

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Garda

PIANO INTEGRATO DI
ATTIVITA' E
ORGANIZZAZIONE
(PIAO)
2023-2025

Azienda Socio Sanitaria Territoriale del Garda (BS)

Sommario

| | |
|--|----|
| PREMESSA | 4 |
| SEZIONE 1 – SCHEDA ANAGRAFICA DELL’ASST GARDA | 6 |
| 1. PRESENTAZIONE DELL’AZIENDA | 6 |
| 1.1 Chi siamo | 6 |
| 1.2 Dove operiamo..... | 6 |
| 1.3 Cosa facciamo | 11 |
| 1.4 Analisi del contesto esterno | 12 |
| 1.5 L’amministrazione in cifre | 13 |
| 1.5.1 I dati di bilancio..... | 13 |
| 1.5.2 Le risorse umane..... | 13 |
| 1.5.3 I volumi e i costi di produzione | 14 |
| SEZIONE 2 – VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE..... | 16 |
| 2.1. Il Ciclo della Performance 2023 | 16 |
| 2.1.1 Processo | 16 |
| 2.1.2 Rendicontazione Obiettivi – Anno 2022 | 16 |
| 2.1.3 Obiettivi di Performance - Anno 2023 | 28 |
| 2.2 Premessa - Strategie di prevenzione e contrasto della corruzione e dell’illegalità all’interno dell’ASST Garda | 33 |
| 2.2.1 Obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione..... | 33 |
| 2.2.2 Il Responsabile della Prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) e i soggetti che concorrono alla prevenzione della corruzione | 33 |
| 2.2.3 Altri soggetti coinvolti nella prevenzione della corruzione, ruoli e responsabilità..... | 34 |
| 2.2.4 Metodologia e strumenti per la prevenzione della corruzione | 36 |
| 2.2.4.1 Analisi del contesto esterno..... | 37 |
| 2.2.4.2 Analisi del contesto interno | 39 |
| 2.2.4.3 Mappatura dei processi..... | 39 |
| 2.2.4.4 Identificazione e Valutazione dei rischi corruttivi potenziali e concreti..... | 41 |
| 2.2.4.5 Progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio | 41 |
| Le misure generali..... | 41 |
| Formazione..... | 41 |
| Trasparenza..... | 42 |
| Tutela del whistleblower | 42 |
| Codice di comportamento aziendale | 42 |

| | |
|---|-----------|
| Rotazione del personale | 42 |
| Rotazione straordinaria | 43 |
| Inconferibilità, Incompatibilità e Incarichi extraistituzionali | 43 |
| Gestione dei conflitti di interesse | 43 |
| Divieto di pantouflage | 44 |
| Il Sistema dei controlli interni | 45 |
| Le misure specifiche..... | 46 |
| 2.2.4.6 Monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure | 47 |
| 2.2.4.7 Programmazione dell'attuazione della trasparenza | 47 |
| 2.2.5 Le Sanzioni..... | 49 |
| SEZIONE 3 - ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO..... | 50 |
| 3.1. Struttura Organizzativa | 50 |
| 3.2. Organizzazione del Lavoro Agile..... | 57 |
| 3.3. Piano Triennale del Fabbisogno del Personale..... | 58 |
| 3.4 Formazione e sviluppo..... | 58 |
| 3.5 PAP 2023 – 2025 (Piano Azioni Positive)..... | 59 |
| 3.5.1 Le Tematiche e le Azioni | 60 |
| SEZIONE 4 – MONITORAGGIO | 63 |

ALLEGATI:

Allegato 1 – Registro Dei Rischi 2021-2022

Allegato 2 - Piano di Azione dei Rischi individuati

Allegato 3 – Obiettivi Strategici e Interventi da Intraprendere

Allegato 4 – Progetti Trasparenza: Valutazione Anno 2022 e Programmazione Anno 2023 e Seguenti

Allegato 5 – Griglia sito amministrazione trasparente

Allegato 6 – Piano Triennale del Fabbisogno del personale 2023-2025

Allegato 7 – Piano Formazione 2023

Allegato 8 – Regolamento Lavoro Agile

PREMESSA

L'art. 6 del D.L. 9 giugno 2021, n. 80, convertito dalla Legge 6 agosto 2021, n. 113, ha introdotto nel nostro ordinamento il "**Piano integrato di attività e organizzazione**" (**PIAO**), che deve essere adottato dalle pubbliche amministrazioni con più di 50 dipendenti (escluse le scuole) e presentato entro il 31/1 di ciascun anno.

Con comunicato del Presidente ANAC emanato il 24 gennaio 2023 il predetto termine è stato prorogato al 31/3/2023.

Il D.L. 29 dicembre 2022, n. 198 (Decreto Milleproroghe), come modificato dalla legge di conversione 24 febbraio 2023, n. 14 ha confermato che "Per l'anno 2023 i termini previsti dall'articolo 6, comma 1, del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113, e dall'articolo 1, comma 8, della legge 6 novembre 2012, n. 190, sono differiti al 31 marzo 2023".

Il PIAO ha durata triennale e definisce gli strumenti e le fasi "*per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa, nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione*", con lo scopo di migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso, nel rispetto del D.Lgs. n. 150/2009 e della Legge n. 190/2012.

Il PIAO ricomprende e declina in modo integrato e coordinato:

- a) il **Piano della Performance**, che definisce gli obiettivi programmatici e strategici della performance dell'Azienda, stabilendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati della performance organizzativa;
- b) il **Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT)**, che è finalizzato alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa, nonché a raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia e in conformità agli indirizzi adottati dall'ANAC con il Piano nazionale anticorruzione;
- c) il **documento di Organizzazione del Lavoro Agile**, che stabilisce le modalità di svolgimento dello smart working quale modalità alternativa allo svolgimento della prestazione lavorativa in presenza, ed in particolare le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa, della digitalizzazione dei processi, nonché della qualità dei servizi erogati;
- d) il **Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP)** che, compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni di personale, definisce gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, prevedendo, oltre alle forme di reclutamento ordinario, la percentuale di posizioni disponibili nei limiti stabiliti dalla Legge destinata alle progressioni di carriera del personale, anche tra aree diverse, e le modalità di valorizzazione a tal fine dell'esperienza professionale maturata e dell'accrescimento culturale conseguito, assicurando adeguata informazione alle organizzazioni sindacali;
- e) il **Piano della Formazione**, che individua gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati ai processi di pianificazione secondo le logiche del project management, al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale, allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali e all'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale, correlati all'ambito d'impiego e alla progressione di carriera;
- f) il **Piano Triennale delle Azioni Positive (PTAP)**, che dà attuazione alle disposizioni contenute nel D.Lgs. 11 aprile 2006 n. 198 "Codice delle pari opportunità tra uomo e donna, a norma dell'art. 6 della L. 28 novembre 2005, n. 246" e contiene le iniziative programmate dall'Agenzia volte alla

“rimozione degli ostacoli che, di fatto, impediscono la piena realizzazione delle pari opportunità di lavoro e nel lavoro tra uomini e donne”.

Il PIAO definisce anche le modalità di **monitoraggio degli esiti**, con cadenza periodica, inclusi gli impatti sugli utenti, anche attraverso rilevazioni della soddisfazione degli utenti stessi.

Il PIAO deve essere pubblicato ogni anno sul sito dell’Azienda ed inviato al Dipartimento della funzione pubblica.

Il PIAO, quindi, semplifica gli adempimenti dell’amministrazione e consente, in una logica integrata, di ricondurre ad un unico documento le scelte operative di sviluppo strategico della ASST, in linea con il percorso di transizione amministrativa avviato con il PNRR.

Il presente documento è suscettibile di integrazioni e/o modifiche a seguito di eventuali future ulteriori disposizioni normative e direttive nazionali e regionali che interverranno in materia.

SEZIONE 1 – SCHEDA ANAGRAFICA DELL'ASST GARDA

1. PRESENTAZIONE DELL'AZIENDA

1.1 Chi siamo

Costituita dal 1° gennaio 2016 con D.G.R. n. X/4492 del 10.12.2015 della Giunta della Regione Lombardia, l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale del Garda (ASST del Garda) è dotata di personalità giuridica pubblica ed autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile e tecnico gestionale ed ha sede legale a Desenzano del Garda (BS) Località Montecroce 1.

Il Direttore Generale Mario Nicola Francesco Alparone, nominato con D.G.R. n. XI/5198 del 07/09/2021, è coadiuvato, nello svolgimento delle sue funzioni, dal Direttore Amministrativo Valentina Elena Margherita Berni, dal Direttore Sanitario Pietro Piovaneli e dal Direttore Sociosanitario Giancarlo Iannello.

La sua organizzazione è attualmente disciplinata dal Piano di Organizzazione Strategico approvato con D.G.R. n. X/6925 del 12/9/2022.

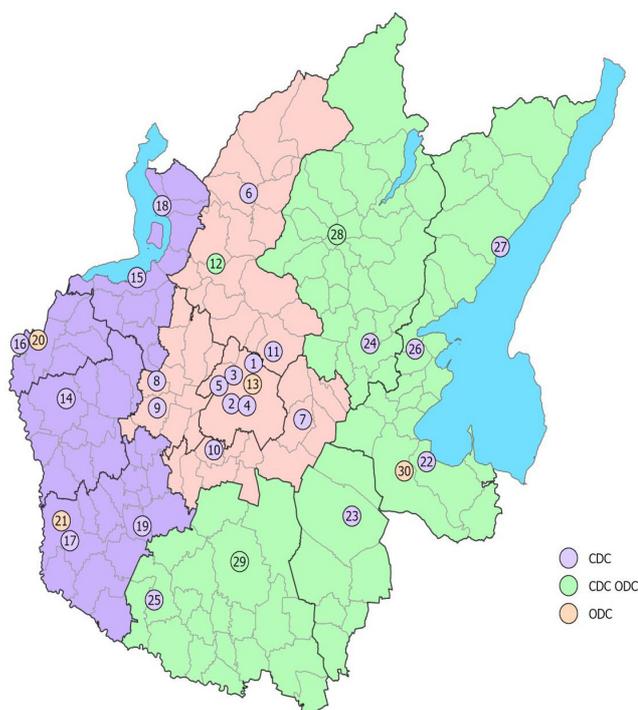
1.2 Dove operiamo

L'A.S.S.T. del Garda aggrega dal 01/01/2016 le strutture già afferenti all'ex A.O. di Desenzano del Garda e le strutture dell'ex A.S.L. di Brescia che insistono sul territorio degli ex distretti A.S.L. di Garda/Salò, Valle Sabbia, Bassa Bresciana Orientale e Bassa Bresciana Centrale.

Si rappresenta di seguito l'assetto delle strutture aziendali accreditate, punti di erogazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie.

L'Azienda opera mediante n. 3 Presidi Ospedalieri, Desenzano-Lonato, Manerbio-Leno, Gavardo-Salò.

Il territorio è articolato nei 4 Distretti già indicati (Bassa Bresciana Centrale, Bassa Bresciana Orientale, Garda, Vallesabbia) ognuno dei quali comprende la Centrale Operativa territoriale (COT), le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità approvati con DGR n. 5723 del 15/12/2021 e previsti come funzioni in afferenza al Distretto di riferimento, secondo la mappa di seguito riportata:



| Rif. Mappa | Comune | Indirizzo | proprietà | CDC | ODC | COT |
|------------|------------------|------------------------|----------------|-----|-----|-----|
| 22 | Desenzano | via Mezzocolle | SSR | X | | |
| 23 | Montichiari | via Falcone 18-20 | SSR | X | | X |
| 24 | Gavardo | via Gosa | SSR | X | | |
| 25 | Verolanuova | Via Grimani 16-20 | Ente Locale | X | | |
| 26 | Salò | Loc. Cunettone | Ente Locale | X | | X |
| 27 | Gargnano | via Repubblica 2 | SSR | X | | |
| 28 | Nozza di Vestone | via Ge. Reverberi 2 | SSR | X | X | X |
| 29 | Leno | Piazza Donatori Sangue | SSR | X | X | X |
| 30 | Lonato | via Arriga Alta 11 | SSR | | X | |

Il nuovo assetto organizzativo proposto tende a razionalizzare e potenziare l'offerta dei servizi sul territorio, diversificandone anche le funzioni, nel rispetto di quanto definito dal Piano Nazionale di Ripresa e di Resilienza (PNRR) e del Piano programmatico di Regione Lombardia scaturito nella DGR n. XI/4811 del 31/05/2021.

La programmazione della realizzazione delle nuove Case della Comunità e Ospedali di Comunità si sviluppa dal 2022 al 2024 secondo il seguente cronoprogramma:

| 2022 | 2023 | 2024 |
|--|---|-------------------------------------|
| Casa della Comunità Leno | Casa della Comunità Verolanuova | Casa Della Comunità Gavardo |
| Ospedale della Comunità Leno | Casa della Comunità Gargnano Fase 1 | Casa della Comunità Desenzano |
| Casa della Comunità Nozza | Ospedale della Comunità Nozza (miglioramento sismico con riqualifica Casa della Comunità) | Casa della Comunità Gargnano Fase 2 |
| Ospedale della Comunità Lonato (in sede temporanea a Prevalle) | Casa della Comunità Montichiari | |

Nella tabella sopra illustrata non è stata inclusa soltanto la Casa della Comunità di Salò che, in conformità al Protocollo di intesa approvato con D.G.R. XI/5280 del 27.09.2021 e sottoscritto da Regione Lombardia, Comune di Salò, ATS e ASST, deve essere realizzata entro 48 mesi dalla data di possesso dell'area nella conformità dello strumento urbanistico avvenuto il 1.02.2022, quindi entro il 1.02.2026.

Nel 2022 sono state attivate tutte le CdC e OdC previste nel cronoprogramma, come specificato anche nelle corrispondenti tabelle sotto riportate nelle quali viene anche dettagliata l'organizzazione dei servizi presenti o da attivare nelle Case della Comunità e Ospedali di Comunità in ciascun Distretto.

L'attività sulla programmazione 2023 è già iniziata e, ad oggi, è nella fase progettuale.

DISTRETTO BASSA BRESCIANA CENTRALE

Casa della Comunità di Leno – HUB

Attivata il 17/01/2022.

E' sede del nuovo Distretto con la COT

Servizi presenti:

- Punto Unico di Accesso
- Centro Unico Prenotazione-Cassa
- Punto Prelievi
- Cure Primarie (MMG, PLS)
- Assistenza Domiciliare Integrata
- Infermieri di famiglia e Comunità
- Partecipazione della Comunità e volontariato
- Servizi Sociali
- Unità di Valutazione Multidimensionale – Inserimento in RSA
- Poliambulatori-Centro Diabetologico-Radiologia
- Ufficio Scelta e Revoca e Protesica
- Consultorio familiare
- Vaccinazioni-Certificati e patenti
- Centro Psico Sociale-Area Riabilitativa CPS
- Disabilità-Equipe Operativa Handicap
- Neuropsichiatria Infantile e Adolescenza
- Area Psicosociale Giovani
- Reparto di Psichiatria SPDC
- Ambulatori e Reparto di Riabilitazione
- Centro disturbi cognitivi demenze
- AVIS

Sono inoltre presenti le strutture erogative di **Ghedi** (P.zza Donatori di Sangue 3) e di **Pralboino** (via Gambarà 14) di proprietà del comune con i seguenti servizi:

- ✓ consultorio familiare
- ✓ ambulatorio vaccinale secondario
- ✓ punto prelievi
- ✓ infermieri di famiglia -ADI
- ✓ continuità assistenziale

che rappresentano punti di erogazione di prossimità collegati funzionalmente alla Casa di Comunità di Leno

Ospedale di Comunità di Leno

Attivato il 17/01/2022

Degenza sub-acuti (20 pl)

Casa della Comunità di Verolanuova - HUB

| <i>SERVIZI ATTUALMENTE PRESENTI</i> | <i>SERVIZI AGGIUNTIVI</i> |
|---|--|
| Cure Primarie MMG Punto prelievi Ambulatorio vaccinale ADI Infermieri di famiglia Continuità assistenziale | Punto unico d'accesso Ambulatori specialistici-attività diagnostica Screening CUP Integrazione con i Servizi Sociali comunali Integrazione con Volontariato |

DISTRETTO BASSA BRESCIANA ORIENTALE

| Casa della Comunità di Montichiari - HUB | |
|---|---|
| E' sede del nuovo Distretto con la COT | |
| <i>SERVIZI ATTUALMENTE PRESENTI</i> | <i>SERVIZI AGGIUNTIVI</i> |
| Scelta Revoca e protesica Consultorio familiare Ambulatorio vaccinale ADI Infermieri di famiglia Continuità assistenziale Dipendenze e Disabilità (EOH) UVMD | Punto unico d'accesso Ambulatori specialistici-attività diagnostica Punto prelievi CUP Integrazione con i Servizi Sociali comunali Integrazione con Volontariato Cure primarie (MMG, PLS) |
| E' inoltre presente la struttura erogativa di Calvisano (via Canossi 5) di proprietà del comune) con i seguenti servizi: <ul style="list-style-type: none">✓ consultorio (sede distaccata di Montichiari)✓ ambulatorio vaccinale✓ infermieri di famiglia collegata funzionalmente alla Casa della Comunità di Montichiari. | |

DISTRETTO GARDA

| Ospedale della Comunità di Lonato |
|--|
| Riconversione dell'ex Ospedale di Lonato Villa dei Colli attraverso prevista parziale demolizione e riedificazione con finanziamento assegnato con DGR n. X/6548 del 4.05.2017 e con DGR n. XI/1725 del 10/06/2019. |
| Attivato in data 15/09/2022 l'Ospedale di Comunità nella sede temporanea di Prevalle (in attesa intervento di cui sopra) con i seguenti servizi: <ul style="list-style-type: none">- Servizio Riabilitazione (ambulatoriale e MAC)- CRA- Dipendenze- Degenze Sub-acute (20 pl)- Cure Palliative (trasferimento temporaneo da PO Gavardo per lavori necessari al reparto di Medicina); (CPS e NPIA sono ubicati a Lonato nella porzione d'immobile non interessata dall'intervento) |

| Casa della Comunità di Desenzano - HUB | |
|--|---|
| <i>SERVIZI ATTUALMENTE PRESENTI</i> | <i>SERVIZI AGGIUNTIVI</i> |
| Scelta Revoca e protesica Consultorio familiare Ambulatorio vaccinale ADI Infermieri di famiglia Disabilità (EOH) UVMD | Punto unico d'accesso Ambulatori specialistici-attività diagnostica Punto prelievi CUP Integrazione con i Servizi Sociali comunali Integrazione con Volontariato Cure primarie (MMG, PLS) Continuità assistenziale Centro per la cura della Depressione |

| Casa della Comunità di Salò - HUB |
|--|
|--|

| E' sede del nuovo Distretto con la COT | |
|---|--|
| <i>SERVIZI ATTUALMENTE PRESENTI (c/o Via Fantoni e PO Salò)</i> | <i>SERVIZI AGGIUNTIVI</i> |
| Scelta Revoca e protesica Consultorio familiare Ambulatorio vaccinale Infermieri di famiglia Disabilità (EOH) UVMD Continuità assistenziale Punto Prelievi CUP Ambulatori specialistici CPS NPIA Commissione Invalidi | Punto unico d'accesso Integrazione con i Servizi Sociali comunali Integrazione con Volontariato Cure primarie (MMG, PLS) ADI Nuovo modulo di 15 pl di degenza di comunità |

| Casa della Comunità di Gargnano – Spoke di Salò | |
|--|--|
| <i>SERVIZI ATTUALMENTE PRESENTI</i> | <i>SERVIZI AGGIUNTIVI</i> |
| Ambulatorio MMG Continuità assistenziale Ambulatorio vaccinale ADI Infermieri di famiglia Screening (pap-test) Punto prelievi CUP | Punto unico d'accesso Ambulatori specialistici-attività diagnostica Integrazione con i Servizi Sociali comunali Integrazione con Volontariato |

DISTRETTO VALLESABBIA

| Casa della Comunità di Gavardo- HUB | |
|---|---|
| <i>SERVIZI ATTUALMENTE PRESENTI c/o il PO di Gavardo</i> | <i>SERVIZI AGGIUNTIVI</i> |
| Scelta Revoca e Protesica UVMD Ambulatorio vaccinale ADI Disabilità (EOH) Screening (pap-test) Punto prelievi CUP Ambulatori specialistici-attività diagnostica | Punto unico d'accesso Cure Primarie (MMG, PLS) Integrazione con i Servizi Sociali comunali Integrazione con Volontariato Infermieri di famiglia Continuità Assistenziale |

| Casa della Comunità di Nozza di Vestone HUB |
|--|
|--|

| Attivata il 21/12/2022 | |
|---|--|
| E' sede del nuovo Distretto con la COT | |
| <i>SERVIZI ATTUALMENTE PRESENTI</i> | <i>SERVIZI AGGIUNTIVI</i> |
| Scelta Revoca e protesica Screening (pap-test) Ambulatorio vaccinale Infermieri di famiglia ADI Disabilità (EOH) UVMD Continuità assistenziale Punto Prelievi CUP Ambulatori specialistici (parziali) | Punto unico d'accesso Integrazione con i Servizi Sociali comunali Integrazione con Volontariato Cure primarie (MMG, PLS) Potenziamento ambulatori specialistici- attività diagnostica |

Ospedale della Comunità di Nozza di Vestone
Nuovo modulo di degenze sub-acute (15 pl).

1.3 Cosa facciamo

L'Azienda eroga prestazioni sanitarie nell'ambito delle attività accreditate, con obiettivi di qualità e di efficienza a favore dei cittadini utenti che non sono intesi solo come destinatari delle prestazioni ma anche come interlocutori privilegiati nella definizione di alcune specifiche caratteristiche dell'offerta.

L'organizzazione e le attività aziendali sono improntate a criteri di efficacia, efficienza ed economicità della gestione.

La "Mission" dell'ASST del Garda è quella di fornire una risposta adeguata alla domanda di salute dei cittadini fornendo le prestazioni sanitarie e sociosanitarie nell'ambito dei livelli di assistenza definiti dalla programmazione sanitaria nazionale e regionale, utilizzando le risorse assegnate dal finanziamento regionale e concordate con ATS Brescia e nel rispetto di quanto l'evoluzione della L.R. 33/2009, derivante dalla L.R. 22/2021, che è volta a garantire uno sviluppo ed organizzazione delle funzioni territoriali di ASST, un riordino della rete orientato al riequilibrio dei Poli Ospedaliero e Territoriale e una integrazione fra cure primarie e cure ospedaliere al fine di una compiuta presa in carico dei pazienti cronici e fragili.

Per il raggiungimento della propria "Mission" l'Azienda intende focalizzare con sempre maggiore incisività l'attenzione sui seguenti aspetti considerati di rilevanza strategica:

- assicurare la presa in carico della persona nel suo complesso;
- il raggiungimento degli obiettivi di salute definiti dalla Regione Lombardia, nel rispetto della normativa vigente;
- l'innovazione organizzativa a tutti i livelli;
- la qualità delle prestazioni sanitarie e socio sanitarie, garantendone e la massima accessibilità ai servizi, anche attraverso il rafforzamento dell'offerta territoriale ed il potenziamento e lo sviluppo della sanità digitale;
- una costante attenzione ai costi nella erogazione delle attività;
- la riduzione dei tempi di risposta agli utenti-pazienti;
- la soddisfazione delle esigenze del cliente, garantendo la continuità assistenziale in tutte le fasi del processo di tutela della salute;
- la formazione e la valorizzazione del personale;

- favorire l'appropriatezza clinica ed economica;

L'Azienda è organizzata in un Polo Ospedaliero e un Polo Territoriale a loro volta articolati in Dipartimenti, Distretti, Ospedali di Comunità, Case di Comunità, Centrali Operative Territoriali (COT).

Il Polo Ospedaliero è composto dai Presidi Ospedalieri ed è prevalentemente orientato alle prestazioni in acuzie e in elezione e all'erogazione di prestazioni sanitarie specialistiche a livelli crescenti di complessità. Si integra funzionalmente con il Polo Territoriale sviluppando sinergie e processi atti a garantire (attraverso un'efficiente ed efficace condivisione delle risorse) prestazioni quali-quantitativamente appropriate e la presa in carico delle patologie croniche.

I Dipartimenti Clinici afferiscono al Direttore Sanitario, sono di tipo gestionale e sono costituiti da strutture complesse e semplici a valenza dipartimentale tra loro affini e/o complementari, che si caratterizzano per un uso integrato delle risorse attribuite. Si elencano di seguito i Dipartimenti Clinici previsti dal vigente P.O.A.S.: Dipartimento Area Medica, Dipartimento Area della donna e Materno Infantile, Dipartimento Area Chirurgica, Dipartimento Area Emergenza Urgenza, Dipartimento Area dei Servizi.

Presso ciascuno dei tre Presidi Ospedalieri è costituita la Direzione Medica di Presidio che sovrintende all'organizzazione e alla gestione dello stesso. Il Direttore Medico di Presidio svolge le funzioni delegate dal Direttore Sanitario ed in particolare sovrintende all'organizzazione e alla gestione del Presidio Ospedaliero, compresa la libera professione e l'area a pagamento. È responsabile degli aspetti igienico-sanitari dei Presidi Ospedalieri e Territoriali e delle unità offerta della rete territoriale.

Il Polo Territoriale è governato dalla Direzione Socio Sanitaria Aziendale con l'obiettivo di favorire l'integrazione con il Polo Ospedaliero, secondo una visione prospettica che si evolve dalla cura del paziente alla presa in carico della persona, in una logica unitaria e integrata al fine di garantire ai pazienti, di entrambe i settori aziendali, una continuità assistenziale. In tale ottica dispone di un'offerta propria di prestazioni complementari rispetto a quelle offerte dall'ospedale.

Afferiscono alla Direzione Socio Sanitaria il Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze ed i Distretti.

Il vigente POAS prevede inoltre i Dipartimenti funzionali di Cure Primarie e di Prevenzione ed i seguenti Dipartimenti funzionali interaziendali: D.M.T.E. (ASST Spedali Civili, Garda, Franciacorta, Valcamonica), Cure Palliative (ASST Spedali Civili, Garda, Franciacorta), Medicina Legale (ASST Spedali Civili, Garda, Franciacorta).

1.4 Analisi del contesto esterno

L'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale del Garda è tra le più estese della Lombardia. Il suo territorio, 1.968 km quadrati, abbraccia 76 comuni e copre una distanza (nord-sud) che supera i 100 km; è una terra con aree ad alta urbanizzazione (bassa bresciana), a vocazione turistica internazionale (Lago di Garda e Lago d'Idro) e montana (Valle Sabbia).

È un'Azienda articolata e orientata alla promozione della salute, fa fronte ai bisogni dei residenti e dei turisti che, per quasi otto mesi l'anno (in prevalenza quelli estivi), ne quintuplicano la popolazione fino ad arrivare a 2 milioni di presenze sul territorio: la vocazione turistica e la posizione di confine con altre province lombarde e con il Veneto la rendono punto di riferimento per altri territori.

Si rappresenta di seguito la consistenza numerica, al 03/01/2022, della popolazione suddivisa per classi d'età:

| Fascia | Assistiti 03/01/2022 |
|---------------|----------------------|
| Over80 | 26.521 |
| 79-70 | 36.335 |
| 69-60 | 46.533 |
| 59-50 | 63.331 |
| 49-40 | 58.107 |
| 39-30 | 43.179 |
| 29-20 | 39.002 |
| 19-12 | 30.901 |
| 11-05 | 25.231 |
| Totali | 369.140 |

1.5 L'amministrazione in cifre

L'ASST viene qui di seguito descritta in cifre con riferimento alla dimensione economica, alla consistenza delle risorse umane e ai volumi di prestazioni erogate.

1.5.1 I dati di bilancio

Le misurazioni economiche dell'ASST più aggiornate sono quelle riferite alla rilevazione trimestrale del CET IV trimestre 2022, trasmesso alla Direzione Generale Welfare tramite la piattaforma SCRIBA il 16/1/2023, che fornisce la situazione economica al quarto trimestre 2022, con un risultato in pareggio della gestione economica complessiva aziendale.

I documenti di bilancio preventivo e consuntivo sono pubblicati nel sito aziendale alla pagina www.asst-garda.it/amministrazione-trasparente/bilancio-preventivo-e-consuntivo.

1.5.2 Le risorse umane

Qui di seguito è rappresentata la consistenza complessiva del personale in servizio al 1/1/2023:

| Macroprofili | Presenti al 01/01/2023 |
|---------------------------------------|------------------------|
| AMMINISTRATIVO Comparto | 238 |
| AMMINISTRATIVO Dirigenza | 8 |
| PROFESSIONALE Comparto | 0 |
| PROFESSIONALE Dirigenza | 7 |
| SANITARIO Comparto | 1425 |
| SANITARIO Dirigenza Medica | 397 |
| SANITARIO Dirigenza Non Medica | 48 |
| SOCIO SANITARIO Comparto | 336 |
| TECNICO Comparto | 222 |
| TECNICO Dirigenza | 2 |
| Infermiere di famiglia | 55 |
| TOTALE | 2738 |

Nella seguente tabella è rappresentato il turn over del personale anno 2022:

| TURN OVER 2022 | | | | | | | | |
|--|--------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------|--------------------------|
| Aggiornato al 31.12.2022 | ASSUNTI | | | DIMESSI | | | Δ | |
| | *IN SERVIZIO | DELIBERATI | TOTALE | EFFETTIVI | DELIBERATI | TOTALE | in servizio | in servizio + deliberati |
| DIRIGENZA MEDICA | 47 | 49 | 96 | 53 | 16 | 69 | -6 | 27 |
| DIRIGENZA SANITARIA | 10 | 1 | 11 | 5 | 0 | 5 | 5 | 6 |
| DIRIGENZA PTA | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| OSS | 28 | 38 | 66 | 23 | 5 | 28 | 5 | 38 |
| PERSONALE INFERMIERISTICO: infermieri (compresi quelli x ADI) | 54 | 31 | 85 | 83 | 12 | 95 | -29 | -10 |
| PERSONALE INFERMIERISTICO: ostetriche/puericultrici/ inf gener | 5 | 14 | 19 | 9 | 1 | 10 | -4 | 9 |
| PERSONALE TECNICO SANITARIO | 17 | 9 | 26 | 15 | 2 | 17 | 2 | 9 |
| PERSONALE TECNICO RIABILITAZIONE | 4 | 0 | 4 | 8 | 1 | 9 | -4 | -5 |
| PERSONALE TECNICO VIGILANZA | 5 | 0 | 5 | 3 | 0 | 3 | 2 | 2 |
| ALTRE FIGURE AMM/TECNICO NON SAN. | 43 | 1 | 44 | 52 | 15 | 67 | -9 | -23 |
| TOTALE | 214 | 143 | 357 | 252 | 52 | 304 | -38 | 53 |

1.5.3 I volumi e i costi di produzione

Di seguito si rappresenta la situazione al quarto CET 2022, tenuto conto di tutti i costi e ricavi.

| DESCRIZIONE SK | Consuntivo 2021 | FORECAST IV CET 2022 | IV CET 2022 | Variazione IV CET '22 - CONSUNTIVO '21 |
|---|-----------------|----------------------|-------------|--|
| RICAVI | | | | |
| DRG | 77.610.409 | 78.365.291 | 77.712.240 | 101.831 |
| FUNZIONI NON TARIFFATE | 16.027.457 | 17.708.906 | 17.708.906 | 1.681.449 |
| AMBULATORIALE | 40.731.703 | 43.630.826 | 43.103.390 | 2.371.687 |
| NPIA | 1.113.413 | 999.728 | 1.076.232 | -37.181 |
| SCREENING | 1.001.143 | 815.650 | 795.000 | -206.143 |
| ENTRATE PROPRIE | 10.675.845 | 10.990.681 | 10.371.578 | -304.267 |
| LIBERA PROFESSIONE | 6.115.243 | 6.359.216 | 6.359.216 | 243.973 |
| PSICHIATRIA | 4.042.338 | 3.426.816 | 4.373.543 | 331.205 |
| FILE F | 9.288.779 | 13.016.418 | 12.876.080 | 3.587.301 |
| UTILIZZI CONTRIBUTI ESERCIZI PRECEDENTI | 822.138 | 6.570.614 | 6.570.614 | 5.748.476 |

| | | | | |
|--|--------------------|--------------------|--------------------|-------------------|
| ALTRI CONTRIBUTI DA REGIONE | 35.362.138 | 28.379.944 | 28.379.944 | -6.982.194 |
| ALTRI CONTRIBUTI (AL NETTO RETTIFICHE) | 2.700.506 | 3.060.396 | 3.060.146 | 359.640 |
| PROVENTI FINANZIARI E STRAORDINARI | 242.062 | 9.035.382 | 8.297.146 | 8.055.084 |
| PRESTAZIONI SANITARIE | 11.949.780 | 12.692.376 | 13.289.662 | 1.339.882 |
| | 217.682.954 | 235.052.244 | 233.973.697 | 16.290.743 |
| COSTI | | | | |
| PERSONALE | 135.939.001 | 138.873.484 | 138.873.484 | 2.934.483 |
| IRAP | 8.634.322 | 9.302.004 | 9.302.004 | 667.682 |
| LIBERA PROFESSIONE | 5.230.529 | 5.483.079 | 5.483.079 | 252.550 |
| BENI E SERVIZI NETTI | 86.174.401 | 103.061.216 | 98.025.747 | 11.851.346 |
| AMMORTAMENTI | 1.132.031 | 1.131.916 | 1.131.916 | -115 |
| ALTRI COSTI | 5.172.604 | 6.822.874 | 7.382.467 | 2.209.863 |
| ACCANTONAMENTI | 7.352.513 | 2.187.989 | 4.842.396 | -2.510.117 |
| ONERI FINANZIARI E STRAORDINARI | 239.910 | 408.296 | 143.343 | -96.567 |
| INTEGRATIVA E PROTESICA | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 249.875.311 | 267.270.858 | 265.184.436 | 15.309.125 |
| CONTRIBUTO DA DESTINARE AL FINANZIAMENTO DEL PSSR | 32.192.357 | 31.210.739 | 31.210.739 | -981.618 |
| RISULTATO ECONOMICO | 0 | -1.007.875 | 0 | 0 |

SEZIONE 2 – VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2.1. Il Ciclo della Performance 2023

Il Ciclo delle Performance è il processo annuale attraverso il quale si definiscono gli obiettivi e le relative risorse, avviene il monitoraggio durante la gestione e si valutano e si rendicontano i risultati ottenuti, misurati a livello organizzativo (performance aziendale e organizzativa) e individuale (performance individuale).

2.1.1 Processo

Il processo di gestione delle Performance si articola nelle seguenti fasi:

- 1) Definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori, con collegamento tra gli obiettivi e l’allocazione delle risorse, verificata in sede di Bilancio di Previsione
- 2) Monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi, misurazione e valutazione della performance organizzativa ed individuale con utilizzo di sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito e rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi mediante adozione e pubblicazione della “Relazione annuale sulla Performance”.

2.1.2 Rendicontazione Obiettivi – Anno 2022

Obiettivi Strategici

Con D.G.R. XI/5157 del 2/8/2021 sono stati definiti i per l’anno 2022 i seguenti obiettivi strategici aziendali:

| OBIETTIVO | RISULTATI ATTESI |
|---|---|
| 1. Piano di contrasto al Covid-19 | a. Rispetto dei target numerici e temporali indicati dall’Unità di Crisi Vaccinazioni Covid-19 sia per le somministrazioni nei centri vaccinali che per le somministrazioni domiciliari. b. Rispetto delle indicazioni della Task Force Tamponi. c. Garanzia di almeno l’8% del personale medico e infermieristico dedicato alle vaccinazioni e ai tamponi |
| 2. Potenziamento rete territoriale | Rispetto del cronoprogramma di realizzazione delle Case di Comunità e degli Ospedali di Comunità secondo le indicazioni della Direzione Generale Welfare |
| 3. Attuazione legge regionale n. 22/2021 | Istituzione dei Distretti entro le tempistiche previste dalla legge regionale e nomina dei Direttori di Distretto Approvazione dei Piani Organizzativi Aziendali Strategici secondo le indicazioni e le tempistiche indicate dalla Direzione Generale Welfare |
| 4. Piano per le liste di attesa 2022 e programmi di screening | a. Rispetto delle indicazioni e raggiungimento dei target previsti dalla DGW in ordine all’attuazione del piano di ripresa 2022, relativamente all’erogazione di prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale da parte degli erogatori. DGR 6002/2022 TRIMESTRE 2022: almeno 110% produzione trimestre 2019 dei ricoveri chirurgici programmati e dell’area specialistica ambulatoriale b. Rispetto dei target indicati dalla DGW sulle attività di screening, compresa l’adesione al programma regionale di screening per l’eliminazione del virus HCV. |

| | |
|--|---|
| 5. Liste d'attesa | <p>Rispetto del tempo massimo di attesa:</p> <p>a. Ricoveri chirurgici oncologici in classe A: 1° trimestre: 80%; 2° trimestre: 85%; 3° trimestre: 85%; 4° trimestre: 90%.</p> <p>b. Ricoveri chirurgici non oncologici (tutte le classi, solo nuovi casi): 2° trimestre 75%, 3° trimestre: 80%; 4° trimestre: 85%.</p> <p>c. Prestazioni di specialistica ambulatoriale (solo prestazioni di diagnostica per immagini, nuovi casi): 3° trimestre: 80%; 4° trimestre: 90%.</p> <p>d. Prestazioni di specialistica ambulatoriale (classe B – 10 gg, solo prime visite): 2° trimestre: 80%; 3° trimestre: 85%; 4° trimestre: 90%.</p> |
| 6. Investimenti | <p>Rispetto dei cronoprogrammi degli interventi finanziati nei programmi di investimento:</p> <p>a. Rispetto del cronogramma degli interventi di edilizia sanitaria ed ammodernamento tecnologico previsti nel PNRR e PNC (M6.C2 1.2. e M6.C2 – 1.1.2.) per l'anno 2022</p> <p>b. Rispetto del cronogramma degli interventi di edilizia sanitaria ed ammodernamento tecnologico ammessi a finanziamento nei piani di investimento regionali approvati dalla G.R. nell'anno 2021 o rimodulati nell'anno 2021</p> |
| 7. Attività di donazione di organi e tessuti | <p>Rispetto dei target indicati dalla Direzione Generale Welfare in merito alla percentuale di casi di donazione di organi e tessuti sul totale dei decessi. DGR 6329/2021</p> <p>Organi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rapporto tra attivazioni collegio morte encefalica/ decessi con lesioni cerebrali acute in terapia intensiva >40%. - Rapporto tra attivazioni collegio morte encefalica/decessi con lesioni cerebrali acute in tutti i reparti della (compresa terapia intensiva) >15%. <p>Multi-tessuto</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rapporto tra n. donazioni multi-tessuto con esito positivo/n. decessi candidabili alla donazione (considerando solo il criterio "età") >2%. <p>Cornee</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rapporto tra n. donatori cornee/n. totale decessi >10%. |
| 8. Tempi di pagamento | Rispetto delle tempistiche previste dalla normativa vigente |
| 9. Trasparenza | Rispetto delle indicazioni relative alla normativa sulla trasparenza |

1) Piano di contrasto al Covid-19

Rispetto dei target vaccini e tamponi:

nel corso del 2022 ATS Brescia ha verificato e attestato a Regione Lombardia riguardanti **il rispetto dei target richiesti** su vaccinazioni e tamponi.

Garanzia di almeno l'8% del personale medico ed infermieristico dedicato alle vaccinazioni e ai tamponi:

nel corso dei primi nove mesi 2022 l'impiego di personale medico ed infermieristico è variato sia in termini di "teste" sia in "FTE", nel rispetto, comunque, delle indicazioni regionali e di ATS di ampliamento/contrazione dell'offerta vaccinale e di tamponi, in rapporto alle reali necessità e senza dispersione né di forza lavoro né di risorse economiche.

Di seguito i dati in Full Time Equivalent (FTE – 38 h/settimana per personale dirigente – 36 h/settimana per personale del comparto) del personale medico/infermieristico dedicato alle vaccinazioni ed ai tamponi dei primi 9 mesi 2022:

| VACCINAZIONI | NR. vaccinazioni COVID | NR. MEDIO GIORNALIERO VACC. COVID | NR. Medio LINEE GIORNALIERE | NR. FTE MENSILE |
|--------------|------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------|
| GENNAIO | 96.398 | 3.110 | 27 | 129 |
| FEBBRAIO | 36.786 | 1.314 | 12 | 107 |
| MARZO | 11.023 | 408 | 4,5 | 43 |
| APRILE | 4.106 | 171 | 2 | 8 |
| MAGGIO | 2.040 | 78 | 2 | 6 |
| GIUGNO | 1.105 | 44 | 1 | 4 |
| LUGLIO | 6.472 | 249 | 2 | 12 |
| AGOSTO | 2.335 | 93 | 1 | 13 |
| SETTEMBRE | 1.135 | 45 | 1 | 13 |
| OTTOBRE | 4.810 | 185 | 2 | 15 |
| NOVEMBRE | 4.152 | 166 | 2 | 15 |
| DICEMBRE | 3.091 | 124 | 2 | 16 |

| TAMPONI: | Nr totale | di cui esterni | NR. FTE MENSILE |
|-----------|-----------|----------------|-----------------|
| gennaio | 33.502** | 18.897 | 17 |
| febbraio | 13.622** | 4.558 | 16 |
| marzo | 10.648** | 3.096* | 12 |
| aprile | 11.330** | 3.031* | 8 |
| maggio | 7.651** | 1.882* | 5 |
| giugno | 5.386** | 880 | 3 |
| luglio | 7.180** | 1.296 | 3 |
| agosto | 6.319** | 585 | 3 |
| settembre | 6.508** | 605 | 3 |
| ottobre | 7.654** | 655 | 4 |
| novembre | 6.705** | 524 | 3 |
| dicembre | 5.607** | 285 | 3 |

*Compresi Ucraini

**Molecolari + Antigenici (esclusi i tamponi eseguiti nei PPSS)

2) Potenziamento rete territoriale

Rispetto del cronoprogramma di realizzazione delle Case di Comunità e degli Ospedali di Comunità secondo le indicazioni della Direzione Generale Welfare:

Questa ASST ha rispettato il cronoprogramma delle attività per l'ANNO 2022 così come sottospesificato:

| Previsione 2022 | Attivazione |
|--|-------------|
| Casa della Comunità Leno | 17/01/2022 |
| Ospedale della Comunità Leno | 17/01/2022 |
| Ospedale della Comunità di Lonato (temporaneamente a Prevalle) | 15/09/2022 |
| Casa della Comunità Nozza | 21/12/2022 |

3) Attuazione legge regionale n. 22/2021

Istituzione dei Distretti entro le tempistiche previste dalla legge regionale e nomina dei Direttori di Distretto:

Con Delibera n. 247 del 29/03/2022, ai sensi della L.R. n. 33/2009 e s.m.i, sono stati istituiti 4 Distretti, come di seguito riportato:

- Distretto Bassa Bresciana Centrale (coincidente con l'ambito n.9 – Bassa Bresciana Centrale): sede di Leno;
- Distretto Bassa Bresciana Orientale (coincidente con l'ambito n. 10 – Bassa Bresciana Orientale): sede di Montichiari;
- Distretto Garda (coincidente con l'ambito n. 11–Garda): sede di Salò;
- Distretto Valle Sabbia (coincidente con l'ambito n. 12–Valle Sabbia): sede di Nozza di Vestone;

Con Delibera n. 248 del 29/03/2022, in ottemperanza al disposto dell'art. 36 comma 5 della Legge Regionale del 14 dicembre 2021 n. 22, sono stati istituiti il Dipartimento Funzionale di Cure Primarie ed il Dipartimento Funzionale di Prevenzione dell'ASST del Garda.

Rispettivamente in data 27/10/2022, 02/11/2022 e 04/11/2022 sono state espletate le procedure di selezione dei Direttori di Distretto a seguito dell'avviso interno per titoli e colloquio deliberato con provvedimento nr. 616 del 12/08/2022 riservato ai dirigenti di ASST del Garda e ATS Brescia ai sensi della nota regionale prot. n. 30261 del 19/07/2022.

Sono stati pertanto individuati e nominati i 4 Direttori di Distretto della ASST del Garda come segue:

- Con Delibera n. 790 del 04/11/2022 è stato nominato Direttore del Distretto Bassa Bresciana Centrale – incaricato dal 04/11/2022;
- con Delibera n. 796 del 08/11/2022 è stato nominato Direttore del Distretto Valle Sabbia– incaricato dall'01/01/2023;
- con Delibera n. 801 del 08/11/2022 è stato nominato Direttore del Distretto Garda– incaricato dall'01/12/2022;
- con Delibera n. 801 del 08/11/2022 è stato nominato Direttore del Distretto Bassa Bresciana Orientale – incaricato dal 03/12/2022;

Con riferimento alla D.G.R. n. XI/6762 del 25/07/2022 avente ad oggetto: "Attuazione LR 22/2021: Regolamento di funzionamento della Conferenza dei Sindaci, del Collegio dei Sindaci, del Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci e dell'Assemblea dei Sindaci del Distretti" si conferma di aver espletato, nel rispetto delle tempistiche previste dall'anzidetta normativa (13/12/2022), gli atti e le procedure di elezione previste a carico di ASST come segue:

- con Delibera n. 819 del 24/11/2022 è stato recepito il Regolamento di funzionamento previsto dalla sopra citata DGR;
- in data 30/11/2022 sono stati eletti Presidente e Vice Presidente della Conferenza dei Sindaci, i componenti del Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci e il componente del Collegio dei Sindaci di ATS Brescia;

- in data 5/12/2022 sono stati eletti Presidente e Vice Presidente dell'Assemblea dei Sindaci del Distretto Bassa Bresciana Centrale e del Distretto Bassa Bresciana Orientale;
- in data 6/12/2022 sono stati eletti Presidente e Vice Presidente dell'Assemblea dei Sindaci del Distretto Garda e del Distretto Valle Sabbia.

Per ogni seduta è stato redatto specifico verbale ed è stata data informazione ad ATS con comunicazione prot. n. 47622 del 12/12/2022.

Al fine di avviare il percorso di conoscenza e integrazione tra i medici di medicina generale e gli infermieri di famiglia e comunità, sono stati definiti due percorsi di presa in carico dei pazienti cronici e dei pazienti fragili condivisi con i MMG del territorio di Leno e di Desenzano secondo un approccio strutturato di medicina di iniziativa all'interno dei quali gli infermieri di famiglia ed altre figure collaborano insieme. I due modelli organizzativi sono stati oggetto di delibera del DG n. 373 del 16.05.2022.

Alla data del 31/12/2022 sono stati presi in carico 168 pazienti cronici e 68 pazienti fragili. Inoltre sono stati individuati in base ai PDTA prevalenti per questi pazienti gli slot di prestazioni e di visite necessari per garantire il follow up in linea con l'indicazione regionale di cui alla nota prot. n. 19603 del 19/05/2022 e comunicati ai delegati delle rispettive medicine di gruppo con nota prot. n. 35914 del 21/09/2022.

Questi due percorsi si collocano all'interno di un coinvolgimento più ampio degli Infermieri di famiglia che da marzo stanno collaborando con tutti i MMG nella presa in carico dei loro assistiti cronici e fragili: alla data del 31.12.2022 i 56 Infermieri di famiglia in servizio hanno preso in carico 2277 utenti.

Inoltre, grazie all'attivazione della Casa di comunità e Ospedale di Comunità di Leno già dall'inizio del 2022, è stato possibile sperimentare il modello organizzativo sopra descritto integrandolo con gli altri servizi infermieristici presenti nella CdC quali il PUA, l'UVMD, l'ADI e le attività dell'assistente sociale e questo ha consentito l'avvio della sperimentazione del Sistema Gestionale Digitale Territorio insieme ad altre ASST coinvolte: l'inserimento della casistica intercettata in CdC e dei pazienti presi in carico da MMG e IfeC ha contribuito allo sviluppo della piattaforma che è andata via affinandosi diventando un supporto validato a livello regionale.

Approvazione dei Piani Organizzativi Aziendali Strategici secondo le indicazioni e le tempistiche indicate dalla Direzione Generale Welfare:

Con Delibera n. 424 del 07/06/2022 è stato adottato il POAS di questa ASST e lo stesso è stato caricato su piattaforma POASWeb con ricevuta di protocollazione n. G1.2022.0024089 del 07/06/2022. L'Azienda ha ottenuto l'approvazione del POAS con DGR XI/6925 del 12/09/2022; inoltre:

- con Delibera n. 589 del 22/09/2022 ha preso atto della suindicata DGR;
- con Delibera n. 711 del 06/10/2022 ha adottato il 1° provvedimento attuativo di nomina dei Direttori di Dipartimento;
- con Delibera n. 757 del 20/10/2022 ha adottato il 2° provvedimento attuativo degli assetti afferenti al Direttore Generale e al Direttore Amministrativo;
- con Delibera n. 814 del 18/11/2022 ha adottato il 3° provvedimento attuativo degli assetti sanitari afferenti al Direttore Sanitario e al Direttore Socio Sanitario.

4) Piano per le liste d'attesa

Rispetto delle indicazioni e raggiungimento dei target previsti dalla DGW in ordine all'attuazione del piano di ripresa 2022, relativamente all'erogazione di prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale da parte degli erogatori. DGR 6002/2022 2° 3° E 4° TRIMESTRE 2022: almeno 110% produzione trimestre 2019 dei ricoveri chirurgici programmati e dell'area specialistica ambulatoriale

Attività di ricovero chirurgico programmato

| Confronto attività chirurgica programmata Aprile-Maggio-Giugno 2022 vs Aprile-Maggio-Giugno 2019 | | | | | | |
|---|--|--|--|---|---|--|
| MONITORAGGIO PIANO PER LE LISTE D'ATTESA 2022 | | | | | | |
| RICOVERI | | | | | | |
| Valore Produzione Piano per le Liste di attesa 2022 (100% del 2019) | | | | Quantità Piano per le Liste di attesa 2022 (100% del 2019) | | |
| | Valore Produzione Ricovero APRILE-MAGGIO-GIUGNO 2022 | Valore Produzione Ricovero APRILE-MAGGIO-GIUGNO 2019 | % Valore Prestazioni 2022 / Valore Prestazioni 2019 (100%) | Quantità Ricoveri APRILE-MAGGIO-GIUGNO 2022 | Quantità Ricoveri APRILE-MAGGIO-GIUGNO 2019 | % Quantità 2022 / Quantità 2019 (100%) |
| TOTALE RICOVERI | 5.968.217,00 | 6.916.288,00 | 86% | 1.951 | 2.301 | 85% |

| Confronto attività chirurgica programmata Luglio-Agosto-Settembre 2022 vs Luglio-Agosto-Settembre 2019 | | | | | | |
|---|---|---|--|---|--|--|
| MONITORAGGIO PIANO PER LE LISTE D'ATTESA 2022 | | | | | | |
| RICOVERI | | | | | | |
| Valore Produzione Piano per le Liste di attesa 2022 (100% del 2019) | | | | Quantità Piano per le Liste di attesa 2022 (100% del 2019) | | |
| | Valore Produzione Ricovero LUGLIO-AGOSTO-SETTEMBRE 2022 | Valore Produzione Ricovero LUGLIO-AGOSTO-SETTEMBRE 2019 | % Valore Prestazioni 2022 / Valore Prestazioni 2019 (100%) | Quantità Ricoveri LUGLIO-AGOSTO-SETTEMBRE 2022 | Quantità Ricoveri LUGLIO-AGOSTO-SETTEMBRE 2019 | % Quantità 2022 / Quantità 2019 (100%) |
| TOTALE RICOVERI | 4.908.351,00 | 5.264.647,00 | 93% | 1.552 | 1.797 | 86% |

| Confronto attività chirurgica programmata Ottobre-Novembre-Dicembre 2022 vs Ottobre-Novembre-Dicembre 2019 | | | | | | |
|---|---|---|--|---|--|--|
| MONITORAGGIO PIANO PER LE LISTE D'ATTESA 2022 | | | | | | |
| RICOVERI | | | | | | |
| Valore Produzione Piano per le Liste di attesa 2022 (100% del 2019) | | | | Quantità Piano per le Liste di attesa 2022 (100% del 2019) | | |
| | Valore Produzione Ricovero OTTOBRE-NOVEMBRE-DICEMBRE 2022 | Valore Produzione Ricovero OTTOBRE-NOVEMBRE-DICEMBRE 2019 | % Valore Prestazioni 2022 / Valore Prestazioni 2019 (100%) | Quantità Ricoveri OTTOBRE-NOVEMBRE-DICEMBRE 2022 | Quantità Ricoveri OTTOBRE-NOVEMBRE-DICEMBRE 2019 | % Quantità 2022 / Quantità 2019 (100%) |
| TOTALE RICOVERI | 6.256.941,00 | 6.395.255,00 | 98% | 2.059 | 2.162 | 95% |

**PRODUZIONE COMPLESSIVA AZIENDALE
GENNAIO-DICEMBRE 2022 RISPETTO A GENNAIO-DICEMBRE 2019**

| | Ricoveri | | |
|---------------|---|---|---|
| | Valore Produzione ricoveri a fine DICEMBRE 2022 | Valore Produzione ricoveri a fine DICEMBRE 2019 | % Valore Produzione 2022 / Valore Produzione 2019 |
| TOTALE | 80.453.310,28 | 93.272.332,69 | 86% |

Si ricorda comunque che, ai fini di un corretto confronto con il 2019, devono essere escluse dal valore 2019 reparti non presenti al 2022 (Riabilitazione Lonato e Pediatria Gavardo) e non compensate da quelle presenti nel 2022 e non nel 2019. **Considerate queste correzioni il valore dei complessivi ricoveri dal 1° gennaio 2022 si attesta al 90% del 2019.**

Attività specialistica ambulatoriale

| Confronto attività ambulatoriale Aprile-Maggio-Giugno 2022 vs Aprile-Maggio-Giugno 2019 | | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|--|
| MONITORAGGIO PIANO PER LE LISTE D'ATTESA 2022 | | | | | | |
| AMBULATORIALE LORDA AL NETTO PRESTAZIONI DIALISI E COMPRESO SCREENING I LIVELLO (PAP TEST) | | | | | | |
| | Valore Produzione Piano per le Liste di attesa 2022 (100% del 2019) | | | Quantità Piano per le Liste di attesa 2022 (100% del 2019) | | |
| | Valore Prestazioni Ambulatoriali APRILE-MAGGIO-GIUGNO 2022 | Valore Prestazioni Ambulatoriali APRILE-MAGGIO-GIUGNO 2019 | % Valore Prestazioni 2022 / Valore Prestazioni 2019 (100%) | Quantità Prestazioni Ambulatoriali APRILE-MAGGIO-GIUGNO 2022 | Quantità Prestazioni Ambulatoriali APRILE-MAGGIO-GIUGNO 2019 | % Quantità 2022 / Quantità 2019 (100%) |
| TOTALE AMBULATORIALE | 4.981.706,68 | 5.916.577,97 | 84% | 131.011 | 157.618 | 83% |

| Confronto attività ambulatoriale Luglio-Agosto-Settembre vs Luglio-Agosto-Settembre 2019 | | | | | | |
|---|---|---|--|---|---|--|
| MONITORAGGIO PIANO PER LE LISTE D'ATTESA 2022 | | | | | | |
| AMBULATORIALE LORDA AL NETTO PRESTAZIONI DIALISI E COMPRESO SCREENING I LIVELLO (PAP TEST) | | | | | | |
| Valore Produzione Piano per le Liste di attesa 2022 (100% del 2019) | | | | Quantità Piano per le Liste di attesa 2022 (100% del 2019) | | |
| | Valore Prestazioni Ambulatoriali LUGLIO-AGOSTO-SETTEMBRE 2022 | Valore Prestazioni Ambulatoriali LUGLIO-AGOSTO-SETTEMBRE 2019 | % Valore Prestazioni 2022 / Valore Prestazioni 2019 (100%) | Quantità Prestazioni Ambulatoriali LUGLIO-AGOSTO-SETTEMBRE 2022 | Quantità Prestazioni Ambulatoriali LUGLIO-AGOSTO-SETTEMBRE 2019 | % Quantità 2022 / Quantità 2019 (100%) |
| TOTALE AMBULATORIALE | 4.612.711,02 | 5.591.479,63 | 82% | 124.396 | 144.478 | 86% |

| Confronto attività ambulatoriale Ottobre-Novembre-Dicembre vs Ottobre-Novembre-Dicembre 2019 | | | | | | |
|---|---|---|--|---|---|--|
| MONITORAGGIO PIANO PER LE LISTE D'ATTESA 2022 | | | | | | |
| AMBULATORIALE LORDA AL NETTO PRESTAZIONI DIALISI E COMPRESO SCREENING I LIVELLO (PAP TEST) | | | | | | |
| Valore Produzione Piano per le Liste di attesa 2022 (100% del 2019) | | | | Quantità Piano per le Liste di attesa 2022 (100% del 2019) | | |
| | Valore Prestazioni Ambulatoriali OTTOBRE-NOVEMBRE-DICEMBRE 2022 | Valore Prestazioni Ambulatoriali OTTOBRE-NOVEMBRE-DICEMBRE 2022 | % Valore Prestazioni 2022 / Valore Prestazioni 2019 (100%) | Quantità Prestazioni Ambulatoriali OTTOBRE-NOVEMBRE-DICEMBRE 2022 | Quantità Prestazioni Ambulatoriali OTTOBRE-NOVEMBRE-DICEMBRE 2022 | % Quantità 2022 / Quantità 2019 (100%) |
| TOTALE AMBULATORIALE | 5.176.959,17 | 6.090.781,86 | 85% | 131.144 | 157.328 | 83% |

Tuttavia, si precisa che il valore di produzione complessivo (al netto di valore ticket e quota ricetta) e compreso il valore tamponi, dal 01/01/2022 al 31/12/2022, si attesta al 102% rispetto al valore di produzione dello stesso periodo 2019, come si evince dalla seguente tabella:

**PRODUZIONE COMPLESSIVA AZIENDALE
GENNAIO-DICEMBRE 2022 RISPETTO A GENNAIO-DICEMBRE 2019**

| Attività Esterna Ambulatoriale e di Pronto Soccorso 28/SAN (al netto di valore ticket e quota ricetta) | | | |
|---|---|---|--|
| | Valore Produzione ambulatoriale a fine DICEMBRE 2022 | Valore Produzione ambulatoriale a fine DICEMBRE 2019 | % Valore Produzione 2022 / Valore Produzione 2019 |
| AMBULATORIALE E PRONTO SOCCORSO ESCLUSI TAMPONI COVID | 45.302.704,75 | 47.927.670,51 | 95% |
| TAMPONI COVID | 3.800.212,00 | - | 0% |
| AMBULATORIALE COMPRESI TAMPONI COVID | 49.102.916,75 | 47.927.670,51 | 102% |

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:

| Obiettivo: ESTENSIONE Screening per la prevenzione del tumore della mammella e del colo-retto | | |
|--|--|-------------------------|
| | Estensione corretta degli inviti nella fascia di età 50-74 anni nel biennio 1 gennaio 2021-31 dicembre 2022 | Target Regionale |
| Screening per la prevenzione del tumore della mammella | 98% | ≥ 95% |
| Screening per la prevenzione del tumore del colon-retto | 97% | ≥ 80% |

| Obiettivo: ESTENSIONE Screening per la prevenzione del tumore della cervice uterina | | |
|--|---|-------------------------|
| | Percentuale donne invitate della coorte di riferimento sul totale delle residenti ASST | Target Regionale |
| Estensione corretta degli inviti per le coorti di nascita 1958 e 1959 con HPV-DNA test nell'anno 1 gennaio 2022-31 dicembre 2022 | 100% (da novembre a fine dicembre 2022) | ≥ 95% |
| Estensione corretta per la coorte 1997 con invito a pap test (o sospensione in caso di copertura con vaccino HPV) | 100% | ≥ 95% |

| Obiettivo: TEMPI DI ATTESA | | |
|---|--|-------------------------|
| | Percentuale delle sedute di secondo livello entro tempo massimo d'attesa previsto dalla DGR 6370/2022 | Target Regionale |
| Screening per la prevenzione del tumore della mammella | 95% | ≥ 90% |
| Screening per la prevenzione del tumore del colon-retto | 84% | ≥ 50% |
| Screening per la prevenzione del tumore della cervice uterina | 4,20% | ≥ 90% |

La criticità del raggiungimento dell'obiettivo dell'esecuzione dell'esame colposcopico entro il tempo massimo di 45 giorni dal prelievo del pap-test è dovuto principalmente ai tempi di refertazione dell'esame: è presente un unico citologo lettore e si è ritenuto di non potenziare tale settore in previsione della centralizzazione di tutta la diagnostica di screening all'ASST Spedali Civili di Brescia.

Inoltre, da novembre 2022 la diagnostica è orientata sul HPV DNA che si è dimostrato più sensibile nel riconoscere le lesioni meritevoli di approfondimento colposcopico.

Comunque, a partire da gennaio 2023 è stata ampliata la disponibilità di sedute di colposcopia di screening e l'obiettivo è in costante monitoraggio.

5) Liste di attesa

Rispetto del tempo massimo di attesa:

- a. Ricoveri chirurgici oncologici in classe A: 1° trimestre: 80%; 2° trimestre: 85%; 3° trimestre: 85%; 4° trimestre: 90%.
- b. Ricoveri chirurgici non oncologici (tutte le classi, solo nuovi casi): 2° trimestre 75%, 3° trimestre: 80%; 4° trimestre: 85%.
- c. Prestazioni di specialistica ambulatoriale (solo prestazioni di diagnostica per immagini, nuovi casi): 3° trimestre: 80%; 4° trimestre: 90%.
- d. Prestazioni di specialistica ambulatoriale (classe B – 10 gg, solo prime visite): 2° trimestre: 80%; 3° trimestre: 85%; 4° trimestre: 90%.

| | I TRIMESTRE | II TRIMESTRE | III TRIMESTRE | IV TRIMESTRE |
|--|-------------|--------------|---------------|--------------|
| RICOVERI CHIRURGICI ONCOLOGICI IN CLASSE A | V 80% | V 85% | V 85% | V 90% |
| RICOVERI CHIRURGICI NON ONCOLOGICI (TUTTE LE CLASSI, SOLO NUOVI CASI) | | V 75% | V 80% | V 85% |
| PRIME VISITE CLASSE B | | V 80% | V 85% | X 90% |
| DIAGNOSTICA PER IMMAGINI (SOLO NUOVI CASI) | | | V 80% | V 90% |

6) Rispetto dei cronoprogrammi degli interventi finanziati nei programmi di investimento:

Rispetto dei cronoprogrammi degli interventi finanziati nei programmi di investimento:

- a. Rispetto del cronoprogramma degli interventi di edilizia sanitaria ed ammodernamento tecnologico previsti nel PNRR e PNC (M6.C2 1.2. e M6.C2 – 1.1.2.) per l'anno 2022
- b. Rispetto del cronoprogramma degli interventi di edilizia sanitaria ed ammodernamento tecnologico ammessi a finanziamento nei piani di investimento regionali approvati dalla G.R. nell'anno 2021 o rimodulati nell'anno 2021

Relativamente alle azioni messe in campo si rimanda al paragrafo "Azioni Strutturali"

7) 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: Numero dei donatori di cornee superiore al 10% dei decessi in ospedale

Decessi in Ospedale = n. 953

Prelievi cornee = n. 21 pari al 2,2%

Al fine di sostenere e promuovere le donazioni di organi con delibera n. 875 del 7.12.2022 è stato istituito il COP 1° livello (Coordinamento Ospedaliero di Procurement) che svolge i seguenti compiti:

- Assicura l'immediata comunicazione dei dati relativi al donatore al Centro Regionale Trapianti al fine dell'assegnazione degli organi e tessuti
- Consulta il Sistema Informativo Trapianti (espressioni di volontà in merito alla donazione)
- Coordina gli atti amministrativi relativi agli interventi di prelievo
- Cura i rapporti con le famiglie dei donatori
- Organizza attività di informazione, educazione e formazione in materia di donazione al personale dell'ASST

8) Tempi di pagamento

Nel 2022 l'Azienda ha sempre rispettato pienamente l'obiettivo delle tempistiche di pagamento. Nei quattro trimestri, infatti, l'Indice di tempestività di Pagamento è sempre stato negativo ed i tempi di pagamento sono sempre stati nettamente inferiori ai 60 giorni previsti dalla normativa. Nella tabella che segue sono elencati gli indici ed i giorni di pagamento registrati nei quattro trimestri e nell'anno intero:

| | ITP | GIORNI DI PAGAMENTO |
|---------------|--------|---------------------|
| I TRIMESTRE | -30,91 | 28,69 |
| II TRIMESTRE | -33,60 | 26,44 |
| III TRIMESTRE | -32,22 | 28,23 |
| IV TRIMESTRE | -33,90 | 27,76 |
| ANNO | -32,72 | 27,74 |

9) Trasparenza

L'Azienda nel 2022 ha rispettato degli adempimenti previsti dalla legge in materia di trasparenza, come attestato dal Nucleo di Valutazione delle prestazioni con verbale n. 3 del 9 giugno 2022.

Obiettivi di Governo Clinico

OBIETTIVO 1 IL RUOLO FONDAMENTALE DEL NEONATOLOGO NEL PERCORSO DI ACCOMPAGNAMENTO AL PARTO

Numero di partorienti nei punti nascita aziendali che hanno partecipato agli incontri con il neonatologo/numero di donne partecipanti agli incontri con il neonatologo

OBIETTIVO 2022 ≥ 80% RAGGIUGIMENTO: 83,3%

OBIETTIVO 2 "RIDUZIONE LIVELLI DI RISCHIOSITA' DEL PARTO ENTRO VALORI MEDI REGIONALI"

- a) mantenere la percentuale di tagli cesarei per classi di robson in linea con la media regionale, con particolare riferimento alle classi 1 e 3:

media regionale 4,6%

media ASST 3,7% (dato portale di governo regionale)

- b) riduzione del numero di sinistri correlati al parto liquidati nel 2022 rispetto alla media dei sinistri liquidati nel triennio precedente (2019-2021)

riduzione rispettata

OBIETTIVO 3 "IMPLEMENTAZIONE DI UN METODO DI GESTIONE ED ATTRIBUZIONE ALLE UU.OO. DELLE SALE OPERATORIE"

E' stata implemetata nuova procedura "Dir San Az IOA 123 GESTIONE DELLE LISTE DI ATTESA PER INTERVENTI CHIRURGICI PROGRAMMATI"

Qui di seguito si riporta la matrice delle responsabilità:

| ATTIVITÀ | MEDICO U.O. AMBULATORIO | DIRETTORE U.O. O SUO DELEGATO | DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO | DIRETTORE SANITARIO/BED MANAGER |
|---|-------------------------|-------------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| Inserimento del paziente in lista d'attesa | R | A | I | |
| Definizione classe di priorità | R | A | I | |
| Definizione ordine di chiamata dei pazienti | C | R | I | |
| Manutenzione della lista d'attesa (mensile) | C | R | A | |
| Reintegro del paziente sospeso dalla lista d'attesa | R | A | I | |
| Rimozione del paziente dalla lista d'attesa | C | R | I | |
| Rivalutazione dei casi fuori dalla classe di priorità | C | R | I | |
| Controllo mensile con estrazione dei dati e verifica dei pazienti fuori dalla classe di priorità | I | C | R | A |
| Controllo di congruenza a campione delle liste d'attesa tra documentazione cartacea e applicativo informatico | I | C | R | A |

| LEGENDA | R | Responsabile che svolge il lavoro |
|---------|---|--|
| | A | Colui che dà approvazione finale |
| | C | Fornisce informazioni sul progetto in modo bidirezionale |
| | I | Da tenere al corrente |

OBBIETTIVO 4 "RIDUZIONE DEI LIVELLI DI SINISTROSITA' NELL'AMBITO DEL DIPARTIMENTO CHIRURGICOI"

INDICATORE: riduzione del numero dei sinistri liquidati nel 2022 rispetto alla media dei sinistri liquidati nel triennio precedente (2019-2021)

N. SINISTRI LIQUIDATI

| AREA | Presidio | 2019 | 2020 | 2021 | Media | 31.12.2022 |
|-------------------|--|----------|----------|----------|-------------|------------|
| | CHIRURGIA BARIATRICA AZIENDALE | 0 | 0 | 0 | 0,00 | 0 |
| | CHIRURGIA GENERALE E SENOLOGIA - DESENZANO | 1 | 1 | 0 | 0,67 | 1 |
| | CHIRURGIA GENERALE GAVARDO | 0 | 0 | 1 | 0,33 | 0 |
| | CHIRURGIA GENERALE MANERBIO | 0 | 3 | 1 | 1,33 | 1 |
| CHIRURGIA | | 1 | 4 | 2 | 2,33 | 2 |
| | DESENZANO | 0 | 0 | 1 | 0,33 | 2 |
| | MANERBIO | 1 | 0 | 2 | 1,00 | 1 |
| O.R.L. | | 1 | 0 | 3 | 1,33 | 3 |
| | DESENZANO | 0 | 0 | 0 | 0,00 | 0 |
| | MANERBIO | 0 | 0 | 0 | 0,00 | 0 |
| OCULISTICA | | 0 | 0 | 0 | 0,00 | 0 |
| | DESENZANO | 0 | 2 | 4 | 2,00 | 5 |
| | GAVARDO | 0 | 1 | 3 | 1,33 | 4 |
| | MANERBIO | 3 | 1 | 2 | 2,00 | 0 |
| ORTOPEDIA | | 3 | 4 | 9 | 5,33 | 9 |
| | DESENZANO | 0 | 0 | 1 | 0,33 | 0 |
| | GAVARDO | 0 | 0 | 0 | 0,00 | 0 |
| | MANERBIO | 0 | 0 | 0 | 0,00 | 0 |

| | | | | | | |
|----------|--|---|---|---|------|---|
| UROLOGIA | | 0 | 0 | 1 | 0,33 | 0 |
|----------|--|---|---|---|------|---|

2.1.3 Obiettivi di Performance - Anno 2023

Il processo di programmazione per l'anno 2023 si articola secondo la seguente tempistica:

| FASE 1 Definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori | | |
|---|--|--------------------------------|
| ATTIVITA' | STRUTTURE COINVOLTE | PERIODO |
| Analisi preliminare, stesura documenti e individuazione obiettivi strategici | Direzione Strategica Controllo di Gestione | Entro il mese di gennaio 2023 |
| Incontro con il Collegio di Direzione per la presentazione degli obiettivi strategici ed avvio del processo di budget | Direzione Strategica Collegio di Direzione | |
| Incontri con assegnazione definitiva Obiettivi ai Direttori di Dipartimenti/Struttura e sottoscrizione schede di budget | Direzione Strategica Direttori di Dipartimento Direttori di Struttura Controllo di Gestione | Entro il mese di Febbraio 2023 |

| FASE 2 Monitoraggio e attivazione di eventuali interventi correttivi, misurazione e valutazione intermedia e finale della performance | | |
|--|---|---------------------|
| ATTIVITA' | STRUTTURE COINVOLTE | PERIODO |
| Monitoraggio mensile, rendicontazione trimestrale ed eventuale rinegoziazione degli obiettivi | Direzione Strategica Controllo di Gestione Direttori Dipartimento Direttori di Struttura | da marzo 2023 |
| Verifica di fine anno del raggiungimento degli obiettivi e assegnazione punteggio scheda di budget | Direttori del Dipartimento Direzione Strategica | febbraio/marzo 2024 |

Riguarderà le seguenti Aree di contrattazione e i seguenti pesi:

| AREE DI CONTRATTAZIONE OBIETTIVI DI BUDGET | DIPARTIMENTI COINVOLTI | PESO AREE |
|---|--|------------------|
| Area obiettivi economici | Tutti i Dipartimenti e i CdR afferenti | 45/100 |
| Area obiettivi altamente strategici | Tutti i Dipartimenti e i CdR afferenti | 55/100 |
| Area obiettivi di governo clinico | | |

Area Obiettivi economici

Verrà assegnato a ciascun CdR, nell'ambito ricoveri, ambulatoriale e psiche, l'obiettivo del 100% dei ricavi dell'anno 2019, rimodulati sulla base dei risultati di produttività conseguiti nell'anno 2022, secondo il seguente schema:

ASSEGNAZIONE BUDGET RICAVI E COSTI ANNO 2023

| Criterio assegnazione per Unità Operativa Budget 2023 Ricavi e Costi | | | |
|---|---|---|--|
| Variazione Ricavi 2022 rispetto al 2019 | Variazione Costi 2022 rispetto al 2019 | Variazione % Ricavi rispetto al 2019 | Variazione % Costi rispetto al 2019 |
| Incremento Ricavi | Incremento Costi | Budget su ricavi 2019 (*) | Budget su costi 2019 (**) |
| Incremento Ricavi | Mantenimento o Decremento Costi | Budget su ricavi 2019 (*) | Budget su costi 2019 (**) |
| Decremento Ricavi | Mantenimento o Incremento Costi | -5% | -5% |
| (*) Ri-attribuiti budget non raggiunti da unità in deficit ad unità in eccesso | | | |
| (**) Ri-attribuiti budget di costo dalle strutture sotto performanti alle strutture performanti | | | |

Area obiettivi altamente strategici

AREA OSPEDALIERA

| Titolo Obiettivo | Descrizione Obiettivo |
|--|---|
| PIANO PER LE LISTE D'ATTESA 2023 E PROGRAMMA DI SCREENING | Rispetto delle indicazioni e raggiungimento dei target previsti dalla Direzione Generale Welfare in ordine all'attuazione del piano di ripresa 2022, relativamente all'erogazione di prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale da parte degli erogatori. 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 d'attesa per i ricoveri chirurgici e per le prestazioni di specialistica ambulatoriale con riferimento alle specifiche classi di priorità, come previste dalla Direzione Generale Welfare. Verrà attivato un monitoraggio trimestrale per la verifica dello stato d'avanzamento. |
| CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE | Contenimento tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali individuate dalla DGR 7475/2022 ed integrate dalla DGR 7819/2023: ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE MAMMOGRAFIA BILATERALE |

| | |
|---|--|
| | <p>TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO</p> <p>TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO</p> <p>DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO</p> <p>ECOGRAFIA CARDIACA</p> <p>ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA</p> <p>ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA E DOPO PROVA FISICA</p> <p>ECOGRAFIA CARDIACA SENZA E CON CONTRASTO</p> <p>ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA</p> <p>ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI</p> <p>ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE</p> <p>ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO</p> <p>ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA</p> <p>PRIMA VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA]</p> <p>SPIROMETRIA GLOBALE</p> <p>ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO</p> <p>PRIMA VISITA CARDIOLOGICA</p> <p>PRIMA VISITA DERMATOLOGICA</p> <p>PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA/DIABETOLOGICA</p> <p>PRIMA VISITA ORTOPEDICA</p> <p>PRIMA VISITA OCULISTICA</p> |
| ATTIVITA' DI DONAZIONE DI ORGANI E TESSUTI | <p>Rispetto dei target indicati dalla Direzione Generale Welfare in merito alla percentuale di casi di donazione di organi e tessuti sul totale dei decessi.</p> <p>Partecipazione a incontri formativi e di sensibilizzazione al tema della donazione di organi e tessuti al fine di un corretto approccio ai familiari del potenziale donatore nonché dell'utilizzo appropriato degli strumenti implementati in Azienda per la gestione del processo.</p> |
| POTENZIAMENTO RETE TERRITORIALE | <p>Rispetto del cronoprogramma di realizzazione delle Case di Comunità e degli Ospedali di Comunità secondo le indicazioni della Direzione Generale Welfare e aziendali.</p> |
| PERCORSI MMG - INFERMIERI DI FAMIGLIA - SPECIALISTI OSPEDALIERI | <p>Coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale e degli Specialisti Ospedalieri nei percorsi individuati per l'infermiere di famiglia in collaborazione con il DAPSS e le Cure Palliative</p> |
| OBIETTIVO RISCHIO CADUTE | <p>Riduzione del tasso di caduta della U.O. ad un valore pari o inferiore al tasso regionale 2019 (2,09 cadute per mille giornate di degenza)</p> <p>Progetto di intelligenza artificiale</p> |
| PDTA MAMMELLA | <p>Stesura ed adozione del PDTA per la gestione della persona a rischio e/o con Tumore alla Mammella.</p> |
| PREVENZIONE INFEZIONI-SEPSI | <p>Costituzione del gruppo di lavoro Aziendale finalizzato alla revisione del PDTA e della successiva conduzione di</p> |

| | |
|--|---|
| | audit su almeno 20 casi di SEPSI estratti dalla lista di campionamento del portale Regionale. Ogni U.O. partecipa al raggiungimento dell'obiettivo del Dipartimento. |
| VACCINAZIONI DEI DIPENDENTI | Anti COVID Antinfluenzale |
| IL BONDING NEI NATI DA PARTO EUTOCICO | Rilevazione della temperatura corporea del neonato da parto eutocico al termine del Bonding |
| PERCENTUALE DI FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE OPERATE ENTRO 2 GIORNI | Percentuale di frattura del collo del femore operate entro 2 giorni > 70% (adesione allo standard di qualità molto alta) |
| ADESIONE AGLI STANDARD DI QUALITA' DEL PNE - AREA CLINICA:GRAVIDANZA E PARTO | Indicatori PNE GRAV1-GRAV2-GRAV3 |
| BREAST UNIT | Nell'ambito dello sviluppo della Breas Unit Interaziendale, adeguamento agli indicatori di qualità riconosciuti |
| SATURAZIONE POSTI LETTO DIPARTIMENTO AREA CHIRURGICA | Nell'ambito di una migliore gestione dei posti letto disponibili è definito un target di almeno il 75%. |
| DEGENZA MEDIA | Degenza media ≤ 8 giorni |
| EFFICIENTAMENTO DEL FLUSSO DEI PAZIENTI DAL PRONTO SOCCORSO | "Interventi per efficientamento del flusso dei pazienti dal Pronto Soccorso", con l'obiettivo di ottimizzare il flusso dei pazienti in Pronto Soccorso. |

AREA TERRITORIALE

Gli obiettivi saranno focalizzati sulla realizzazione dei percorsi di presa in carico all'interno delle Case e degli ospedali di comunità

| Titolo Obiettivo | Descrizione Obiettivo |
|--|--|
| PIANO ANTINFLUENZALE E ATTUAZIONE DEL PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE | Recupero target non raggiunto nel 2022 su LEA, rispetto dei target vaccinali e delle indicazioni previste da Regione Lombardia per il 2023 a livello aziendale |
| INTEGRAZIONE CON I DISTRETTI, ADI E UCP-DOM | Evidenza dei percorsi attivati |
| PROMOZIONE DEGLI STRUMENTI DI VALUTAZIONE CLINICA DEL MALATO | Incremento delle valutazioni con il modello CP rispetto al 2022 |

| | |
|--|---|
| PRESA IN CARICO IN CURE DOMICILIARI | <p>1. Raggiungimento del target previsto da Regione Lombardia per il 2023 pari a 1305 over 65 presi in carico in cure domiciliari a livello aziendale.</p> <p>2. Inserimento nell'applicativo Regionale (SGDT) di almeno 700 PAI a livello aziendale.</p> |
| ATTUAZIONE DEL PIANO REGIONALE AUTISMO | Attuazione delle azioni previste dalle indicazioni regionali. |
| SVILUPPO DELL'INTEGRAZIONE DEI SERVIZI CON L'OPERATIVITA' DELLE CASE DI COMUNITA' | <p>1. Modalità organizzative e operative attivate per i singoli percorsi</p> <p>2. Redazione di un progetto relativo alla doppia diagnosi in collaborazione con i Pronto Soccorso</p> |
| TELEMEDICINA | <p>1. Spirometrie erogate \geq di 30 prestazioni/mese</p> <p>2. Elettrocardiogrammi erogati \geq di 30 prestazioni/mese</p> |
| POTENZIAMENTO E COORDINAMENTO DEI SERVIZI DA EROGARE NELLE CASE DI COMUNITA' | Relazione semestrale alla Direzione Socio Sanitaria con evidenza anche del coinvolgimento dei MMG e PLS |
| PERCORSO DI INTEGRAZIONE NPIA-DISABILITA' SUI DISTURBI SPECIFICI D'APPRENDIMENTO (DSA) | <p>1. n. soggetti presi in carico in base alla procedura già adottata/n. soggetti totali intercettati = 1</p> <p>2. Relazione alla Direzione Socio Sanitaria sull'avvenuta attuazione degli indirizzi regionali con periodicità semestrale</p> |
| GESTIONE DELLE LISTE D'ATTESA PER GLI INGRESSI IN REMS | Relazione semestrale |
| PROSECUZIONE E IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO GAP | Raggiungimento del target previsto da Regione Lombardia o in assenza, dato superiore alla media regionale |
| PARTECIPAZIONE AGLI INCONTRI DI DIPARTIMENTO INTERAZIENDALI | n. interventi attivati/ n. interventi previsti = 100% |
| INVIO DEI FLUSSI INFORMATIVI | n. flussi inviati / n. flussi previsti = 100% |
| ATTIVAZIONE DEL NUOVO CENTRO DI CURA DELLA DEPRESSIONE | Relazione attestante l'attivazione del Cento di Cura della Depressione alla DSS, entro il 31.10.2023 |
| PRESA IN CARICO DEL PERCORSO NASCITA | <p>1. Numero di parti nei tre Presidi Ospedalieri/numero di donne gravide intercettate nei consultori = 80%</p> <p>2. Effettuazione di ecografie di primo livello nei consultori di Leno, Ghedi, Montichiari e Desenzano a tutte le gravidanze fisiologiche</p> |

2.2 Premessa - Strategie di prevenzione e contrasto della corruzione e dell'illegalità all'interno dell'ASST Garda

Finalità principale della presente sezione è quella di assicurare un'attuazione coordinata delle strategie di prevenzione e contrasto della corruzione e dell'illegalità all'interno dell'ASST Garda, attraverso l'ottimizzazione e la razionalizzazione dell'organizzazione e dell'attività interna per il perseguimento dei fini istituzionali all'insegna di criteri di efficacia, efficienza ed economicità.

Il processo di gestione del rischio si sviluppa secondo una logica sequenziale che ne favorisce il continuo miglioramento ed è perciò obiettivo essenziale favorire la ciclicità, sia culturale che metodologica, delle fasi del processo di gestione del rischio corruttivo.

2.2.1 Obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione

Come da indicazioni dell'ANAC, costituiscono contenuto necessario del PIAO gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e quelli di trasparenza, ai quali si rimanda negli specifici **Allegati 3-4**.

L'individuazione degli obiettivi strategici è stata rimessa alla valutazione della Direzione Strategica, tenendo conto della peculiarità dell'organizzazione.

Nell'ottica del miglioramento continuo e del monitoraggio degli obiettivi che l'ASST del Garda si è prefissata per rendere effettiva l'applicazione delle norme in materia di prevenzione della corruzione, nel corso dell'anno 2023 l'Azienda si impegna a:

- mantenere un percorso di coordinamento e collegamento tra la sezione "rischi corruttivi e trasparenza" e la sezione "Performance", al fine di tradurre le misure di prevenzione della corruzione in obiettivi strategici, organizzativi ed individuali assegnati alle Strutture organizzative e ai loro dirigenti, valorizzando la collaborazione tra RPCT e NVP;
- mantenere un'integrazione consolidata tra sistema di monitoraggio semestrale delle misure anticorruzione e i sistemi di controllo interno, al fine di evitare la duplicazione delle misure o l'introduzione di misure eccessive e ridondanti;
- incrementare la formazione dei dipendenti in materia di prevenzione della corruzione, trasparenza e più in generale valore pubblico e cultura della legalità.

2.2.2 Il Responsabile della Prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) e i soggetti che concorrono alla prevenzione della corruzione

Le responsabilità, le funzioni, le modalità di individuazione e nomina, i casi di revoca e le incompatibilità del Responsabile (RPCT) sono individuati con chiarezza dalla norma.

Nell'affidamento dell'incarico di Responsabile della Prevenzione della Corruzione è stato seguito un criterio di rotazione/alternanza tra più dirigenti. Con Delibera n. 254 del 30/03/2022 è stato nominato il nuovo RPCT che a sua volta ha individuato l'assistente all'RPCT che svolge inoltre le funzioni di sostituto in caso di temporanea ed improvvisa assenza del RPCT.

L'Azienda, in considerazione del carattere complesso della sua organizzazione amministrativa e sanitaria, tenendo conto anche dell'articolazione per centri di responsabilità, ha individuato nei Responsabili degli UOC/Services, i Referenti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione. Essi costituiscono punto di riferimento per la raccolta delle informazioni e le segnalazioni al Responsabile della prevenzione della corruzione, fermi restando i compiti del Responsabile e le conseguenti responsabilità, che non possono essere derogati.

I Referenti concorrono con il Responsabile della prevenzione della corruzione a:

- individuare le attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione;
- prevedere, per le attività individuate, meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione;

- assicurare gli obblighi di informazione nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione, chiamato a vigilare sul funzionamento;
- monitorare il rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti;
- monitorare i rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'amministrazione;
- individuare specifici obblighi di trasparenza ulteriori rispetto a quelli previsti da disposizioni di legge.

2.2.3 Altri soggetti coinvolti nella prevenzione della corruzione, ruoli e responsabilità

Il ruolo di coordinamento dell'RPCT non deve essere in alcun modo interpretato dagli altri attori organizzativi come un pretesto alla deresponsabilizzazione in merito allo svolgimento del processo di gestione del rischio. Al contrario, l'efficacia del sistema di prevenzione dei rischi corruttivi è strettamente connessa al contributo attivo di altri attori all'interno dell'organizzazione.

I soggetti che concorrono alla prevenzione della corruzione all'interno dell'ASST del Garda sono:

1. il Direttore Generale;
2. il Gestore delle Segnalazioni di Operazioni Sospette di Riciclaggio;
3. Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni/Performance;
4. l'Ufficio Procedimenti Disciplinari;
5. il Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA);
6. i dirigenti di struttura
7. i dipendenti e i collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda;
8. gli stakeholder (tutti i portatori di interesse, a qualsiasi titolo).

1) Il Direttore Generale

Il Direttore Generale, quale organo di indirizzo dell'Azienda:

- nomina il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- approva il PIAO e i suoi aggiornamenti;
- adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione, quali ad esempio i Regolamenti aziendali e il Codice di comportamento;
- definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza.

2) Gestore delle Segnalazioni di Operazioni Sospette di Riciclaggio

L'art. 6 comma 5 del D.M. del Ministero dell'Interno del 25/09/2015 prevede che le pubbliche amministrazioni possano decidere di affidare l'incarico di "gestore" delle segnalazioni sospette ad altri soggetti, diversi dall'RPCT, provvisti di idonee competenze e risorse organizzative. Tali soggetti dovranno coordinarsi con l'RPCT.

Nel 2017 questa amministrazione ha dato attuazione al Decreto in oggetto con Delibera n. 1374 del 16/11/2017 "Individuazione del gestore delle segnalazioni di operazioni sospette di riciclaggio ed approvazione del relativo regolamento di funzionamento" nella figura del Direttore Amministrativo.

Spetta al gestore delle segnalazioni antiriciclaggio adoperarsi per l'attuazione del suddetto regolamento.

3) Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni/Performance

Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni/Performance è un organismo aziendale previsto anche dalla Delibera di Giunta Regionale di Lombardia n. X/5539 del 02/08/2016 che ne definisce - fra l'altro - composizione, durata e funzioni.

È composto da due componenti esterni all'Azienda/Ente e da un componente appartenente alla Giunta Regionale. Uno dei tre componenti assume la funzione di Presidente. Nel rispetto della procedura fissata dalla citata D.G.R., la nomina dei componenti è di competenza del Direttore Generale dell'Azienda, ma condizionata al preventivo nulla osta dell'O.I.V. regionale.

Il Nucleo di Valutazione delle Performance/Prestazioni è, fra l'altro, competente in ordine alla "misurazione della performance organizzativa ed individuale" nonché della "corretta attuazione delle disposizioni normative in materia di trasparenza e di anticorruzione". Collabora, su varie tematiche, con il Collegio Sindacale e con la Funzione di Internal Auditing dell'Azienda.

Il Nucleo di Valutazione delle Performance/Prestazioni è dotato di autonomia organizzativa ed operativa rispetto ad ogni altra struttura dell'Azienda/Ente e riferisce direttamente del proprio operato al Direttore Generale.

In particolare:

- verifica l'attuazione delle disposizioni normative in tema di trasparenza e anticorruzione;
- svolge attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione posti in capo al RPCT, segnalando i casi di mancato o ritardato adempimento;
- verifica la coerenza tra gli obiettivi di trasparenza e quelli indicati nelle Performance;
- esprime parere obbligatorio sul Codice di comportamento aziendale;
- anche ai fini della validazione della relazione sulle performance, verifica che il PIAO sia coerente con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico gestionale e che, nella misurazione e valutazione delle performance, si tenga conto degli obiettivi connessi alla prevenzione della corruzione e della trasparenza;
- verifica i contenuti della relazione annuale recante i risultati dell'attività svolta dal RPCT, da lui predisposta e trasmessa al NVP, oltre che al Direttore Generale, ai sensi dell'art. 1, co. 14, della Legge n. 190/2012;
- riferisce all'ANAC sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza.

4) L'Ufficio Procedimenti Disciplinari

L'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari:

- opera in raccordo con l'RPCT;
- svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza;
- provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria;
- partecipa all'aggiornamento del Codice di comportamento aziendale.

Con Delibera n. 47 del 19/1/2023 l'ASST del Garda ha approvato il nuovo codice disciplinare e regolamenti di funzionamento dell'ufficio procedimenti disciplinari.

5) Il Responsabile dell'anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA)

Al fine di assicurare l'effettivo inserimento dei dati nell'anagrafe unica delle stazioni appaltanti l'ASST del Garda ha individuato l'Ing. Paolo Carta, Direttore Ufficio Tecnico, quale soggetto

preposto all'iscrizione e all'aggiornamento dei suddetti dati con delibera n. 796 del 13/11/2020 nomina soggetto responsabile dell'anagrafe per la stazione appaltante (R.A.S.A).

6) I Dirigenti di Struttura

Tutti i dirigenti dell'Azienda, per l'area di rispettiva competenza:

- svolgono attività informativa;
- assicurano l'osservanza del Codice etico comportamentale e verificano le ipotesi di violazione;
- adottano le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del personale;
- osservano le misure contenute nel PIAO.

7) I Dipendenti e i Collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda

Tutti i dipendenti e i collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda:

- partecipano al processo di gestione del rischio;
- rispettano le misure necessarie alla prevenzione degli illeciti nell'amministrazione. In particolare, i dipendenti, sia dal personale del Comparto che dalla Dirigenza, rispettano le prescrizioni contenute nel PIAO e prestano la loro collaborazione al RPCT. La violazione delle misure di prevenzione previste dal piano costituisce illecito disciplinare ai sensi dell'art. 1, comma 14, della Legge n. 190/2012 e s.m.i.;
- segnalano le situazioni di illecito nel rispetto delle indicazioni riportate al [link](#) del sito web aziendale, sezione Amministrazione Trasparente.

8) Gli Stakeholder (tutti i portatori di interesse, a qualsiasi titolo)

La partecipazione attiva dei cittadini ed il coinvolgimento dei portatori di interesse sono prioritariamente attuati attraverso un'efficace comunicazione, quale strumento mediante il quale gli stakeholder partecipano al controllo della Pubblica Amministrazione. L'informazione ai cittadini, il rapporto con chi ne rappresenta gli interessi ed il monitoraggio costante dei fattori di non qualità percepiti dagli stessi attraverso il percorso dei reclami, della customer satisfaction, delle tipologie di accesso civico, degli incontri di confronto e della trasparenza del sito istituzionale costituiscono le azioni concretamente messe in campo dall'Azienda, in coerenza con il sistema dei valori di riferimento dell'organizzazione, per garantire l'effettività delle misure preventive del presente Piano.

2.2.4 Metodologia e strumenti per la prevenzione della corruzione

La legge n. 190/2012 prevede il coinvolgimento diretto di tutti i soggetti così come individuati nel precedente paragrafo 2.2.3; in particolare i responsabili a vario titolo dell'organizzazione aziendale devono partecipare attivamente alla gestione del rischio corruttivo.

Il processo "gestione del rischio corruttivo" richiede infatti sia una buona conoscenza dell'organizzazione interna sia del dettato normativo, in continua evoluzione.

Le fasi dell'attività della gestione del rischio si articolano in:

- ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO;
- ANALISI DEL CONTESTO INTERNO;
- MAPPATURA DEI PROCESSI;
- IDENTIFICAZIONE E VALUTAZIONE DEI RISCHI CORRUTTIVI POTENZIALI E CONCRETI;
- PROGETTAZIONE DI MISURE ORGANIZZATIVE PER IL TRATTAMENTO DEL RISCHIO;
- MONITORAGGIO SULL'IDONEITÀ E SULL'ATTUAZIONE DELLE MISURE;
- PROGRAMMAZIONE DELL'ATTUAZIONE DELLA TRASPARENZA.

2.2.4.1 Analisi del contesto esterno

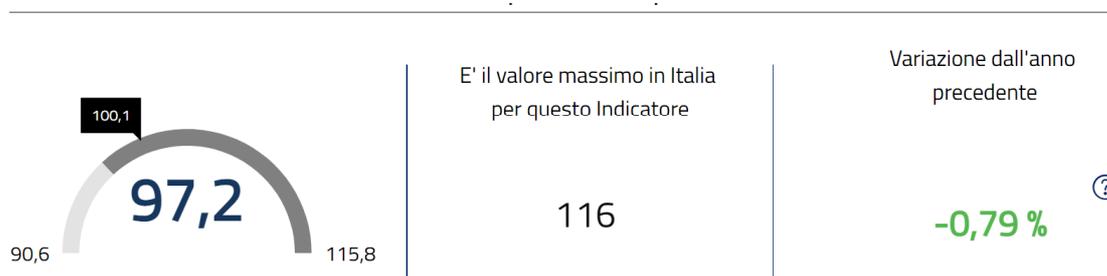
L'analisi del contesto esterno costituisce il punto di partenza per l'avvio del processo di gestione del rischio al fine di evidenziare se e come le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente nel quale opera l'ASST possano determinare un ambiente favorevole al verificarsi di fenomeni corruttivi e condizionare la valutazione del rischio corruttivo ed il monitoraggio dell'idoneità delle misure di prevenzione.

Allo stato attuale esistono alcune fonti di analisi del contesto esterno nonché alcune elaborazioni di indicatori oggettivi che però non riescono a fornire un'immagine sufficientemente nitida dei fenomeni che possono incidere sul rischio corruttivo del territorio afferente all'ASST del Garda.

ANAC ha reso disponibile un cruscotto del contesto territoriale con evidenza degli indicatori di supporto dell'analisi del rischio corruttivo nei territori, andando ad indagare dimensioni tematiche legate all'istruzione, alla presenza di criminalità, al tessuto sociale, all'economia locale e alle condizioni socio-economiche dei cittadini. L'analisi di contesto ha preso in considerazione diciotto indicatori su base provinciale, che sono stati raccolti in quattro domini tematici (istruzione, economia del territorio, capitale sociale e criminalità). [Indicatori di contesto - www.anticorruzione.it](http://www.anticorruzione.it)

Di seguito si riporta l'analisi sintetica per il territorio della provincia di Brescia (ultimo anno di analisi disponibile 2017) in cui si evidenzia una variazione positiva dell'insieme dei 18 indicatori contenuti nei quattro domini tematici

Brescia



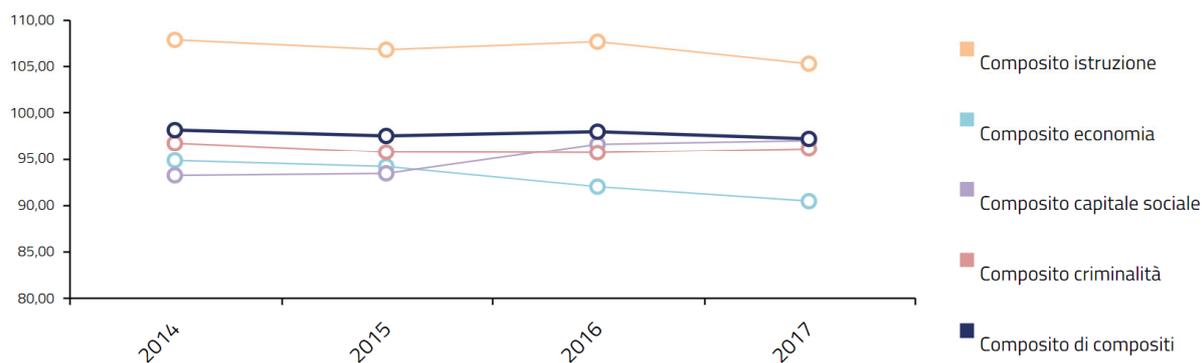
Distribuzione delle variazioni nei singoli domini tematici

Monitoraggio degli indicatori che definiscono il valore del Composito



Indicatori correlati positivamente (all'aumentare dell'indicatore aumenta il rischio corruzione): le variazioni percentuali positive (+) andranno interpretate come un aumento del rischio e viceversa quelle negative (-) come una diminuzione del rischio;

Grafico Indicatori



Si richiamano inoltre i seguenti link di interesse nell'ambito dell'analisi del contesto esterno:

- il collegamento ipertestuale riferito alle Relazioni del Ministero dell'Interno – Direzione Investigativa Antimafia, che riportano una sezione dedicata alla Regione Lombardia (cfr. Relazione semestrale 2° semestre 2020: pagg. 281-291) e relazioni semestri precedenti: <https://direzioneinvestigativaantimafia.interno.gov.it/relazioni-semestrali/>
- il collegamento ipertestuale riferito al Documento risultante da uno studio dell'Osservatorio sulla criminalità Organizzata promosso dall'Università degli Studi di Milano, in collaborazione con Polis Lombardia il primo rapporto di ricerca 'Monitoraggio della presenza mafiosa in Lombardia' <https://www.polis.lombardia.it/wps/portal/site/polis/DettaglioRedazionale/pubblicazioni/studi-e-documenti/gen16008-1parte-presenza-mafiosa>
- secondo rapporto di ricerca 'Monitoraggio della presenza mafiosa in Lombardia' (cfr. capitolo 'La Sanità' pagg. 59-86'): <https://www.polis.lombardia.it/wps/portal/site/polis/DettaglioRedazionale/pubblicazioni/studi-e-documenti/gen16008-iiparte-presenza-mafiosa>

2.2.4.2 Analisi del contesto interno

Si veda la Sezione 1

2.2.4.3 Mappatura dei processi

Nella seduta del Consiglio del 16 novembre scorso, ANAC ha approvato definitivamente il Piano nazionale Anticorruzione (PNA) 2022, che avrà validità per il prossimo triennio, in esito dei lavori svolti in una fase storica complessa che si caratterizza per le molteplici riforme connesse agli impegni assunti con il PNRR. Il nuovo Piano intende supportare gli Enti nel processo di rafforzamento dell'integrità pubblica e nella programmazione di efficaci presidi di prevenzione della corruzione.

Sulla base di questo nuovo documento, nel corso del 2023, si provvederà ad un approfondimento dei processi mappati rivalutandoli secondo le indicazioni pervenute.

Con l'UOC Gestione Risorse Umana è stato introdotto per l'area Gestione Reclutamento del personale, il processo "Procedure di selezione personale dipendente: acquisizione tramite avvisi pubblici/concorsi pubblici" anche a seguito dell'incremento di procedure avviate durante e post periodo emergenziale. Con l'UOC Ufficio Tecnico, inoltre, è già in corso la revisione dell'area contratti con particolare attenzione a quelli avviati con le risorse del PNRR. [Interventi-Straordinari-e-di-Emergenza- -ADESIONE-ACCORDO-QUADRO-COMMISSARIO-STRAORDINARIO.pdf \(asst-garda.it\)](#)

Si è provveduto nel corso del 2022, con la collaborazione dei Responsabili delle UOC/Servizi a rivalutare i processi al fine di poter adeguare la mappatura degli stessi all'attuale realtà organizzativa e gestionale.

| | Servizio | Area/Processi | Livello attenzione | Principali misure generali |
|----|--|---|--------------------|--|
| 1 | UOC AFFARI GENERALI E LEGALI | Stipula Convenzioni passive con Enti Pubblici/Privati | | Disciplina del conflitto di interessi Trasparenza Controllo Regolamentazione |
| 2 | UOC AFFARI GENERALI E LEGALI | Conferimento incarichi a legali esterni | | Rotazione Trasparenza Regolamentazione |
| 3 | UOC AFFARI GENERALI E LEGALI | Approvazione sperimentazioni farmaceutiche e studi osservazionali | | Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento Disciplina del conflitto di interessi Controllo Regolamentazione |
| 4 | UOC GESTIONE RISORSE ECONOMICO FINANZIARIE | Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio- Storni pagamenti nelle casse | | Formazione Controllo Regolamentazione |
| 5 | SERVIZIO FORMAZIONE | Attività formative sponsorizzate | | Regolamentazione Disciplina del conflitto di interessi Controllo |
| 6 | SERVIZIO FORMAZIONE | Partecipazione sponsorizzata dei dipendenti ad eventi esterni | | Disciplina del conflitto di interessi Rotazione Regolamentazione |
| 7 | SERVIZIO FORMAZIONE | Affidamento incarichi esterni | | Disciplina del conflitto di interessi Trasparenza Regolamentazione |
| 8 | DIR. SANITARIA- UFFICIO LIBERA PROFESSIONE – DIREZIONI DI PRESIDIO | Verifiche su orari di svolgimento ALPI | | Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento Disciplina del conflitto di interessi Controllo Regolamentazione |
| 9 | DIR.SANITARIA- UFFICIO LIBERA PROFESSIONE – DIREZIONI DI PRESIDIO | Verifiche di coerenza tra attività prenotata ed erogata | | Trasparenza Controllo Regolamentazione |
| 10 | SERVIZIO GESTIONE ACQUISTI | Contratti: Acquisizione di beni e servizi (diverse fasi) | | Disciplina del conflitto di interessi Semplificazione Rotazione Trasparenza |

| | | | | |
|----|--|--|--|--|
| | | | | Controllo |
| 11 | SERVIZIO INGEGNERIA CLINICA | Contratti Pubblici/Approvvigionamenti (diverse fasi) |  | Disciplina del conflitto di interessi Semplificazione Rotazione Trasparenza Controllo |
| 12 | UOC TECNICO | Contratti Pubblici/Servizi/Lavori/Approvvigionamenti (compreso PNRR e diverse fasi) |  | Disciplina del conflitto di interessi Semplificazione Rotazione Trasparenza Controllo |
| 13 | UOC TECNICO | Alienazione immobili |  | Disciplina del conflitto di interessi Trasparenza Controllo |
| 14 | SERVIZI INFORMATIVI AZIENDALI | Rinnovi manutenzioni software già in uso/Acquisto nuovo software e hardware |  | Disciplina del conflitto di interessi Rotazione Controllo |
| 15 | DAPSS | Mobilità interna intra - presidio |  | Trasparenza Controllo Regolamentazione |
| 16 | DIREZIONI DI PRESIDIO | Controllo attività necroscopica |  | Trasparenza Controllo Regolamentazione |
| 17 | DIREZIONI DI PRESIDIO | Autorizzazione per prestazioni sanitarie extra ospedaliere extra convenzione |  | Trasparenza Controllo |
| 18 | DIREZIONI DI PRESIDIO | Gestione rifiuti speciali |  | Trasparenza Controllo Regolamentazione |
| 19 | RESP. UNICO AZIENDALE LISTE D'ATTESA E DIREZIONI DI PRESIDIO | Gestione lista d'attesa attività di ricovero e prestazioni ambulatoriali |  | Semplificazione Trasparenza Controllo |
| 20 | UOC GESTIONE RISORSE UMANE | Incarichi Dirigenziali di Struttura Complessa |  | Disciplina del conflitto di interessi Rotazione Trasparenza Controllo |
| 21 | UOC GESTIONE RISORSE UMANE | Incarichi Dirigenziali di Struttura Semplice a valenza Dipartimentale e di Struttura Semplice |  | Disciplina del conflitto di interessi Rotazione Trasparenza Controllo |
| 22 | UOC GESTIONE RISORSE UMANE | Procedure di selezione personale dipendente: acquisizione tramite avvisi pubblici/concorsi pubblici |  | Disciplina del conflitto di interessi Rotazione Trasparenza Controllo |
| 23 | UOC GESTIONE RISORSE UMANE | Procedure di selezione personale non dipendente: procedura per l'affidamento di incarichi liberi professionali |  | Disciplina del conflitto di interessi Rotazione Trasparenza Controllo |
| 24 | DISTRETTI | Rilascio esenzione ticket |  | Formazione Trasparenza Controllo Regolamentazione |
| 25 | DISTRETTI | Accesso ADI erogata dagli Enti Pattanti |  | Trasparenza Controllo |
| 26 | DISTRETTI | Assistenza Domiciliare Integrata a gestione diretta |  | Trasparenza Controllo |
| 27 | DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DELLE DIPENDENZE | Gestione degli inserimenti in Strutture Residenziali e Centri Diurni a contratto e non |  | Trasparenza Controllo Regolamentazione |
| 28 | DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DELLE DIPENDENZE | Area Dipendenze/Consegna metadone e altri stupefacenti |  | Formazione Controllo Regolamentazione |
| 29 | SERVIZIO FARMACIA | Approvvigionamenti |  | Controllo Regolamentazione |
| 30 | SERVIZIO FARMACIA | Formazione e informazione scientifica |  | Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento Trasparenza Controllo Regolamentazione |

I processi privi di piano d'azione, con rischio basso nel triennio precedente e/o non attivati nel triennio precedente sono i seguenti: accettazione finanziamenti finalizzati a borse di studio, Gestione pubblicità all'interno delle strutture aziendali, Contributi alla persona con gravi patologie ex DGR 740/2013, 2655/2014, 4249/2015, 5940/2016 – Misura B1, Contributi alla persona "Erogazione Misura RSA aperta, Residenzialità Assistita (ex Misura 4 e Misura 2).

La mappatura dei processi è suscettibile di una continua evoluzione/aggiornamento in sinergia con i diversi responsabili, secondo le indicazioni del PNA 2022 e sulla base delle evidenze emerse dal monitoraggio semestrale previsto su tutti i processi attualmente mappati.

2.2.4.4 Identificazione e Valutazione dei rischi corruttivi potenziali e concreti

Sulla base delle indicazioni espresse con il PNA 2022 si provvederà ad implementare gradualmente l'analisi dei processi, del rischio corrispondente e delle misure con il supporto di un approccio qualitativo.

È in elaborazione la programmazione di iniziative e azioni per migliorare gradualmente nel tempo il dettaglio dell'analisi. Con riferimento alla misurazione e alla valutazione del livello di esposizione al rischio, si è ritenuto opportuno privilegiare un'analisi progressiva di tipo qualitativo, accompagnata da adeguate documentazioni e motivazioni rispetto ad un'impostazione quantitativa che ha previsto l'attribuzione di punteggi. Per ogni oggetto di analisi (processo/attività o evento rischioso) e tenendo conto dei dati raccolti, si è provveduto (ALLEGATO 1) alla misurazione dei rischi dei singoli processi attraverso una scala di misurazione ordinale (alto, medio, basso). Ogni misurazione è stata adeguatamente valutata e motivata alla luce dei dati e delle evidenze raccolte dai Responsabili delle UOC/Servizi/Uffici.

Al fine di poter incrementare nel tempo il livello di comprensione ed utilizzo dell'approccio qualitativo verranno programmati specifici incontri di approfondimento e confronto sul tema.

2.2.4.5 Progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio

L'ASST del Garda interviene sui rischi individuati attraverso varie misure correttive (monitoraggio e verifiche annuali, definizione di protocolli operativi o regolamenti, ecc.) che variano in base alla gravità dei rischi ed al loro impatto sull'organizzazione aziendale.

Le misure previste nella presente sezione si distinguono in generali e specifiche a seconda che riguardino la generalità delle aree a rischio, ovvero siano mirate alla prevenzione del rischio in aree specifiche.

Le misure generali

Formazione

Ai sensi dell'art. 1, comma. 9, lett. b) della Legge n. 190/2012, sono previsti, per le attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione, percorsi di formazione idonei a prevenire il rischio di 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.

Nel Piano Formativo è disponibile, dal 2022 per tutti i dipendenti e non solo per i neoassunti, un corso FAD in tema di anticorruzione e trasparenza. Tale corso verrà integrato con l'attivazione di un corso sulle tematiche della legalità e del valore pubblico.

La RPCT provvede a condividere con tutti i Referenti le novità legislative, regolamenti, istruzioni operative in materia di anticorruzione e trasparenza.

L'Azienda monitora e verifica il livello di attuazione dei processi di formazione e la loro efficacia con questionari somministrati ai soggetti destinatari della formazione.

Trasparenza

A norma di quanto previsto dal D.Lgs. n. 33 del 14 marzo 2013, recante “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni” l’Azienda provvede a implementare costantemente la sezione Amministrazione Trasparente sul proprio sito istituzionale.

Il Responsabile della prevenzione e corruzione svolge anche il ruolo di Responsabile della trasparenza.

La promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce obiettivo strategico dell’amministrazione che si concretizza nella definizione di obiettivi /progetti specifici (Allegato 4). Nell’Allegato 5 sono invece espressi gli adempimenti relativi alla pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati ai sensi della normativa vigente.

Tutela del whistleblower

L’Azienda ha approvato il Regolamento sulle modalità di segnalazione degli illeciti corruttivi da parte dei dipendenti, pubblicato nella sezione amministrazione trasparente al seguente link di collegamento ipertestuale https://www.asst-garda.it/wp-content/uploads/2022/05/ALL.6_Regolamento-illeciti.pdf.

Codice di comportamento aziendale

Il documento “cardine”, adottato in Azienda, e atto a descrivere i valori aziendali e i principi di condotta di tutti gli operatori è il Codice di Comportamento che elenca altresì gli obblighi di condotta richiesti a tutti coloro che, a diverso titolo, operano nell’ambito dell’Azienda.

A seguito dell’emanazione del Codice di Comportamento dei Dipendenti Pubblici (DPR 16.04.2013 n. 62) l’Azienda ne ha dapprima recepito integralmente i contenuti (d.D.G. n. 600 del 31.07.2013) ed in seguito ha approvato un nuovo atto costantemente aggiornato che contiene specifiche indicazioni, modellate sulla realtà di questa Azienda.

In attuazione del Decreto Legge del 30 aprile 2022 n. 36, art. 4 comma 1 lettera a), si è provveduto al suo aggiornamento consultabile sul sito web aziendale al seguente link di collegamento ipertestuale: [Atti Generali | AZIENDA SOCIO-SANITARIA TERRITORIALE DEL GARDA \(asst-garda.it\)](https://www.asst-garda.it/Atti-Generali-AZIENDA-SOCIO-SANITARIA-TERRITORIALE-DEL-GARDA).

L’applicazione del Codice di comportamento aziendale e relativo monitoraggio circa gli esiti della sua applicazione, rappresentano la principale misura generale per il trattamento del rischio corruttivo.

L’Ufficio Provvedimenti Disciplinari (UPD) predispone, con cadenza annuale, una relazione per la RPCT, nella quale viene dato atto dei procedimenti disciplinari attivati e delle sanzioni eventualmente irrogate, nonché delle segnalazioni relative a condotte illecite e/o fatti o illegalità nel rispetto della riservatezza.

L’attività di vigilanza sull’applicazione del Codice è demandata ai dirigenti responsabili di ciascuna struttura aziendale, all’Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD) dell’ASST del Garda, al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza nonché al Servizio Gestione delle Risorse Umane e al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni/Performance.

Rotazione del personale

Tra le misure dirette a prevenire il rischio di corruzione, la norma individua la necessità di declinare il principio di rotazione del personale addetto alle aree a rischio.

Compatibilmente con l’organico e con l’esigenza di mantenere continuità e coerenza di indirizzo delle strutture, l’Azienda applica il principio di rotazione prevedendo che nei settori più esposti a rischio di corruzione siano alternate le figure dei responsabili di procedimento, nonché dei

componenti delle commissioni di gara e di concorso. Di tale alternanza i Responsabili dei Servizi interessati daranno conferma all'RPCT, nell'ambito della rendicontazione dello stato di attuazione dei progetti e dei piani d'azione previsti nel piano triennale.

La definizione dei criteri di rotazione è rinviata ai singoli responsabili relativamente alle posizioni organizzative operanti nelle proprie UU.OO./Servizi, anche sviluppando altre misure organizzative di prevenzione che producano effetti analoghi. Tra queste ultime vi è una corretta articolazione dei compiti e delle competenze.

Rotazione straordinaria

Con delibera n. 215 del 26/03/2021 l'ANAC ha prodotto le linee guida in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria. Nei confronti dei responsabili di Servizio/U.O. si applicherà la rotazione straordinaria nei casi in cui l'avvio di un procedimento disciplinare o giudiziale, amministrativo o penale, inerente materie correlate con la corruzione, faccia emergere situazioni potenzialmente dannose per l'Azienda. La valutazione del caso è condotta dal Direttore Generale e la decisione è assunta con provvedimento formale.

ANAC ha già chiarito nel PNA 2016, cui si rinvia per ogni approfondimento, la differenza e i rapporti tra l'istituto della rotazione del personale c.d. ordinaria introdotto come misura di prevenzione della corruzione dall'art. 1, co. 5, lett. b) della l. 190/2012, e l'istituto della rotazione c.d. "straordinaria" previsto dall'art. 16, co. 1, lett. l-quater d.lgs. 165 del 2001.

Inconferibilità, Incompatibilità e Incarichi extraistituzionali

L'ASST del Garda ha adottato con delibera n. 1418 del 29/12/2016 il Regolamento delle incompatibilità e delle autorizzazioni allo svolgimento di incarichi extraistituzionali.

Il Decreto Legislativo n. 39/2013 recante disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni, ha regolamentato la materia degli incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati di controllo pubblico, disciplinando i casi di inconferibilità e incompatibilità.

ANAC ha pubblicato, nel gennaio 2023, una guida pratica ricavata dalle disposizioni in materia esistenti, volta a guidare le amministrazioni nell'applicazione della complessa disciplina prevista dal decreto legislativo 39/2013 in tema di incompatibilità, inconferibilità.

L'Autorità ha svolto una ricognizione ragionata delle delibere adottate negli anni 2020, 2021 e 2022 in relazione a specifiche ipotesi di inconferibilità e incompatibilità.

Sono tre i documenti pubblicati: *"Catalogazione delle delibere ANAC in materia di inconferibilità e incompatibilità"*, *"pillole esplicative in materia di inconferibilità e incompatibilità"*, e *"conflitto di interessi"* con i relativi riferimenti normativi.

L'Azienda si impegna nel corso del 2023 a far propri i contenuti dei documenti di cui sopra.

Gestione dei conflitti di interesse

Si è in presenza di un conflitto di interessi *"quando un interesse secondario (privato o personale) interferisce o potrebbe tendenzialmente interferire (o appare avere le potenzialità di interferire) con la capacità di una persona di agire in conformità con l'interesse primario di un'altra parte"*. L'interesse primario può riguardare la salute di un paziente, l'oggettività della informazione scientifica, ecc.; l'interesse secondario può essere un guadagno economico, un avanzamento di carriera, un beneficio in natura, un riconoscimento professionale, ecc.

Nella consapevolezza che l'eliminazione di situazioni di conflittualità è uno degli strumenti che concorrono alla prevenzione della corruzione, l'articolo 1 comma 41 della L. 190/2012 ha introdotto, con l'articolo 6 bis della L. 241/1990, l'obbligo di astensione, in caso di conflitto di

interessi, del responsabile del procedimento e dei titolari degli uffici competenti ad adottare pareri, valutazioni tecniche, atti endoprocedimentali e il provvedimento finale, imponendo a tali soggetti l'obbligo di segnalare ogni situazione di conflitto, anche potenziale.

Il conflitto può interessare il dipendente o il coniuge, il parente o l'affine, le persone soggette a tutela o curatela, ovvero soggetti con cui abbia frequentazione abituale oppure organizzazioni nelle quali abbia un ruolo di rilievo, e può fare riferimento a rapporti patrimoniali e finanziari, grave inimicizia, liti giudiziarie, indebite pressioni politiche o sindacali, gravi ragioni di convenienza, dubbi sull'imparzialità della Pubblica Amministrazione, lesione anche potenziale all'immagine dell'Azienda.

Divieti specifici sono dettati per attività relative a gestione di risorse finanziarie, appalti, concorsi, affidamento di incarichi, riconoscimento di vantaggi economici e relative commissioni.

Per quanto riguarda le procedure concorsuali e di reclutamento, l'ASST del Garda, conformemente a quanto prevede la normativa, acquisisce dichiarazione dei membri della commissione in merito alla insussistenza di profili di incompatibilità con i candidati; dal personale in assunzione/reclutamento vengono acquisite dichiarazioni circa l'insussistenza di cause di conflitto di interessi, di inconfiribilità e di incompatibilità ai sensi del D.Lgs. n. 39/2013 (sostitutiva di certificazioni e atti di notorietà, ex artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e ss.mm.ii.).

Verrà prestata particolare attenzione per i contratti che utilizzano i fondi PNRR e i fondi strutturali, in un'ottica di rafforzamento dei presidi di prevenzione, che i dipendenti per ciascuna procedura di gara in cui siano coinvolti forniscano un aggiornamento della dichiarazione con le informazioni significative in relazione all'oggetto dell'affidamento.

Divieto di pantouflage

La L. n. 190/2012 ha introdotto un nuovo comma nell'ambito dell'art. 53 del D. Lgs. n. 165/2001 volto a contenere il rischio di situazioni di corruzione connesse all'impiego del dipendente successivo alla cessazione del rapporto di lavoro. Il rischio valutato dalla norma è che durante il periodo di servizio il dipendente possa arbitrariamente predeterminare situazioni lavorative vantaggiose e così sfruttare a proprio fine la sua posizione e il suo potere all'interno dell'amministrazione per ottenere un lavoro per lui attraente presso l'impresa o il soggetto privato con cui entra in contatto. La norma prevede quindi una limitazione della libertà negoziale del dipendente per un determinato periodo successivo alla cessazione del rapporto per eliminare la "convenienza" di accordi fraudolenti.

L'ambito della norma è riferito a quei dipendenti che nel corso degli ultimi tre anni di servizio hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'amministrazione con riferimento allo svolgimento di attività presso i soggetti privati che sono stati destinatari di provvedimenti, contratti o accordi. I "dipendenti" interessati sono coloro che per il ruolo e la posizione ricoperti nell'amministrazione hanno avuto il potere di incidere in maniera determinante sulla decisione oggetto dell'atto e, quindi, coloro che hanno esercitato la potestà o il potere negoziale con riguardo allo specifico procedimento o procedura (dirigenti, funzionari titolari di funzioni dirigenziali, responsabile del procedimento nel caso previsto dall'art. 125, commi 8 e 11, del d.lgs. n. 163/2006).

I predetti soggetti nel triennio successivo alla cessazione del rapporto con l'amministrazione, qualunque sia la causa di cessazione (e quindi anche in caso di collocamento in quiescenza per raggiungimento dei requisiti di accesso alla pensione), non possono avere alcun rapporto di lavoro autonomo o subordinato con i soggetti privati che sono stati destinatari di provvedimenti, contratti o accordi.

Di seguito le attuali azioni in corso, così come dichiarate in fase di monitoraggio al 30/11/2022 dai Responsabili dei Servizi:

| | |
|-------------------------------|--|
| UOC GESTIONE RISORSE UMANE | L'Ufficio giuridico al termine del rapporto di lavoro somministra a tutti i Dirigenti ed ai funzionari di categoria D e Ds l'informativa ex art. 53 - comma 16 TER - D.Lgs n. 165/2001. |
| SERVIZIO GESTIONE ACQUISTI | Negli atti di procedura i Concorrenti dichiarano, ai sensi del DPR 445/2000: di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque, di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'ASST del Garda, per il triennio successivo alla cessazione del rapporto. |
| UOC UFFICIO TECNICO | Attraverso il DGUE (Documento di Gara Unico Europeo), che deve essere compilato dall'operatore economico in sede di presentazione dell'offerta, è espressamente inserita (punto 7 a pag. 10) la specifica previsione per cui il concorrente è tenuto a rilasciare la dichiarazione di versare ovvero non versare nella situazione di pantouflage. Per le procedure di affidamento diretto la cui soglia è al di sotto dei 139.000 €, ove non è utilizzato il DGUE, è stata inserita nella lettera di invito specifica clausola di non trovarsi nella condizione prevista dall'art. 53 comma 16-ter del D.Lgs. 165/2001 (pantouflage o revolving door) |
| SERVIZI INFORMATIVI AZIENDALI | Inserito nelle condizioni di acquisto preciso riferimento al Decreto n. 62 del 31.01.2020 e dichiarazione da sottoscrivere di non avere attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'ASST del Garda, per il triennio successivo alla cessazione del rapporto |
| SERVIZIO INGEGNERIA CLINICA | Sono in corso di valutazione, in collaborazione con altri Servizi aziendali, idonee misure per acquisizione di informazioni. |

Il Sistema dei controlli interni

Nella pubblica amministrazione sono previsti controlli diversi, in base alle differenti finalità.

Presso l'ASST del Garda sono presenti i controlli di seguito riportati:

A) con riferimento agli istituti di cui al D. Lgs. n. 286 del 30 luglio 1999 e D. Lgs. n. 150 del 27.10.2009 e s.m.i.:

- 1) il **controllo di regolarità amministrativa e contabile**, diretto a garantire la legittimità, la regolarità e la correttezza dell'azione amministrativa;
- 2) il **controllo di gestione**, volto alla verifica dell'efficacia, dell'efficienza e dell'economicità dell'azione amministrativa, al fine di ottimizzare il rapporto tra costi e risultati, anche attraverso interventi di correzione;
- 3) il **controllo e la valutazione delle performance/prestazioni** assolto dal Nucleo di valutazione delle Prestazioni/Performance. Si tratta di un controllo che racchiude la valutazione della performance organizzativa e individuale;

B) con riferimento ad altre norme:

- 4) il **controllo assolto dal Collegio Sindacale** (art. 13, c. 14 della L.R. n. 33/2009 e s.m.i.) che riguarda la regolarità amministrativa contabile e la vigilanza sulla gestione economica, finanziaria e patrimoniale;
- 5) il **Collegio di Direzione** (L.R. n. 23/2015 e s.m.i., Deliberazione della Giunta Regionale n. X/4979 del 30.03.2016), organo dell'ASST che ha la funzione di coadiuvare e supportare la Direzione Generale per l'esercizio della funzione di governo dell'ASST con funzioni consultive e propositive;
- 6) le funzioni di **Internal Auditing** (L.R. n. 17 del 4 giugno 2014), strumento per la valutazione dell'efficacia dei sistemi di controllo interni. E' una funzione indipendente, che risponde

direttamente al Direttore Generale, fornisce il supporto per implementare interventi rivolti alla risoluzione di anomalie e al miglioramento dei processi. Entro il 31 gennaio di ogni anno viene approvato un piano annuale;

7) il **Sistema di gestione per la qualità aziendale e risk management:**

- entrambi, per le rispettive competenze, contribuiscono alla verifica dei processi e degli standard ottimali di esecuzione delle prestazioni;
- attraverso la predisposizione di protocolli, procedure, istruzioni operative e gestionali vengono descritte le modalità di governo ed esecuzione dei processi sia sociosanitari sia tecnico amministrativi;

8) il **Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;**

9) il **Responsabile della protezione dei dati personali (RPD - DPO)** (Regolamento Europeo n. 679 del 27 aprile 2016) quale supervisore indipendente cui compete

- informare e fornire consulenza a dipendenti degli obblighi derivanti dal regolamento europeo;
- sorvegliare sulle attribuzioni delle responsabilità, sulle attività di sensibilizzazione, formazione e attività di controllo;
- fungere da punto di contatto e collaborare con l’Autorità Garante per la protezione dei dati personali;
- controllare che le violazioni dei dati personali siano documentate, notificate e comunicate (Data Breach).

L’ASST del Garda ha disposto di affidare alla Società LTA S.r.l. di Roma, l’incarico di DPO ed il servizio di assistenza e supporto in ambito di Data Protection – Trattamento dei dati personali Regolamento 679/2016/UE.

10) Il **Servizio Prevenzione e Protezione (SPP)** (D. Lgs. n. 81 del 2008): è l’insieme dei soggetti, dei sistemi e mezzi esterni o interni all’ASST finalizzati all’attività di prevenzione e protezione dei rischi professionali per i lavoratori. Il Responsabile (RSPP), designato dal Datore di Lavoro, ha la funzione di dare coordinamento e razionalità agli interventi del Servizio; -collabora con il datore di lavoro ai fini della valutazione dei rischi, il Medico competente secondo quanto previsto dall’art. 29, comma 1, del DLGS n. 81/2008;

11) Il **Percorso attuativo della certificabilità dei bilanci (PAC):**

- il percorso PAC è finalizzato al raggiungimento degli standard procedurali necessari a garantire la certificabilità dei dati e dei bilanci degli enti del SSL;
- le azioni si sviluppano nel rispetto dell’ordine di priorità assegnato da Regione Lombardia per ciascuna area tematica ed in coerenza con il modulo organizzativo adottato;

12) Le **attività con finalità di antiriciclaggio** (art. 10 del D. Lgs. n. 231/2007) affidate al gestore delle segnalazioni di operazioni sospette di riciclaggio:

- le Pubbliche Amministrazioni svolgono un ruolo di cooperazione nel sistema di contrasto al fenomeno di riciclaggio e finanziamento del terrorismo;
- le pubbliche amministrazioni sono tenute a comunicare all’Unità di informazione Finanziaria, (UIF) istituita presso la banca d’Italia, dati e informazioni concernenti le operazioni sospette di cui vengono a conoscenza nell’esercizio della propria attività istituzionale.

Le misure specifiche

Le misure specifiche relative alle singole aree di rischio suddivise per area di interesse, che si aggiungono a quelle generali trasversali indicate nei punti precedenti, vengono riportate nell’Allegato 2 al presente Piano.

2.2.4.6 Monitoraggio sull' idoneità e sull' attuazione delle misure

Le azioni e le misure previste in tema di anticorruzione e trasparenza richiedono un'attività di monitoraggio periodico, da parte del RPCT, dei Responsabili di Struttura e da parte del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni/Performance.

Il RPCT controlla con continuità l'assolvimento degli obblighi previsti dalla normativa vigente, dalle disposizioni dell'ANAC e dal presente Piano con periodicità semestrale.

Inoltre, il RPCT propone i necessari adeguamenti, dovuti a novità normative o attinenti all'attività ed all'organizzazione dell'Azienda.

Per i monitoraggi, sugli adempimenti di cui:

- alle misure generali di prevenzione della corruzione previste dal presente Piano, si rimanda alla Relazione Annuale del RPCT per l'anno 2022, pubblicata sul sito aziendale nella sezione Amministrazione Trasparente all'indirizzo <https://www.asst-garda.it/amministrazione-trasparente/relazione-del-responsabile-per-la-prevenzione-della-corruzione/>. Nella stessa è contenuta l'analisi conclusiva del RPCT delle risultanze della mappatura.
- alle misure specifiche di prevenzione della corruzione previste dal presente Piano, si rimanda all'Allegato 2 al presente Piano.

2.2.4.7 Programmazione dell'attuazione della trasparenza

La trasparenza costituisce una modalità efficace non soltanto nella prevenzione della corruzione ma anche quale strumento di dialogo con i cittadini e le imprese.

Sono state messe in campo soluzioni organizzative idonee ad assicurare l'adempimento degli obblighi di pubblicazione di dati e informazioni previsti dalla normativa vigente ed è volta, così come richiesto dalla normativa in materia, a garantire un adeguato livello di trasparenza e sviluppare la legalità e lo sviluppo della cultura dell'integrità.

Modifiche significative sono state apportate al D. Lgs. n. 33/2013, ridefinendo l'ambito soggettivo ed oggettivo di applicazione degli obblighi in materia di trasparenza ed introducendo una nuova forma di accesso civico ai dati, documenti ed informazioni, anche se non sono stati resi pubblici, detenuti dalle pubbliche amministrazioni e dai soggetti individuati nel D.Lgs. n. 97/2016, in analogia agli ordinamenti aventi il "Freedom of information act" (F.O.I.A.).

Il regolamento e la modulistica per le richieste di accesso sono disponibili nella sezione Amministrazione Trasparente del sito web aziendale, nella pagina relativa all'accesso civico.

Sono stati individuati obiettivi strategici in materia di trasparenza, elaborati tenendo conto della peculiarità dell'organizzazione.

Nell'ottica del miglioramento continuo e del monitoraggio degli obiettivi che l'ASST del Garda si è prefissata per rendere effettiva l'applicazione delle norme in materia di Trasparenza quale misura di prevenzione della corruzione, nel corso dell'anno 2023 l'Azienda si impegna a promuovere i progetti di trasparenza di cui allegato 4

È mantenuto un percorso di coordinamento e collegamento tra Piano della trasparenza e Piano delle Performance, al fine di tradurre la misura della trasparenza in obiettivi strategici assegnati alle Strutture organizzative e ai loro dirigenti.

Gli adempimenti degli obblighi previsti dal D. Lgs n.33/2013, modificato ed integrato dal D. Lgs. n. 97/2016, sono esplicitati nella tabella Allegato 5 "GRIGLIA SITO AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE"; questi ultimi sono stati novellati dall'Allegato 9 al PNA 2022, per la sezione "Bandi di gara e contratti". Per questa sezione si riportano in barrato gli obblighi di pubblicazione attualmente in essere che continueranno ad essere pubblicati e gradatamente sostituiti con la nuova griglia in evidenza a fine allegato 5.

La mancata collaborazione al RPCT da parte dei Dirigenti e Responsabili della pubblicazione dei dati sarà considerata ai fini delle sanzioni disciplinari previste dalle norme e per la valutazione negativa della performance. In particolare nei confronti del responsabile della pubblicazione dei dati di cui all'art. 14 co. 1-ter, relativa agli emolumenti complessivi percepiti a carico della finanza pubblica, in caso di mancata pubblicazione, si applica la sanzione di cui all'art. 47, co. 1-bis del D.Lgs. n. 33/2013 così come novellato dalla Legge n. 160/2019.

Monitoraggio

Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni/Performance (NVP) è tenuto a verificare la coerenza tra gli obiettivi di trasparenza e quelli indicati nel piano della performance, utilizzando altresì i dati relativi all'attuazione degli obblighi di trasparenza ai fini della valutazione delle performance.

L'attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione, posta in capo al RPCT, è svolta con il coinvolgimento del NVP, al quale il RPCT segnala i casi di mancato o ritardato adempimento; resta immutato il compito del NVP concernente l'attestazione dell'assolvimento degli obblighi di trasparenza, previsto dal D. Lgs. n. 150/2009 e s.m.i..

La sezione richiede un'attività di monitoraggio periodico, sia da parte del RPCT, sia da parte dei Responsabili di Struttura, che da parte del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni/Performance.

Il RPCT controlla con continuità l'assolvimento degli obblighi previsti dalla normativa vigente, dalle disposizioni dell'ANAC e dal presente Piano e riferisce agli organi di governo dell'Azienda sullo stato di attuazione e su eventuali problematiche emerse.

Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni/Performance svolge importanti compiti in materia di verifica sull'assolvimento degli adempimenti degli obblighi di trasparenza attraverso un'attività costante. I risultati dei controlli confluiscono nella relazione annuale che il NVP deve presentare ai vertici dell'Azienda, ai sensi dell'art. 14, co. 4 lett. a) del D.Lgs. n. 150/2009.

L'attività svolta dal NVP è funzionale anche all'individuazione di inadempimenti che possono dar luogo alla responsabilità prevista dall'art. 11, co. 9 del D. Lgs. n. 150/2009 (*in caso di mancata realizzazione del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità o in caso di mancato assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui ai commi 5 ed 8 è fatto divieto di erogazione della retribuzione di risultato ai dirigenti preposti agli uffici coinvolti*).

Le sanzioni per eventuali inadempienze di cui al presente piano sono disciplinate dagli artt. 46 e 47 del D. Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.

Le ordinarie funzioni di controllo per le parti di specifica competenza rimangono a capo dei Direttori/Responsabili di Struttura, responsabili della pubblicazione dei dati di competenza di cui al D. Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.

È stata acquisita e pubblicata nella sezione specifica, la certificazione del NVP in data 26/06/2022 in merito agli adempimenti in tema di trasparenza, trasmessa ad ANAC in data 30/06/2022. [Link Attestazioni OIV o struttura analoga | AZIENDA SOCIO-SANITARIA TERRITORIALE DEL GARDA \(asst-garda.it\)](https://www.asst-garda.it/Attestazioni_OIV_o_struttura_analoga_|_AZIENDA_SOCIO-SANITARIA_TERRITORIALE_DEL_GARDA_(asst-garda.it))

Il controllo, secondo le indicazioni della Delibera n. 201 del 13 aprile 2022, di tutte le sezioni ha dato esito di piena conformità.

È stato pubblicato il rendiconto in attuazione dell'obbligo di pubblicazione introdotto e garantire la conoscibilità delle erogazioni a tutti gli interessati secondo lo schema uniforme elaborato congiuntamente da ANAC con il MEF. [Attestazione obblighi pubblicazione \(asst-garda.it\)](https://www.asst-garda.it/Attestazione_obblighi_publicazione_(asst-garda.it)). La regolamentazione in tema di donazioni, formalizzata con Decreto n. 458 del 07.11.2019 ed aggiornata con Decreto n. 487 del 16/06/2021, è stata il punto di riferimento per la gestione delle proposte di liberalità.

È stato svolto un ruolo di stimolo e coordinamento in merito all'attuazione, da parte delle UOC coinvolte, delle "linee guida trasparenza e tracciabilità della fase esecutiva dei contratti pubblici di

lavori, servizi e forniture” di cui alla D.G.R. n. XI/5408 del 25 ottobre 2021, poi aggiornate D.G.R. n. XI/ 6605 del 30/06/2022 in relazione alla necessità di tracciamento della fase esecutiva dei contratti pubblici di lavori servizi e forniture, come strumento per la trasparenza degli appalti e sicurezza dei cantieri e quale intervento regionale per la prevenzione e contrasto della criminalità. link relativo alla piattaforma “T&T - Trasparenza e Tracciabilità e adempimenti Anagrafe degli Esecutori” <https://www.asst-garda.it/amministrazione-trasparente/documentazione-informativa/>;

Si conferma la consueta pubblicazione delle delibere del programma biennale degli acquisti di beni e servizi [Documentazione informativa | AZIENDA SOCIO-SANITARIA TERRITORIALE DEL GARDA \(asst-garda.it\)](#) e del programma triennale dei lavori pubblici [Programma-triennale-delle-opere-pubbliche-2022-2024.pdf \(asst-garda.it\)](#).

Si è provveduto alla revisione della procedura DirAmAz PT06 “Gestione della sezione Amministrazione Trasparente nel sito web aziendale”, precedentemente emessa nel 2018, al fine di renderla aderente all’attuale organizzazione aziendale.

È stato rivisto il complesso regolamentare pubblicandone i relativi aggiornamenti. Da segnalare la revisione del regolamento in merito alle segnalazioni, suggerimenti, reclami ed encomi all’ente, ritenuto di significativo interesse per la partecipazione dei cittadini alla vita dell’Azienda.

Non sono pervenute all’RPCT, nel periodo di riferimento, richieste e controlli da parte degli enti preposti o sovraordinati.

2.2.5 Le Sanzioni

L’ANAC con delibera n. 66/2013 ha disposto che ciascuna amministrazione provveda, in regime di autonomia, a disciplinare con proprio regolamento il procedimento sanzionatorio, ripartendo tra i propri uffici le competenze, in conformità con alcuni principi di base posti dalla legge n. 689/1981 “Modifiche al sistema penale”.

Tra i più importanti, quelli sui criteri di applicazione delle sanzioni (art. 11); quello del contraddittorio con l’interessato (art. 14); quello della separazione funzionale tra l’ufficio che compie l’istruttoria e quello al quale compete la decisione sulla sanzione (art.17-18).

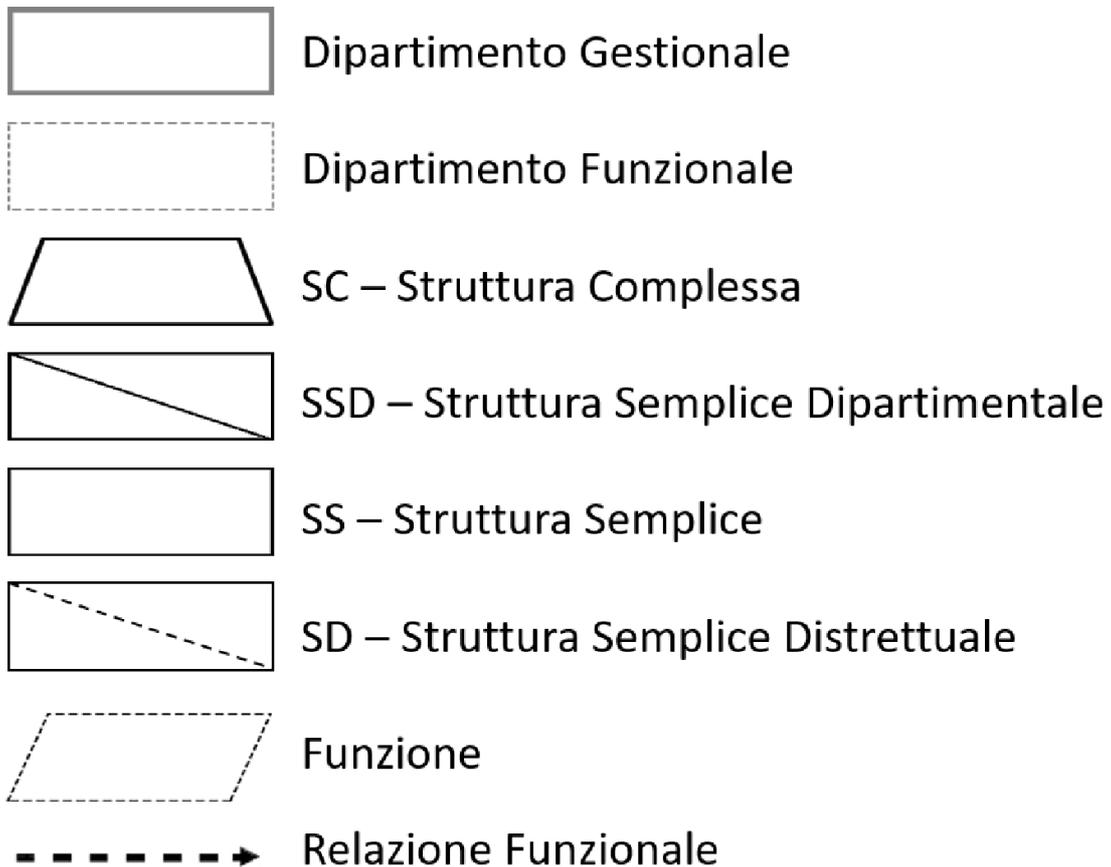
Questi ultimi agiranno sulla base dei principi contenuti nella Legge n. 689/1981.

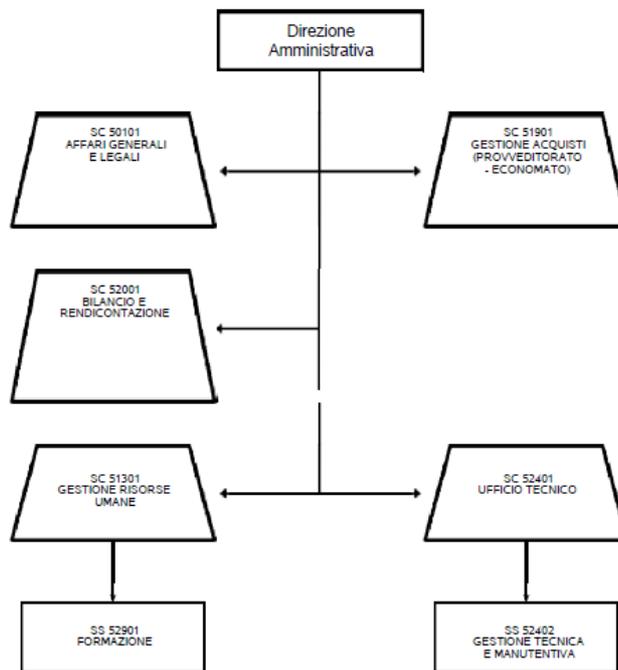
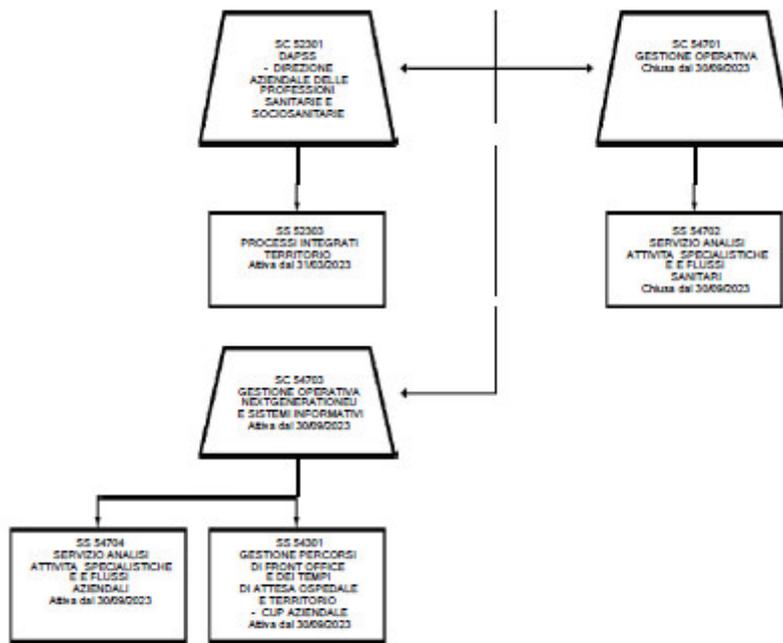
SEZIONE 3 - ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

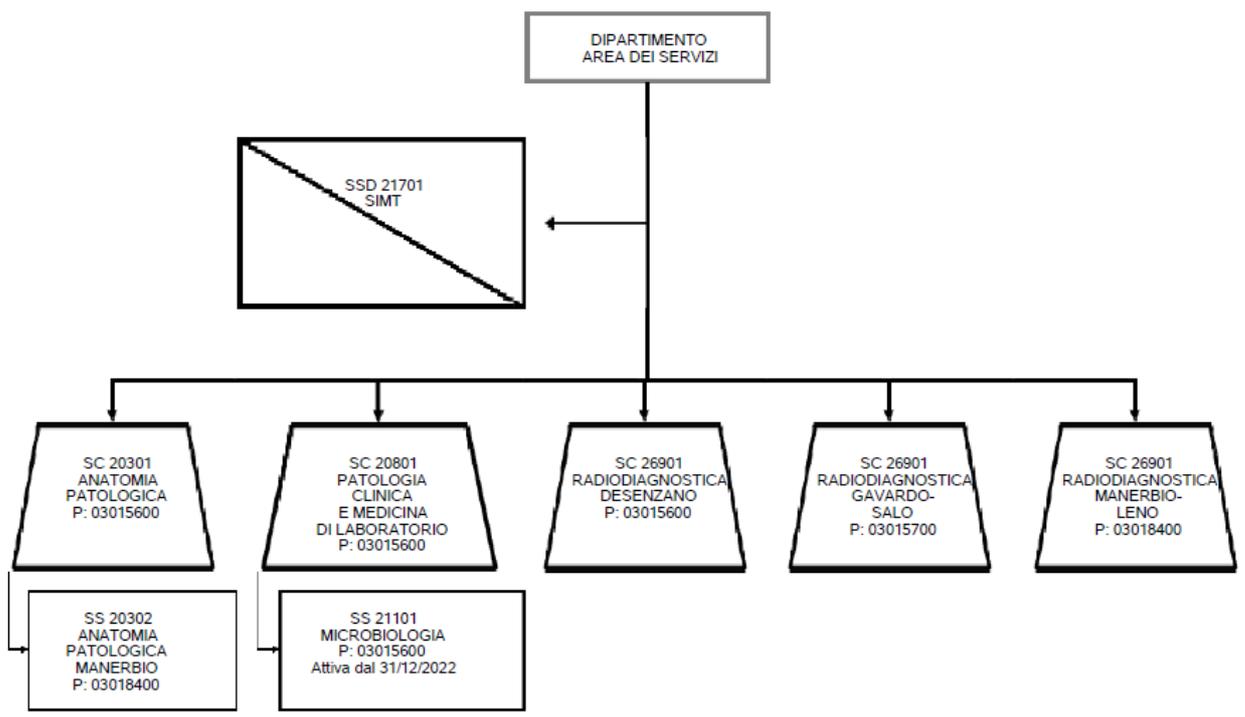
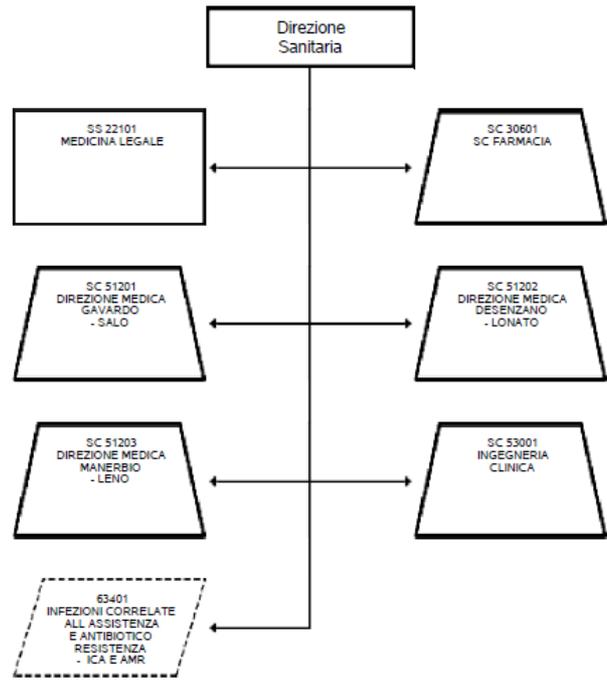
3.1. Struttura Organizzativa

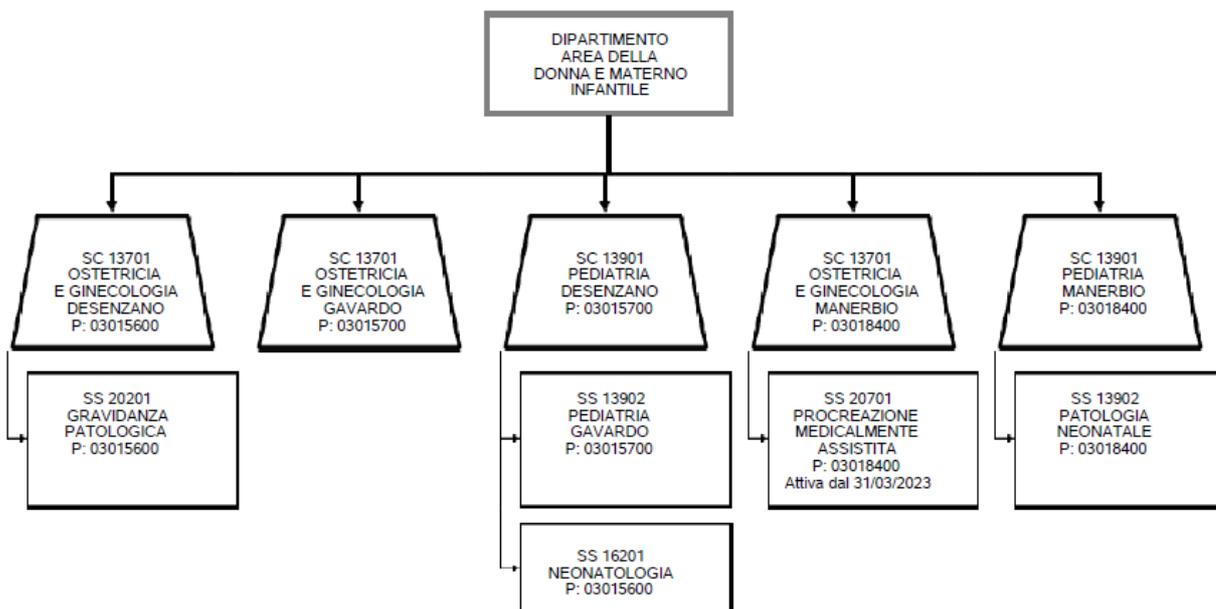
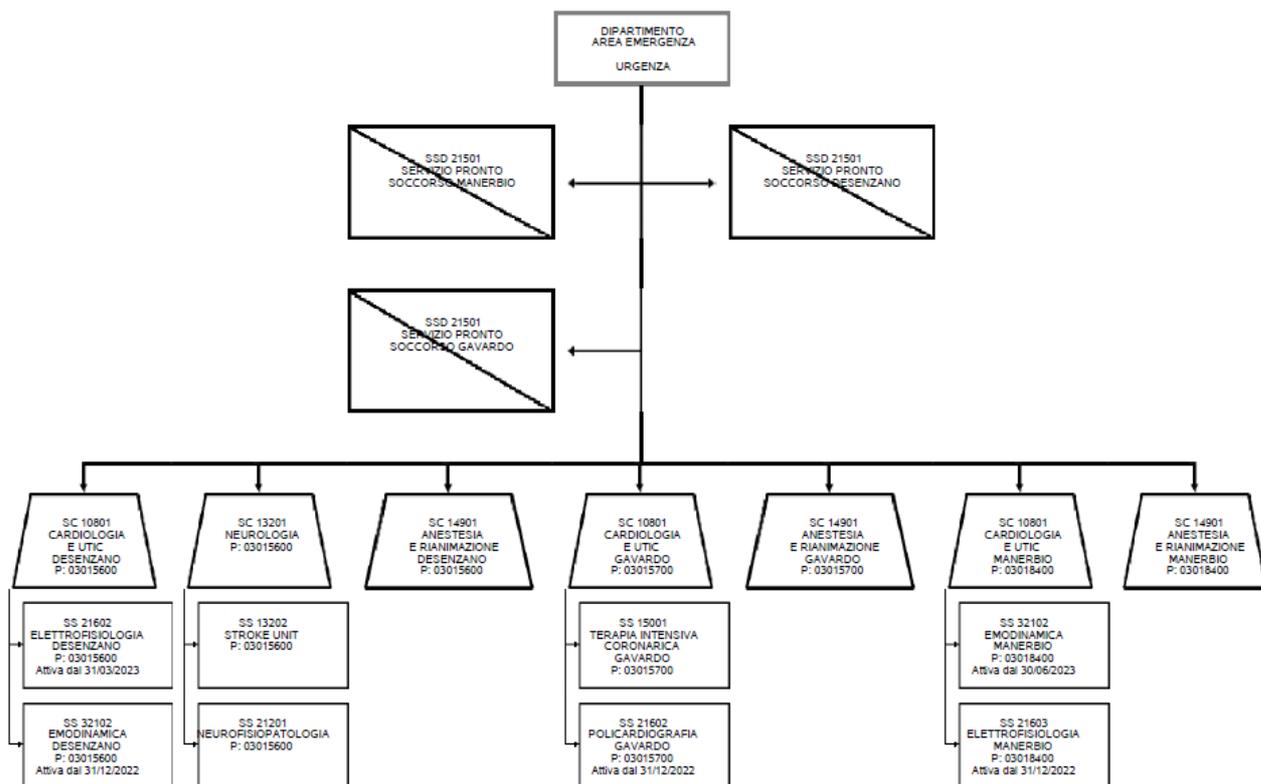
Il Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) vigente è stato approvato con D.G.R. n. X/6925 del 12/9/2022.

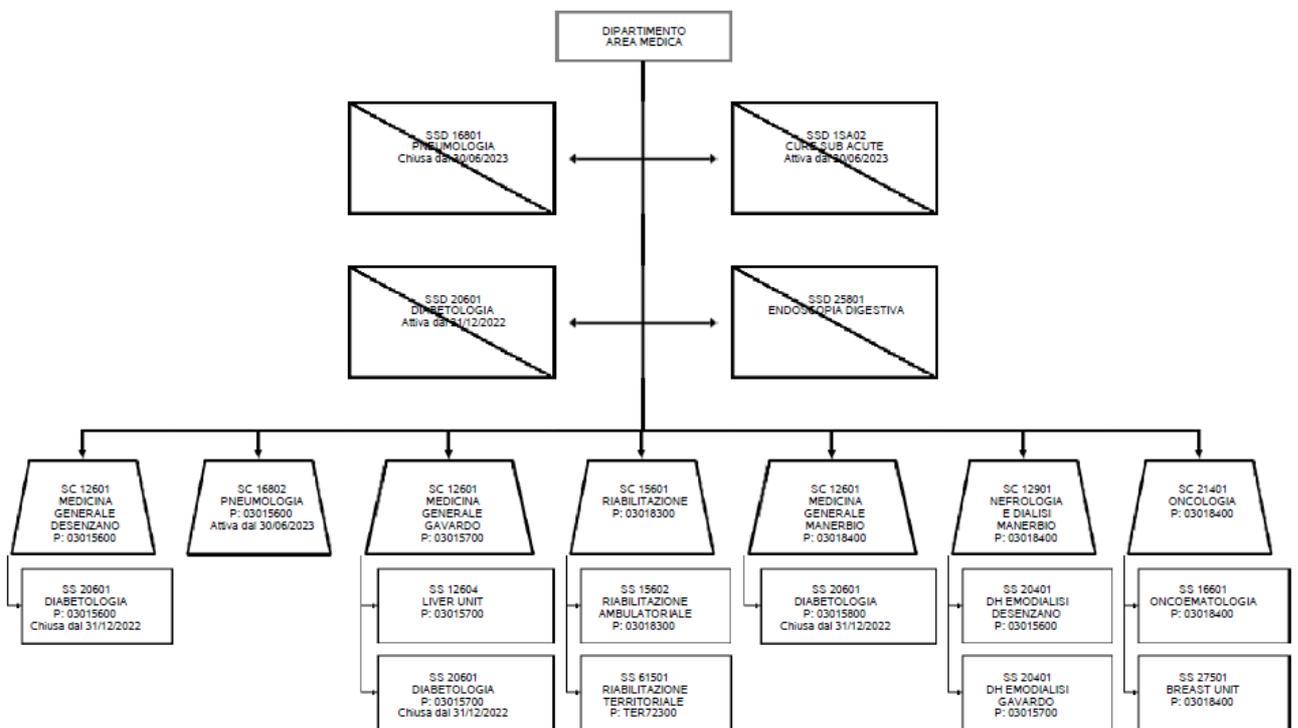
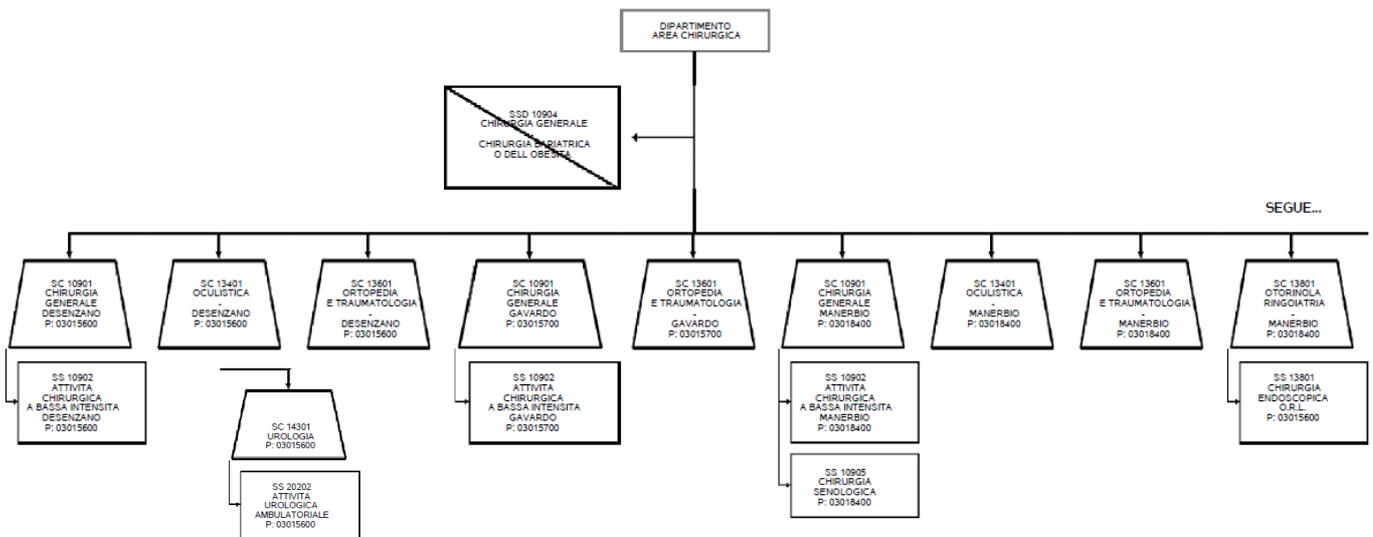
LEGENDA

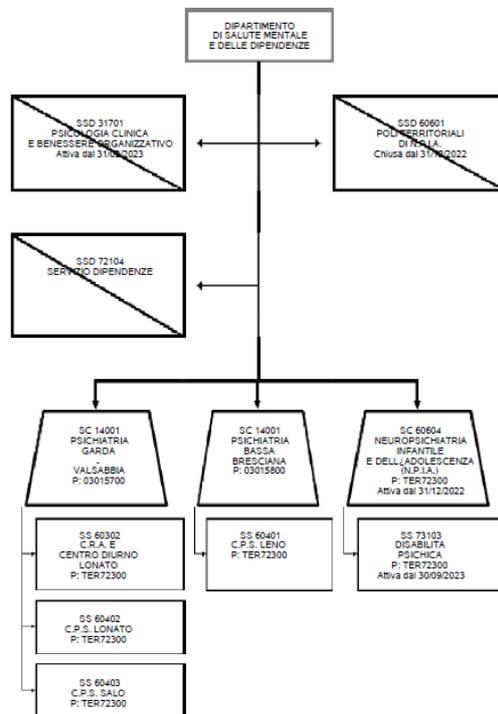
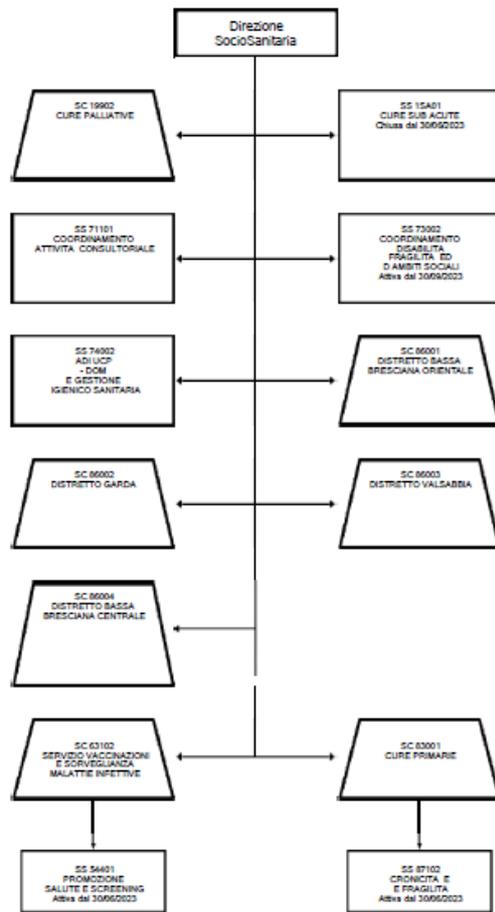


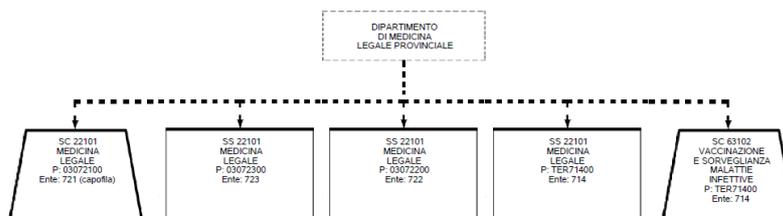
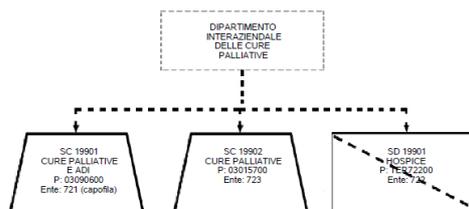
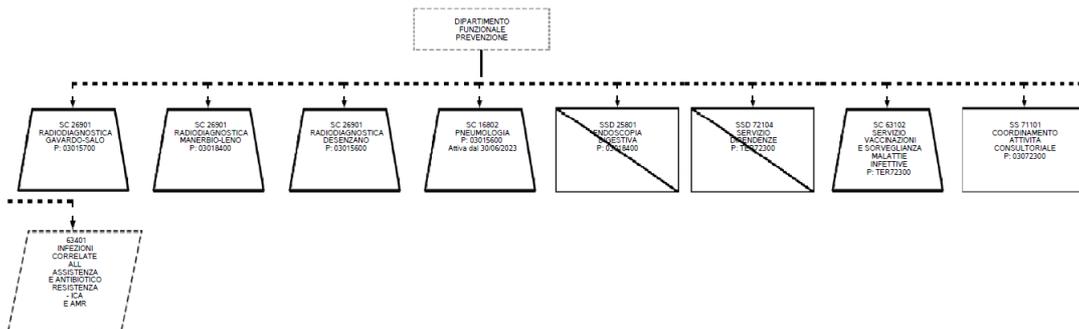
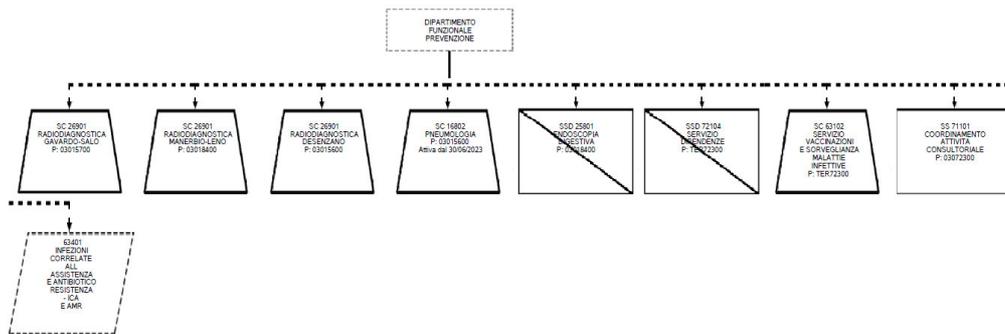
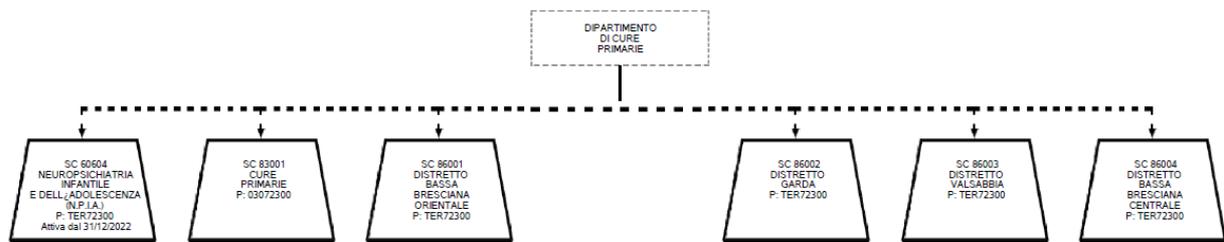












3.2. Organizzazione del Lavoro Agile

In linea con quanto richiesto dall'art. 14, comma 1, della legge 7 agosto 2015, n. 124, come modificato dall'art. 263, comma 4-bis, del decreto legge 19 maggio 2020, n. 34 (c.d. "decreto rilancio"), convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77, è richiesto alle

amministrazioni il passaggio della modalità di lavoro agile della fase emergenziale a quella ordinaria, focalizzando l'attenzione sul Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) e sugli indicatori di performance, funzionali a un'adeguata attuazione e a un progressivo sviluppo del lavoro agile. L'approccio proposto è, infatti, quello di un'applicazione progressiva e graduale in quanto le scelte sulla programmazione del lavoro agile sono rimesse all'amministrazione, che deve elaborare un programma di sviluppo nell'arco temporale di un triennio.

Con l'emergenza sanitaria da Covid-19, le amministrazioni sono state costrette a considerare il lavoro agile come modalità ordinaria di svolgimento della prestazione, da attuarsi in forma semplificata, anche in deroga alla disciplina normativa.

L'ASST del Garda, al fine di ridurre al minimo i rischi derivanti dal virus e limitare le possibilità di contagio, con Decreto n. 173 del 11/3/2020, ha approvato il regolamento interno che disciplina la modalità di attivazione del Lavoro Agile "semplificato" ai sensi della normativa emergenziale.

In ASST del Garda è stata pertanto attivata la modalità di lavoro agile, da marzo 2020, successivamente prorogata fino al 31/03/2022 alla conclusione dello stato emergenziale.

È all'attenzione delle OO.SS. di categoria la proposta di regolamento aziendale che detta una disciplina strutturata del lavoro agile, in linea tra l'altro con le disposizioni del nuovo CCNL Comparto Sanità.

3.3. Piano Triennale del Fabbisogno del Personale

Il Piano di Fabbisogno del Personale per il triennio 2023-2025 è stato predisposto dall'ASST del Garda, validato dal Collegio Sindacale e trasmesso nei termini previsti ai competenti organi regionali per l'approvazione.

Il Piano Triennale di Fabbisogno di Personale è stato poi revisionato, in ottemperanza alle indicazioni regionali ricevute.

Le allegate tabelle riassuntive sono contenute nell'Allegato 6.

Il PTFP 2023-2025 è stato approvato con Delibera n. 84 del 31/01/2023.

Gli articoli 6 e 6-ter del D. Lgs. n. 165/2001 e s.m.i., stabiliscono che le Pubbliche Amministrazioni, allo scopo di ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili e perseguire obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini, adottano il piano triennale dei fabbisogni di personale, in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e della performance, nonché con le linee di indirizzo emanate dal Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, nei limiti delle risorse quantificate sulla base della spesa per il personale in servizio e di quelle connesse alle facoltà assunzionali previste dalla legislazione vigente, indicando altresì la consistenza della dotazione organica e la sua eventuale rimodulazione, garantendo la neutralità finanziaria della rimodulazione.

Il Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione, con decreto dell'8 maggio 2018, ha emanato le "Linee di indirizzo per la predisposizione dei piani dei fabbisogni di personale da parte delle amministrazioni pubbliche".

All'interno del quadro normativo sopra descritto, Regione Lombardia ha provveduto, con D.G.R. n. XI/5658 del 30/11/2021 ha provveduto ad individuare i criteri e le procedure per la redazione dei Piani triennali di fabbisogno del personale degli Enti del Servizio Sanitario Regionale.

3.4 Formazione e sviluppo

L'U.O.S. Formazione dell'ASST del Garda ha predisposto il Piano formativo per il 2023, che è stato adottato con Delibera n. 170 del 02/03/2023.

È stata data priorità alle attività formative funzionali allo sviluppo dei seguenti progetti aziendali:

- Potenziamento della rete territoriale in attuazione della Legge regionale n. 22/2021 e del PNRR;
- Miglioramento della governance organizzativa e sviluppo di competenze gestionali secondo principi di orizzontalità e trasversalità;
- Responsabilità professionale – Valutazione e gestione della sinistrosità aziendale.

Verrà inoltre posta attenzione ad eventuali attività formative previste dalle “Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l’anno 2023” o a supporto del raggiungimento di obiettivi regionali.

3.5 PAP 2023 – 2025 (Piano Azioni Positive)

In ottemperanza all’art. 48 “Azioni positive nelle pubbliche amministrazioni” del D.Lgs. n. 198/2006 “Codice delle pari opportunità tra uomo e donna, a norma dell’art. 6 della L. 28 novembre 2005, n. 246”, nonché alla Direttiva n. 2/2019 della Presidenza del Consiglio dei Ministri “Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di garanzia nelle Amministrazioni Pubbliche”, l’ASST del Garda ha predisposto il Piano Triennale di Azioni Positive (PAP) relativo al periodo 2022 – 2024.

In conformità, inoltre, alla normativa comunitaria e nazionale che mira a promuovere l’uguaglianza di genere, la parità e le pari opportunità a tutti i livelli di governo, l’anzidetto Piano conferma l’attenzione dell’ASST del Garda sia alla realizzazione delle pari opportunità nel lavoro sia ai temi della conciliazione, del contrasto alle discriminazioni, della promozione della cultura di genere e della valorizzazione delle differenze, ponendo una particolare attenzione al benessere lavorativo, così come disciplinato anche dalla recente normativa sulla sicurezza nei luoghi di lavoro.

Per raggiungere gli obiettivi contenuti nel PAP, questa ASST propone, in primo luogo, un cambiamento organizzativo sia nei confronti del personale che delle strutture, e non solo, quindi, l’attuazione di misure ed azioni specifiche. A tal fine, con la predisposizione del Piano, si è inteso elaborare una strategia di sensibilizzazione e conoscenza sulle tematiche di pari opportunità, di contrasto alle discriminazioni e di benessere nei luoghi di lavoro, in particolare con l’obiettivo di conoscere e combattere lo stress lavoro – correlato, così come dettato dall’Accordo europeo sullo stress del 2004.

Le azioni del presente Piano sono state individuate tenendo conto della situazione del personale dell’ASST e potranno, tuttavia, essere modificate, integrate ed ampliate nel corso del triennio, sulla base dei cambiamenti organizzativi e dei bisogni che via via emergeranno, con appositi provvedimenti.

Riconosciuto che le azioni positive sono:

- misure speciali che, in deroga al principio di uguaglianza formale, tendono a rimuovere gli ostacoli alla piena ed effettiva parità di opportunità tra uomini e donne. Si tratta di misure “speciali”, in quanto non generali ma specifiche e ben definite che intervengono in un determinato contesto per eliminare ogni forma di discriminazione, sia diretta sia indiretta; misure “temporanee”, in quanto necessarie fintanto che si rileva una disparità di trattamento tra uomini e donne;

- misure preferenziali per porre rimedio agli effetti sfavorevoli indotti dalle discriminazioni, per guardare alla parità attraverso interventi di valorizzazione del lavoro delle donne, per rimediare a svantaggi rompendo la segregazione verticale e orizzontale e per riequilibrare la presenza femminile nei luoghi di vertice, Il PAP:
- si pone come strumento operativo per l'applicazione concreta dei principi di pari opportunità;
- si prefigge di fronteggiare il fenomeno delle discriminazioni in relazione al genere, età, orientamento sessuale e identità di genere, convinzioni personali e religiose, disabilità, etnia, attraverso la rimozione degli ostacoli che, di fatto, impediscono la realizzazione delle pari opportunità di lavoro e nel lavoro;
- propone la diffusione di una cultura organizzativa orientata alla valorizzazione del contributo di donne e uomini dove la differenza è un fattore di qualità sia nelle relazioni con cittadini/e sia nelle modalità lavorative e nelle relazioni interne.

3.5.1 Le Tematiche e le Azioni

A. Area formazione ed aggiornamento sul contrasto alle discriminazioni

Azione 1 – Prevenzione e contrasto alle cause di discriminazione individuate dall'art. 21 della Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea (relativamente al sesso, razza, colore della pelle o origine etnica o sociale, caratteristiche genetiche, lingua, religione o convinzioni personali, opinioni politiche o di qualsiasi altra natura, appartenenza ad una minoranza nazionale, patrimonio, nascita, handicap, età, orientamento sessuale e identità di genere).

Nel triennio 2023-2025 l'ASST del Garda si impegna a proporre percorsi formativi di sensibilizzazione rivolti al personale dell'Azienda sulla seguente tematica:

attività di formazione sulle pari opportunità e sul contrasto alle discriminazioni rivolte a coloro che svolgono attività con il pubblico (percorso formativo inerente la tematica della lingua dei segni e la cultura sorda).

B. Area formazione componenti del Comitato Unico di Garanzia

Azione 1 – Favorire la partecipazione dei componenti del Comitato Unico di Garanzia sulle seguenti tematiche:

Nel triennio 2023-2025 l'ASST del Garda si impegna a proporre percorsi formativi/interventi in tema di:

- medicina di genere;
- benessere organizzativo aziendale;
- miglioramento delle criticità evidenziate dal Comitato Scientifico;
- compiti del CUG.

C. Area comunicazione e sensibilizzazione

Nel triennio 2023-2025 si investirà sulla visibilità del CUG, attraverso l'aggiornamento del sito intranet e costante informativa ai dipendenti e alle OO.SS.

Azione 1 – Sensibilizzare ed informare il personale sulle tematiche di parità e contrasto alle discriminazioni.

Azione 2 – Comitato Unico di Garanzia: promuovere l'informazione e la visibilità del Comitato mediante supporti informatici.

D. Area sensibilizzazione sulla violenza di genere

Nel triennio 2023-2025 l'ASST del Garda si impegna nella prosecuzione della collaborazione con la Rete "Tessere Legami" e del progetto "La tela dei legami".

Azione 1 – Partecipare ad interventi informativi/formativi sulla violenza di genere e lo stalking rivolti all'utenza esterna.

L'Azienda aderisce alla Rete interistituzionale antiviolenza del Garda denominata "Tessere Legami". La Rete si configura quale strumento essenziale per promuovere e migliorare il

coordinamento inter-istituzionale, al fine di favorire il riconoscimento, l'accoglienza e il sostegno delle donne vittime di violenza.

Vengono poste in rete sinergica tutte le risorse, le strutture e le professionalità disponibili sul territorio al fine di attivare risposte e azioni immediate, nonché di garantire aiuto e accompagnamento, soprattutto nelle situazioni di emergenza.

L'azione sinergica della rete contribuisce al confronto tra le diverse professionalità e istituzioni e risulta indispensabile per il processo di consapevolezza delle competenze e delle responsabilità.

La Rete è così composta:

- Comune di Desenzano (Comune capofila del progetto);
- Tavolo tecnico (rappresentativo dei 76 comuni della rete) suddivisi nei seguenti ambiti: ambito 9 - Bassa Bresciana Centrale (Ghedi), ambito 10 - Bassa Bresciana Orientale (Manerbio), ambito 11 – Vallesabbia (Salò), Ambito 12 – Garda;
- Polizia di Stato;
- Carabinieri;
- Polizia Municipale;
- Casa rifugio;
- Centro AntiViolenza;
- ASST del Garda

E. Area benessere lavorativo

Nel triennio 2023-2025 l'ASST del Garda si impegna a proporre:

Azione 1 – Programmare interventi di formazione rivolti al personale finalizzati alla promozione del benessere organizzativo.

A tal fine nel Piano Formativo Aziendale 2023 sono previsti progetti formativi in cui verranno trattate tematiche relative al benessere organizzativo.

Azione 2 – Promuovere l'attivazione di uno sportello d'ascolto organizzativo dedicato a coloro che stanno vivendo un momento di difficoltà o malessere in ambito lavorativo.

Azione 3 – Rendere operativa la Rete Intraaziendale Benessere Organizzativo.

Azione 4 – Per aiutare il personale dell'ASST a mantenere elevati livelli di benessere, effettuare uno studio di fattibilità per incentivare la fruizione dei servizi comunali; a titolo d'esempio: permettere l'utilizzo agevolato delle piscine comunali in alcuni orari della giornata, promuovere l'attività fisica (attività motoria/ginnastica da verificare) presso il CRAL o altre strutture...

F. Area studi e indagini a sostegno della promozione delle pari opportunità

Azione 1 – Programmare momenti di informazione rivolti alla Dirigenza ed ai dipendenti titolari di incarichi di funzione, di presentazione del "Comitato Unico di Garanzia" e del "Piano di Azioni Positive" con l'obiettivo di formalizzare strategie e modalità operative condivise.

G. Area organizzazione del lavoro e conciliazione

Azione 1 – Promuovere progetti di ampliamento/innovazione dei servizi di conciliazione, buone pratiche per favorire la conciliazione vita/lavoro e la parità di genere.

A – Smart working.

A partire da marzo 2020 l'ASST del Garda ha attivato il lavoro agile in modalità semplificata, in ottemperanza alla normativa emergenziale vigente.

B – Part time temporaneo e/o rivedibile.

Accesso al part time / tempo ridotto definito temporalmente e/o rivedibile negli anni.

C – Convenzioni servizi per anziani in famiglia.

ASST del Garda aderisce a bandi per la conciliazione vita/lavoro banditi da Enti istituzionali.

Il CRAL ha attivato convenzioni e/o agevolazioni per offrire servizi rivolti agli anziani o ai disabili presenti nelle famiglie dei dipendenti sulla base delle positive esperienze di progetti attivi.

Azione 2 – Favorire il reinserimento lavorativo del personale che rientra dal congedo per maternità/paternità o da assenza prolungata mantenendo i contatti durante i periodi di assenza dal lavoro (su richiesta del dipendente).

Al rientro dalla maternità/paternità, così come da lunghi periodi di assenza, il personale dell'ASST deve essere messo in grado di recuperare le proprie mansioni e la propria attività in autonomia e con gradualità. Per il rientro viene previsto un periodo di affiancamento e di formazione (PT 08 della SGQR 01 "Accoglimento, assegnazione, inserimento e valutazione del personale").

A – Valutazione dell'istituzione della figura del tutor per favorire l'accompagnamento del dipendente assente per maternità/paternità e l'aggiornamento professionale (colloqui precedenti, formazione, affiancamento, aggiornamento, comunicazione durante l'assenza di tutte le circolari ed eventuali riorganizzazioni...).

H. Area promozione della persona e della professionalità

Azione 1 – Valorizzazione del percorso formativo effettuato durante l'attività lavorativa per i dipendenti che stanno frequentando o intendono iscriversi ad un corso di Laurea (long life learning).

Ogni anno l'Azienda emette l'avviso per il Diritto allo studio 150 ore.

È possibile attivare il comando di perfezionamento, disciplinato in Azienda dal documento FOR LG 01 Aggiornamento Esterno.

Azione 2 – Valorizzazione delle competenze interne specifiche e trasversali e delle attitudini di tutte/i dipendenti, anche attraverso l'utilizzo delle banche dati interne.

A – Incentivare il trasferimento di conoscenze e competenze intergenerazionali tra lavoratori e lavoratrici anziani/e e giovani. (Disciplinato in Azienda da PT 08 della SGQR 01 "Accoglimento, assegnazione, inserimento e valutazione del personale", DIR SAN AZ IOA 95 "Modalità di trasferimento della conoscenza organizzativa personale", compilazione del modulo FOR MOD 51 "Incontri formativi in UO/Servizio/Ufficio").

SEZIONE 4 – MONITORAGGIO

Il monitoraggio delle azioni descritte nelle sezioni precedenti, ed in particolare di:

1. Performance – Direttore UOC Controllo di Gestione;
2. Rischi corruttivi e trasparenza – Responsabile RPCT;
3. Lavoro Agile – Direttore UOC Gestione delle Risorse Umane;
4. Piano Triennale dei Fabbisogni – Direttore UOC Gestione delle Risorse Umane;
5. Piano delle Azioni Positive – Responsabile Formazione.