freedom of information act)**

L'art. 5, comma 2, del D.Lgs. n. 33/2013, così come modificato dal D.Lgs. 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 detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione ai sensi del presente decreto, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti secondo quanto previsto dall'articolo 5-bis".

Si tratta di un diritto di accesso non condizionato dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti ed avente ad oggetto tutti i dati, i documenti, le informazioni detenute dalla Pubblica Amministrazione ulteriori rispetto a quelli per i quali è stabilito l'obbligo di pubblicazione.

L'Amministrazione ha adottato specifico regolamento, secondo le indicazioni ANAC.

Sono state fornite indicazioni operative per la compilazione e la pubblicazione del Registro dell'accesso.

## **Obblighi di pubblicazione per la dirigenza sanitaria**

Il D.Lgs. n. 33/2013, novellato dal D.Lgs. n. 97/2016, all'art. 41 recante "Trasparenza del servizio sanitario nazionale", alla luce delle linee guida approvate da ANAC con delibera n. 586 del 26.06.2019, adottate a seguito della sentenza della Corte Costituzionale n. 20 del 23.01.2019, stabilisce che per ciascun dirigente titolare di posizione apicale, ovvero direttore generale, direttore sanitario, direttore amministrativo, responsabile di dipartimento e di strutture complesse, l'oggetto dei dati da pubblicare corrisponde a: l'atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo, il curriculum, i compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica, gli importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici, i dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, ed i relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti, gli eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e l'indicazione dei compensi spettanti, le dichiarazioni di cui all'art. 2 L. n. 441/1982 (consistenti in: 1- una dichiarazione concernente i diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri; le azioni di società le quote di partecipazione a società; l'esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società con l'apposizione della formula "sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero"; 2- copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche), nonché le attestazioni e dichiarazioni di cui agli artt. 3 e 4 della medesima legge, come modificata dal presente decreto, limitatamente al soggetto, al coniuge non separato e ai parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano. Viene in ogni caso data evidenza al mancato consenso.

Regione Lombardia, con propria nota del 10.10.2019 si è espressa sul punto,

considerando più prudente, in considerazione dell'irreversibilità della scelta di pubblicare i dati, attendere chiarimenti da parte delle autorità coinvolte, o dello stesso legislatore, prima di procedere alla pubblicazione, tenuto conto anche del fatto che secondo le indicazioni dell'ANAC, l'obbligo dovrebbe riguardare anche il periodo pregresso per le pubblicazioni che erano state sospese in attesa della definizione del contenzioso costituzionale.

Successivamente in data 29.11.2019 Regione Lombardia ha ritenuto estendere la sospensione non più solo alla pubblicazione dei dati, ma anche alla raccolta degli stessi, poiché si ritiene che la raccolta dei dati è strettamente propedeutica e finalizzata alla pubblicazione, la semplice richiesta, acquisizione e detenzione dei dati costituisce già di per sé un trattamento ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, trattamento che, in questo caso, stante la sospensione della pubblicazione si troverebbe privo di reale giustificazione, ed infine la sospensione sia dell'attività di raccolta sia dell'attività di pubblicazione è scelta reversibile, a differenza della raccolta e/o pubblicazione, e pertanto, l'eventuale danno ai diritti soggettivi.

L'ANAC con delibera n. 1126 del 04.12.2019 ha rinviato la propria attività di vigilanza sull'applicazione dell'art. 14, comma 1, lett. f) D.Lgs. n. 33/2013 alla data dell'01.03.2020 in attesa dell'intervento legislativo nazionale chiarificatore.

Infine, con D.L. n. 162 del 30.12.2019, all'art. 1, comma 7, è stabilito che fino al 31.12.2020, nelle more dell'adozione dei provvedimenti di adeguamento alla sentenza della Corte Costituzionale n. 20/2019, è stabilito che non si applichino le misure di cui agli artt. 46 e 47 del D.Lgs. n. 33/2013 per i soggetti di cui all'art. 14, comma 1-bis. Conseguentemente con regolamento da adottarsi entro il 31.12.2020, sono individuati i dati di cui al comma 1 dell'art. 14 del D.Lgs. n. 33/2013, che le pubbliche amministrazioni devono pubblicare con riferimento ai titolari amministrativi di vertice e di incarichi dirigenziali, comunque denominati, ivi comprese le posizioni organizzative ad essi equiparate.

Gli adempimenti relativi a tale obbligo di pubblicazione sono pertanto condizionati dalle previsioni di cui sopra.

## **Modalità di raccolta dei dati**

Il Responsabile della trasparenza convoca il gruppo di supporto per la trasparenza almeno due volte l'anno per monitorare il rispetto degli obblighi di pubblicazione: prima dell'approvazione del Piano della performance e del Programma triennale per la trasparenza e dopo l'approvazione del bilancio consuntivo dell'esercizio.

La tabella allegata al presente documento specifica, per ciascun obbligo di pubblicazione, i soggetti che il Responsabile ha individuato quali responsabili per l'elaborazione e la predisposizione dei dati soggetti a pubblicazione obbligatoria.

## **Modalità di pubblicazione**

In relazione agli obblighi di pubblicazione nella sezione “Amministrazione Trasparente” del portale web dell’ASST i dati, le informazioni e i documenti sono quelli previsti dall’Allegato al D.Lgs. n. 33/2013 e dalla Delibera CIVIT n. 50/2013, così come dettagliati e aggiornati dall’ANAC.

La struttura delle sezioni e sotto-sezioni pubblicate sul sito rispetta quella contenuta nel predetto allegato, in modo che sia coerente con gli strumenti di misurazione e controllo implementati dal Dipartimento della Funzione Pubblica (“Bussola della Trasparenza”).

I dati, le informazioni e i documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria, ai sensi dell’art. 8, comma 3, D.Lgs. n. 33/2013, sono pubblicati per un periodo di 5 anni, decorrenti dal 1 gennaio dell’anno successivo a quello da cui decorre l’obbligo di pubblicazione, e comunque fino a che gli atti pubblicati producono i loro effetti, fatti salvi i diversi termini previsti dalla normativa in materia di trattamento dei dati personali e di quanto previsto da specifiche norme. Alla scadenza del termine di durata i dati saranno comunque conservati e resi disponibili all’interno di distinte sezioni del sito d’archivio.

Tutti i dati, le informazioni e i documenti sono pubblicati in formato aperto affinché i portatori di interessi possano liberamente consultarli, estrarli e rielaborarli.

### **Misure di monitoraggio e di vigilanza volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi e l’attuazione degli obblighi di trasparenza a supporto dell’attività di controllo**

Il Programma triennale per la trasparenza richiede una attività di monitoraggio periodico sia da parte dei soggetti interni all’Amministrazione sia da parte di soggetti esterni (Organismo Indipendente di Valutazione - NVP).

#### **Monitoraggio interno**

Per quanto concerne il monitoraggio interno, viene in primis effettuato in maniera costante dai Responsabili della pubblicazione e dell’aggiornamento dei dati, che dovranno produrre annualmente una attestazione in ordine all’effettivo adempimento degli obblighi di rispettiva competenza, da trasmettere al Responsabile della trasparenza, il quale, a sua volta, procederà ad un controllo successivo congiuntamente al Responsabile della prevenzione della corruzione (se diverso) ed alla Direzione strategica.

#### **Audit dell’OIV**

La normativa e le indicazioni ANAC in merito ai controlli attribuiscono all’Organismo Indipendente di Valutazione, o analoga struttura, importanti compiti in materia di verifica sull’assolvimento degli adempimenti degli obblighi di trasparenza e di integrità attraverso un’attività di audit. In base alle indicazioni regionali, il NVP è stato individuato per la certificazione delle griglie di verifica dell’assolvimento degli obblighi di pubblicazione, oggetto di precise indicazioni da parte dell’ANAC. Il procedimento e le

modalità seguite dal NVP per condurre il monitoraggio possono essere di diverso tipo, quali, a solo titolo di esempio, verifica dell'attività svolta dal Responsabile della Trasparenza per riscontrare l'adempimento degli obblighi di pubblicazione; esame della documentazione e delle banche dati relative ai dati oggetto di attestazione; colloqui con i Responsabili della pubblicazione dei dati; verifica sul sito istituzionale.

### **Strumenti e tecniche di rilevazione dell'effettivo utilizzo dei dati da parte degli utenti della sezione "Amministrazione Trasparente"**

È intendimento dell'Azienda procedere, nel medio termine, al monitoraggio sistematico degli accessi alla sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web aziendale e la predisposizione di un questionario finalizzato all'acquisizione di elementi informativi relativi all'effettivo utilizzo dei dati da parte dei visitatori della sezione "Amministrazione Trasparente".

### **Misure per assicurare l'efficacia dell'istituto dell'accesso civico**

L'Azienda è impegnata nella messa in atto di iniziative finalizzate ad assicurare la piena disponibilità del diritto di accesso a tutti i dati e/o documenti per i quali la normativa di riferimento prevede l'obbligo di pubblicazione sul sito web aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente".

La richiesta di "accesso civico" non è sottoposta ad alcuna limitazione quanto alla legittimazione soggettiva del richiedente, non deve essere motivata, è gratuita e deve essere presentata al Responsabile della trasparenza dell'Azienda, secondo quanto statuito.

Si allega:

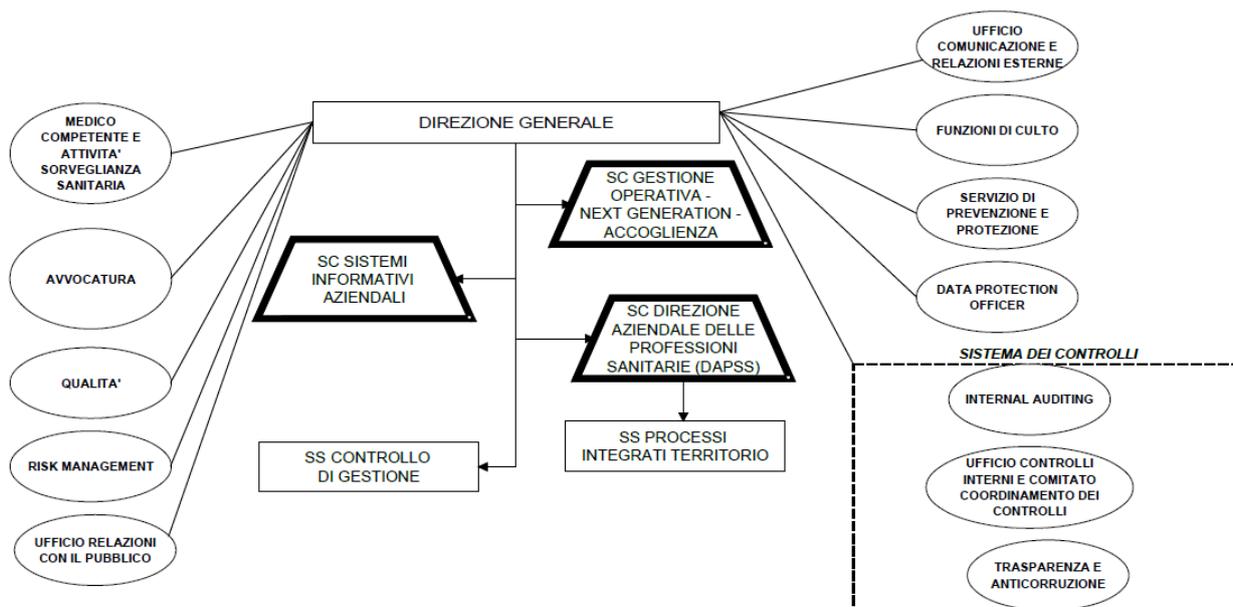
- 1) mia003\_mappatura\_rischi\_anticorruzione\_elenco tabellare dei procedimenti analizzati ai fini del rischio;
- 2) mia003\_mappatura\_rischi\_anticorruzione\_elenco tabellare delle misure preventive individuate;
- 3) mia003\_mappatura\_rischi\_anticorruzione\_01\_adempimenti\_trasversali;
- 4) Amministrazione Trasparente - elenco obblighi di pubblicazione.

## SEZIONE 3 ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

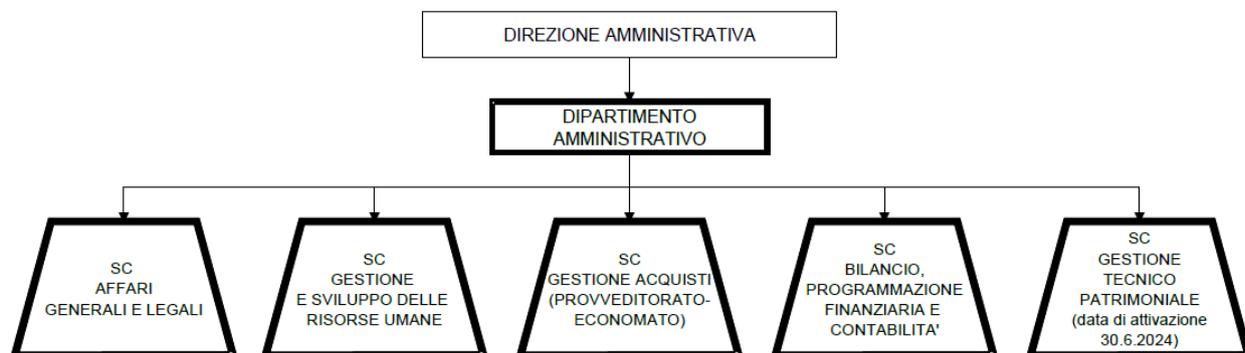
### *Struttura Organizzativa*

Con decreto n.534 del 5.8.2022 si è preso formalmente atto della DGR n.XI/6800/2022 del 2.8.2022 ad oggetto “Approvazione del Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) 2022-2024 dell’Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Valcamonica, ai sensi e per gli effetti dell’art. 17, co. 4 della Legge Regionale n.33 del 30.12.2009 e smi, come modificata con Legge Regionale n.22 del 14.12.2021”. Il nuovo POAS ha apportato talune modifiche all’assetto organizzativo, in applicazione anche della L.R. n. 21/2022, come si evince dall’organigramma di seguito presentato suddiviso n base alla direzione di riferimento.

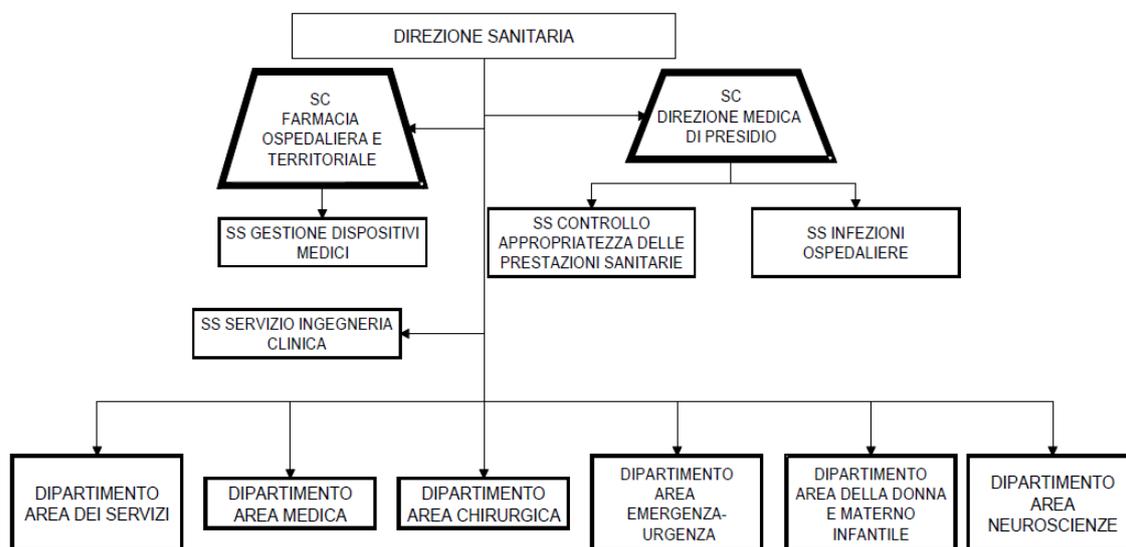
Direzione Generale:



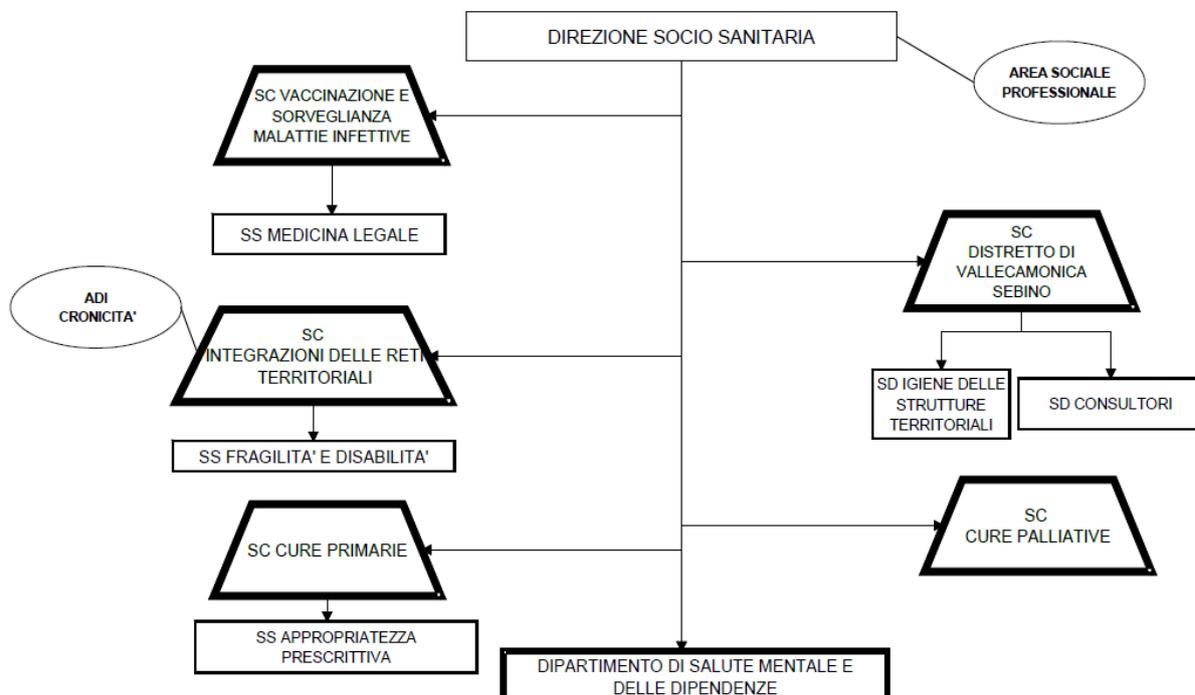
Direzione Amministrativa:



Direzione Sanitaria:



Direzione Socio Sanitaria:



## *Organizzazione del lavoro agile*

La presente sottosezione del PIAO, denominata "Organizzazione del lavoro agile" rappresenta il naturale sviluppo del Piano Organizzativo del Lavoro Agile, implementato ai sensi dell'art. 263 del Decreto Legge n. 34 del 2020, convertito con modificazioni dalla legge n. 77 del 2020, secondo il quale entro il 31 gennaio di ciascun anno (a partire dal 2021), ciascuna Pubblica Amministrazione era tenuta a redigere il Piano organizzativo del lavoro agile (POLA), quale sezione del Piano della performance, oggi confluito nel presente Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO).

In attesa di specifiche linee guida per la redazione della presente sezione saranno utilizzate, in quanto compatibili e attuabili quelle dettate in materia di POLA così come integrate da quanto specificato in materia di PIAO. In particolare saranno tenute in considerazione le "Linee guida sul Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) e indicatori di performance" redatte dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica e approvate con il DM 9 dicembre 2020, nonché le più recenti linee guida per la compilazione del PIAO.

## *Introduzione*

Tra le conseguenze indirette della Pandemia da COVID-19 non è possibile non rilevare un mutato approccio culturale alle diverse modalità di svolgimento dell'attività lavorativa.

L'inopportunità, per ragioni sanitarie, di recarsi presso il consueto luogo di lavoro ha indotto ad una modifica dell'organizzazione del lavoro finalizzata a garantire che il prestatore d'opera potesse, anche dal proprio domicilio, adempiere alla propria obbligazione contrattuale.

Proprio in questa ottica e innegabilmente anche grazie al nefasto stimolo lo "smart working" (o la prestazione di attività lavorativa in forma agile - qui usati come sinonimi) hanno fornito lo strumento per garantire una continuità lavorativa anche in assenza di effettiva presenza sul luogo di lavoro.

Il lavoro agile viene definito dalla Risoluzione del Parlamento europeo del 13 settembre 2016 come un nuovo approccio all'organizzazione del lavoro basato su una combinazione di flessibilità, autonomia e collaborazione. In Italia ne è stata elaborata la definizione quale "modello di organizzazione del lavoro che si basa sulla maggiore autonomia del lavoratore che, sfruttando appieno le opportunità della tecnologia, ridefinisce orari, luoghi e in parte strumenti della propria professione.

Non vi è dubbio che così individuato trattasi di concetto articolato che si basa su un pensiero critico che restituisce al lavoratore l'autonomia in cambio di una

responsabilizzazione sui risultati, anche superando il più restrittivo concetto di telelavoro che comportava vincoli più stringenti per il lavoratore.

Di fronte a tali epocali stimoli, anche la Pubblica Amministrazione, di solito poco incline ad essere oggetto (ed ancor meno soggetto) di cambiamenti radicali e repentini ha provveduto ad utilizzare massicciamente un istituto che in epoca pre pandemica aveva visto solamente sporadiche attività sperimentali in esito all'entrata in vigore dell'art. 14 della Legge 7 agosto 2015 n.124.

Per quanto concerne specificamente l'attuazione del lavoro agile nel settore pubblico conseguente all'emergenza epidemiologica da COVID-19, l'art. 87 del decreto legge n. 18 del 2020 prevede la possibilità di ricorrere al lavoro agile anche in assenza degli accordi individuali previsti dalla normativa vigente e l'assolvimento in via telematica degli obblighi di informativa.

Inoltre, il richiamato articolo ha inizialmente disposto che, per il periodo dello stato di emergenza, il lavoro agile potesse essere applicato a qualsiasi rapporto di lavoro subordinato, costituendo la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa delle pubbliche amministrazioni, le quali erano chiamate a limitare la presenza sul posto di lavoro esclusivamente per assicurare le attività indifferibili e non altrimenti erogabili (vedasi sul punto la direttiva n. 2 del 2020 e la circolare n. 2 del 2020 del Dipartimento della funzione pubblica).

Tale ultima previsione è stata successivamente integrata e parzialmente modificata dal D.L. 34/2020 (cosiddetto decreto rilancio), con la finalità di adeguare le misure di limitazione delle presenze del personale delle pubbliche amministrazioni sul luogo di lavoro alle esigenze della progressiva completa riapertura di tutti gli uffici pubblici e a quelle dei cittadini e delle imprese connesse al graduale riavvio delle attività produttive e commerciali. In particolare, l'articolo 263 del richiamato decreto Rilancio dispone che le amministrazioni pubbliche, fino al termine dello stato di emergenza, e comunque non oltre il 31 marzo 2021 (termine così prorogato, da ultimo, dal D.L. 183/2020), possano ricorrere al lavoro agile anche in assenza di accordi individuali e, in deroga alla disposizione di cui al richiamato art. 87, lett. a), del D.L. 18/2020 - secondo cui la presenza del personale nella PA è limitata agli atti indifferibili e non altrimenti eseguibili - organizzino il lavoro dei propri dipendenti e l'erogazione dei servizi attraverso la flessibilità dell'orario di lavoro, applicando il lavoro agile al 50% del personale impiegato nelle attività che possono essere svolte in tale modalità. Contestualmente, si dispone che la suddetta previsione di cui al richiamato art. 87, lett. a), cessi di avere effetto alla data del 15 settembre 2020.

Come specificato dalla Circolare della funzione pubblica n. 3 del 2020, il richiamato art. 263 consente quindi alle amministrazioni di prevedere il rientro in servizio anche del

personale fino ad oggi non adibito ad attività indifferibili ed urgenti, ferma restando la necessità, per le stesse amministrazioni, di aggiornare ed implementare la mappatura di quelle attività che, in base alla dimensione organizzativa e funzionale di ciascun ente, possano essere svolte in modalità agile, con l'individuazione del personale da assegnare alle stesse, anche ai fini del raggiungimento dell'obiettivo segnato dalla norma, volto ad applicare il lavoro agile, pur sempre con le modalità semplificate previste per l'emergenza, al cinquanta per cento del personale impiegato nelle suddette attività.

La medesima circolare evidenzia, inoltre, il conseguente superamento della previsione di cui al comma 3 dell'articolo 87 e, quindi, non sarà più possibile, a partire dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del richiamato decreto rilancio (ossia dal 19 luglio 2020), esentare dal servizio quei dipendenti pubblici le cui attività non siano organizzabili in modalità agile.

Successivamente, in attuazione di quanto disposto dal richiamato art. 263 del decreto Rilancio e dai DPCM del 13 e 18 ottobre 2020, il 19 ottobre 2020 è stato sottoscritto il decreto ministeriale che disciplina il lavoro agile nella PA durante il periodo di emergenza epidemiologica, prevedendo, in particolare:

- che ciascuna amministrazione assicura su base giornaliera, settimanale o plurisettimanale lo svolgimento del lavoro agile almeno al 50% del personale impegnato in attività che possono essere svolte secondo questa modalità. Può farlo in modalità semplificata, ossia prescindendo dagli accordi individuali richiesti dalla normativa generale in materia di lavoro agile, fino al 31 dicembre 2020;

- che gli enti assicurano in ogni caso le percentuali più elevate possibili di lavoro agile, compatibili con le loro potenzialità organizzative e con la qualità e l'effettività del servizio erogato;

- che il lavoratore agile alterna giornate lavorate in presenza e giornate lavorate da remoto, con una equilibrata flessibilità e comunque alla luce delle prescrizioni sanitarie vigenti e di quanto stabilito dai protocolli di sicurezza;

- che le amministrazioni adeguano i sistemi di valutazione della performance alle specificità del lavoro agile;

- che il lavoro agile si svolge di norma senza vincoli di orario e luogo di lavoro, ma può essere organizzato per specifiche fasce di contattabilità, senza maggiori carichi di lavoro. In ogni caso, al lavoratore sono garantiti i tempi di riposo e la disconnessione dalle strumentazioni tecnologiche di lavoro. Inoltre, i dipendenti in modalità agile non devono subire penalizzazioni professionali e di carriera;

- che le amministrazioni si adoperano per mettere a disposizione i dispositivi informatici e digitali ritenuti necessari, ma comunque rimane consentito l'utilizzo di strumentazione di proprietà del dipendente;

- che l'amministrazione favorisce il lavoro agile per i lavoratori disabili o fragili anche attraverso l'assegnazione di mansioni diverse e di uguale inquadramento. In ogni caso, promuove il loro impegno in attività di formazione;
- che nella rotazione del personale l'ente tenga conto anche delle condizioni di salute dei componenti del nucleo familiare del dipendente, della presenza di figli minori di quattordici anni, della distanza tra la zona di residenza o di domicilio e la sede di lavoro, ma anche del numero e della tipologia dei mezzi di trasporto utilizzati e dei relativi tempi di percorrenza.
- che l'amministrazione individui fasce temporali di flessibilità oraria in entrata e in uscita ulteriori rispetto a quelle adottate, nel rispetto del sistema di relazioni sindacali definito dai contratti collettivi nazionali.

Le suddette previsioni sono state successivamente prorogate al 31 gennaio 2021 dal successivo decreto ministeriale del 23 dicembre 2020 e, da ultimo, sino al termine dell'emergenza sanitaria e comunque non oltre il 31 marzo 2021, dal D.L. 183/2020.

Si segnala infine che il decreto semplificazioni (D.L. 76/2020) specifica che il lavoro agile da parte delle pubbliche amministrazioni è svolto a condizione che l'erogazione dei servizi avvenga con regolarità e nel rispetto delle tempistiche previste.

In linea con quanto detto, da ultimo, il DPCM del 3 dicembre 2020, dispone che nelle pubbliche amministrazioni, fino al 15 gennaio 2021 e tenuto conto dell'evolversi della situazione epidemiologica, ciascun dirigente organizza il proprio ufficio assicurando, su base giornaliera, settimanale o plurisettimanale, lo svolgimento del lavoro agile nella percentuale più elevata possibile, e comunque in misura non inferiore a quella prevista dalla legge, del personale preposto alle attività che possono essere svolte secondo tale modalità, compatibilmente con le potenzialità organizzative e l'effettività del servizio erogato, e adotta nei confronti dei lavoratori fragili ogni soluzione utile ad assicurare lo svolgimento di attività in modalità agile anche attraverso l'adibizione a diversa mansione (come previsto dalla normativa vigente anche per il settore privato).

Con la cessazione dello stato di emergenza il quadro normativo vigente ha perso molto del proprio contenuto precettivo limitandosi a subordinare l'attività di Smart Working a accordi individuali con i lavoratori coinvolti, garantendolo ai soli soggetti ritenuti fragili.

Una complessiva, ulteriore e diversa disciplina, a favore del personale del comparto sanità, ha trovato fonte nel nuovo Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro del predetto personale, sottoscritto in via definitiva in data 2.11.2022.

In particolare, agli artt. 76 e seguenti trovano disciplina due diversi istituti concernenti quanto qui di interesse: da un lato il lavoro agile propriamente inteso (agli artt. da 76 a 80) e dall'altro il c.d. "lavoro da remoto" (agli artt. 81 e 82).

### *Livello di attuazione e sviluppo*

Giovandosi dell'attività di stimolo del predetto quadro normativo emergenziale anche l'ASST della Valcamonica ha proceduto a incentivare la modalità di lavoro agile.

Appare di tutta evidenza come, per la peculiare attività assistenziale eminentemente ospedaliera svolta da questa Azienda, il lavoro agile rappresenti una modalità di esecuzione della prestazione lavorativa necessariamente limitata al solo personale del comparto non sanitario con alcune sporadiche eccezioni a favore del personale sanitario.

Sulla scorta di questa ineluttabile osservazione, con la nota n.5679/20 del 11.3.2020 l'Azienda ha proceduto ad una prima disciplina delle modalità applicative, in ossequio all'art. 2 del DPCM 25 febbraio 2020 rubricato "Lavoro Agile" nonché la conseguente direttiva n. 1/2020 del Ministro della Pubblica Amministrazione avente ad oggetto "prime indicazioni in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 nelle pubbliche amministrazioni al di fuori delle aeree di cui all'art. 1 del decreto legge n. 6/2020" (con la quale si invitano le Pubbliche Amministrazioni all'incentivazione di forme di lavoro Agile) e visto ancora l'art. 4 del DPCM 1 marzo 2020 che conferma quanto previsto dal su citato DPCM 25 febbraio 2020.

Purtroppo le limitate possibilità tecnologiche a disposizione, non consentivano non solo il raggiungimento degli obiettivi prefissati dalle norme ma nemmeno garantivano la soddisfazione delle richieste pervenute, rendendosi necessario in una prima fase l'istituzione di una selezione interna tale da garantire la trasparenza nell'assegnazione delle poche Virtual Private Network indispensabili per poter replicare sul PC della propria abitazione gli applicativi e le autorizzazioni dei singoli funzionari.

Il graduale miglioramento del bagaglio tecnologico a disposizione ha consentito nel tempo un ampliamento della platea del personale beneficiario con conseguente progressiva evoluzione anche della prassi applicativa aziendale.

La materia successivamente regolata con successive note (n.589/21 del 12.01.2021 che richiama, estendendone la validità in costanza dello stato di emergenza, della nota n.22601/20) le quali ha previsto un apposito giustificativo di valorizzazione delle giornate prestate in smart working incaricando i singoli dirigenti dell'approvazione di detto giustificativo e del monitoraggio e della rendicontazione delle prestazioni rese. Pertanto secondo lo schema delineato dalle citate note il dirigente, in esito ad una previa valutazione delle attività esercitabili da remoto assicurava la percentuale più elevata possibile di lavoro agile organizzando all'uopo l'attività della struttura, restando invece onere del dipendente segnalare, attraverso apposita causale on-line la mancata presenza in ufficio ed interfacciarsi con la UOS Sistemi Informativi Aziendali per l'attivazione giornaliera della VPN.

Con la cessazione dello stato di emergenza dopo il 31.3.2022 la Direzione Strategica, con nota registrata al prot.ASST in data 17.3.2022 al n. 6424, nelle more di una complessiva disciplina del suddetto istituto in grado di tenere necessariamente conto delle (allora) imminenti modifiche contenute nella Contrattazione Collettiva nonché di eventuali emanande linee guida di fonte Ministeriale, ha ritenuto di prorogare l'assetto organizzativo precedentemente in essere con la conseguenza che restano invariate le modalità operative vigenti fino a diversa comunicazione.

Anche l'approvazione del già citato CCNL non ha sostanzialmente modificato l'assetto vigente in assenza della necessaria attività di confronto con le OOSS, richiesta dal citato CCNL.

I dipendenti quindi, nell'attesa di un quadro regolamentare di dettaglio potranno svolgere l'attività in modalità agile per non più di un giorno alla settimana, nel rispetto delle modalità già più sopra descritte.

#### *Condizionalità e fattori abilitanti*

Non può non rilevarsi come la sottoscrizione del CCNL relativo al personale del comparto sanità avvenuto definitivamente in data 2.11.2022 abbia apportato alla complessiva regolamentazione dell'istituto una decisa spinta innovatrice.

Deve però parimenti prendersi atto di come, trattandosi di recentissima innovazione, non sia stato possibile, al momento, porre in essere la necessaria attività di confronto imposta dall'art. 6, comma 3, lett i) finalizzata ad instaurare un dialogo approfondito con le OOSS in merito ai "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".

Alla luce di quanto sopra, pertanto, l'applicabilità di quanto disciplinato dal CCNL resta subordinata all'adozione di una specifica regolamentazione, necessariamente oggetto di previo confronto con le OOSS.

#### *Obiettivi e monitoraggio*

In questa ultima sezione è compito dell'Azienda programmare, tramite la progressiva ma rigorosa attuazione del presente Piano, il miglior percorso per consentire la realizzazione degli obiettivi attesi monitorandone al contempo il raggiungimento.

Al momento, però, in assenza di un quadro regolamentare definito, risulta evidentemente impossibile procedere con la redazione di un cronoprogramma di attuazione degli istituti contrattualmente previsti, restandone comunque nelle more consentita la fruizione nei termini descritti e meglio esplicitati nella già citata nota registrata al prot.ASST in data 17.3.2022 al n. 6424.

Sarà compito dell'Azienda procedere all'avvio della necessaria attività di confronto prodromica all'adozione del predetto regolamento, in esito alla quale sarà possibile

ipotizzare una applicazione di quanto previsto.

*Piano triennale dei fabbisogni di personale*

In applicazione del decreto n.191 del 18.3.2022 con cui quest'ASST ha approvato il Piano dei fabbisogni di personale di quest'ASST, ai sensi degli artt. 6 e 6 ter D.Lgs. n.165/2001, per gli anni 2021-2023, nel corso dell'anno 2022 è stato reclutato il seguente personale così suddiviso.

<b>TABELLA degli ATTIVI AL 31.12.2022</b>			
<b>ATTIVI AL 31.12.2022</b>	<b>OSPEDALE</b>	<b>TERRITORIO</b>	<b>TOTALE COMPLESSIVO ASST</b>
	<b>TOTALE OSPEDALE</b>	<b>TOTALE TERRITORIO</b>	
<b>Raggruppamento profili</b>			
DIRIGENZA MEDICA	148	21	169
DIRIGENZA VETERINARIA		0	0
DIRIGENZA SANITARIA	9	6	15
DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	1	0	1
DIRIGENZA PROFESSIONALE	3	0	3
DIRIGENZA TECNICA	1	0	1
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	4	0	4
<b>TOTALE DIRIGENZA</b>	<b>166</b>	<b>27</b>	<b>193</b>
PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso ostetrica e IFeC)	409	39	448
OSTETRICA	30	5	35
INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)		16	16
PERSONALE TECNICO SANITARIO	82	0	82
ASSISTENTI SANITARI	1	9	10
TECNICO DELLA PREVENZIONE		0	0
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	34	13	47
ASSISTENTI SOCIALI	2	15	17
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	71	3	74
PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	149	10	159
AUSILIARI	8	1	9
ASSISTENTE RELIGIOSO		0	0
PERSONALE AMMINISTRATIVO	115	11	126
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE		0	0
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA		0	0
<b>TOTALE COMPARTO</b>	<b>901</b>	<b>122</b>	<b>1.023</b>
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>	<b>1.067</b>	<b>149</b>	<b>1.216</b>

Si precisa che il PTFP 2021-2023 autorizzava, sull'anno 2022, una dotazione organica pari 210 teste per il personale Dirigente e pari 1037 teste per il personale del comparto. L'ASST della Valcamonica, per tutto l'anno, ha dovuto fronteggiare problemi di reclutamento, infatti vi sono diverse procedure selettive andate deserte, nonostante la riapertura dei termini, quali ad esempio le procedure per il profilo di Dirigente Medico di Pronto Soccorso, o che non hanno prodotto esiti, in quanto i candidati non si sono presentati, quali ad esempio per il profilo di Dirigente Medico di Medicina fisica e riabilitazione, o seppur risultati idonei non hanno accettato la proposta di assunzione.

Con decreto n.55 del 31.1.2023 è stato approvato il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale per il periodo 2023-2025, in base alla verifica istruttoria trasmessa da Regione

Lombardia in data 30.1.2023 e nel rispetto delle indicazioni contenute nel Decreto emanato in data 8.5.2018 dal Ministero per la semplificazione e la pubblica amministrazione, quale raccolta delle linee di indirizzo secondo le previsioni degli articoli 6 e 6-ter del Decreto Legislativo n.165/2001, come novellati dall'art.4 del Decreto Legislativo n.75 del 25.05.2017, in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e delle performance e nel rispetto dei vincoli finanziari di natura regionale e nazionale, nonché tenuto conto Linee trasmesse da RL, nonché da quanto previsto dal D.M. 77/2022.

Per l'anno 2023 l'ASST della Valcamonica ha approvato la seguente dotazione organica di personale:

DO 2023												
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									
<b>Raggruppamento profili</b>												
DIRIGENZA MEDICA	168	14	19	1	2	4	16		2	5	30	198
DIRIGENZA VETERINARIA											0	0
DIRIGENZA SANITARIA	11			1	1		11			3	16	27
DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	2										0	2
DIRIGENZA PROFESSIONALE	4										0	4
DIRIGENZA TECNICA	1										0	1
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	4										0	4
<b>TOTALE DIRIGENZA</b>	<b>190</b>	<b>14</b>	<b>19</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>27</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>8</b>	<b>46</b>	<b>236</b>
PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso ostetrica e IfeC)	405	49	48		5		30			15	50	455
OSTETRICA	31			6						4	10	41
INFERMIERE DI FAMIGLIA (IfeC)				54							54	54
PERSONALE TECNICO SANITARIO	86										0	86
ASSISTENTI SANITARI	2			6			9				15	17
TECNICO DELLA PREVENZIONE											0	0
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	33				5	1	16				23	56
ASSISTENTI SOCIALI	2				6		8			8	22	24
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	73	10	10	2			1			2	5	78
PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	150	13	18		3		9			6	18	168
AUSILIARI	8		1				1				1	9
ASSISTENTE RELIGIOSO											0	0
PERSONALE AMMINISTRATIVO	119			10			1		4	10	25	144
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE				1							1	1
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA											0	0
<b>TOTALE COMPARTO</b>	<b>909</b>	<b>72</b>	<b>77</b>	<b>90</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>66</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>45</b>	<b>224</b>	<b>1.133</b>
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>	<b>1.099</b>	<b>86</b>	<b>96</b>	<b>92</b>	<b>12</b>	<b>14</b>	<b>93</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>53</b>	<b>270</b>	<b>1.369</b>

Per la parte Ospedaliera si parte dal consolidamento di quanto già esposto nel PTFP 2021-2023 in merito alla dotazione organica nell'annualità 2022, esponendo alcuni incrementi nelle aree qui di seguito indicate e per potenziare talune attività, quali ad esempio la SSD Chirurgia Ricostruttiva e microchirurgia e la SSD Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva. La proposta precedentemente formulata a seguito di istruttoria regionale è stata rimodulata con una dotazione organica pari a n.190 dirigenti e a n.909 unità del comparto.

Si precisa che per l'Area Emergenza Urgenza: TI - Blocco operatorio - AREU è stato fissato da Regione Lombardia un tetto massimo pari a n.19 unità di Dirigenti Medici.

In applicazione della riorganizzazione prospettata dalla L.R. n.22/21, meglio definita nel documento descrittivo PTFT 2023-2025, l'ASST Valcamonica ha delineato il fabbisogno per il triennio 2023/2025 per i servizi territoriali promuovendo un'organizzazione che possa rispondere in modo adeguato alla popolazione, partendo da un'analisi del contesto geografico e di popolazione in cui l'ASST lavora.

La Valcamonica è situata nella zona nord-orientale della Lombardia, ed è la più

estesa fra le valli della Regione; si sviluppa per circa 90 Km di lunghezza dal Passo del Tonale (m 1833 s.l.m.) a Pisogne, sul Lago d'Iseo, con una superficie di Km<sup>2</sup> 1.319,23. I maggiori centri abitati sono situati a fondovalle, lungo le direttrici individuate dalle reti stradali e ferroviaria, mentre nelle zone montane collocate ad un'altimetria superiore ai m 500 s.l.m. lo sviluppo urbanistico è più contenuto.

E' opportuno pertanto considerare la presenza diffusa dei servizi erogati, così come delineato dalla DGR n. 5723 del 15/12/2021, in cui all'ASST Valcamonica vengono autorizzate 8 Case della Comunità Hub, nei comuni di Darfo Boario Terme, Pisogne, Breno (sede della COT), Edolo, Cedegolo, Ponte di Legno, Ossimo e Berzo Inferiore e 2 Ospedali di Comunità a Edolo e Esine.

Il fabbisogno del personale tiene conto della pianificazione suddivisa su tre zone (Alta Valle - Media Valle - Bassa Valle), nelle quali garantire i medesimi servizi, tenuto conto della morfologia del territorio, della distribuzione della popolazione, delle indicazioni regionali di accreditamento delle nuove Strutture (CdC, COT, ODC) e della programmazione dell'apertura delle stesse.

#### Distretti CDC-COT-ODC

Tutte le Case di Comunità saranno operative entro il 31.12.2023, con la sola eccezione di Berzo Inferiore (2024); gli Ospedali di Comunità verranno aperti nel corso del 2024.

Con riferimento al DM 77 ed alle indicazioni Regionali, il rispetto degli standard di personale per Distretti, CDC, COT e ODC è garantito con :

- n. 4 Dirigenti Medici, di cui 1 per la SS Igiene delle Strutture Territoriali e un medico per ogni zona dedicato al coordinamento dei Servizi per le attività di presa in carico, EVM e continuità dell'assistenza, precisando che nel 2023 verrà reclutata un'unità di Dirigente Medico per la SS e le restanti verranno reclutate a partire dal 2024;
- la stessa proposta viene formulata per n.3 Dirigenti Sanitari - Psicologi, che si aggiungono all'attuale unità di Psicologa con la funzione di Direttore di Distretto e che saranno dedicati alle attività distrettuali sulle tre zone individuate (nell'equipe di valutazione multidimensionale dei bisogni complessi), con la precisazione che i suddetti Dirigenti resteranno in capo al Dipartimento della Salute Mentale e delle Dipendenze con attività all'interno del Distretto;
- per il personale del comparto, considerata lo standard di 7 IFeC per ogni CdC, l'ASST Valcamonica necessita di complessivi di n.53 unità per il 2023, comprensive delle 16 attualmente presenti, più una figura di coordinamento;
- rispetto al personale sociosanitario e amministrativo di supporto vengono

individuare le seguenti figure professionali, nel rispetto dell'indicazione di 5 unità per ogni Cdc, 1 per la COT e 1 per la Direzione del Distretto, per un totale di 36 unità sul 2023:-

#### ADI

Al fine di implementare quest'attività è stata fatta una stima del personale reclutabile in base al finanziamento come da file "Distribuzione risorse DL 34\_ADI". Con il finanziamento assegnato si è stimato di assumere:

- n.1 Dirigente Sanitario,
- n.3 Infermieri,
- n.1 Fisioterapista
- n.2 OSS.

#### DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

Per tale Area si prevede l'implementazione di una unità di personale medico di Psichiatria e una unità di Neuropsichiatria ai fini del recupero del turn over di personale cessato negli anni precedenti.

Inoltre in base alle indicazioni fornite nelle linee guida regionali si intendono stabilizzare:

- n. 4 Dirigenti Sanitari – Psicologi che gestiscono progetti innovativi,
- n.1 Dirigente Sanitario – Psicologo per l'intercettazione precoce del disagio, dedicato in particolare ai giovani in ogni casa di comunità.

Per il personale del comparto si prevede l'implementazione di n.1 unità di assistente sociale e di n.2 unità di personale della riabilitazione.

#### CURE PRIMARIE:

Per le Cure Primarie è preso atto dell'indicazione di assegnazione pervenuta da Regione Lombardia in data 30.11.2022 corrispondente attualmente a 1 Dirigente e 2 unità del Comparto, da aggiungersi a 1 dirigente e 2 unità del comparto provenienti da ATS Montagna, per i quali è previsto un distacco entro il 30 settembre pv, nonché il trasferimento alle dipendenze di quest'ASST con decorrenza dall'1.1.2024. Inoltre ad oggi sono state avviate le procedure per il conferimento dell'incarico di Direttore di SC Cure Primarie.

#### PERSONALE CONVENZIONATO UNIVERSITARIO

L'ASST, in forza di rapporto convenzionale con l'Università degli Studi di Brescia, finanzia la copertura dei costi per n.1 ricercatore universitario che svolge attività clinica e assistenziale presso il Presidio Ospedaliero.

#### PERSONALE CONVENZIONATO ACN

L'ASST si avvale della professionalità di n.9 Medici Convenzionati ACN in varie specialità.

Nell'ambito della ricerca flessibile dei profili specialistici necessari non si esclude nel corso del triennio di variare l'entità numerica di tali figure con le conseguenti compensazioni economiche tra le diverse voci di costo imputate ai diversi conti economici.

#### PERSONALE IN SOMMINISTRAZIONE LAVORO

Per l'anno 2023 si è delineato un fabbisogno volto a supportare le rimanenti attività amministrative connesse all'emergenza COVID (tamponi- attività vaccinale- gestione sanzioni no vax, etc.), nonché a garantire la sostituzione mirata di alcune figure mancanti per lunghe assenze.

#### PERSONALE CON INCARICHI DI LAVORO AUTONOMO

La sezione evidenzia, in continuità con gli anni precedenti, la presenza di un novero significativo di professionisti legati all'Azienda con rapporto di lavoro autonomo che viene proiettato in maniera stabile per l'intero periodo di validità del PTFP.

In particolare, come più volte rappresentato nei Piani degli anni precedenti e in specifiche note, la situazione di maggiore rilevanza attiene il personale libero professionista psicologo. Allo stato, infatti, accanto ad un esiguo numero di unità con rapporto di lavoro dipendente, l'erogazione delle prestazioni psicologiche, in ambito sia ospedaliero sia territoriale, è garantita da una pluralità di soggetti non dipendenti.

L'eventuale copertura dei fabbisogni in incremento rappresentati nell'ambito della sezione "personale dipendente" porterà alla possibilità di stabilizzare alcune di queste figure da lungo tempo legate a progettualità aziendali mediante rapporti libero professionali, ma ciò non farà venir meno i fabbisogni connessi alle funzioni oggi espletate.

Per quanto riguarda le prestazioni di lavoro autonomo erogate da altre figure professionali (dirigenti medici e altri sanitari non medici) esse non sono sostituibili con la medesima efficacia da personale dipendente (in quanto trattasi di prestazioni assicurate tramite accessi con orari limitati / attività progettuali/ interventi saltuari etc.).

#### RAPPORTI CONVENZIONALI CON ALTRI ENTI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

Ai fini di un'integrazione dei dati esposti nell'ambito nella proposta del Piano Triennale dei Fabbisogni per il triennio 2023-2025 si segnala altresì che l'ASST della Valcamonica garantisce l'erogazione di talune prestazioni sanitarie attraverso specifici rapporti convenzionali con altri enti del Servizio Sanitario Regionale.

Mentre in talune ipotesi si tratta di rapporti consulenziali a supporto dell'operatività delle UO ospedaliere e territoriali, in altre si tratta di erogazione di prestazioni dirette ad assicurare la continuità assistenziale, attraverso la copertura di turni di servizio (es. c/o SC "Pediatria", "SC Radiologia diagnostica", "SC Cardiologia" e "SC Pneumologia") altrimenti scoperti per carenza di personale interno. Il significativo valore

economico di tali attività e la circostanza che nell'ambito della definizione dei contingenti di cui al fabbisogno e alla dotazione organica non vengono computati suggeriscono l'esigenza che, in sede di determinazione delle necessità di personale (e delle connesse risorse economiche allocate) si tenga in debita considerazione tale peculiare circostanza, al fine di ridurre il fenomeno del ricorso a professionisti di altri enti.

## Piano formativo aziendale

### 1. Premessa

Il Piano di formazione è lo strumento per la programmazione delle attività formative e pertanto definisce tutte le attività di formazione che verranno attuate nel 2023, sia in termini di contenuto che di budget.

In una organizzazione complessa la formazione costituisce:

- leva strategica fondamentale per lo sviluppo professionale delle risorse umane
- strumento per la realizzazione degli obiettivi aziendali/regionali/nazionali
- leva per il cambiamento organizzativo e gestionale.

*“La formazione continua, valore fondamentale per la tutela della salute, è opportunità e stimolo per la crescita di tutto il sistema salute, prevista dall’ordinamento italiano, quale obbligo per tutti i professionisti sanitari che devono accrescere la propria formazione e competenza professionale attraverso la partecipazione ad attività di formazione continua, requisito indispensabile per svolgere l’attività professionale in qualità di dipendente o libero professionista.” (Manuale di accreditamento regionale ECM - CPD).*

Il Piano è un documento attraverso il quale si legge l’organizzazione e la mission aziendale, uno strumento per lavorare secondo un’ottica globale multidimensionale nella quale sono in gioco il personale (direzione, ruoli manageriali e gestionali intermedi, professional e amministrativi) i costi, le culture, l’organizzazione.

Attraverso la realizzazione del Piano formativo 2023, l’obiettivo dell’ufficio formazione è quello di garantire da un lato la massima coerenza degli eventi e delle attività agli obiettivi di interesse aziendale, regionale e nazionale, dall’altro consentire un miglioramento continuo della professionalità e competenza degli operatori.

Gli eventi formativi presenti nel Piano fanno riferimento a 38 obiettivi coerenti con i piani sanitari regionali e nazionali, indicati nel Manuale Nazionale di Accreditamento per l'erogazione di eventi ECM della Commissione nazionale per la Formazione Continua di Agenas pubblicato il 6.12.2018 con entrata in vigore il 1.1.2019.

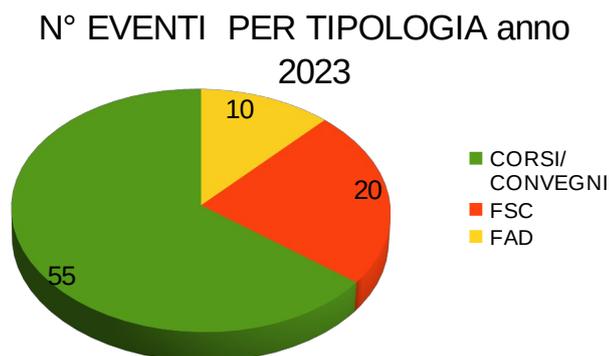
Gli obiettivi rientrano nelle 3 macro aree di seguito specificate:

- *obiettivi formativi tecnico-professionali*: finalizzati allo sviluppo delle competenze e delle conoscenze tecnico-professionali individuate nel settore specifico di attività.
- *obiettivi formativi di processo*: finalizzati allo sviluppo delle competenze e conoscenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, appropriatezza e sicurezza degli specifici processi di produzione delle attività sanitarie.
- *obiettivi di sistema*: finalizzati allo sviluppo delle competenze e conoscenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza dei sistemi sanitari.

## 2.Fabbisogni formativi

Nel Piano formativo aziendale 2023 sono presenti n° 85 eventi formativi complessivamente:

n°55 eventi residenziali (corsi e convegni), n°20 progetti di formazione sul campo, n°12 progetti FAD.



La definizione del Piano formativo 2023 è la risultanza delle seguenti fasi:

- incontro con la Direzione Strategica per le indicazioni e le linee di sviluppo aziendale, le eventuali disposizioni normative, gli obiettivi regionali o nazionali e le risorse economiche da assegnare alla formazione per l'anno successivo;
- incontro da parte dei referenti formazione con tutti i direttori di Dipartimento e direttori di UO, coordinatori sanitari, dirigente DAPSS, direzione medica di Presidio;
- valutazione dello strumento di raccolta del fabbisogno formativo (M Form 017)
- analisi delle richieste di progetti formativi ;
- analisi e validazione del comitato scientifico
- parere delle organizzazioni sindacali
- analisi del piano e successiva decretazione da parte della Direzione Generale in relazione agli obiettivi aziendali, le possibilità organizzative, le risorse disponibili e le richieste espresse.

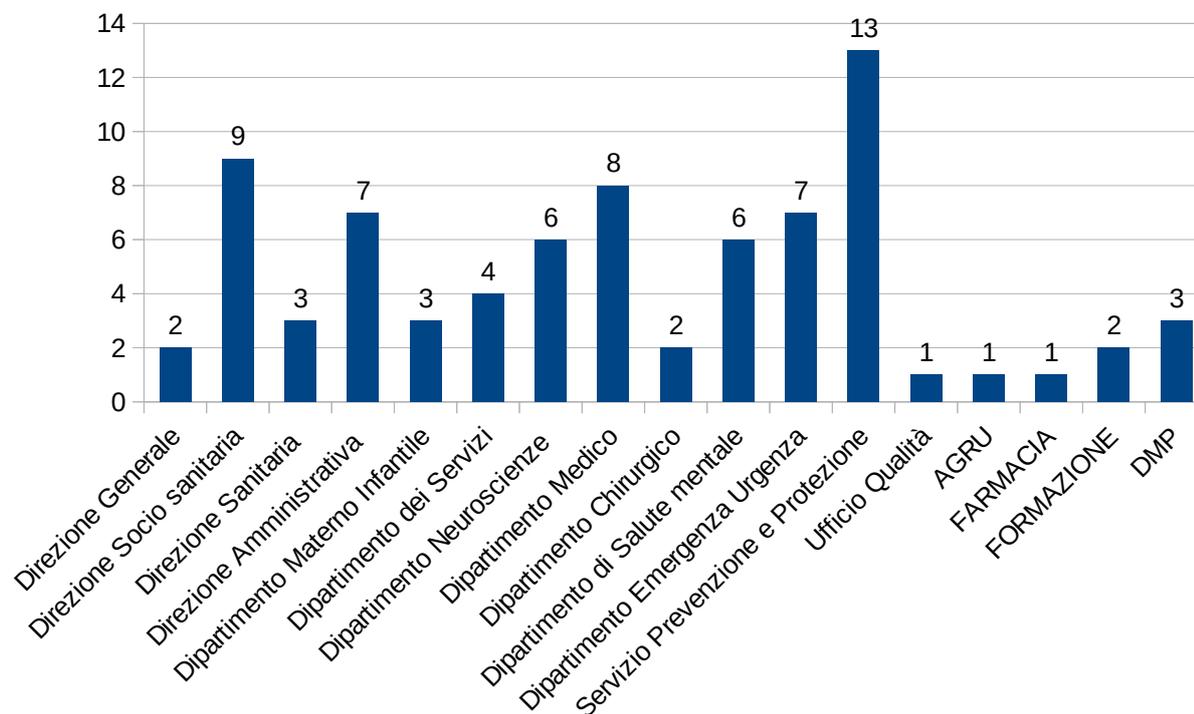
Dopo l'approvazione del Piano formativo annuale da parte del Direttore Generale, RUO FORM definisce il budget preventivo di ogni singolo corso in base ai seguenti criteri:

- tipologia del corso (convegno/corso/FSC, docenti interni/esterni/società di formazione ecc..)
- numero delle edizioni previste
- spesa storica del singolo corso
- sede di realizzazione.

La raccolta del fabbisogno formativo ha tenuto in considerazione le riflessioni condivise

con i referenti per la formazione circa il dossier formativo come suggerito da Regione Lombardia; il processo ha visto l'analisi di criticità/problemi/obiettivi interni alla propria UO, la verifica delle competenze di gruppo (per singola UO) e la valutazione delle criticità nelle tre aree (tecnico-specialistico, relazionale-comunicativo e organizzativo-gestionale), la definizione del bisogno formativo quale compensazione degli eventuali gap mancanti. L'analisi delle competenze legate all'obiettivo dell'UO, è stata arricchita dai dati oggettivi provenienti da URP, Cdg, UQ, reclami, avvio di nuovi settori/servizi, oltre che di un'ipotesi di ricaduta, con indicatori misurabili.

Di seguito un grafico con i progetti richiesti per dipartimento/servizio.



### ***3.Pianificazione e programmazione delle attività formative***

Gli eventi formativi fanno riferimento alle 38 aree indicate nel Manuale Nazionale di Accreditamento per l'erogazione di eventi ECM del 6.12.2018 e riguardano obiettivi formativi tecnico-professionali, obiettivi formativi di processo e di sistema, concretamente articolati ed armonizzati nel dossier formativo individuale e di équipe. Sono previsti 85 progetti formativi, le cui aree interessate riguardano la formazione obbligatoria per disposizioni nazionali o regionali (n°15 eventi), la formazione strategica (n°7), gli eventi specifici di UO (n°11), le tematiche trasversali (n°42 eventi) e la formazione aperta agli esterni (10).

Gli eventi a carattere strategico proposti dalla Direzione aziendale sono relativi all'area management sanitario -innovazione gestionale e sperimentazione di modelli organizzativi e gestionali.

Tra gli eventi trasversali, le aree individuate sono:

-contenuti tecnico professionali specifici di ciascuna professione/specializzazione ed attività ultraspecialistica; linee guida, protocolli, procedure e documentazione clinica, informatica, percorsi clinico-assistenziali/diagnostici/riabilitativi-profilo di assistenza e profilo di cura; fragilità (minori, anziani, tossicodipendenti, salute mentale); aspetti relazionali ed umanizzazione delle cure, la sicurezza del paziente e Risk management, la Privacy, l'Etica, la Bioetica la Deontologia, aspetti relazionali e umanizzazione delle cure, la comunicazione efficace interna ed esterna, con il paziente, la privacy e il consenso informato.

L'area di riferimento della formazione aperta agli esterni è l'integrazione tra assistenza territoriale ed ospedaliera ed i contenuti tecnico professionali specifici di ciascuna professione/specializzazione.

Da evidenziare l'elevato numero di corsi FAD sulle tematiche della sicurezza di cui al D Lgs 81/2008, oltre che su aspetti tecnico professionali, con la partecipazione di circa 1360 operatori. L'utilizzo della piattaforma e-learning integrata con il software formazione di Sigma prevede la gestione completa a livello informatico della formazione obbligatoria, le scadenze dei corsi, l'erogazione dell'attestato previsto dalla normativa e del registro di cui al decreto 81/2008 .

Dal 2020, a seguito dell'emergenza sanitaria che ha imposto il distanziamento sociale, è stata avviata la formazione in modalità webinar di alcuni eventi previsti nel piano formativo, attraverso la piattaforma integrata con il software della formazione per il tracciamento e la rendicontazione dei partecipanti ai fini dell'erogazione dei crediti ECM. Molto corposa la partecipazione prevista nella formazione sul campo in linea con le indicazioni regionali e i bisogni e l'organizzazione aziendale riguardanti il management sanitario, l'umanizzazione delle cure e la relazione con il paziente, la sicurezza del paziente e i contenuti clinico-specialistici.

#### **4. Destinatari**

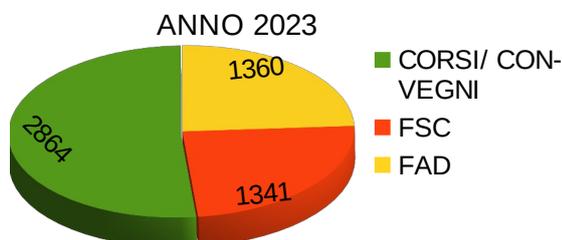
I destinatari del piano sono tutti i dipendenti dell'azienda, sanitari e non, amministrativi, dirigenti, ruoli manageriali e gestionali intermedi, oltre ai Medici di Medicina Generale e afferenti alla rete territoriale, enti erogatori, terzo settore, secondo quanto previsto e stabilito dalla riforma sanitaria Evoluzione del sistema sociosanitario Lombardo di cui alla Legge 23 del 2015 e dalla Legge n.22 del 2021

Sono previsti 5564 partecipanti, di cui 1341 coinvolti in progetti di Formazione sul Campo, 1360 in FAD e 2864 in Eventi residenziali, con attribuzione di circa 46.000 crediti formativi ECM-CPD.

Il Piano formativo è uno strumento flessibile e dinamico, che può essere modificato nel corso dell'anno anche in relazione alla nascita di nuove esigenze o dettami normativi.

Per ragioni organizzative e su indicazione regionale, non sarà possibile la progettazione e l'accREDITAMENTO di nuovi eventi oltre il 30 settembre 2023.

## N.PARTECIPANTI PER TIPOLOGIA



### *5. Attuazione e valutazione dell'attività formativa*

Dopo la formalizzazione ufficiale con decreto del Direttore Generale, il piano verrà inviato in forma controllata ai referenti per la formazione, ai responsabili delle UUOO e ai Referenti Qualità. Gli eventi verranno calendarizzati e progettati nel dettaglio attraverso incontri dedicati con il Responsabile dell'ufficio formazione e l'UO proponente il corso.

Come per gli anni precedenti, si prevede un apporto significativo di docenti interni quale risultato di una forte partecipazione all'attività didattica e formativa aziendale.

Essendo l'ufficio Formazione certificato ai sensi della normativa UNI EN ISO 9001:2015 (EA 37 e 38) l'evidenza di ogni fase del processo emerge dalle procedure, dai protocolli e dalla redazione di documenti di registrazione della qualità. In particolare la progettazione e la valutazione della formazione richiede precisi monitoraggi, raccolta dati qualitativi e statistici.

La valutazione dei risultati della formazione emerge dai questionari di apprendimento e gradimento raccolti a fine corso e dalla ricaduta organizzativa rilevata a distanza di tempo.

## **SEZIONE 4 MONITORAGGIO**

Il monitoraggio delle sottosezioni “Valore pubblico” e “Performance”, avverrà secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b) del decreto legislativo n. 150 del 2009.

Il monitoraggio della sezione “Rischi corruttivi e trasparenza”, secondo le indicazioni di ANAC.

In relazione alla Sezione “Organizzazione e capitale umano” il monitoraggio della coerenza con gli obiettivi di performance sarà effettuato su base triennale da OIV/Nucleo di valutazione.

## **5. I PRINCIPALI RIFERIMENTI NORMATIVI**

Il presente Piano viene elaborato con riferimento alla seguente normativa:

- DL n. 80 del 9 giugno 2021, art. 6, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113;
- D.Lgs n.150/2009 “Attuazione della legge 4.3.2009, n.15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle Pubbliche Amministrazioni”;
- LR n.33/2009 “Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità”;
- LR n.23/2015 “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);
- LR n.15 del 28.11.2018 “Modifiche al Titolo I, al Titolo III e all’ Allegato 1 della l.r. 33/2009 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità);
- L.R. 14 dicembre 2021 n. 22 “Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al titolo I ed al titolo VII della Legge Regionale 30.12.2009 n. 33”;
- DGR 7758 del 28.12.2021 “Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l’anno 2023”;
- DGR n.IX/351 del 28.7.2010 “Prime indicazioni per la valutazione periodica delle performance delle strutture di ricovero e cura”;
- DCR n.88 del 17.11.2010 “Piano Socio Sanitario Regionale 2010-2014”;
- DGS n.349 del 23.1.2012 “Approvazione del metodo per l'individuazione dell'indice sintetico di performance per le strutture di ricovero”;
- Legge 190/2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";
- D.Lgs 33/2013 “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”;
- Piano delle Performance triennio 2022-2024, scorrimento anno 2023;
- Piano per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza di cui alla L. n.190/2012, al D.Lgs n.33/2013 e al D.P.R. n.62/2013, che la Direzione ha approvato con decreto n. 58 del 28.1.2015, successivamente integrato ed implementato con decreti n. 28 del 27.01.2016, n. 83 del 31.01.2018, n. 72 del 30.01.2019, n. 33 del 30.01.2020, n. 198 del 25.03.2021, n. 24 del 27.01.2022 e n. 58 del 31.01.2023 ,
- decreto 145/2017 di riapprovazione del Piano di organizzazione Aziendale strategico e smi; Piano Organizzativo del Lavoro Agile (art. 14, comma 1, L. 7/08/2015, n. 124, come modificato dall’ert. 263, comma 4-bis, del DL 19/05/2020, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla L. 17/07/2020, n. 77).
- decreto 55/2023 Piano dei fabbisogni triennali triennio 2022-2025;
- decreto 108/2023 Piano aziendale per la formazione ed aggiornamento del personale.