

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Garda

PIANO INTEGRATO DI
ATTIVITA' E
ORGANIZZAZIONE
(PIAO)
2024-2026

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	12
1.5.1 I dati di bilancio.....	12
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.....	15
2.1. Il Ciclo della Performance 2024.....	15
2.1.1 Processo	15
2.1.2 Obiettivi di Performance - Anno 2024	15
2.2 Premessa in materia di trasparenza e anticorruzione.....	20
2.2.1 Obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione.....	20
2.2.2 Il Responsabile della Prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) e i soggetti che concorrono alla prevenzione della corruzione	20
2.2.3 Altri soggetti coinvolti nella prevenzione della corruzione, ruoli e responsabilità.....	21
2.2.4 Metodologia e strumenti per la prevenzione della corruzione	24
2.2.4.1 Analisi del contesto esterno.....	24
2.2.4.2 Analisi del contesto interno	26
2.2.4.3 Mappatura dei processi.....	26
2.2.4.4 Identificazione e Valutazione dei rischi corruttivi potenziali e concreti.....	28
2.2.4.5 Progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio	29
Le misure generali.....	29
Formazione.....	29
Trasparenza.....	29
Whistleblowing e tutela del whistleblower	29
Codice di comportamento aziendale	30
Rotazione del personale	30
Rotazione straordinaria.....	31

Inconferibilità, Incompatibilità e Incarichi extraistituzionali	31
Gestione dei conflitti di interesse	31
Disciplina in materia di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro. Divieto di pantouflage – revolving door	32
Il Sistema dei controlli interni	33
Le misure specifiche.....	35
2.2.4.6 Monitoraggio sull’idoneità e sull’attuazione delle misure	35
2.2.4.7 Programmazione dell’attuazione della trasparenza	35
2.2.5 Le Sanzioni.....	37
SEZIONE 3 – ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	38
3.1. Struttura Organizzativa	38
3.2. Organizzazione del Lavoro Agile.....	46
3.3. Piano Triennale del Fabbisogno del Personale	46
3.4 Formazione e sviluppo.....	47
3.5 PAP 2024 – 2026 (Piano Azioni Positive).....	47
3.5.1 Le Tematiche e le Azioni	48
SEZIONE 4 – MONITORAGGIO	51

ALLEGATI:

- Allegato 1 – Registro Dei Rischi 2023-2024
- 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 6.1 – Piano Triennale del Fabbisogno del personale 2023-2025
- Allegato 6.2 – Documentazione trasmessa a Regione Lombardia per PTFP 2024-2026
- Allegato 7 – Piano Formazione 2024
- Allegato 8 – Regolamento Lavoro Agile

PREMESSA

L'art. 6 del D.L. 9 giugno 2021, n. 80, convertito dalla L. 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.

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 Dr.ssa Roberta Chiesa, nominata con D.G.R. n. XII/1635 del 21/12/2023, è coadiuvata, nello svolgimento delle sue funzioni, dal Direttore Amministrativo Dott. Piero Canino, dal Direttore Sanitario Dr. Pietro Imbrogno e dal Direttore Sociosanitario Dott. Paolo Schiavini.

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

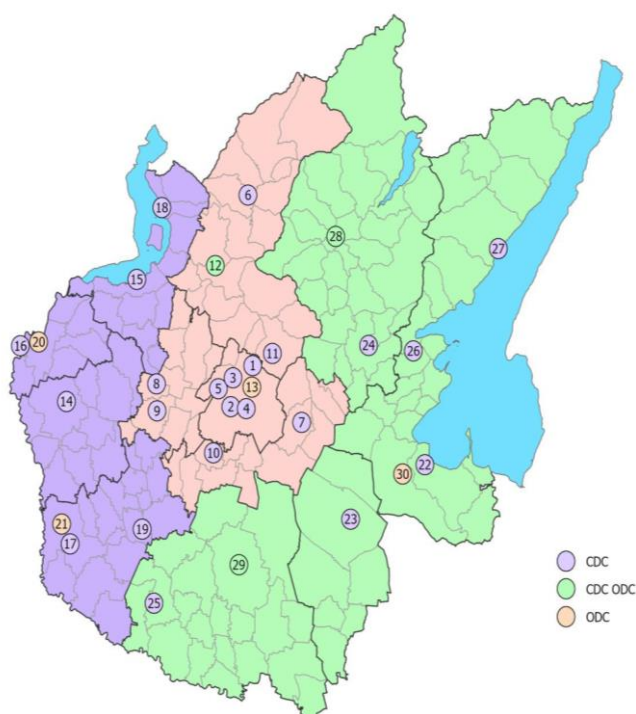
1.2 Dove operiamo

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.

Ad oggi, le **strutture attive ed operative** sono:

- **Casa di Comunità di Leno**
- **Ospedale di Comunità di Leno**
- **Casa di Comunità di Nozza di Vestone**
- **Ospedale di Comunità di Lonato con sede provvisoria a Prevalle**

Inoltre:

- **Sono stati avviati i cantieri** per la realizzazione della **Casa di Comunità di Montichiari, della Casa di Comunità di Gavardo e della Casa di Comunità di Gargnano.**
- **a breve partiranno** i cantieri per la realizzazione di:
 - **Casa di Comunità di Verolanuova**
 - **Ospedale di Comunità di Nozza di Vestone**
 - **COT di Leno, Montichiari e Nozza di Vestone**
- è in avanzata fase di progettazione la **Casa di Comunità di Salò**
- nella primavera del 2024 partirà il cantiere della **Casa di Comunità di Desenzano del Garda**, la cui **progettazione è completata**

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:

- ✓ PUA – Punto Unico Di Accesso,
- ✓ Ufficio scelta e revoca
- ✓ Ufficio protesica

- ✓ Punto Prelievi
- ✓ Radiodiagnostica
- ✓ Vaccinazioni
- ✓ Rilascio certificazioni monocratiche e patenti
- ✓ Infermieri di Famiglia e comunità per presa in carico e monitoraggio pazienti cronici e fragili
- ✓ Cure Domiciliari (C-Dom)
- ✓ Attività consultoriali
- ✓ Équipe valutazione handicap
- ✓ EVM Equipe Valutazione Multidimensionale
- ✓ Inserimento in RSA
- ✓ Servizi di medicina Specialistica
- ✓ Riabilitazione specialistica e ambulatori di riabilitazione
- ✓ Servizio diabetologico
- ✓ Centro Unico di Prenotazione (CUP) – Cassa,
- ✓ Medicina dello sport
- ✓ Programmi di screening
- ✓ Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza
- ✓ Integrazione con i servizi sociali per la cronicità (servizi di protezione giuridica – Amministratore di sostegno).

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

- 1) consultorio familiare
- 2) ambulatorio vaccinale secondario
- 3) punto prelievi
- 4) infermieri di famiglia
- 5) Cure Domiciliari (C-Dom)
- 6) 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 ed accreditato in data 01/06/2023

Degenza (20 pl)

Casa della Comunità di Verolanuova – HUB

<i>SERVIZI ATTUALMENTE PRESENTI</i>	<i>SERVIZI AGGIUNTIVI</i>
Cure Primarie MMG	Punto unico d'accesso
Punto prelievi	Ambulatori specialistici-attività diagnostica
Ambulatorio vaccinale	Screening
Cure Domiciliari (C-Dom)	CUP
Ambulatorio Infermieri di famiglia	Integrazione con i Servizi Sociali comunali
Continuità assistenziale	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	Punto unico d'accesso
Consultorio (compreso screening HPV) Ambulatorio vaccinale	Ambulatori specialistici-attività diagnostica
Ambulatorio vaccinale	Punto prelievi

Cure Domiciliari (C-Dom)	CUP
Ambulatorio Infermieri di famiglia	Integrazione con i Servizi Sociali comunali
prenotazione prelievi domiciliari (ambito 9 e 10)	Integrazione con Volontariato
distribuzione farmaci rari	Cure primarie (MMG, PLS)
Continuità assistenziale	
Dipendenze e Disabilità (EOH)	
EVM Equipe Valutazione Multidimensionale	
<p>E' inoltre presente la struttura erogativa di Calvisano (via Canossi 5 - di proprietà del comune) con i seguenti servizi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • consultorio (sede distaccata di Montichiari) • ambulatorio vaccinale • infermieri di famiglia <p>collegata funzionalmente alla Casa della Comunità di Montichiari e la postazione di Continuità Assistenziale di REMEDELLO ubicata in Piazza Padre G. Bonsignori (ex ufficio postale).</p>	

DISTRETTO GARDA

Ospedale della Comunità di Lonato	
<p>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.</p> <p>Attivato il 15/09/2022 (20 posti letto) nella sede temporanea di Prevalle (in attesa intervento di cui sopra) e accreditato in data 1.6.2023.</p>	

Casa della Comunità di Desenzano – HUB	
<i>(temporaneamente c/o PO Desenzano e sedi territoriali causa incendio)</i>	
<i>SERVIZI ATTUALMENTE PRESENTI</i>	<i>SERVIZI AGGIUNTIVI</i>
Scelta Revoca e protesica	Punto unico d'accesso
Consultorio familiare	Ambulatori specialistici-attività diagnostica
Ambulatorio vaccinale	Punto prelievi
Cure Domiciliari (C-Dom)	CUP
Infermieri di famiglia	Integrazione con i Servizi Sociali comunali
Disabilità (EOH)	Integrazione con Volontariato
EVM Equipe Valutazione Multidimensionale	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</i> <i>(c/o Via Fantoni e PO Salò)</i>	<i>SERVIZI AGGIUNTIVI</i>
Scelta Revoca e protesica	Punto unico d'accesso
Consultorio familiare	Integrazione con i Servizi Sociali comunali
Infermieri di famiglia	Integrazione con Volontariato
Disabilità (EOH)	Cure primarie (MMG, PLS)
EVM Equipe Valutazione Multidimensionale	Cure Domiciliari (C-Dom)
Continuità assistenziale	Ambulatorio vaccinale
Punto Prelievi	
CUP	
Ambulatori specialistici	

CPS	
NPIA	
Commissione Invalidi	
Ambulatorio MMG	

Casa della Comunità di Gargnano – Spoke di Salò <i>(in fase di ristrutturazione - servizi trasferiti in via Repubblica 17)</i>	
<i>SERVIZI ATTUALMENTE PRESENTI</i>	<i>SERVIZI AGGIUNTIVI</i>
Ambulatorio MMG	Punto unico d'accesso
Continuità assistenziale	Ambulatori specialistici-attività diagnostica
Cure Domiciliari (C-Dom)	Integrazione con i Servizi Sociali comunali
Infermieri di famiglia	Integrazione con Volontariato
Punto prelievi	Ambulatorio vaccinale
CUP	Screening (pap-test) temporaneamente CdC Salò

DISTRETTO VALLE SABBIA

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

Casa della Comunità di Nozza di Vestone HUB
<p>Attivata il 21/12/2022</p> <p>E' sede del nuovo Distretto con la COT</p> <p>Sono attualmente presenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ PUA – Punto Unico Di Accesso, ✓ Ufficio scelta e revoca ✓ Ufficio protesica ✓ Punto Prelievi ✓ Vaccinazioni ✓ Infermieri di Famiglia e comunità per presa in carico e monitoraggio pazienti cronici e fragili ✓ Cure Domiciliari (C-Dom) ✓ Équipe valutazione handicap ✓ EVM Equipe Valutazione Multidimensionale ✓ Servizi di medicina Specialistica ✓ Riabilitazione specialistica e ambulatori di riabilitazione ✓ Centro Unico di Prenotazione (CUP) – Cassa ✓ Neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza ✓ Integrazione con i servizi sociali per la cronicità (servizi di protezione giuridica – Amministratore di sostegno).

Ospedale di Comunità di Nozza di Vestone
Prevista la realizzazione di n. 15 posti letto

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 03/01/2023, della popolazione suddivisa per Distretti di competenza:

Distretto Bassa Bresciana Centrale	Distretto Bassa Bresciana Orientale	Distretto Garda	Distretto Valle Sabbia	tot. ASST Garda
114.435	67.164	125.959	74.192	381.750

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 2023, trasmesso alla Direzione Generale Welfare tramite la piattaforma SCRIBA il 16/1/2024, che fornisce la situazione economica al quarto trimestre 2023, 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

Si riporta la tabella esplicativa della dotazione organica relativa al personale (comparto e dirigenza) presente al 31.12.2023 rispetto alle presenze del 31/12/2022 dal quale si evince un sostanziale aumento della stessa dotazione di n. 118, concentrata soprattutto sulle figure del comparto:

MACROPROFILI	PRESENTI AL 01.01.2024
AMMINISTRATIVO Comparto	240
AMMINISTRATIVO Dirigenza	9
PROFESSIONALE Dirigenza	8
SANITARIO Comparto	1449
SANITARIO Dirigenza Medica	389
SANITARIO Dirigenza non Medica	50
SOCIO SANITARIO Comparto	372
TECNICO Comparto	209
TECNICO Dirigenza	2
INFERMIERI DI FAMIGLIA	56
Totale complessivo	2784

Nella seguente tabella è rappresentato il turn over del personale anno 2023:

TURN OVER 2023			
Aggiornato al 31.12.2023	ASSUNTI	DIMESSI	Δ
DIRIGENZA MEDICA	54	64	-10
DIRIGENZA SANITARIA	5	2	3
DIRIGENZA PTA	5	3	2
OSS	73	37	36
PERSONALE INFERMIERISTICO: infermieri (compresi quelli x ADI)	94	82	12
PERSONALE INFERMIERISTICO: ostetriche/puericultrici/ inf. gener.	25	21	4
PERSONALE TECNICO SANITARIO	19	14	5
PERSONALE TECNICO RIABILITAZIONE	9	4	5
PERSONALE TECNICO VIGILANZA	1	0	1
ALTRE FIGURE AMM/TECNICO NON SAN.	32	49	-17
TOTALE	317	276	41

1.5.3 I volumi e i costi di produzione

Di seguito si rappresenta la situazione al quarto CET 2023 e BEP 2024, tenuto conto di tutti i costi e ricavi.

VOCE SK	DESCRIZIONE SK	Consuntivo 2022	Prechiusura IV CET 2023	BEP 2024
	RICAVI			
AOIR01	DRG	79.023.136	84.217.134	84.217.134
AOIR02	FUNZIONI NON TARIFFATE	18.976.720	18.976.720	18.976.720
AOIR03	AMBULATORIALE	44.674.161	43.398.460	43.398.460
AOIR04	NPIA	1.031.289	1.074.135	1.074.135
AOIR05	SCREENING	1.203.349	636.524	636.524
AOIR06	ENTRATE PROPRIE	10.987.546	10.801.694	10.807.845
AOIR07	LIBERA PROFESSIONE	6.499.649	6.551.192	6.551.192
AOIR08	PSICHIATRIA	3.423.629	4.408.843	4.408.843
AOIR09	FILE F	13.066.831	16.827.355	16.486.564
AOIR10	UTILIZZI CONTRIBUTI ESERCIZI PRECEDENTI	6.669.792	3.867.667	897.482
AOIR11	ALTRI CONTRIBUTI DA REGIONE	32.071.569	30.060.529	65.202.828
AOIR12	ALTRI CONTRIBUTI (AL NETTO RETTIFICHE)	4.178.708	3.271.260	3.054.114
AOIR13	PROVENTI FINANZIARI E STRAORDINARI	3.209.162	294.524	0
AOIR15	PRESTAZIONI SANITARIE	10.949.998	9.442.616	8.959.385
		235.965.539	233.828.653	264.671.226
	COSTI			
AOIC01	PERSONALE	140.990.693	146.226.895	140.143.185
AOIC02	IRAP	9.313.745	9.600.767	9.714.459
AOIC03	LIBERA PROFESSIONE	5.543.210	5.480.709	5.480.709
AOIC04	BENI E SERVIZI NETTI	102.373.489	103.640.475	129.009.309
AOIC05	AMMORTAMENTI	1.131.916	1.131.916	1.131.916
AOIC06	ALTRI COSTI	6.873.510	7.360.116	7.464.112
AOIC07	ACCANTONAMENTI	6.357.921	6.837.609	3.011.905
AOIC08	ONERI FINANZIARI E STRAORDINARI	775.352	366.298	0
AOIC17	INTEGRATIVA E PROTESICA		0	0
		273.359.836	280.644.785	295.955.595
AOIR14	CONTRIBUTO DA DESTINARE AL FINANZIAMENTO DEL PSSR	37.394.297	46.816.132	31.284.369
	RISULTATO ECONOMICO	0	0	0

SEZIONE 2 – VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2.1. Il Ciclo della Performance 2024

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). Ai sensi dell'art. 4 del Decreto Legislativo n. 222 del 13/12/2023 nel valutare la performance individuale ed organizzativa, di cui all'art. 3 comma 4 del D.Lgs. n. 150/2009, si tiene conto del raggiungimento o meno degli obiettivi per l'effettiva inclusione sociale e la possibilità di accesso alle persone con disabilità.

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'allocatione 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 Obiettivi di Performance - Anno 2024

Il processo di programmazione per l'anno 2024 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 INDICATIVO
Analisi preliminare, stesura documenti e individuazione obiettivi strategici	Direzione Strategica Controllo di Gestione	Entro il mese di Gennaio-Febbraio 2024
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 Marzo 2024

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 2024
Verifica di fine anno del raggiungimento degli obiettivi e assegnazione punteggio scheda di budget	Direttori del Dipartimento Direzione Strategica	In corso anno 2025 in relazione alle indicazione di RL e a quanto concordato con le OO.SS.

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	35/100
Area obiettivi altamente strategici	Tutti i Dipartimenti e i CdR afferenti	55/100
Area obiettivi di governo clinico		
Area obiettivi di miglioramento	Tutti i Dipartimenti e i CdR afferenti	10/100

Area Obiettivi economici

Verrà assegnato a ciascun CdR, nell'ambito dell'attività di ricovero, dell'ambulatoriale e di psiche, l'obiettivo dei ricavi in coerenza con i valori iscritti a Bilancio Economico Preventivo 2024.

Area obiettivi altamente strategici e di governo clinico

Gli obiettivi inerenti le Aree degli altamente strategici e del governo clinico vengono definiti con periodicità annuale tenendo conto degli obiettivi di mandato del Direttore Generale, degli indirizzi di programmazione del SSR (Regole di sistema regionali e successive integrazioni), degli obiettivi annuali aziendali del Direttore Generale nonché della definizione di ulteriori obiettivi aziendali da parte della Direzione Strategica, in relazione a criticità o potenziali criticità riscontrate nei processi aziendali.

AREA OSPEDALIERA

Titolo Obiettivo	Descrizione Obiettivo
PIANO PER LE LISTE D'ATTESA 2024	Rispetto delle indicazioni e raggiungimento dei target previsti dalla Direzione Generale Welfare relativamente all'erogazione di prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale da parte degli erogatori.
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.
PROGRAMMI DI SCREENING REGIONALE	Rispetto dei target della Direzione Generale Welfare sulle attività di screening definite per l'anno 2024, compresa l'adesione al programma regionale di screening per l'eliminazione del virus HCV.
CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE E DI RICOVERO	Contenimento tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero individuate da Regione Lombardia - Rispetto dei target stabiliti dalla Direzione Generale Welfare.
ATTIVITA' 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. 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.
PERCORSI MMG - INFERMIERI DI FAMIGLIA - SPECIALISTI OSPEDALIERI	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
OBIETTIVO RISCHIO CADUTE	Riduzione del tasso di caduta delle U.O. ad un valore pari o inferiore al tasso regionale.

PREVENZIONE INFEZIONI-SEPSI	Prosecuzione del gruppo di lavoro Aziendale finalizzato alla revisione del PDTA e della successiva conduzione di 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.
IL BONDING NEI NATI DA PARTO EUTOCICO	Rilevazione della temperatura corporea del neonato da parto eutocico al termine del Bonding.
Garanzia dei L.E.A.	Raggiungimento dei target previsti per la garanzia dei L.E.A. riferito agli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) definiti da Regione Lombardia
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.
CONSOLIDAMENTO DEL MODELLO ORGANIZZATIVO PPCI DI PRESA IN CARICO INFERMIERISTICA DEL PAZIENTE IN PRONTO SOCCORSO	Miglioramento dei tempi di gestione dei pazienti eleggibili al percorso.
RICETTE DEMATERIALIZZATE	Aumento delle prescrizioni effettuate da parte degli specialisti in forma dematerializzata.

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 2023 su LEA, rispetto dei target vaccinali e delle indicazioni previste da Regione Lombardia per il 2024 a livello aziendale
INTEGRAZIONE CON I DISTRETTI, ADI E UCP-DOM	Evidenza dei percorsi attivati
PRESA IN CARICO IN CURE DOMICILIARI	Raggiungimento del target previsto da Regione Lombardia per il 2024 di over 65 presi in carico in cure domiciliari a livello aziendale.
ATTUAZIONE DEL PIANO REGIONALE AUTISMO	Attuazione delle azioni previste dalle indicazioni regionali.

SVILUPPO DELL'INTEGRAZIONE DEI SERVIZI CON L'OPERATIVITA' DELLE CASE DI COMUNITA'	Modalità organizzative e operative attivate per i singoli percorsi.
TELEMEDICINA	Sviluppo / implementazione di percorsi di telemedicina. L'obiettivo, trasversale per le diverse realtà del bacino di utenza, verrà declinato nel contenuto dell'indicatore prestando particolare attenzione alle peculiarità della realtà territoriale dei diversi Distretti (es. Distretto Valle Sabbia).
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 NPPIA-DISABILITA' SUI DISTURBI SPECIFICI D'APPRENDIMENTO (DSA)	1. n. soggetti presi in carico in base alla procedura già adottata/n. soggetti totali intercettati = 1 2. Relazione alla Direzione Socio Sanitaria sull'avvenuta attuazione degli indirizzi regionali con periodicità semestrale
GESTIONE E MONITORAGGIO 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%
SVILUPPO DELLE RETI CLINICO ASSISTENZIALI	Avvicinare l'ospedale al territorio fornendo anche consulenza specialistica a distanza fra sanitari.
POTENZIAMENTO RETE TERRITORIALE	Rispetto del cronoprogramma di realizzazione delle Case di Comunità e degli Ospedali di Comunità secondo le indicazioni della Direzione Generale Welfare e aziendali.

Area obiettivi miglioramento

Gli obiettivi di miglioramento sono obiettivi proposti, secondo un processo bottom up, dal Responsabile di CdR alla Direzione Strategica, previa condivisione dei contenuti a livello dipartimentale con l'obiettivo di realizzare un "concreto" e misurabile miglioramento dei processi aziendali sanitari e socio sanitari, superando così le criticità / potenziali criticità riscontrate dai livelli organizzativi coinvolti.

2.2 Premessa in tema di trasparenza e anticorruzione

La presente sezione intende esplicitare l'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'attività interna per il perseguimento dei fini istituzionali all'insegna di criteri di efficacia, efficienza ed economicità.

Essa ospita il processo di gestione del rischio che si sviluppa secondo una logica sequenziale volto al continuo miglioramento e crescita, sia culturale che metodologica, delle diverse fasi attraverso un percorso ciclico.

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 2024 l'Azienda si impegna a:

- mantenere un percorso di coordinamento e collegamento tra la sezione "rischi corruttivi e trasparenza", 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 anche attraverso momenti di lavoro congiunto;
- mantenere un'integrazione consolidata tra sistema di monitoraggio periodico 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;
- sviluppare sistemi coordinati di controllo interno;
- sviluppare una cultura dell'etica e della legalità, incrementando la formazione dei dipendenti in materia di prevenzione della corruzione, trasparenza e più in generale del valore pubblico;
- promuovere percorsi di qualità e più in generale ampliare e aggiornare le procedure formalizzate.

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 e ribaditi con ulteriore specificità nella Delibera ANAC n. 7 del 17/01/2023.

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, tra le altre attività, le funzioni di sostituto in caso di temporanea ed improvvisa assenza del RPCT ed il cui nominativo è stato comunicato ad ANAC.

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 delle Strutture Complesse e Strutture Dipartimentali, i Referenti con cui il Responsabile della Prevenzione della Corruzione si rapporta. Essi costituiscono punto di

riferimento per l'analisi e la mappatura del rischio, la raccolta delle informazioni e delle segnalazioni, fermi restando i compiti specifici del Responsabile e le conseguenti responsabilità, che non possono essere derogati.

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

- identificare i rischi di corruzione ed i fattori abilitanti, effettuare la stima e ponderazione del rischio aggiornandola nel tempo, individuando 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.

Nel corso del 2023 si è evidenziata la necessità di ridurre i margini di miglioramento nel livello di compliance da parte dei Responsabili di alcune strutture complesse aziendali verso le quali si sono svolti audit diretti al maggior coinvolgimento nonché all'incremento del livello di consapevolezza sul tema dell'anticorruzione, a cui seguiranno dei follow up nel prossimo triennio.

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 anticiclaggio 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 secondo le indicazioni specifiche annualmente fornite dall'Autorità stessa.

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 19/01/2023 l'ASST del Garda ha aggiornato il codice disciplinare e regolamenti di funzionamento dell'ufficio procedimenti disciplinari, diffondendolo a tutti coloro a cui si applica.

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 dell'U.O.C. Logistica dei beni e servizi, 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 e della customer satisfaction, le tipologie di richiesta di accesso civico, gli incontri di confronto e la trasparenza garantita dal sito istituzionale costituiscono quanto concretamente messo 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

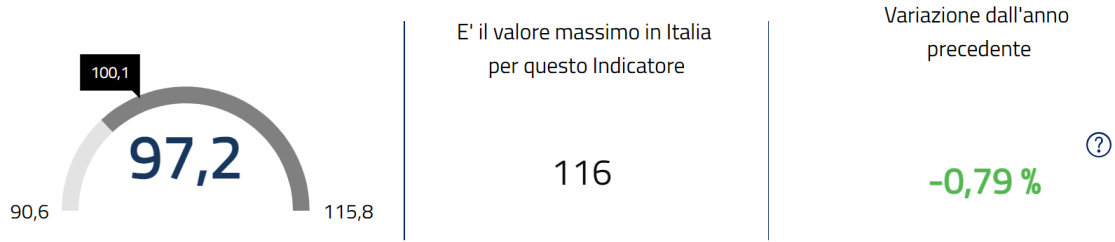
L'analisi del contesto esterno costituisce il punto di partenza per l'avvio del processo di gestione del rischio al fine di evidenziare se e come le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente nel quale opera l'ASST possano determinare un ambiente favorevole al verificarsi di fenomeni corruttivi 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 a 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)

Nella sezione del PIAO 2023/2025 sono già stati posti in evidenza i dati, per il territorio della provincia di Brescia, relativi all'ultimo anno di analisi disponibile -2017 – che di seguito si riportano in quanto non vi è stato un ulteriore aggiornamento (ultimo anno di analisi disponibile 2017); si evidenzia una variazione positiva dell'insieme dei 18 indicatori contenuti nei quattro domini tematici rispetto al 2016.

Brescia



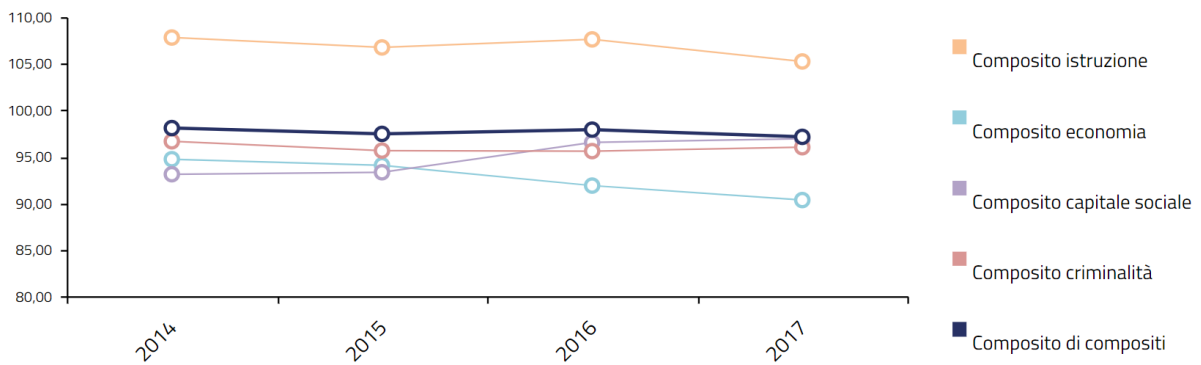
Distribuzione delle variazioni nei singoli domini tematici

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:

- Relazioni del Ministero dell'Interno – Direzione Investigativa Antimafia, che riportano una sezione dedicata alla Regione Lombardia (cfr. Relazione semestrale 1 e 2° semestre 2022) e relazioni semestri precedenti: <https://direzioneinvestigativaantimafia.interno.gov.it/relazioni-semestrali/>
- Documenti risultanti dagli studi svolti da PoliS-Lombardia in collaborazione con l'Osservatorio sulla Criminalità Organizzata dell'Università degli Studi di Milano su incarico della Direzione Generale Sicurezza di Regione Lombardia che forniscono da alcuni anni un quadro composito relativo a questo particolare e importante fenomeno presente anche nella società lombarda.
Si tratta di studi che contribuiscono alla rendicontazione della L.R. n. 17/2015: “Interventi regionali per la prevenzione e il contrasto della criminalità organizzata e per la promozione della cultura della legalità”, che prevede la predisposizione di strumenti di monitoraggio dell'attuazione della legge stessa Ricerca: Monitoraggio della presenza mafiosa in Lombardia (edizione 2022) (polis.lombardia.it);
- Analisi aggiornata al 2021/22 effettuata da ANAC sulla rilevazione del rischio corruttivo negli appalti attraverso raggruppamenti su base provinciale [ea4ddb99-bbb1-7000-29cf-280a853bbb0c \(anticorruzione.it\)](https://www.anticorruzione.it/ea4ddb99-bbb1-7000-29cf-280a853bbb0c).

2.2.4.2 Analisi del contesto interno

Si rinvia alla Sezione 1





2.2.4.3 Mappatura dei processi

Con Delibera n. 7 del 17/01/2023, 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, e delle deliberazioni successive connesse anche all'adozione del D.Lgs n. 36/23 “nuovo codice dei contratti pubblici”, si provvederà nel corso del triennio 2024/26 ad un ulteriore approfondimento dei processi mappati in raccordo con l'Internal Auditing;

Nel corso del 2023, i Responsabili delle UOC/Servizi, su mandato dell'RPCT, hanno provveduto a rivalutare i processi al fine di poter adeguare la mappatura degli stessi all'attuale realtà organizzativa e gestionale così come di seguito rappresentati:

	Servizio	Area/Processi	Livello attenzione	Principali misure generali
1	UOC AFFARI GENERALI E LEGALI	Stipula Convenzioni passive con Enti Pubblici		Disciplina del conflitto di interessi Trasparenza Controllo Regolamentazione
2	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
3	UOC GESTIONE RISORSE ECONOMICO FINANZIARIE	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio- Storni pagamenti nelle casse		Formazione Controllo Regolamentazione

4	SERVIZIO FORMAZIONE	Attività formative sponsorizzate		Regolamentazione Disciplina del conflitto di interessi Controllo
5	SERVIZIO FORMAZIONE	Partecipazione sponsorizzata dei dipendenti ad eventi esterni		Disciplina del conflitto di interessi Rotazione Regolamentazione
6	SERVIZIO FORMAZIONE	Affidamento incarichi esterni		Disciplina del conflitto di interessi Trasparenza Regolamentazione
7	DIR. SANITARIA- UFFICIO LIBERA PROFESSIONE – DIREZIONI DI PRESIDIO	Applicazione dei controlli previsti nel nuovo regolamento LP		Trasparenza Controllo Disciplina del conflitto d'interesse
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 e utilizzo fondi PNRR		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	SERVIZIO GESTIONE RISORSE UMANE	Incarichi Dirigenziali di Struttura Complessa		Disciplina del conflitto di interessi Rotazione Trasparenza Controllo
21	SERVIZIO GESTIONE RISORSE UMANE	Incarichi Dirigenziali di Struttura Semplice a valenza Dipartimentale e di Struttura Semplice		Disciplina del conflitto di interessi Rotazione Trasparenza Controllo
22	SERVIZIO GESTIONE RISORSE UMANE	Procedure di selezione personale dipendente: acquisizione tramite avvisi pubblici/concorsi pubblici		Disciplina del conflitto di interessi Rotazione Trasparenza Controllo
23	SERVIZIO 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	DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DELLE DIPENDENZE	Gestione degli inserimenti in Strutture Residenziali e Centri Diurni a contratto e non		Trasparenza Controllo Regolamentazione
25	DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DELLE DIPENDENZE	Area Dipendenze/Consegna metadone e altri stupefacenti		Formazione Controllo Regolamentazione
26	SERVIZIO FARMACIA	Approvvigionamenti		Controllo Regolamentazione
27	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: incarichi a legali esterni, accettazione finanziamenti finalizzati a borse di studio, gestione pubblicità all'interno delle strutture aziendali, contributi alla persona "Erogazione Misura RSA aperta, Residenzialità Assistita (ex Misura 4 e Misura 2), rilascio esenzione ticket, accesso ADI erogata dagli Enti Pattanti e Assistenza Domiciliare Integrata a gestione diretta.

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

A seguito del compimento della riforma del Sistema Sanitario di Regione Lombardia secondo le previsioni della L. n. 22/2021 ed atti attuativi, anche l'ASST del Garda ha provveduto all'istituzione dei Distretti Socio Sanitari ed alla formalizzazione dei corrispondenti incarichi di Direzione.

Inoltre, con il passaggio delle cure primarie dalle ATS alle ASST, previsto anch'esso nella legge di riforma, è stata stipulata una convenzione tra ASST del Garda, ASST della Franciacorta e ASST Spedali Civili per la gestione dell'area delle Cure Primarie dal 01/01/2024.

Per tali settori, nel 2024, verrà effettuata la mappatura dei processi e del rischio in raccordo con gli RPCT delle altre aziende, pur nel rispetto delle specificità organizzative dell'ASST del Garda.

A seguito dei lavori del Comitato di coordinamento dei Controlli interni si è individuato inoltre il processo della "gestione dei rifiuti aziendali" come meritevole di rinnovata azione di approfondimento e analisi, da effettuarsi congiuntamente a cura di tutti i servizi coinvolti nei controlli interni (internal auditing, risk manager, RPCT ecc.), così come assentito dalla Direzione Strategica.

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 da attuarsi soprattutto attraverso misure di regolamentazione e formazione. Si sono svolti e proseguiranno incontri con i servizi coinvolti 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, soprattutto attraverso l'utilizzo di check list, accompagnata da adeguate documentazioni e motivazioni. 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 dai Responsabili delle SC/SSD/SS/Uffici alla luce dei dati e delle evidenze raccolte.

Al fine di poter incrementare nel tempo il livello di comprensione ed utilizzo dell'approccio qualitativo sono confermati, anche per il prossimo triennio, 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 periodico e verifiche annuali, definizione di protocolli operativi o regolamenti, ecc.) che variano in base alla gravità dei rischi, al loro impatto sull'organizzazione aziendale ed alle esigenze emergenti.

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 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 nel 2023 è stato riprogettato con un approfondimento 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 Decreto legislativo 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" nonché delle successive delibere attuative di ANAC, 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.

Per il 2023 è stata rivista la sezione Bandi di Gara e contratti, come previsto dall'allegato 9 del PNA 2022 che è in corso di implementazione a cura dei responsabili dei servizi competenti.

Al fine di favorire tempestività e completezza nelle pubblicazioni si è provveduto alla formazione di nuovi responsabili della pubblicazione che coincidono, per molti servizi, ai responsabili del contenuto.

Whistleblowing e tutela del whistleblower

L'Azienda, con Decreto n. 599 del 19/12/23, ha aggiornato il Regolamento sulle modalità di segnalazione degli illeciti corruttivi da parte dei dipendenti, a seguito dell'emanazione del D.Lgs 10 marzo 2023, n. 24 recante «Attuazione della direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 ottobre 2019, riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione» e recante disposizioni riguardanti la protezione delle persone

che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali, nonché la delibera ANAC del 12 luglio 2023, n. 311 recante le corrispondenti Linee guida per tutti gli enti.

ASST del Garda, all'interno della propria strategia di prevenzione di illeciti ed eventi corruttivi, considera parte delle azioni connesse al contrasto alla corruzione l'attivazione di strumenti per le segnalazione di irregolarità e possibili episodi di corruzione.

Nel Decreto sono indicate le specifiche sulle segnalazioni, i soggetti legittimati, le modalità di segnalazione e le tutele del segnalante ([link Decreto-n.-599-del-19.12.2023.pdf \(asst-garda.it\)](#)).

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 DPR 13.06.2023, n. 81 "Regolamento concernente modifiche al decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62 recante: Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'art. 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165" che, in particolare, introduce due nuovi articoli, 11bis e 11ter, sull'utilizzo delle tecnologie informatiche e dei mezzi di informazione e social media si è provveduto all'aggiornamento, consultabile sul sito web aziendale al seguente link di collegamento ipertestuale [Decreto-614-del-21.12.2023.pdf \(asst-garda.it\)](#);

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) predisponde, 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 Responsabile SC 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 danno 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 agli incarichi di funzione 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.

Nel corso del 2023 sono state banditi gli incarichi di funzione, per aderenza alla nuova previsione contrattuale, disponendo una riorganizzazione delle funzioni all'interno dei singoli servizi e permettendo, in alcuni casi, l'attuazione del principio di rotazione.

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.

Si tratta di una misura di natura non sanzionatoria, ma amministrativa, sia pure obbligatoria, a protezione dell'immagine di imparzialità dell'amministrazione e tesa a garantire che nell'area ove si sono verificati i fatti oggetto del procedimento penale o disciplinare siano attivate idonee misure di prevenzione del rischio corruttivo.

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 e 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.

Ai fini della massima trasparenza è costantemente alimentata la piattaforma PerlaPa per gli incarichi a consulenti/collaboratori esterni e incarichi a dipendenti [PerlaPa: Anagrafe delle Prestazioni](#);

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 conflitto di interessi 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 tali situazioni, 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 inconfirabilità e di incompatibilità ai sensi del D.Lgs. n. 39/2013.

È prestata particolare attenzione per i contratti che utilizzano i fondi PNRR e i fondi strutturali, in un'ottica di rafforzamento dei presidi di prevenzione, affinché 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.

Disciplina in materia di attività successive alla cessazione del rapporto di lavoro - Divieto di pantouflage – revolving doors

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 alle attività del dipendente, successive 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 i tre anni successivi 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 dai Responsabili delle SC:

SC GESTIONE RISORSE UMANE	L'Ufficio giuridico al termine del rapporto di lavoro somministra, a tutti i Dirigenti ed ai dipendenti dell'area dei professionisti della salute e dei funzionari, l'informativa ex art. 53 - comma 16 TER - D.Lgs. n. 165/2001.
---------------------------	---

SC 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.
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 rientranti nelle soglie di affidamento diretto, ove non è utilizzato il DGUE, tale fattispecie è salvaguardata attraverso l'esplicita richiesta all'operatore economico di non trovarsi nella condizione prevista dall'art. 53 comma 16-ter del D.Lgs. 165/2001 (pantouflage o revolving door) contenuta nel documento "Patti e condizioni".
SC GESTIONE OPERATIVA E NEXTGENERATIONEU E SISTEMI INFORMATIVI	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
SC INGEGNERIA CLINICA	Per le procedure di importo > 140.000€, soglia al di sotto della quale è consentita la procedura semplificata (affidamento diretto ai sensi dell'art. 50, co. 1, lett. b) del D. Lgs. 36/2023) è acquisita apposita dichiarazione da parte dell'offerente nell'ambito del DGUE; Per le procedure di importo inferiore a 140.000€ l'autodichiarazione è richiesta nella lettera invito e resa mediante spunta di apposito campo previsto sulla piattaforma Sintel.

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. L.gs. 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.

Con decreto n. 91 del 30 giugno 2023, ASST del Garda ha istituito il Comitato di Coordinamento dei Controlli in attuazione del Piano di Organizzazione Strategica (POAS) 2022-2024, approvato con delibera n. 689 del 22 settembre 2022. L’Azienda, nel rispetto delle normative nazionali, regionali e proprie interne, per raggiungere la mission istituzionale e i correlati obiettivi, promuove un sistema coordinato di controlli interni, raccordando i diversi livelli che intervengono nel processo complessivo. L’obiettivo è la messa a regime di un efficiente sistema di controlli interni, che sia fondato su strategie e procedure concepite ed attuate anche attraverso un livello di coordinamento e coesione organica elevato, che rappresenti la coerenza tra mission Aziendale, politiche, processi, modelli organizzativi, logiche di funzionamento, utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, ma soprattutto una collaborazione coordinata tra i diversi di sistemi di controllo già presenti nell’Azienda.

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 della RPCT, dei Responsabili di Struttura e da parte del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni/Performance.

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

Inoltre, i Responsabili delle SC e la RPCT propongono 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 2023, 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 della 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. L.gs. 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. L.gs. 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 per rendere effettiva l'applicazione delle norme in materia di Trasparenza, quale misura di prevenzione della corruzione, nel corso dell'anno 2024, vi è l'impegno 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 per il 2023 dall’Allegato 9 al PNA 2022, per la sezione “Bandi di gara e contratti”.

L’ANAC ha adottato il provvedimento ex articolo 28 del Codice con delibera n. 264 del 20 giugno 2023, come modificata e integrata con delibera n. 601 del 19 dicembre 2023, secondo cui la digitalizzazione dei contratti pubblici semplifica anche l’assolvimento dei relativi obblighi di pubblicazione a fini di trasparenza. Infatti, la gestione del ciclo di vita dei contratti tramite piattaforme di approvvigionamento digitale certificate assicura anche il rispetto degli obblighi di trasparenza per tutti i dati trasmessi alla BDNCP.

In considerazione della rilevanza del tema della trasparenza nella Aziende pubbliche, 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, il cui coordinamento è posto in capo alla RPCT, è svolta con il coinvolgimento del NVP, al quale la 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 dei Responsabili di Struttura, sia da parte del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni/Performance. Oltre che periodiche verifiche a campione da parte della RPCT.

La 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 del contenuto e 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 Attestazioni OIV o struttura analoga | AZIENDA SOCIO-SANITARIA TERRITORIALE DEL GARDA (asst-garda.it), la certificazione del NVP in data 21/07/2023 in merito agli adempimenti in tema di trasparenza, caricata direttamente sulla piattaforma messa a disposizione di ANAC. Il controllo, secondo le indicazioni della Delibera n. 203

del 17 maggio 2023, di tutte le sezioni ha dato esito di piena conformità con precisazioni in merito alla sezione bandi di gara e contratti.

È stato pubblicato il rendiconto delle donazioni per l'emergenza Covid 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). La regolamentazione in tema di donazioni è stata aggiornata a seguito di indicazioni di miglioramento condivise con la Direzione Strategica ed esitate nel Decreto n. 454 del 02.11.2023.

È proseguito il ruolo di stimolo e coordinamento in merito all'attuazione, da parte delle SC/SS 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 Atti di programmazione delle opere pubbliche | AZIENDA SOCIO-SANITARIA TERRITORIALE DEL GARDA (asst-garda.it).

È stato rivisto il complesso regolamentare pubblicandone i relativi aggiornamenti. Di particolare interesse si segnalano, oltre a quelli specifici per i quali è stato riportato precedentemente il link, i regolamenti per la disciplina dell'attività di formazione svolta all'interno dell'ASST del Garda da parte di professionisti dipendenti a favore di soggetti esterni pubblici o privati e l'aggiornamento delle disposizioni inerenti il Comitato Valutazione Sinistri e procedura gestione sinistri.

Non sono pervenute alla 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.

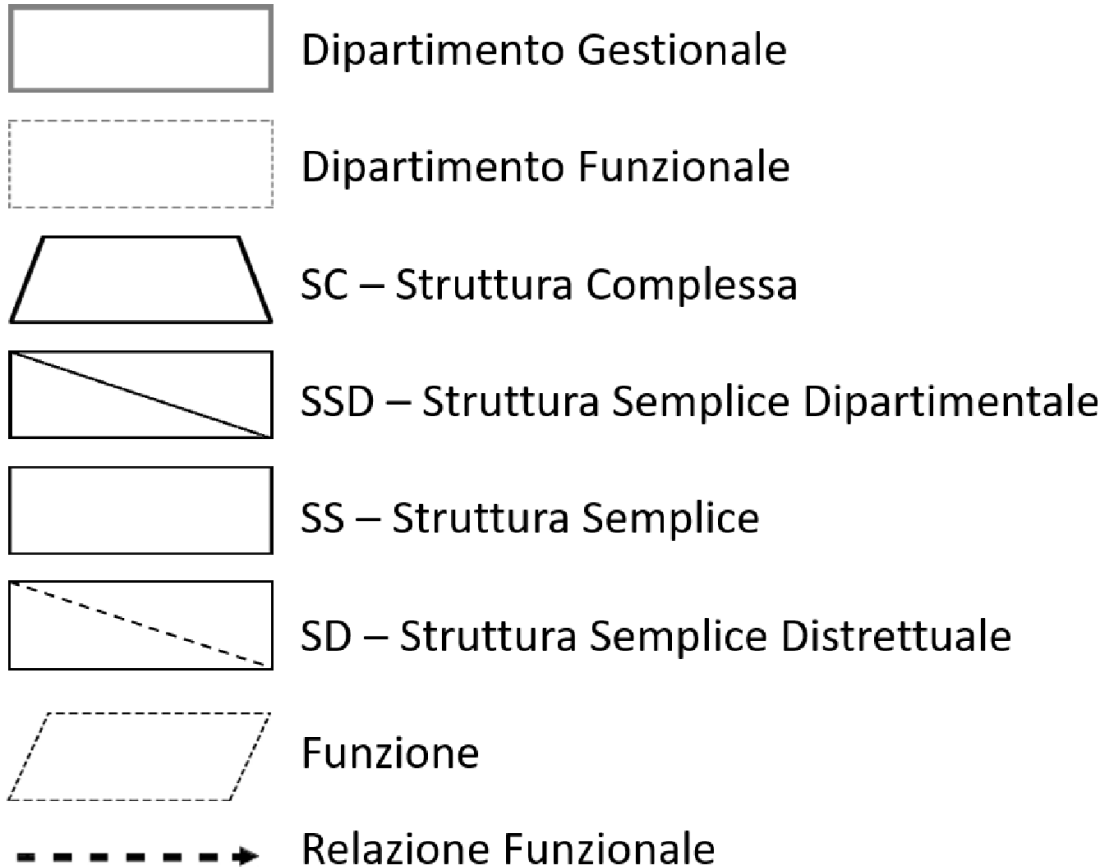
L'Azienda ha dedicato una specifica sezione alle sanzioni all'interno del proprio Codice di comportamento aziendale al quale si rinvia.

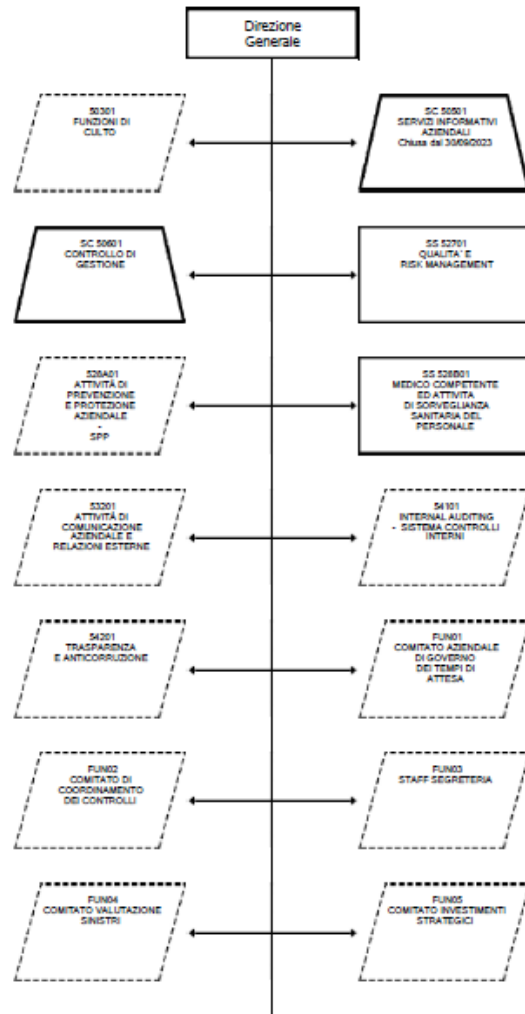
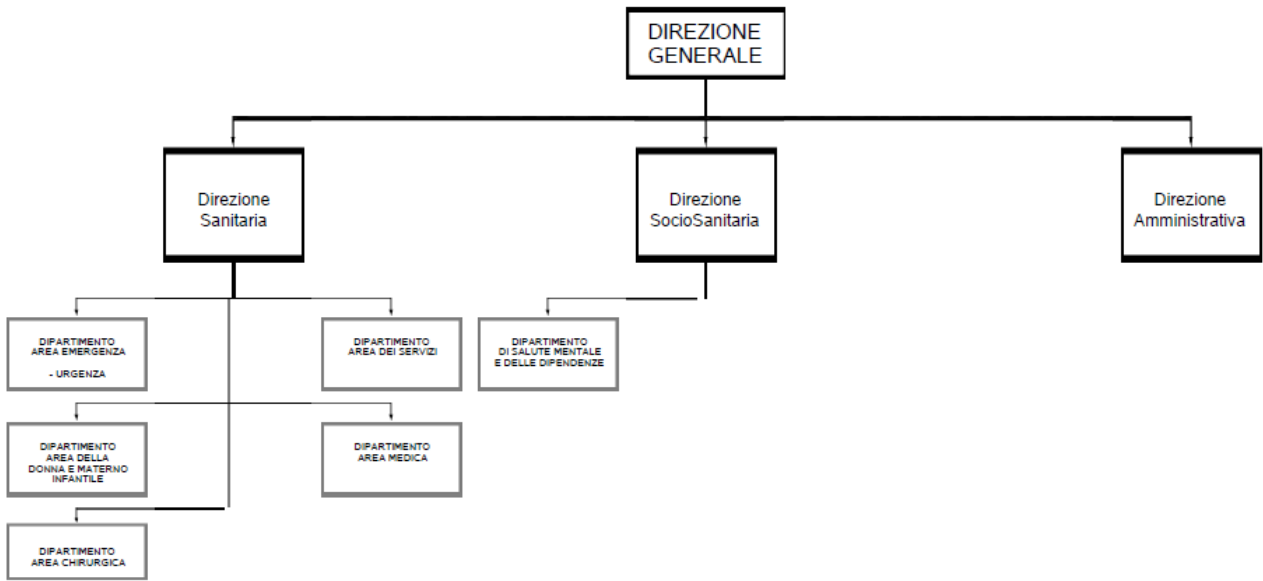
SEZIONE 3 - ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

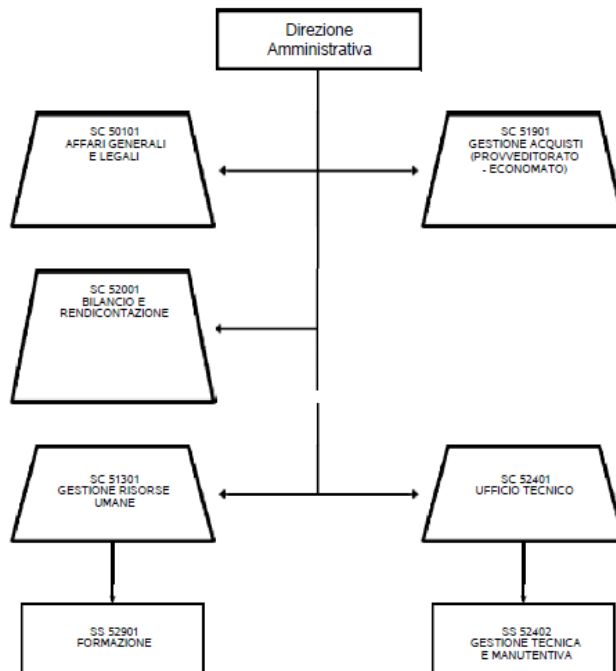
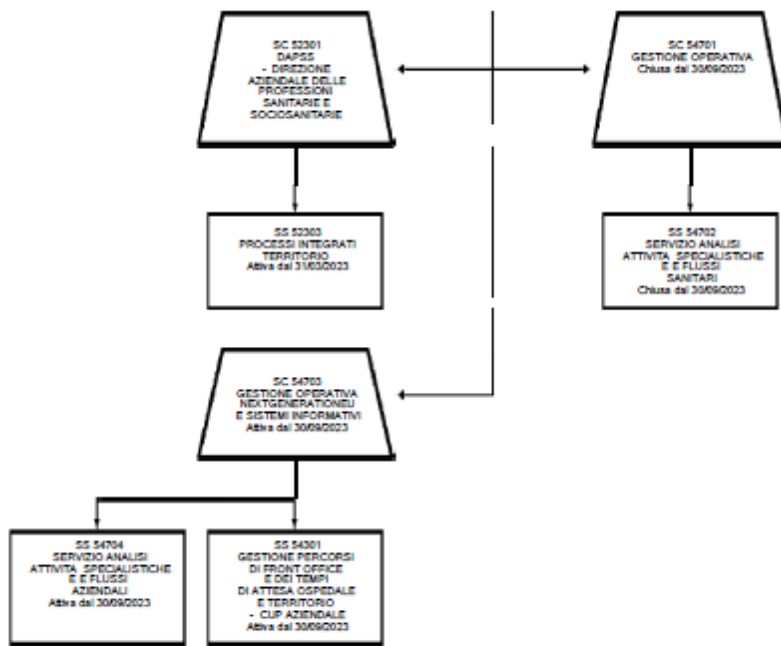
3.1. Struttura Organizzativa

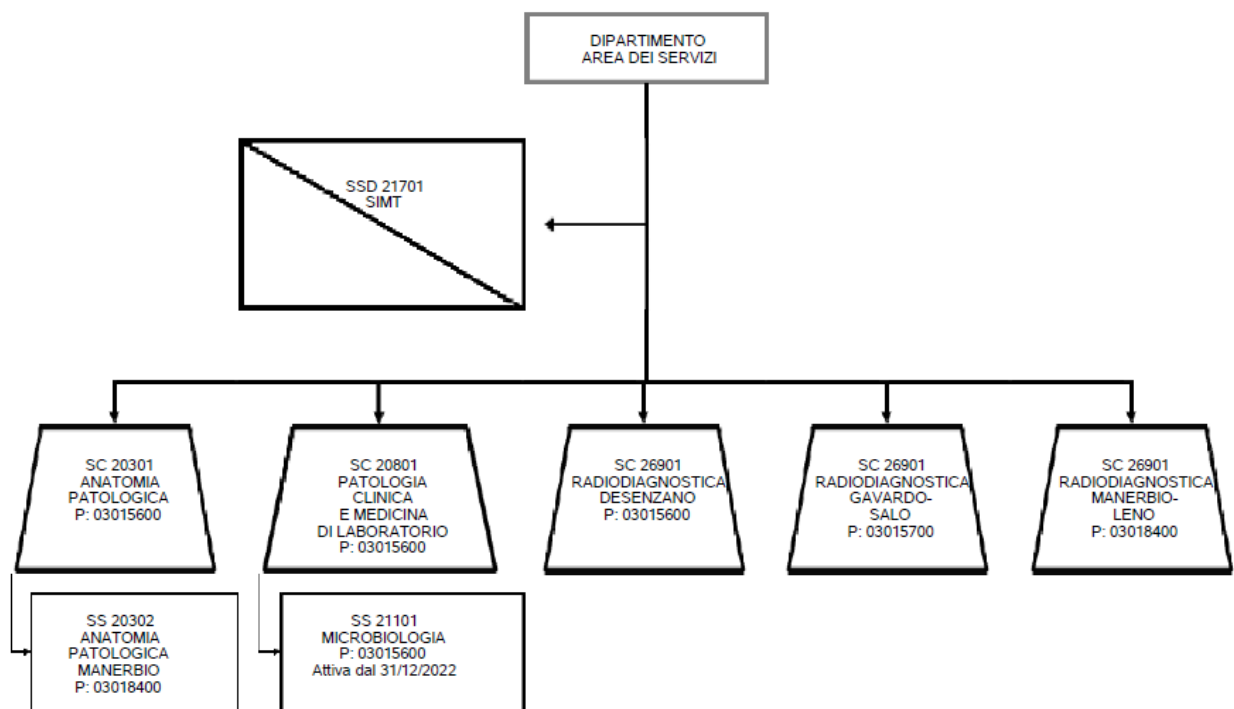
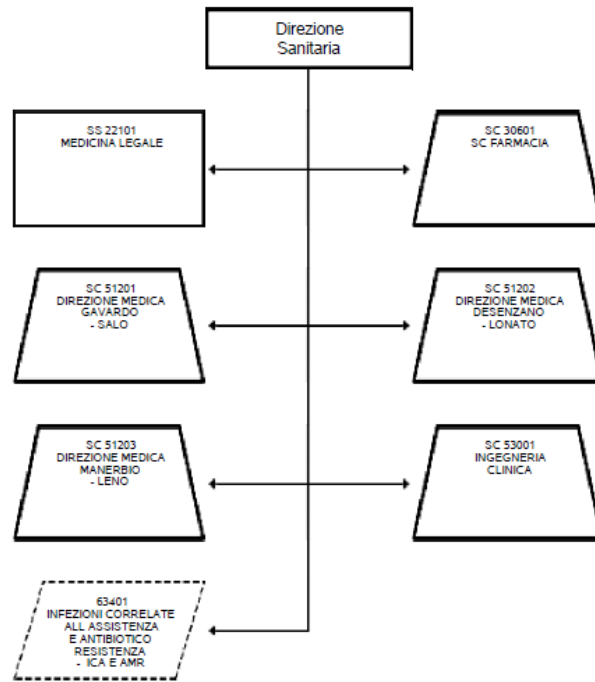
Il Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) vigente è stato approvato con D.G.R. n. X/6925 del 12/9/2022.

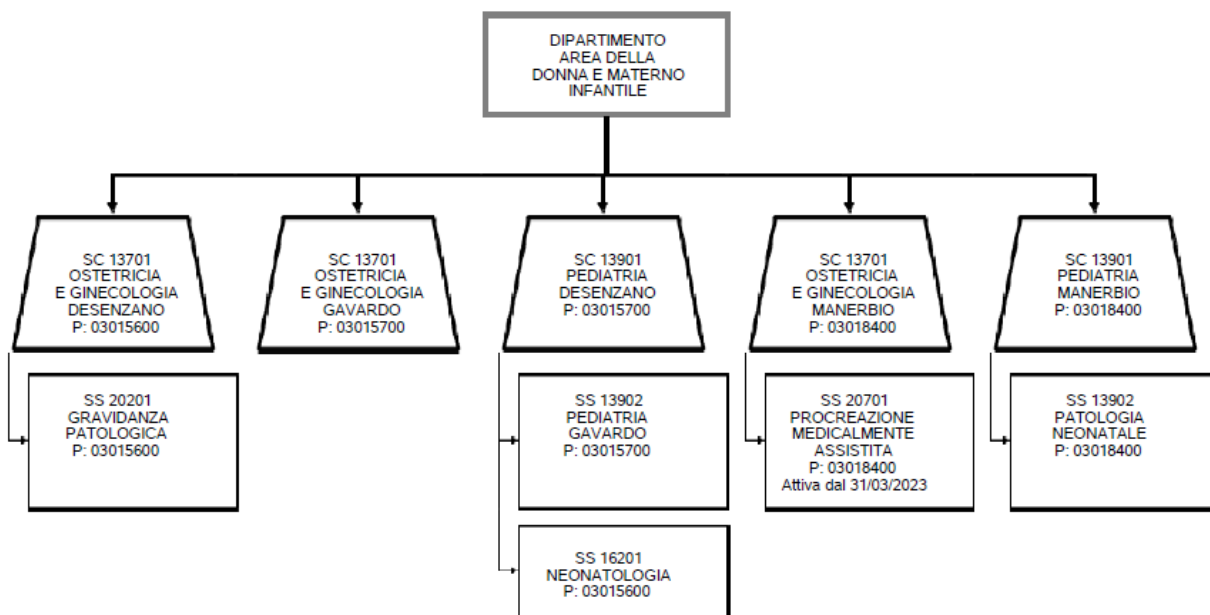
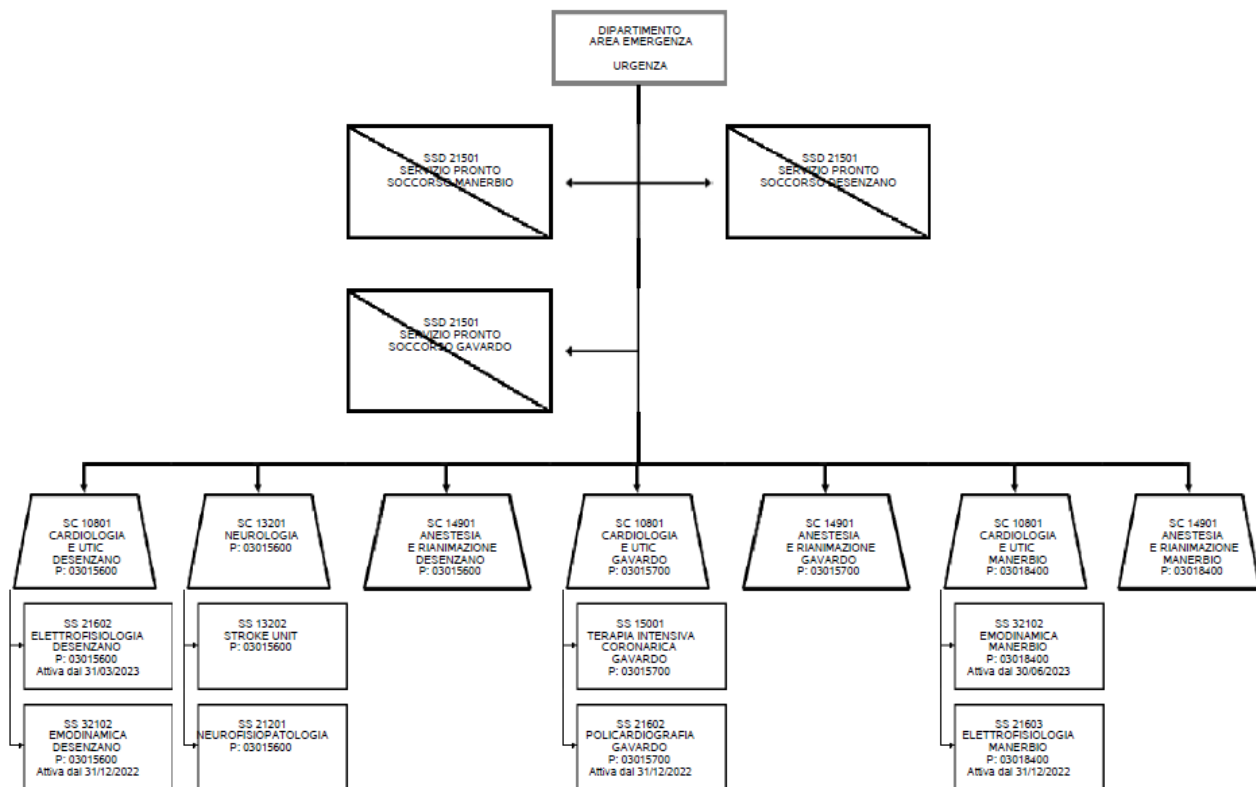
LEGENDA

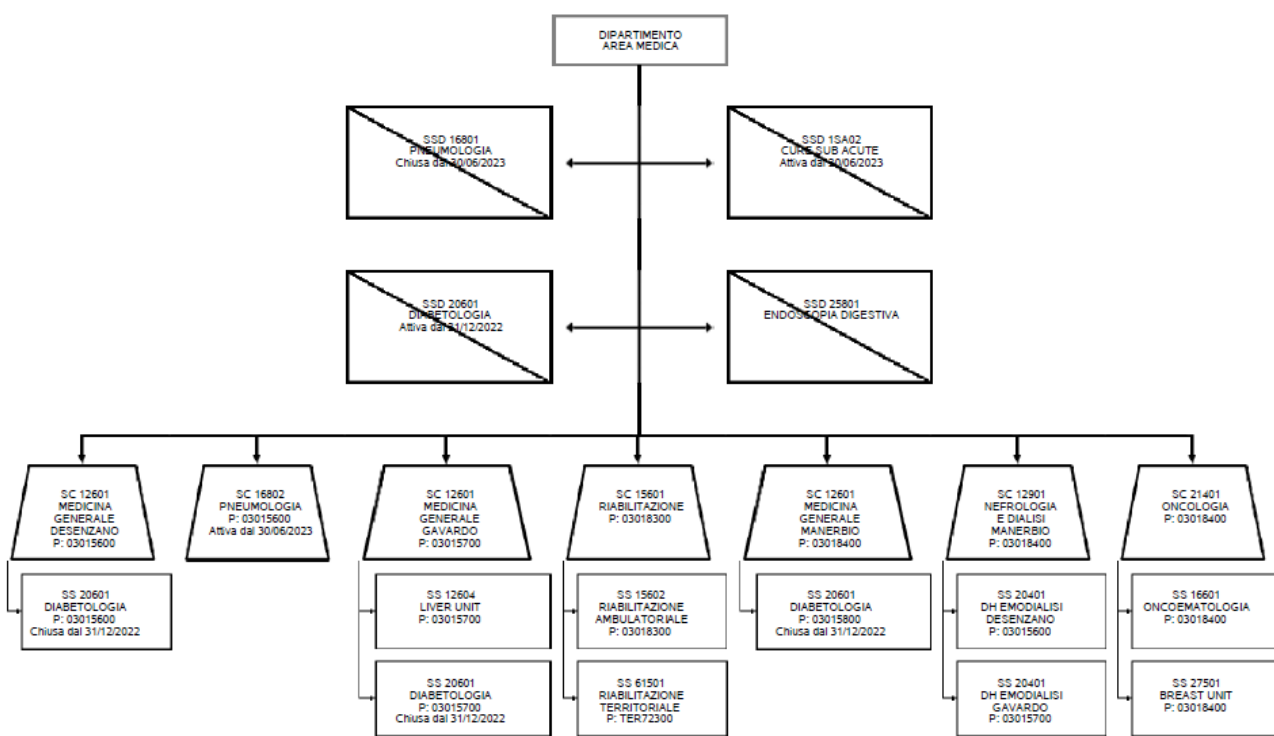
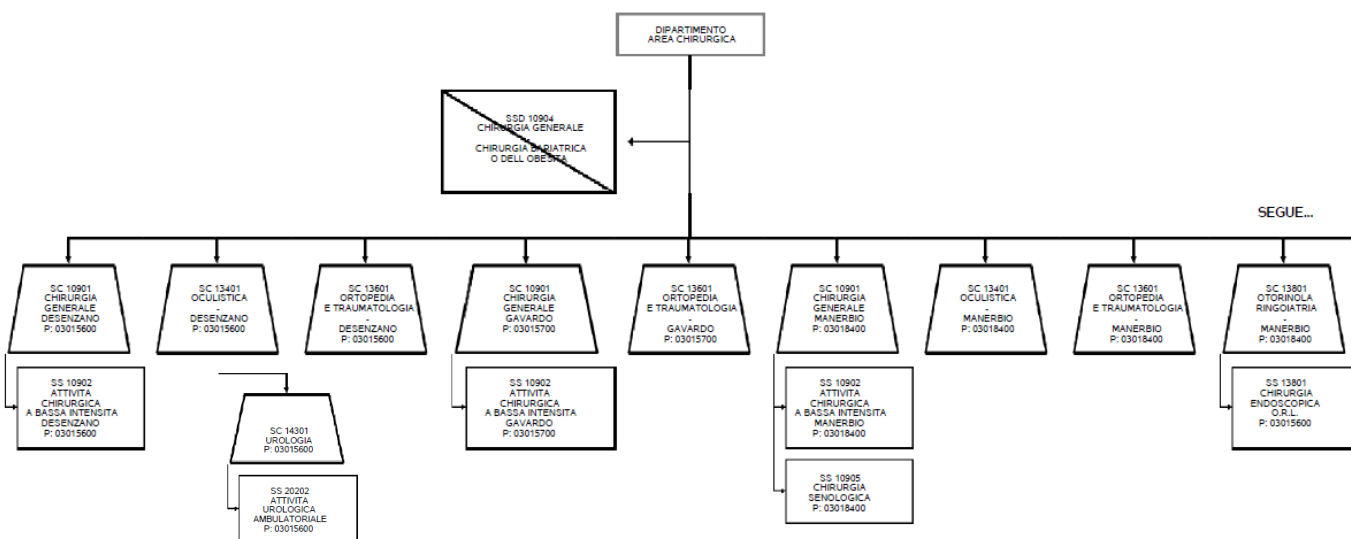


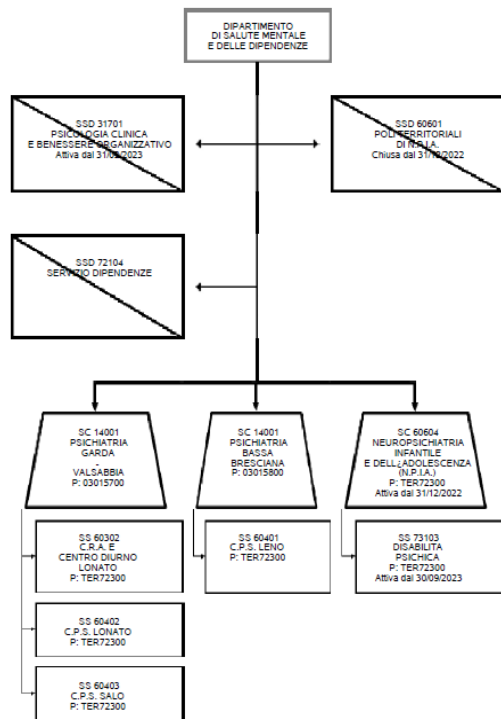
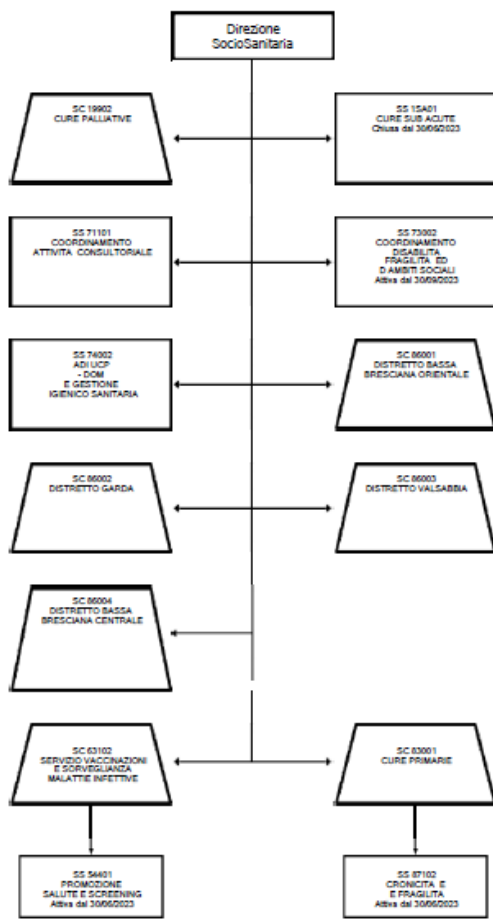


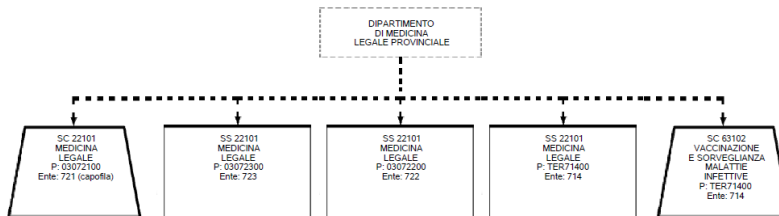
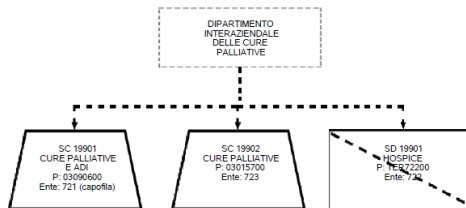
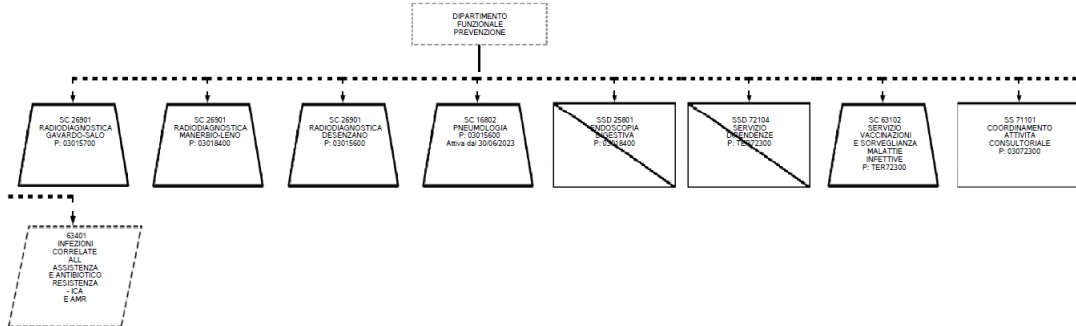
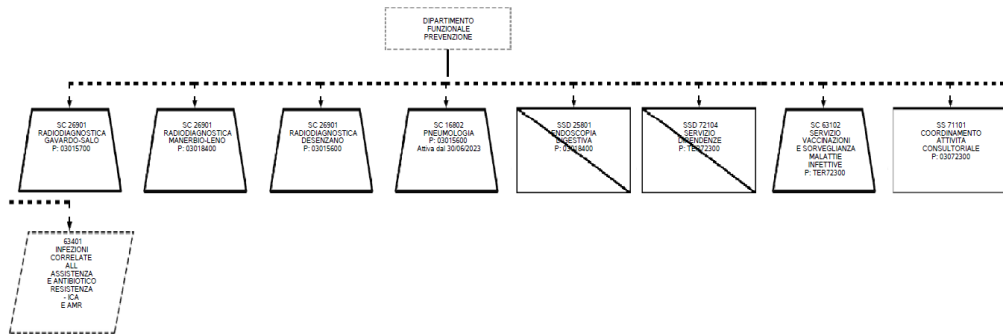
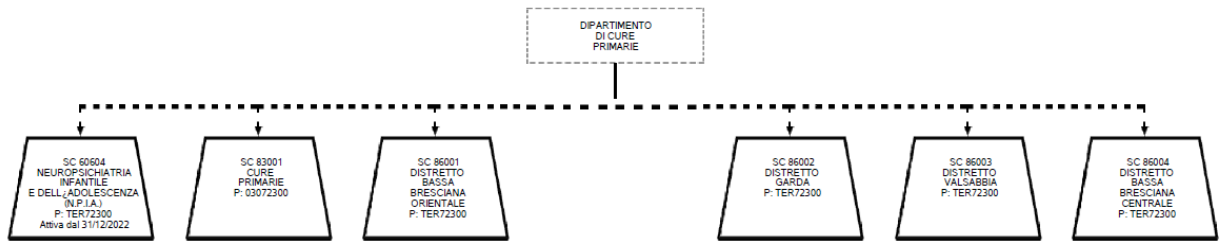












3.2. Organizzazione del Lavoro Agile

In linea con quanto richiesto dall'art. 14, comma 1, della L. 7 agosto 2015, n. 124, come modificato dall'art. 263, comma 4-bis, del D.L. 19 maggio 2020, n. 34 (c.d. "Decreto rilancio"), convertito, con modificazioni, dalla L. 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.

Con delibera n. 243 del 23/03/2023 è stato adottato il Regolamento Aziendale che detta una disciplina strutturata del lavoro agile, in linea, tra l'altro, con le disposizioni del nuovo CCNL Comparto Sanità, come da Allegato 8.

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.

Le allegate tabelle riassuntive sono contenute nell'Allegato 6.1.

Il PTFP 2023-2025 è stato approvato con Delibera n. 84 del 31/01/2023 e autorizzato da Regione Lombardia con D.G.R. n. XII/675 del 17/07/2023.

Il Piano di Fabbisogno del Personale per il triennio 2024-2026 è in fase di predisposizione; è stata trasmessa in data 20/11/2023 la documentazione richiesta da Regione Lombardia e si è attesa di ulteriori indicazioni per la predisposizione definitiva del PTFP 2024-2026 di cui all'Allegato 6.2.

Gli artt.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'8/5/2018, 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

La S.S. Formazione dell'ASST del Garda ha predisposto il Piano formativo aziendale per il 2024, che è stato adottato con Decreto n. 663 del 28/12/2023.

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 2024” o a supporto del raggiungimento di obiettivi regionali.

3.5 PAP 2024 – 2026 (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 2024 – 2026.

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 2024-2026 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 2024-2026 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 2024-2026 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 2024-2026 l'ASST del Garda si impegna nella prosecuzione della collaborazione con la Rete Antiviolenza del Garda.

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 2024-2026 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 2024 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.

Con delibera n. 243 del 23/03/2023 è stato adottato il Regolamento aziendale che detta una disciplina strutturata del lavoro agile, in linea, tra l'altro, con le disposizioni del nuovo CCNL Comparto Sanità.

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 come previsto dalle disposizioni aziendali.

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