

Decreto n. 290 del 29/04/2022

OGGETTO: Approvazione del Piano Integrato di Attività ed Organizzazione: triennio 2022-2024 - Programmazione per l'anno 2022.

IL DIRETTORE GENERALE
nella persona del Dr Maurizio Galavotti

Acquisiti i pareri:

del Direttore Sanitario ff: Dr.ssa Francesca Andreoli

del Direttore Amministrativo: Dott Guido Avaldi

del Direttore Socio-Sanitario: Ing Maurizio Morlotti

L'anno 2022, giorno e mese sopraindicati:

CON I POTERI di cui all'art.3 del D.Lgs n.502/1992, così come risulta modificato con D.Lgs n.517/1993 e con D.Lgs n.229/1999 ed in virtù della formale legittimazione intervenuta con DGR n.XI/1085 del 17.12.2018, in attuazione delle LLRR n.33/2009 e 23/2015;

Rilevato che il Responsabile del procedimento riferisce quanto segue:

PREMESSO che:

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

- il DL n.228/2021 (cd. "decreto milleproproghe") ha postergato il termine di adozione di detto Piano al 30 aprile 2022;

OSSERVATO che detto "Piano integrato di attività e organizzazione" (PIAO) è stato redatto secondo lo schema contenuto nel DM e le linee guida esposte nella Conferenza Unificata del 2.12.2021. In aderenza con le linee guida, il presente Piano unifica in un solo atto:

- programmazione e gestione delle risorse umane e materiali;
- organizzazione del personale;
- formazione;
- modalità di prevenzione della corruzione;
- programmazione degli obiettivi
- monitoraggio delle performance
- lavoro agile
- transizione digitale e semplificazione dell'accesso
- modalità e azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere

OSSERVATO inoltre che in data 9.2.2022 la Conferenza Unificata ha approvato lo schema di Decreto del Presidente della Repubblica riguardante l'individuazione ed abrogazione dei piani e adempimenti assorbiti dal presente Piano:

- Piano della Performance;
- Piano triennale dei Fabbisogni;
- Piano delle Azioni Positive;
- Piano triennale di Prevenzione della Corruzione;
- Piano Organizzativo del lavoro Agile

PRECISATO che per la prima redazione di detto Piano, in difetto di definitive indicazioni, si sono raccolti e resi omogenei i documenti programmatici vigenti, adeguatamente aggiornati;

PRESO ATTO:

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

- che l'attività valutativa richiede un approccio trasversale alle strutture, e presuppone la misurazione dei risultati dell'intera Azienda, in riferimento alle strategie previste dall'amministrazione per soddisfare i bisogni della collettività;

EVIDENZIATO che verrà modificato sopravvenendo specifiche indicazioni circa le modalità di redazione e di contenuto;

RACCOLTO, in data 29.4.2022, il parere favorevole del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni sul testo proposto;



RITENUTO di approvare l'allegato "Piano Integrato di Attività ed Organizzazione" (PIAO) Aziendale per il triennio 2022-2024 - Programmazione per l'anno 2022;

CONSTATATO che il presente provvedimento non comporta oneri a carico dell'Azienda;

ACQUISITI:

- la proposta del Responsabile del procedimento a seguito di formale istruttoria;
- il parere tecnico favorevole del Dirigente Referente dell'UO;

ACQUISITI altresì, per quanto di competenza, i pareri favorevoli dei Direttori Sanitario ff, Amministrativo e Socio-Sanitario;

D E C R E T A

di prendere atto di quanto in premessa descritto e conseguentemente:

1 - di approvare il "Piano Integrato di Attività ed Organizzazione" (PIAO) Aziendale per il triennio 2022-2024 - Programmazione per l'anno 2022, che allegato al presente atto ne forma parte integrante e sostanziale;

2 - di dare atto che dall'adozione del presente atto non discendono oneri finanziari a carico dell'Azienda;

3 - di dare atto che il presente provvedimento è sottoposto al controllo del Collegio Sindacale, in conformità ai contenuti dell'art.3-ter del D.Lgs n.502/1992 e smi e dell'art.12, co.14, della LR n.33/2009;

4 - di disporre, a cura del Servizio Affari Generali e Legali, la pubblicazione all'Albo on-line - sezione Pubblicità legale - ai sensi dell'art.17, co.6, della LR n.33/2009, e dell'art. 32 della L. n.69/2009, ed in conformità alle disposizioni ed ai provvedimenti nazionali e europei in materia di protezione dei dati personali.

IL DIRETTORE GENERALE
(Dr Maurizio Galavotti)

**OGGETTO: APPROVAZIONE DEL PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ ED ORGANIZZAZIONE:
TRIENNIO 2022-2024 - PROGRAMMAZIONE PER L'ANNO 2022**

ATTESTAZIONE DI COMPLETEZZA DELL'ISTRUTTORIA

Il Responsabile del procedimento attesta la completezza dell'istruttoria relativa alla proposta di decreto sopra citato.

Data, 29/04/2022

**IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
FERRÈ FRANCESCO**

firma elettronica apposta ai sensi del
D.Lgs n.82 del 7 marzo 2005

ATTESTAZIONE DI REGOLARITA' TECNICA

Il Dirigente/Responsabile/Referente dell'UO/Ufficio/Servizio attesta la regolarità tecnica e la legittimità della proposta di decreto sopra citato.

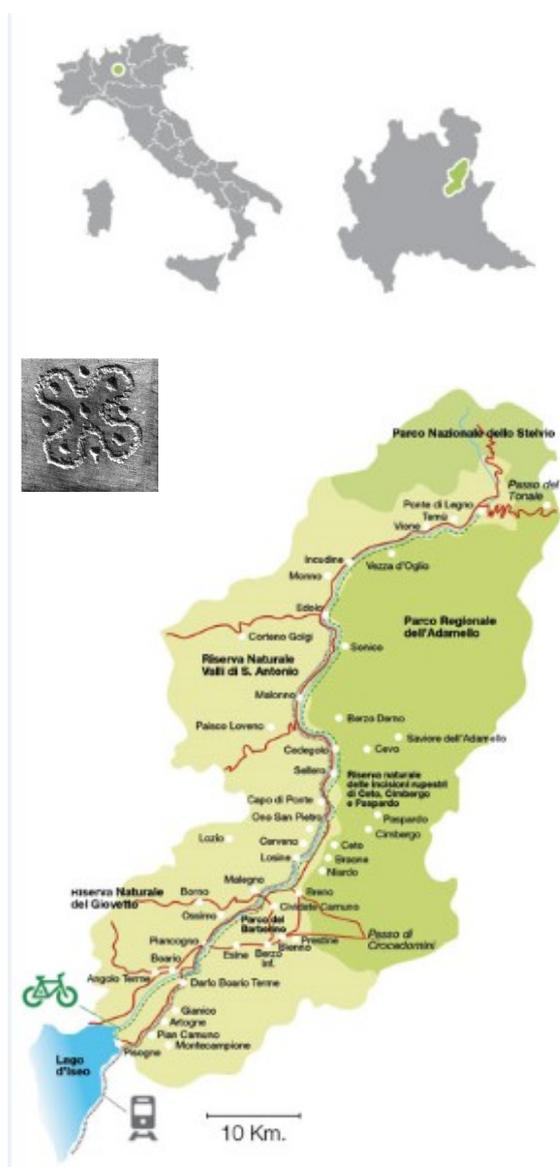
Data, 29/04/2022

**IL DIRIGENTE/RESPONSABILE/REFERENTE UO/UFFICIO/SERVIZIO
FERRÈ FRANCESCO**

firma elettronica apposta ai sensi del
D.Lgs n.82 del 7 marzo 2005

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE 2022 - 2024

PROGRAMMAZIONE PER L'ANNO 2022



Indice

1. PREMESSA.....	5
ACCORPAMENTO DEL PIANO DELLE PERFORMANCE NELLA SEZIONE “VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE”, ED IN IN SOTTOSEZIONE “PERFORMANCE”.....	5
ORGANIZZAZIONE E RIORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITA’ ORDINARIE	6
AZIONI PER CONTRASTARE LA PANDEMIA.....	7
FOCUS LEGGE REGIONALE 22: OSPEDALI DI COMUNITA’, CASE DELLA COMUNITA’, CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE.....	7
CASE DI COMUNITA’.....	7
OSPEDALI DI COMUNITA’.....	8
CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI.....	8
PIANIFICAZIONE DELLE ATTIVITA’.....	8
SEZIONE 1 SCHEDA ANAGRAFICA DELL’AMMINISTRAZIONE.....	9
TERRITORIO E DEMOGRAFIA.....	10
I PUNTI DI OFFERTA SANITARIA E SOCIOSANITARIA.....	10
SEZIONE 2 VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE.....	11
2.1 Sottosezione di programmazione: <i>valore pubblico</i>	11
2.2 Sottosezione di programmazione: <i>performance</i>	14
2.2.1 L’AZIENDA IN CIFRE.....	14
2.2.1.1 POLO OSPEDALIERO.....	14
CAPACITA’ DI OFFERTA OSPEDALIERA.....	15
2.2.1.2 POLO TERRITORIALE.....	16
PRINCIPALI ATTIVITA’ SVOLTE.....	16
Specialistica ambulatoriale.....	16
Palestre di riabilitazione specialistica.....	16
Punti prelievo.....	16
Salute mentale.....	16
Prevenzione e igiene pubblica.....	16
Consultori.....	17
SERVIZIO DIPENDENZE.....	17
PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CRONICO.....	18
INTEGRAZIONE RETI TERRITORIALI.....	18
PROGETTO DAMA.....	18
LE SEDI TERRITORIALI.....	19
SEDE DI DARFO.....	19
SEDE DI CEDEGOLO.....	19
SEDE DI BRENO.....	19
SEDE DI PISOGNE.....	20
SEDE DI EDOLO.....	20

2.2.1.3 PRINCIPALI RICAVI.....	21
PRESTAZIONI TIPICHE.....	21
TEMPI DI ATTESA PRESTAZIONI DI RICOVERO E SPECIALISTICA AMBULATORIALE.....	21
TAMPONI, SIEROLOGICI, VACCINAZIONI COVID.....	23
2.2.2. DEFINIZIONE AREE OBIETTIVI SUL TRIENNIO.....	25
2.2.2.1 LA PIANIFICAZIONE TRIENNALE E L'EVENTO PANDEMICO.....	25
Costituzione ed apertura degli ospedali di Comunità, delle Case di Comunità, della Centrale Operativa Territoriale.....	25
Opere ed investimenti.....	25
Tecnologie.....	26
Sistemi Informativi.....	26
Miglioramento della qualità e dell'appropriatezza.....	26
2.2.3. OBIETTIVI ANNUALI.....	28
OBIETTIVI STRATEGICI.....	28
OBIETTIVI DI PERFORMANCE ED APPROPRIATEZZA.....	29
Sottosezione di programmazione: <i>rischi corruttivi e trasparenza</i>	30
SEZIONE 3 ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO.....	118
Sottosezione di programmazione: <i>struttura organizzativa</i>	118
Sottosezione di programmazione: <i>organizzazione del lavoro agile</i>	119
Introduzione.....	119
Livello di attuazione e sviluppo.....	122
Condizionalità e fattori abilitanti.....	123
Obiettivi e monitoraggio.....	125
Sottosezione di programmazione: <i>piano dei fabbisogni di personale</i>	126
PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE.....	126
TRIENNIO 2021-2022-2023.....	126
RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE.....	126
1) Premessa.....	126
2) Modalità di compilazione del Piano Triennale dei Fabbisogni 2021/2022/2023	126
Sezione Ordinario - Personale Dipendente - Tabella anno 2021.....	126
Sezione Ordinario - Personale dipendente - Tabella anno 2022.....	128
Sezione Ordinario - Personale dipendente - Tabella anno 2023.....	130
Sezione Ordinario - Personale interinale - Tabelle 2021/2022/2023.....	130
Sezione COVID - Personale dipendente - Tabelle 2021/2022/2023.....	131
Sezione Ordinario - Personale titolare di rapporto di lavoro autonomo (2021 e 2022) e budget ordinario.....	131
Personale titolare di rapporto di lavoro autonomo (2021 e 2022) - budget covid..	132
Personale convenzionato universitario (budget ordinario).....	132
Rapporti convenzionali con altri enti del Servizio Sanitario Regionale.....	132
SEZIONE 4 MONITORAGGIO.....	134

5. I PRINCIPALI RIFERIMENTI NORMATIVI.....135

1. PREMESSA

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

Per quanto riguarda il PIAO 2022-2024, il decreto legge "milleproroghe", varato il 23 dicembre 2021 dal Consiglio dei ministri, ha spostato la data al 30 aprile 2022.

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

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

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

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

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

Uno degli strumenti previsti dal D.Lgs n.150/2009 a tale fine è per l'appunto il Piano delle Performance, un documento programmatico triennale, adottato in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, che individua sia gli obiettivi strategici ed operativi e gli indicatori per la valutazione della performance dell'amministrazione sia gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori (redatto dalla Direzione Strategica della ASST della Valcamonica, ai sensi dell'art.15, co.2, lett.b).

Il documento allinea gli obiettivi che prendono spunto dalla DGR 5832 del 29.12.2021 "Determinazioni in ordine agli obiettivi delle agenzie di tutela della salute (A.T.S.), delle

aziende socio sanitarie territoriali (A.S.S.T.) e dell'azienda regionale emergenza urgenza (A.R.E.U.) - anno 2022.

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

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

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

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

Nel corso degli anni 2020 e 2021 la pandemia causata dal COVID-19 ha sovrapposto numerose attività emergenti e modifiche nelle attività esistenti.

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

Tra esse, si citano descrittivamente:

ORGANIZZAZIONE E RIORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITA' ORDINARIE

- in allineamento col Piano di Governo Aziendale dei Tempi d'Attesa, focus sulle prestazioni di primo accesso, le prestazioni non differibili e salvavita, le prestazioni a pazienti oncologici, donne gravide, dializzati. Obiettivo:
 - non sospensione o annullamento delle prenotazioni;
 - mantenimento agende aperte e visibilità verso sovracup regionale GP++;
 - rispetto dei tempi d'attesa per ogni classe di priorità, in particolare B e D
- volume prestazioni ambulatoriali: raggiungimento capacità erogativa target anno di riferimento 2019;
- volume prestazioni di ricovero: raggiungimento capacità erogativa target anno di riferimento 2019
- Telemedicina, telerefertazione, teleconsulenza: sviluppo ed applicazione di modalità di visita da remoto;
- vaccinazioni: rispetto del target per ogni tipologia
- POLA: lo smart working ha assunto un ruolo centrale durante la pandemia, sia per efficientare l'impiego delle risorse umane, sia per la sicurezza dei lavoratori. Definizione ed applicazione regolamento. Si rimanda alla sezione apposita.

AZIONI PER CONTRASTARE LA PANDEMIA

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

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

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

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

CASE DI COMUNITA'

Le Case di Comunità (CdC) permetteranno di avere un'organizzazione capillare su tutto il territorio, saranno delle strutture fisiche in cui opererà una équipe multiprofessionale di: MMG, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute e potranno ospitare anche assistenti sociali.

Saranno un punto di riferimento continuativo per la popolazione, anche attraverso una infrastruttura informatica, un punto prelievi, una strumentazione polispecialistica. Permetterà di garantire la presa in carico della comunità di riferimento.

Il core del modello si baserà appunto sulla presa in carico condivisa della popolazione di riferimento da parte della équipe multiprofessionale.

Nell'arco del triennio si prevede di attivare le seguenti sedi HUB:

- Casa della Comunità sede Darfo Boario Terme
- Casa della Comunità sede Breno
- Casa della Comunità sede Edolo
- Casa della Comunità sede Pisogne
- Casa della Comunità sede Cedegolo

e le seguenti sedi SPOKE:

- Casa della Comunità sede Ossimo
- Casa della Comunità sede Berzo Inferiore
- Casa della Comunità sede Ponte di Legno

OSPEDALI DI COMUNITA'

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

CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI

Saranno strumenti organizzativi innovativi che svolgeranno funzioni di coordinamento della presa in carico del cittadino/paziente e raccordo tra servizi e soggetti coinvolti nel processo assistenziale nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialogheranno con la rete dell'emergenza-urgenza.

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

PIANIFICAZIONE DELLE ATTIVITA'

Così come stabilito dagli obiettivi anno 2022, la DG Welfare definirà i target da perseguire con cadenza frequente. In base alle indicazioni ed al rispetto del cronoprogramma, si raggiungerà l'obiettivo di realizzare Case ed Ospedali di Comunità:

- definizione dei *modelli di funzionamento*;
- costituzione di un *gruppo di lavoro*:
 - definizione ambiti dei servizi con la *medicina territoriale*;
 - definizione ambiti con *servizi sociali*;
 - sviluppo della *telemedicina*
- stato avanzamento lavori *opere ed investimenti*

SEZIONE 1 SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE



Ospedale di Vallecamonica: sede di Esine

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

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

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

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

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

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

TERRITORIO E DEMOGRAFIA

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

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

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

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

L'ambito territoriale dell'ASST della Valcamonica comprende 41 Comuni, corrispondenti a quelli già afferenti alla disciolta ASL di Vallecamonica Sebino, con una popolazione al 1.1.2021 di 98.582 residenti ed una superficie totale di 1.518,19 Km². La popolazione allargata ai confini orogeografici del bacino aumenta a 120.000, e nei periodi estivi ed invernali sono stimati altri 50.000 villeggianti.

I PUNTI DI OFFERTA SANITARIA E SOCIOSANITARIA

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

il Polo Territoriale costituito dai centri di Darfo Boario Terme, Pisogne, Breno e Cedegolo, Edolo e dalle menzionate due strutture private accreditate.

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

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

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

SEZIONE 2 VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2.1 Sottosezione di programmazione: *valore pubblico*

Gli obiettivi che la ASST di Valcamonica si pone a livello generale e specifico sono considerati ed esplicitati nel Piano Triennale delle Performance - triennio 2022-2024, adottato con decreto n.30 del 27.01.2022.

Il Piano delle Performance viene ripreso nella sottosezione successiva.

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

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

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

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

- l'espansione delle collaborazioni per aumentare i Punti prelievo esterni;
- la prenotazione attraverso differenti canali (internet, call center) di prestazioni di prelievo presso le sedi dell'ente;
- lo sviluppo della telemedicina
- l'esecuzione di prestazioni diagnostiche al domicilio
- il progetto DAMA

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

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

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

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

Positive, di seguito riportato.

Il presente Piano di Azioni Positive si inserisce nell' ambito delle iniziative promosse in ASST della Valle Camonica al fine di promuovere una cultura del benessere organizzativo rafforzandone il principio delle pari opportunità, così come prescritto dal D.Lgs n.198/2006 "Codice delle pari opportunità tra uomo e donna" , attraverso il riconoscimento del valore dell' unicità della persona, nelle sue differenziazioni e libertà fondamentali e della Direttiva M. Funzione Pubblica n.2/2019 del 26 giugno 2019, accogliendone gli aspetti innovativi organizzativi.

L'approccio dialogico assunto mira a favorire percorsi di attenzione e di sensibilizzazione di chi si trova in condizioni vulnerabili, rimuovendone gli ostacoli che le persone incontrano nei percorsi di inclusione, cercando di prevenire la discriminazione in ogni sua forma: di genere, età, cultura, condizione economica, perseguendone i diritti universali di cittadinanza.

Al fine di individuare gli obbiettivi da contemplare nell' ambito delle azioni positive per il triennio 2019-2021 Asst Valle Camonica si avvale :

- ✓ dell'elaborazione della recente Indagine di Clima Organizzativo (Indagine MES S.Anna 2018) in seguito alla quale sono individuati dalla Direzione Strategica come percorsi prioritari :
 1. Il miglioramento della comunicazione aziendale
 2. la valorizzazione del personale
 3. il rafforzamento della governance partecipata
- ✓ delle relazioni annuali del CUG in collaborazione con UO Risorse e sviluppo del Personale nella stesura del Bilancio di genere, da cui emerge un sostanziale equilibrio di rappresentatività di genere con riferimento agli assetti organizzativi nell' arco e l' ultimo triennio
- ✓ dei percorsi specifici già sperimentati finalizzati a conseguire la tutela delle Pari Opportunità, il Benessere Organizzativo ed il Contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica.

Al fine di conseguire gli obbiettivi connessi ai suddetti tre percorsi, nel corso del prossimo triennio si intendono perseguire, consolidare e intraprendere le seguenti azioni positive:

I. promozione del Benessere Organizzativo

Obbiettivi

- promuovere strategie innovative di Benessere nei processi di cambiamento e di adattamento nell' area della comunicazione, motivazione e ascolto nelle relazioni interpersonali e di gruppo;
- sensibilizzazione e diffusione cultura dell' accoglienza nel rispetto della diversità come elemento di valorizzazione e contrasto di ogni forma di discriminazione;
- supporto alla prevenzione e rimozione di qualsiasi fattore stress lavoro correlato
-

Azioni

1. proposta di almeno 1 modulo annuale di formazione sull' incremento delle performance gestionali non tecniche

2. partecipazione al Comitato Tecnico di Formazione di ASST della Valcamonica
3. supporto al monitoraggio prevenzione e stress lavoro correlato
4. promozione di iniziative di connessione, integrazione e rigenerazione del tessuto interpersonale aziendale (ad es. Giornate aperte "Figli in azienda", festa delle donne, festa di Natale, festa pensionati ecc)

AREA 2 promozione stili di vita sani

Obbiettivi

- sostegno alla diffusione della cultura aziendale orientata allo stile di vita sano secondo le linee guida accreditate scientificamente

Azioni.

1. attivazione, supporto promozione iniziative di WHAP , Medicina di genere e di Welfare Aziendale (panchina rosa - prev. Tumori femminili) e mobility management

AREA 3 promozione strategie migliorative di conciliazione di vita- lavoro

Obbiettivi

- potenziare la sinergia e il supporto delle reti di inclusione nel territorio
- stimolare la cultura dell'accoglienza e dell' attenzione al bilancio di carico famiglia

Azioni:

1. promozione Carta di Conciliazione Asst Valle Camonica
2. monitoraggio dell' andamento dei bisogni di conciliazione emergenti

Obbiettivi

- promozione cultura parità come opportunità generativa dell' assunzione consapevole della carta etica aziendale nelle sue declinazioni legate al sistema di valori, al codice di comportamento e a codice di condotta
- promozione di una cultura dell' antiviolenza (con richiamo alla DGR 1986 del 23.07.2019 e legge regionale n. 11 del 3 luglio 2012- violenza di genere)

Azioni:

1. incremento visibilità comunicativa on line dedicata al contrasto della violenza, in ogni sua forma (link CUG - rete antiviolenza)
2. attuazione di almeno 1 evento di sensibilizzazione nel mese di novembre contro violenza delle donne
3. attuazione di almeno 1 iniziativa "Posto Occupato" Min Pari Opportunità.

2.2 Sottosezione di programmazione: *performance*

Le sottosezioni Valore pubblico e performance trovano

2.2.1 L'AZIENDA IN CIFRE

2.2.1.1 POLO OSPEDALIERO

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

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

Posti letto accreditati per tipologia di offerta: ospedale di Esine

<i>Tipologia di offerta</i>	<i>ordinari</i>	<i>diurni</i>	<i>tecnici</i>
Acuti	230	14	16
Subacuti			9
Riabilitazione	27		
Punto nascita: culle			10
Hospice			8
Dialisi			17
Terapia intensiva	10		
CD/SRP			20
TOTALE	267	14	80

Fonte dati: accreditamento

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

E' dotato inoltre di:

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

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

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

Posti letto accreditati per tipologia di offerta: ospedale di Edolo

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

Fonte dati: accreditamento

E' dotato inoltre di Pronto Soccorso h24

CAPACITA' DI OFFERTA OSPEDALIERA

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

Periodo anno 2021 numero ricoveri e prestazioni ambulatoriali

	ricoveri/prestazioni
<u>pazienti ricoverati</u>	
ordinari e diurni	9083
subacuti	181
hospice	80
<u>Pazienti in Pronto soccorso</u>	
dimessi	24288
ricoverati	5332
<u>prestazioni ambulatoriali</u>	
clinica e diagnostica	272157
laboratorio	996017
cure domiciliari	3400

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

2.2.1.2 POLO TERRITORIALE

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

PRINCIPALI ATTIVITA' SVOLTE

Specialistica ambulatoriale

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

Palestre di riabilitazione specialistica

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

Punti prelievo

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

Salute mentale

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

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

Prevenzione e igiene pubblica

Tra le principali attività svolte per il pubblico:

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

Consultori

I consultori della ASST operano su tre sedi: Edolo, Breno, Darfo.

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

SERVIZIO DIPENDENZE

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

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

PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CRONICO

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

INTEGRAZIONE RETI TERRITORIALI

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

- assistenza protesica
- attivazione ADI (assistenza domiciliare integrata)
- Misura B1, interventi a favore di persone con gravissima disabilità
- RSA aperta
- individuazione di alunno con handicap tramite accertamento collegiale

PROGETTO DAMA

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

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

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

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

- percorsi differenziati in Pronto Soccorso;
- fisioterapia in acqua per disabili

LE SEDI TERRITORIALI

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

SEDE DI DARFO

Via Cercovi/Via Barbolini

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

SEDE DI CEDEGOLO

Via Nazionale, 44

- ambulatori di Neuropsichiatria Infantile;
- palestra di fisioterapia;
- servizio di Alcologia e Dipendenze Comportamentali;

SEDE DI BRENO

Via Nissolina, 2

- ambulatori divisionali e territoriali;
- palestra di fisioterapia;
- consultori ginecologici e familiari. Il consultorio è sede di BRO (ambulatorio a basso rischio ostetrico) e prelievo citologico per screening HPV;;
- assistenza protesica;
- unità di valutazione multidimensionale;
- vaccinazioni e ambulatori di igiene pubblica;

- punto prelievo;
- sportelli per la Presa in Carico del paziente cronico;
- sportelli di scelta/revoca del medico di base

SEDE DI PISOGNE

Viale Girolamo Romanino, 18

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

SEDE DI EDOLO

Piazza Donatori di Sangue, 1

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

2.2.1.3 PRINCIPALI RICAVI

PRESTAZIONI TIPICHE

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

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

andamento economico ricavi attività sanitaria e sociosanitaria

Tipologia di prestazione	ANNO 2018	ANNO 2019	ANNO 2020	ANNO 2021
	valore €	valore €	valore €	valore €
Prestazioni di ricovero	32.282.720	32.067.803	28.307.310	30.435.335
Ricoveri Subacuti	567.500	629.500	586.500	662.858
Prestazioni Ambulatoriali	20.229.101	21.146.836	16.831.999	21.342.897
Prestazioni di Screening	714.635	718.655	542.158	772.702
Neuropsichiatria	613.065	509.784	502.139	532.595
Psichiatria	1.156.140	1.188.537	1.158.004	1.041.696
Cure palliative: hospice	721.164	687.192	398.376	379.815
Cure palliative: domiciliari	260.174	228.810	360.700	250.280
TOTALE RICAVI	56.544.498	56.870.876	48.367.954	55.418.178

Fonte dati_ flusso SDO, flusso 28/SAN, flusso 46/SAN, flusso CP

TEMPI DI ATTESA PRESTAZIONI DI RICOVERO E SPECIALISTICA AMBULATORIALE

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

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

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

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

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

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

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

Per l'anno 2022, operazione già iniziata nell'anno 2021, Regione Lombardia focalizza l'attenzione sui tempi d'attesa di specialistica ambulatoriale classi B e D, ricoveri chirurgici oncologici classe A, ricoveri chirurgici non oncologici tutte le classi. Nel descrivere l'andamento di tali tempi d'attesa in questa sezione, si rimanda sia alla programmazione triennale, che a quella annuale e relativi indicatori del quadro sinottico dal quale discendono gli obiettivi di budget delle Unità Operative.

Tempi di attesa specialistica ambulatoriale anni 2018-2021

prestazioni ambulatoriali	anno/ Priorità	2018	2019	2020	2021
prime visite	B	85%	84%	80%	83%
	D	88%	86%	90%	86%
diagnostica per immagini	B	73%	76%	79%	58%
	D	98%	96%	95%	89%
altre prestazioni strumentali	B	84%	92%	79%	81%
	D	88%	97%	98%	95%

Fonte dati flusso 28/SAN

Tempi di attesa prestazioni di ricovero anni 2018-2021

prestazioni di ricovero	anno/ Priorità	2018	2019	2020	2021
Interventi oncologici	A	71%	82%	82%	90%
	B	88%	78%	74%	89%
	C	100%	95%	100%	92%
	D	100%	100%	100%	97%
Interventi non oncologici	A	73%	75%	82%	83%
	B	74%	71%	75%	81%
	C	100%	97%	80%	92%
	D	100%	100%	99%	98%

Fonte dati flusso SDO

TAMPONI, SIEROLOGICI, VACCINAZIONI COVID

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

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

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

Il volume dei tamponi e test sierologici processati:

TIPOLOGIA INDAGINE	ANNO 2020	ANNO 2021
TAMPONI ANTIGENICI	153	5232
TAMPONI MOLECOLARI	38356*	42606
TEST SIEROLOGICI	8707	373
Totale Risultato	47126	48211

Fonte dati 28/SAN

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

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

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

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

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



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

Fonte dati: SIAVR, portale Poste Italiane

2.2.2. DEFINIZIONE AREE OBIETTIVI SUL TRIENNIO

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

2.2.2.1 LA PIANIFICAZIONE TRIENNALE E L'EVENTO PANDEMICO

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

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

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

Opere ed investimenti

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

1. Finanziamenti per Case di Comunità e Ospedali di Comunità: nel corso dell'anno 2022 avvio progettazione esecutiva CdC e OdC;
2. Intervento di rifacimento impianto di climatizzazione Ospedale di Edolo: progettazione/approvazione entro il 31/12/2022;
3. Adeguamento strutturale a seguito verifica di vulnerabilità sismica (Edificio D e Edificio I) Ospedale di Esine: realizzazione progetto entro 31/12/2022
4. Utilizzo delle economie derivanti dalla conclusione dell'intervento "Manutenzione straordinaria e nuovo ingresso raccordo con S.S. n.42 presso il Presidio ospedaliero di Esine": aggiudicazione e inizio lavori entro il 31/12/2021;
5. opere ed investimenti di riordino della rete ospedaliera con finanziamenti struttura commissariale:
 1. stroke unit: progetto esecutivo entro il 31/12/2022;
 2. intervento su area OBI in PS: inizio lavori entro il 31/12/2022;
 3. ampliamento PS: progetto esecutivo entro il 31/12/2022
6. finanziamenti per messa a norma antincendio:
 1. sede Darfo fine lavori
 2. progettazione su sede di Breno

Nel corso del triennio, avvio successivo al 2022:

1. risparmio energetico PO Esine

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

Tecnologie

1. DGR_XII_2468_2019 – Mammografo, TAC e angiografo: con DGR_XII_2468_2019 DGW ha approvato e finanziato la sostituzione per il presidio di Esine di un mammografo, una TAC e l'angiografo. I primi risultano sostituiti nel biennio 2020-2021. Entro Novembre 2022 verrà sostituito l'angiografo.
1. DGR_XI_4386_2121 - Fondi Indistinti: esaurimento dell'80% del finanziamento.

Sistemi Informativi

1. progetto accoglienza: prenotazione, accessi, code, pagamenti.
2. sale operatorie: nuovo applicativo gestionale

Miglioramento della qualità e dell'appropriatezza

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

In continuità con gli anni precedenti la pandemia, così come anche per il 2020 e 2021, si considerano i seguenti punti:

1. Tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali e di ricovero: raggiungimento del target 90% di rispetto dei tempi per ogni priorità. mantenimento per le prestazioni che già raggiungono il target
2. perseguimento dei target previsti dal PNE (Piano Nazionale Esiti), dal Network delle regioni e indicatori di outcome
3. incremento/mantenimento della produzione offerta (ricoveri e specialistica ambulatoriale) conseguita dal Presidio, in linea con il nuovo modello di SSR, a superamento delle difficoltà impreviste occorse negli anni precedenti
4. perseguimento degli obiettivi di trasparenza con attuazione di idonee misure per la prevenzione della corruzione
5. contenimento della spesa corrente necessario per garantire l'equilibrio di bilancio attraverso un'analisi più puntuale dei dati raccolti e monitorati attraverso i "flussi" inviati a Regione Lombardia per i vari settori di attività.

Per perseguire gli obiettivi posti, risulta necessario uno sviluppo sistematico e coordinato

delle attività di programmazione e controllo, per adeguatamente supportare gli interventi innovativi o correttivi. Tali attività sono realizzate anche con l'utilizzo di definiti documenti, strumenti e metodi, che ne costituiscono elemento essenziale, vale a dire:

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

2.2.3. OBIETTIVI ANNUALI

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

- progetti aziendali;
- progetti, piani, programmi derivanti dalle regole di gestione del SSR, correlati agli Obiettivi Regionali assegnati ai Direttori Generali;
- progetti correlati al contratto con la ATS.

I documenti di riferimento per l'elaborazione dei progetti per l'anno 2022 sono:

- DGR 5832 del 29.12.2021 "Determinazioni in ordine agli obiettivi delle agenzie di tutela della salute (A.T.S.), delle aziende socio sanitarie territoriali (A.S.S.T.) e dell'azienda regionale emergenza urgenza (A.R.E.U.) - anno 2022
- Gli obiettivi del Direttore Generale per l'anno 2022
- Il Contratto ATS 2022;
- Il bilancio economico di previsione (BPE) 2022
- Il Piano di Governo dei Tempi di Attesa aziendale
- Gli indicatori di performance e appropriatezza di ricovero Agenas e network regioni

La progettualità per l'anno 2022 si sviluppa nei seguenti ambiti, ritenuti di particolare rilievo per le politiche sanitarie aziendali e regionali:

OBIETTIVI STRATEGICI

- Piano di contrasto al Covid-19: Rispetto dei target numerici e temporali indicati dall'Unità di Crisi Vaccinazioni Covid-19 sia per le somministrazioni nei centri vaccinali che per le somministrazioni domiciliari. Rispetto delle indicazioni della Task Force Tamponi. Garanzia di almeno l'8% del personale medico e infermieristico dedicato alle vaccinazioni e ai tamponi.
- Potenziamento rete territoriale: Rispetto del cronoprogramma di realizzazione delle Case di Comunità e degli Ospedali di Comunità secondo le indicazioni della Direzione Generale Welfare la definizione del cronoprogramma sarà scandita dalle circolari attuative regionali, si rimanda al paragrafo dedicato.
- Attuazione legge regionale n. 22/2021:
 - Istituzione dei Distretti entro le tempistiche previste dalla legge regionale e nomina dei Direttori di Distretto
 - Approvazione dei Piani Organizzativi Aziendali Strategici secondo le indicazioni e le tempistiche indicate dalla Direzione Generale Welfare.
- Piano di ripresa 2022 e programmi di screening:
 - Rispetto delle indicazioni e raggiungimento dei target previsti dalla Direzione

Generale Welfare in ordine all'attuazione del piano di ripresa 2022, relativamente all'erogazione di prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale da parte degli erogatori.

- Rispetto dei target indicati dalla Direzione Generale Welfare sulle attività di screening, compresa l'adesione al programma regionale di screening per l'eliminazione del virus HCV.
- Liste d'attesa Rispetto del tempo massimo di attesa:
 - Ricoveri chirurgici oncologici in classe A: 1° trimestre: 80%; 2° trimestre: 85%; 3° trimestre: 85%; 4° trimestre: 90%.
 - Ricoveri chirurgici non oncologici (tutte le classi, solo nuovi casi): 2° trimestre 75%, 3° trimestre: 80%; 4° trimestre: 85%.
 - Prestazioni di specialistica ambulatoriale (solo prestazioni di diagnostica per immagini, nuovi casi): 3° trimestre: 80%; 4° trimestre: 90%.
 - Prestazioni di specialistica ambulatoriale (classe B - 10 gg, solo prime visite): 2° trimestre: 80%; 3° trimestre: 85%; 4° trimestre: 90%.
- Investimenti: Rispetto dei cronoprogrammi degli interventi finanziati nei programmi di investimento. la progettualità triennale presenta cronoprogrammi con cadenze da rispettare nel corso dell'anno 2022.
- Attività di donazione di organi e tessuti: Rispetto dei target indicati dalla Direzione Generale Welfare in merito alla percentuale di casi di donazione di organi e tessuti sul totale dei decessi.
- Tempi di pagamento: Rispetto delle tempistiche previste dalla normativa vigente
- Trasparenza: Rispetto delle indicazioni relative alla normativa sulla trasparenza

OBIETTIVI DI PERFORMANCE ED APPROPRIATEZZA

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

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

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

Sottosezione di programmazione: rischi corruttivi e trasparenza

Per il triennio 2022-2024 si espone qui di seguito il Piano approvato:

PROCESSO DI ADOZIONE DEL PIANO

Premessa

Il presente Piano triennale per la prevenzione della corruzione (PTPC) 2022 - 2024, redatto dal Responsabile della prevenzione della corruzione dell'ASST della Valcamonica ai sensi dell'art.1, co.5 e 60 L n.190/2012, si conforma, in attesa di aggiornamento del vigente Piano Nazionale Anticorruzione, alle indicazioni in materia di prevenzione e repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione contenute nel Piano Nazionale Anticorruzione approvato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Funzione Pubblica, così come da ultimo aggiornato con determinazione ANAC n.1064 del 13.11.2019, al quale è recentemente seguita, nella seduta del 21.7.2021 una ricognizione di quanto in materia sopravvenuto sia ad opera di fonti normative che in esito ad attività della stessa ANAC.

In particolare, occorre rilevare come questo piano triennale, in assenza di aggiornamenti al PNA 2019, si prodigherà nell'attuazione, già parzialmente avvenuta con il precedente PTPCT delle misure previste del vigente PNA risalente al novembre 2019.

Esso effettua, a livello decentrato (come previsto dal PNA) e nel particolare contesto dell'ASST della Valcamonica, l'analisi e la valutazione dei rischi specifici di corruzione e indica gli interventi organizzativi adottati al fine di prevenirli.

Elemento peculiare del presente piano è la circostanza che l'ASST della Valcamonica è un ente pubblico appartenente al servizio sanitario regionale (SSR) di recente costituzione, istituito con decorrenza 1.1.2016 dalla Legge regionale n.23/2015 che ha previsto una complessiva riforma del Servizio Sanitario Lombardo.

Come noto, detta legge, terminato il periodo quinquennale di sperimentazione, dovrà a breve essere oggetto di modifiche che, sulla scorta dei rilievi formulati dal Ministero della Salute e da AGENAS, parrebbero in alcuni tratti anche molto significative.

Sotto il profilo formale, il presente Piano triennale costituisce il quinto aggiornamento dell'atto programmatico del 2016 (PTPCT 2016) per detta ASST. In ragione del principio, chiaramente espresso dalla determinazione ANAC n.12/2015, di continuità delle misure preventive, deve fin d'ora segnalarsi che il Piano triennale dell'ASST della Valcamonica rappresenta, per le attività di propria competenza, naturale prosecuzione e aggiornamento del Piano triennale 2015-2017 già adottato dalla disciolta ASL di Valcamonica Sebino (nei rapporti della quale succede ex lege l'ASST della Valcamonica) con riferimento alle funzioni non diversamente allocate e, più recentemente, dal PTPCT 2016, 2017, 2018, 2019, 2020 e 2021 dell'ASST.

Non può, sul finire di queste brevi premesse, essere sottaciuto come il contesto nel quale vede la nascita il presente piano è certamente di innegabile unicità. Infatti mentre l'Azienda è stata occupata per la quasi totalità dell'anno 2020, con tutte le risorse umane e materiali disponibili, a fronteggiare la pandemia da COVID-19, non meno complessa risulta essere la situazione dell'anno 2021. L'Azienda è stata infatti chiamata ad una importante attività di riduzione delle liste d'attesa con particolare riguardo a quelle prestazioni che avevano visto, in ragione della pandemia, un accumulo dell'arretrato, senza contestualmente avere la possibilità di ridurre l'attività di contrasto dell'infezione virale che, ad ondate, continuava e continua a far sentire la propria presenza.

L'assoluta eccezionalità del contesto e la conseguente urgenza delle misure rese necessarie a fronteggiare l'epidemia hanno necessariamente riverberato i propri effetti non solo sull'organizzazione e sull'assetto aziendale ma anche sulla materia della prevenzione della corruzione e sulla trasparenza, oggetto del presente piano.

Analisi del contesto esterno (situazione economico - sociale)

La Valle Camonica, situata nella zona nord-orientale della Lombardia, è la più estesa fra le valli della Regione e fra le maggiori vallate delle Alpi Centrali. Si sviluppa per circa 90 Km di lunghezza dal passo del Tonale (m.1833 slm) alla Corna Trenta Passi (presso Pisogne, sul lago di Iseo), con una superficie di 1.319,23 km². Da Brescia, l'accesso al territorio avviene tramite la Ferrovia Brescia-Iseo-Edolo e la SS 510, che dal capoluogo conduce fino all'abitato di Pian Camuno. La SS42 del Tonale e della Mendola collega il comprensorio a Bergamo e a Bolzano rispettivamente dalla Val Cavallina e dal Passo del Tonale, costituendo inoltre una connessione con le reti autostradali A4 Milano-Venezia e A22 Modena-Brennero. Il collegamento con la Valtellina è costituito dalla SS 39 del Passo dell'Aprica.

Nel Distretto Valle Camonica Sebino dal 2003 la popolazione ha avuto un incremento, in valore assoluto pari a 5.752 persone passando da 96.443 abitanti a 102.195 al 31.12.2012, diminuendo però nel 2013 in 101.683 unità. Nel 2014 si è assestata sul numero di 101.097 restando sostanzialmente stabile dal 2017 intorno alle 100.000 unità. Dall'ultima rilevazione effettuata, in data 01.01.2021 (ISTAT), il numero della popolazione residente si attesta su 98.582 unità, equamente divise tra entrambe i sessi seppur con una lieve prevalenza per il sesso femminile. Il Comune con maggiore popolazione è Darfo Boario Terme che presenta un numero di residenti pari a 15.544 suddivisi in 7 maschi e 7823 femmine.

L'ambito territoriale dell'ASST della Valcamonica comprende 41 Comuni, corrispondenti ai 42 già afferenti alla disciolta ASL di Vallecamonica Sebino (in ragione della fusione dei Comuni di Bienno e Prestine nel municipio ora denominato "Bienno"), con una superficie totale di 1305,19 Km² e una popolazione, come da rilevazione ISTAT al 1.1.2021, così distribuita:

Comune	Popolazione	Popolazione	Popolazione	Superficie	Densità	Altitudine
--------	-------------	-------------	-------------	------------	---------	------------

	e Maschile	e Femminile	e totale	in kmq	abitativa/ kmq	slm
Angolo Terme	1183	1155	2338	30,56	76,51	426
Artogne	1808	1785	3593	21,02	170,93	266
Berzo Demo	801	750	1551	15,46	100,32	790
Berzo Inferiore	1223	1217	2440	21,92	111,31	356
Bienno	1837	1923	3760	30,54	123,12	445
Borno	1231	1288	2519	30,5	82,59	912
Braone	348	338	686	13,36	51,35	394
Breno	2286	2408	4694	59,94	78,31	343
Capo di Ponte	1148	1231	2379	18,11	131,36	362
Cedegolo	537	559	1096	11,08	98,92	413
Cerveno	342	310	652	21,55	30,26	500
Ceto	890	903	1793	32,3	55,51	453
Cevo	434	397	831	35,47	23,43	1070
Cimbergo	271	263	534	24,71	21,61	850
Cividate Camuno	1402	1323	2725	3,31	823,26	274
Corteno Golgi	952	957	1909	82,61	23,11	925
Darfo Boario Terme	7721	7823	15544	36,07	430,94	218
Edolo	2183	2260	4443	88,9	49,98	699
Esine	2564	2593	5157	30,31	170,14	286
Gianico	1051	1083	2134	13,38	159,49	281
Incudine	167	179	346	19,67	17,59	910
Losine	306	301	607	6,26	96,96	391
Lozio	186	191	377	23,74	15,88	975
Malegno	995	983	1978	6,89	287,08	328
Malonno	1497	1571	3068	31,46	97,52	596
Monno	251	277	528	31,03	17,02	1066
Niardo	973	1014	1987	22,16	89,67	442
Ono San Pietro	479	494	973	13,78	70,61	516
Ossimo	720	734	1454	14,86	97,85	869
Paisco Loveno	84	89	173	35,87	4,82	853
Paspardo	305	282	587	11,15	52,65	978
Pian Camuno	2376	2325	4701	10,95	429,32	244

Piancogno	2399	2310	4709	14,3	329,30	250
Pisogne	3928	3954	7882	49,23	160,11	187
Ponte di Legno	843	903	1746	100,43	17,39	1257
Saviore dell'Adamello	408	445	853	84,27	10,12	1210
Sellero	704	703	1407	14,47	97,24	476
Sonico	616	610	1226	60,89	20,13	650
Temù	559	544	1103	43,26	25,50	1144
Veza d'Oglio	727	738	1465	54,15	27,05	1080
Vione	309	325	634	35,27	17,98	1250
Totali	49044	49044	98582	1305,19	75,53	632,56

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

	Valle Camonica	Lombardia	Italia
Superficie	1305,19 Km ²	23.861,8 Km ²	301.338 Km ²
Residenti al 1.1.2021	98.582	9 981 554	59 236 213
Densità abitativa	75,53 ab/Km ²	418,30 ab/Km ²	196,58 ab/Km ²

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

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

In merito alla popolazione straniera presente sul territorio, si è proceduto alla stesura della tabella di seguito riportata che mette in correlazione la popolazione totale con quella straniera, rilevata al 1.1.2021 dall'ISTAT.

Comune	Popolazione e straniera	Popolazione e totale	Incidenza percentuale
--------	-------------------------	----------------------	-----------------------



Darfo Boario Terme	2456	15544	15,80%
Pian Camuno	666	4701	14,17%
Piancogno	652	4709	13,85%
Cedegolo	110	1096	10,04%
Breno	465	4694	9,91%
Artogne	300	3593	8,35%
Braone	56	686	8,16%
Edolo	356	4443	8,01%
Gianico	165	2134	7,73%
Niardo	148	1987	7,45%
Esine	381	5157	7,39%
Malegno	139	1978	7,03%
Temù	76	1103	6,89%
Cividate Camuno	185	2725	6,79%
Berzo Inferiore	156	2440	6,39%
Pisogne	497	7882	6,31%
Losine	36	607	5,93%
Capo di Ponte	139	2379	5,84%
Bienno	199	3760	5,29%
Ceto	90	1793	5,02%
Angolo Terme	110	2338	4,70%
Ponte di Legno	81	1746	4,64%
Ossimo	56	1454	3,85%
Cerveno	23	652	3,53%
Veza d'Oglio	51	1465	3,48%
Corteno Golgi	62	1909	3,25%
Ono San Pietro	30	973	3,08%
Incudine	10	346	2,89%
Vione	18	634	2,84%
Lozio	9	377	2,39%
Paspardo	14	587	2,39%
Sellero	31	1407	2,20%
Saviore dell'Adamello	18	853	2,11%
Borno	52	2519	2,06%
Berzo Demo	30	1551	1,93%

Malonno	54	3068	1,76%
Cimbergo	8	534	1,50%
Cevo	12	831	1,44%
Sonico	17	1226	1,39%
Monno	6	528	1,14%
Paisco Loveno	0	173	0,00%
Totali	7964	98582	8,08%

Come evidente, la percentuale di popolazione straniera sulla popolazione residente in Valle Camonica si assesta sul valore dell'8%, con la più alta percentuale di stranieri nel Comune di Darfo BT (16% circa), valore simile alle zone a forte urbanizzazione mentre nelle maggior parte dei comuni la percentuale resta ben al di sotto del valore medio.

Volendo meglio comprendere i flussi migratori che interessano la Valle Camonica, il primo Paese di provenienza (con 2.445 persone, l'equivalente del 31,17% sul totale) è la Romania, seguito dall'Albania (1.143 persone, corrispondenti al 14,57%) e dal Marocco (807 persone, corrispondenti al 10,29%). Appare quindi evidente come la maggioranza della popolazione straniera residente (il 66,54%) provenga dall'Europa.

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

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

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

Dalla lettura dei dati di cui sopra emerge un incremento, a differenza dei dati regionali in leggero calo, della dipendenza strutturale nella Valle che si attesta comunque su valori più

elevati rispetto ai parametri nazionali e regionali di riferimento.

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

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

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

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

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

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

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

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

La popolazione Anziana cala percentualmente all'aumentare dell'età, con valori

comunque non trascurabili nelle fasce più elevate, seppur inferiori al dato regionale. La popolazione Giovane invece denota il costante calo demografico in atto tanto nella Valle Camonica quanto in Regione Lombardia seppur con un incoraggiante incremento dei nuovi nati rispetto al successivo scaglione 3-4 anni.

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

La media e bassa Valle è caratterizzata da una consistente presenza di piccole, medie industrie, votate principalmente all'attività di metalmeccanica e forgiatura, di recupero dei metalli ferrosi e non attraverso impianti di fusione secondaria (siderurgia, fonderia). Ciò comporta la produzione di manufatti dalla materia prima recuperata (stampaggio, pressofusione), all'attività di stampaggio di materie plastiche ed all'attività estrattiva. Sono inoltre rappresentate le problematiche ambientali tipiche delle cittadine di media grandezza, (traffico e riscaldamento, in Valle soprattutto è in uso la combustione da legna, nonché impianti siderurgici, di stoccaggio provvisorio di rifiuti urbani ed industriali e di attività estrattiva).

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

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

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

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

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

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

Negli ultimi anni tuttavia l'entità degli addetti "dichiarati" si discosta dal numero dei lavoratori "realmente occupati" per il ricorso agli ammortizzatori sociali (cassa integrazione, mobilità...) dovuto alla crisi economica. La lettura degli indici infortunistici degli ultimi anni deve pertanto essere fatta alla luce di questo. Tuttavia il territorio mantiene una rilevante esportazione di manodopera, nelle sue forme di pendolarismo ed emigrazione che si riflettono anche "nell'esportazione di infortuni".

Con riferimento allo stato dell'ordine e della sicurezza pubblica, ci si avvale in questa sede dei dati presentati al Parlamento dal Ministero dell'Interno (con particolare riferimento a: "Relazione sull'attività delle forze di polizia, sullo stato dell'ordine e della sicurezza pubblica e sulla criminalità organizzata - anno 2019" e "Relazione sull'attività svolta e sui risultati conseguiti dalla Direzione investigativa antimafia (DIA) - secondo semestre 2020").

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

Dalla "Relazione al Parlamento sull'attività delle Forze di Polizia, sullo stato dell'ordine e della sicurezza pubblica e sulla criminalità organizzata - anno 2019" non si evincono elementi di particolare rilevi ai fini d'interesse del presente piano.

Analisi del contesto esterno (comprensiva della situazione istituzionale a seguito della riforma della LR n.23/2015)

Con la LR n.23/2015 con oggetto "Evoluzione del sistema socio sanitario lombardo: modifiche al titolo I e II della legge regionale 30 dicembre 2009, n.33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)" ha preso avvio un radicale processo di cambiamento del Sistema Socio Sanitario Lombardo. Infatti, partendo dalla finalità fondamentale della nuova legge, che è quella della "presa in carico del paziente in tutto il suo percorso di cura" promuovendo in particolare l'integrazione dei servizi sanitari, socio sanitari e sociali, nonché l'appropriatezza clinica, la trasparenza amministrativa, economica ed organizzativa, le Aziende Ospedaliere lombarde sono state ridotte nel numero e trasformate in Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST); anche le Aziende Sanitarie Locali sono state ridotte e rinominate Agenzie di Tutela della Salute (ATS).

Con DGR n.X/4498/2015 del 10.12.2015 è stata formalmente costituita l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) della Valcamonica, con sede in Breno (BS), Via Nissolina 2. Con decreto n.1140/2015 dell'allora Direttore Generale della disciolta ASL di

Vallecamonica Sebino si provvedeva, per ogni effetto, alla formale presa d'atto della citata deliberazione.

Con la LR n.23/2015 e con successive indicazioni formulate dalla DG Welfare di Regione Lombardia sono stati regolati i rapporti relativi alla fase cd. transitoria. In questa sede può fin d'ora evidenziarsi come l'ASST succeda ex lege nei rapporti della disciolta ASL, salvo che essi vengano diversamente allocati. La normativa vigente ha, in sostanza, affidato all'ASST funzioni di natura erogativa di prestazioni preventive, curative e riabilitative, affidando all'ATS compiti di natura programmatica. Ne risulta che talune funzioni istituzionali già affidate alla disciolta ASL sono ora attribuite all'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Montagna.

In ragione di tale peculiare situazione (per una completa ricognizione della quale si rimanda alle disposizioni della LR n.23/2015 ed alle normative attuative), possono individuarsi quali referenti istituzionali dell'ASST della Vallecamonica - anche ai fini degli scopi preventivi di cui al presente Piano, di particolare rilievo:

- Regione Lombardia, con particolare riferimento alla DG Welfare, in ragione dell'afferenza dell'ASST al sistema degli enti di Regione Lombardia, con compiti di definizione delle politiche in materia sanitaria e socio - sanitaria;
- ATS della Montagna, nel cui ambito territoriale si colloca l'ASST della Valcamonica, con funzioni di programmazione ai sensi della LR n.23/2015;
- Enti locali (Comuni e provincia di Brescia) e loro forme associative (Comunità Montana di Vallecamonica, Comunità Montana del Sebino Bresciano, Consorzio BIM - Bacino Imbrifero Montano di Vallecamonica), siti nel territorio di competenza dell'ASST, anche in ragione della previsione dell'assemblea dei Sindaci del distretto dell'ASST.

Con riferimento alle funzioni erogative svolte istituzionalmente dell'ASST, l'Azienda opera in un contesto sostanzialmente monopolistico, non essendovi altri operatori sanitari privati contrattualizzati che erogano prestazioni di ricovero e cura. La domanda di prestazioni sanitarie è garantita da una rete di circa 70 medici/pediatri libera scelta, dal Presidio Ospedaliero (comunemente noto come "Ospedale della Valcamonica") con le sue sedi di Edolo e Esine, il PRESST di Darfo, i poliambulatori di Pisogne, Breno e Cedegolo e da tre piccoli erogatori sanitari accreditati contrattualizzati (che erogano prestazioni di diagnostica di laboratorio, medicina sportiva e psichiatria). Le prestazioni socio sanitarie sono garantite attraverso una rete di circa 140 erogatori (tra cui 14 RSA).

La circostanza di operare, in ambito sanitario, in situazione di sostanziale monopolio esclude la sussistenza di situazioni di potenziale attività concorrenziale tra l'erogatore pubblico (l'ASST, con il suo Presidio) e operatori privati, con le problematiche che in materia di prevenzione della corruzione ciò comporta. Al contempo l'unicità di cui si è fatto cenno genera una domanda di prestazioni unidirezionalmente indirizzata con effetti in tema di liste di attesa e di esercizio dell'attività libero professionale da parte del personale medico.

Il rilievo del Presidio quale unico riferimento per il territorio camuno è altresì motivo dell'instaurazione di rapporti di collaborazione in ambito sanitario con altre aziende del servizio sanitario regionale. Considerato che le due sedi del Presidio

Ospedaliero non posseggono le risorse e le competenze per alcune specialità di II e III livello, per motivi di contiguità geografica e di afferenza della popolazione, l'ASST degli Spedali Civili, con il suo Presidio di Brescia è stato individuato da tempo come il centro di riferimento, in una visione "hub&spoke" che la ASST della Valcamonica intende confermare e ulteriormente sviluppare. E' altresì negli obiettivi strategici l'ulteriore sviluppo di accordi di collaborazione con la ASST di Bergamo Est e, per continuità geografica, il rafforzamento delle forme di sinergia con la ASST della Franciacorta, anche attraverso l'implementazione del dipartimento interaziendale dei servizi, così come era previsto dal POAS. La pluralità di questi rapporti, che si sostanziano nell'integrazione di attività direttamente organizzate dell'ASST con altre assicurate da altri enti, rende l'organizzazione e la gestione delle attività cliniche più articolata.

La Legge regionale n.23 del 2015 ha apportato alcune modifiche al Testo unico delle leggi regionali in materia di Sanità (Legge Regionale n.33 del 2009), dando il via all'evoluzione del sistema sociosanitario lombardo con l'obiettivo di spostare l'asse di cura dall'ospedale al territorio attraverso: maggiore integrazione tra gli interventi sanitari, sociosanitari e sociali, la messa a sistema di interventi per la presa in carico e la continuità assistenziale delle cronicità e delle fragilità e la separazione delle funzioni di programmazione, erogazione e controllo.

L'elemento fortemente innovativo riguarda la volontà di operare un cambio di paradigma evolvendo da un sistema centrato sull'offerta verso un sistema approvativo orientato alla presa in carico di fasce diverse di utenza in relazione ai rispettivi bisogni di cura e assistenza, finalizzato a migliorare l'accessibilità ai servizi e ad assicurare la gestione integrata dell'intero percorso del paziente.

Gli obiettivi strategici del governo dell'offerta dei servizi sono: l'introduzione di nuovi modelli di presa in carico del paziente cronico e fragile per garantire la continuità nell'accesso alla rete dei servizi e l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali, incentrati sulla partecipazione del sistema delle cure primarie e delle unità di offerte sociosanitarie alla presa in carico della persona fragile e cronica; il principio dell'integrazione fra le componenti sanitaria e sociale.

Quest'importante modifica all'assetto sanitario lombardo ha avuto notevoli ricadute sull'ASST Valcamonica, la quale ha dovuto provvedere alle sopravvenute esigenze territoriali oltre che ad integrare le stesse con la realtà ospedaliera.

Come già accennato in premessa, nel corso dell'anno 2020 è terminato il periodo di sperimentazione della Legge Regionale 23/2015 in esito alla quale l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, con una propria approfondita nota dal titolo "La riforma del Sistema Socio-sanitario Lombardo (LR 23/2015)" (prot. 2020/7526 del 16/12/2020) ha prodotto una proposta di riforma del sistema sociosanitario lombardo attraverso talune prescrizioni volte garantire al sistema una capacità di risposta efficiente e coerente con le esigenze socio sanitarie della popolazione di riferimento.

In esito alle predette proposte con L.R. 30 novembre 2021, n. 33, Regione Lombardia ha proceduto alla riforma del sistema delineato con la L.23/2015 con la precipua finalità di potenziare il servizio sanitario regionale ed in particolare la medicina territoriale, la

prevenzione e l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), istituendo Distretti, Case di Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali. Con l'occasione e nel rispetto delle indicazioni di Agenas la Regione ha proceduto anche a precisare le competenze dei diversi attori (ATS, ASST, Assessorato e Direzione generale).

Analisi del contesto interno

La circostanza dell'attuazione della LR n.23/2015 determina significative modifiche anche per quanto concerne il contesto interno dell'ASST.

La stessa Legge Regionale e la normativa attuativa hanno stabilito che, nel corso degli anni 2016 e 2017, venissero adottate le necessarie misure organizzative per dotare la nuova Azienda dei documenti di natura programmatica necessari (Piano di organizzazione, fabbisogno di personale, assegnazioni di bilancio etc.). Nel concreto nel corso del 2016 si è provveduto alla parziale riallocazione di personale, dapprima transitato presso l'ATS e poi nuovamente trasferito presso l'ASST. Ciò contestualmente alla scelta di affidare talune funzioni, in particolare a partire dal 2017, all'ASST, con specifico riferimento al tema della medicina legale e certificativa (es. medicina legale e necroscopica, vaccinazioni etc.). Risulta necessariamente da tale circostanza il fatto che si tratta di un'organizzazione e di un sistema non ancora completamente "assestato" ma "in divenire", non potendosi ritenere concluso l'iter di riforma.

Il Piano di Organizzazione Strategico (POAS) dell'ASST della Valcamonica, già preliminarmente approvato con decreto n.661/2016, è stato oggetto di rilievi da parte di Regione Lombardia, in sede di controllo preventivo ai sensi della LR n.23/2015. Pertanto, con successivo decreto n.145/2017, detto POAS, emendato in taluni aspetti (ancorchè non relativi a profili "core" della proposta aziendale) è stato adottato nel suo testo definitivo, recepito da Regione Lombardia con DGR n.X/6298/2017 del 6.3.2017, concernente "Determinazioni in ordine al Piano di Organizzazione Aziendale Strategico della Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Valcamonica ai sensi e per gli effetti dell'art.17, c.4 della Legge Regionale n.33 del 30.12.2009, come modificata con Legge Regionale n. 23 del 11 agosto 2015 e smi". Con decreto n.191/2017 si è provveduto alla presa d'atto a livello aziendale della menzionata DGR. Nel corso del 2018 e 2019 si è proceduto, nel rispetto della programmazione di cui al POAS, all'attuazione concreta degli assetti, anche attraverso il conferimento dei relativi incarichi di responsabilità.

Si rappresenta che la LR n.23/2015, relativamente all'ambito della Valcamonica, stabilisce che all'ASL di Vallecamonica-Sebino, precedentemente unica in Regione Lombardia a gestire anche un Presidio Ospedaliero, succeda l'ASST della Valcamonica, inserita nell'ambito della Provincia di Brescia ma collocata nella ATS della Montagna. La medesima Legge Regionale stabilisce che l'ATS della Montagna, che ricomprende nel suo ambito territoriale anche la ASST della Valtellina e dell'Alto Lario, abbia la possibilità di sperimentare assetti organizzativi e gestionali diversi dalle altre ATS lombarde in ragione della specifica collocazione in ambito montano, svantaggiato, del proprio territorio.

Si segnala altresì che la LR n.23/2015 è stata oggetto, ad opera della LR n.15/2018,

di talune modifiche che, per quanto qui d'interesse, assumono particolare rilievo con riferimento all'ASST della Valcamonica. Nello specifico, la nuova formulazione dell'art.7, co.19 LR n.23/2015 prevede la possibilità che la Giunta Regionale attribuisca alle ASST afferenti all'ATS della Montagna ulteriori competenze, ordinariamente spettanti alle ATS. Si tratta di: igiene e prevenzione sanitaria, cure primarie, sanità veterinaria e sicurezza degli alimenti di origine animale e programmazione per l'integrazione delle prestazioni sociosanitarie con quelle sociali. La LR n.22/2021 ha apportato modifiche alla LR n.33/2009, la cui attuazione è prevista nel corso del 2022, con l'attribuzione di nuove competenze e nuovi assetti per l'ASST, esigendo quindi un aggiornamento del PTPCT.

Di più, la LR n.23/2015 innova profondamente l'assetto organizzativo sanitario la quale in quanto, mantenendo i precedenti principi ispiratori - tra cui l'accentuazione della libera scelta del cittadino - associa il territorio all'ospedale e chiede alle ASST di introdurre delle nuove modalità di erogazione dei servizi sanitari ispirati al concetto della presa in carico complessiva dei cittadini-pazienti con particolare riferimento alle persone con patologie croniche. L'ASST della Valcamonica, in riferimento a queste istanze, presenta caratteristiche peculiari: l'erogatore pubblico è sostanzialmente monopolista e ciò condiziona sia il rapporto con i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta sia con gli altri erogatori dell'ambito Socio Sanitario e Sociale e con la Rete Sociale. Nel piano di organizzazione aziendale, il Presidio Ospedaliero, strutturato nelle due sedi di Esine e di Edolo, si integra con la rete territoriale che, adeguatamente organizzata, costituisce lo strumento per assicurare la continuità assistenziale verso l'ambito territoriale.

Il POAS, ad oggi, ha cessato la sua ordinaria vigenza, ma è da ritenersi ancora in vigore nelle more dell'approvazione delle linee guida regionali in merito (alla data odierna in fase di mera consultazione tramite "bozza"), al fine di poter disporre il nuovo Piano di Organizzazione Aziendale Strategico.

Con nota registrata al prot.ASST il 15.12.2020 al n.15.12.2020, l'ASST ha formulato specifica proposta di modifica puntuale al Piano di Organizzazione Aziendale Strategico vigente, attraverso cambi di denominazione, conversioni e cambio afferenze di talune strutture.

In esito alla proposta formulata, con DGR n.XI/5051/2021 del 19.7.2021, concernente "Modifiche al Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) dell'Azienda Sanitaria Territoriale Valcamonica, approvato con DGR n.X/6298/2017 del 6.3.2017, ai sensi e per gli effetti dell'art.17, c.4 della Legge Regionale n.33 del 30.12.2009, come modificata con Legge Regionale n.23 del 11 agosto 2015 e smi" Regione Lombardia accoglieva le richieste di proposta formulate.

Con Decreto del Direttore Generale n.498 del 23.7.2021 l'Azienda prendeva atto dell'accoglimento e modificava il proprio assetto organizzativo come di seguito compendiato:

Direzione Generale

La Direzione Generale viene strutturata seguendo le linee guida regionali, ma mantenendo un assetto snello le funzioni previste vengono gestite da uffici in staff ed è

istituita un'unica struttura complessa (“UOC Controllo, sistemi e supporto strategico”), articolata in due strutture semplici (“Servizi informativi aziendali” e “Controllo di gestione e controllo strategico”), con il compito di coordinare e gestire le funzioni di controllo, di valutazione e di implementazione dei servizi informativi.

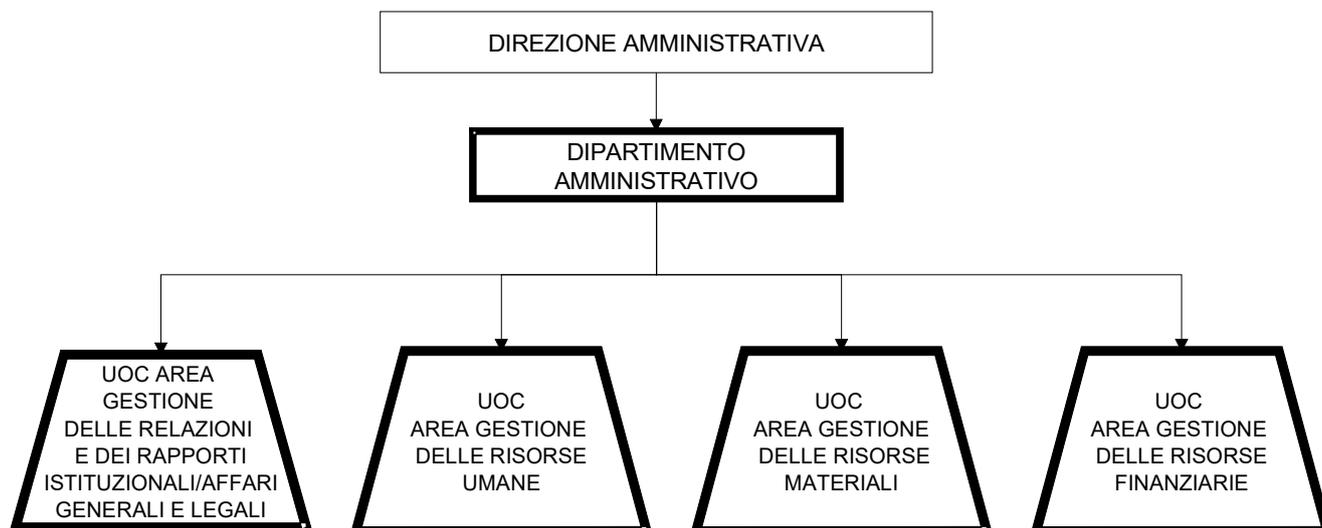
DIREZIONE GENERALE E ORGANI IN STAFF



Direzione Amministrativa

Le funzioni proprie della direzione amministrativa sono state organizzate, in un'ottica di razionalizzazione e di condiviso supporto alle attività ospedaliere e territoriali, in quattro strutture complesse, corrispondenti alle principali aree di azione: Affari generali e legali /AGR, Area Gestione delle Risorse Umane, Area Gestione delle Risorse Finanziarie, Area Gestione delle Risorse Materiali, con il compito di assicurare gli strumenti (materiali, umani, tecnici e culturali) per l'erogazione delle prestazioni sanitarie e socio sanitarie della rete territoriale e del polo ospedaliero. Costituiscono uffici in staff del dipartimento amministrativo gli uffici "Servizio Tecnico Patrimoniale" (chiamato in particolare alla gestione del patrimonio immobiliare) e "Controlli Interni" che si coordinerà con la Struttura di supporto Strategico della Direzione Generale.

DIREZIONE AMMINISTRATIVA



Direzione Sanitaria

La Direzione Sanitaria Aziendale partecipa alla definizione delle politiche, delle linee strategiche e delle priorità della pianificazione aziendale allo scopo di raggiungere gli obiettivi di salute e di realizzare la migliore composizione tra le caratteristiche di efficacia, efficienza e qualità dei servizi sanitari erogati. La Direzione Sanitaria, secondo le previsioni regionali, oltre a sovrintendere al polo ospedaliero (articolato nelle sedi di Esine e Edolo), si occupa anche della supervisione degli edifici e delle attività logistiche prima afferenti ai servizi distrettuali. Compito della Direzione Sanitaria è anche quello di integrarsi con le attività della Direzione Socio Sanitaria, responsabile dei percorsi e dei processi trasversali, "core" dell'attività di presa in carico del paziente guidando i Dipartimenti Ospedalieri e le loro articolazioni nel percorso di integrazione. I dipartimenti ospedalieri gestiscono le articolazioni (complesse o semplici) tra loro omogenee con la particolare mission di un'offerta efficace ed efficiente di servizi di qualità. In un'ottica di stretta connessione con le altre aziende del SSR, si propone il "dipartimento interaziendale dei servizi", di natura funzionale, con l'ASST della Franciacorta. Inoltre, pur costituendo un proprio dipartimento gestionale materno infantile, è stata concordata con l'ASST Spedali Civili di Brescia l'adesione al dipartimento funzionale "ostetrico, ginecologico e neonatale" e al dipartimento funzionale "pediatrico", in ragione della constatazione che il territorio dell'ASST costituisce uno "spoke" e che la ASST di Brescia ne è il naturale "hub". Si sottolinea la disponibilità di sviluppare ulteriori collaborazioni con la ASST di Brescia, con la ASST della Franciacorta e con l'ASST Bergamo Est, sia allo scopo di creare ulteriori integrazioni tra le varie unità operative, ma anche di implementare percorsi di accompagnamento dei pazienti, con particolare riferimento ai casi più complessi. Per quanto attiene all'applicazione del DM n.70/2015, si evidenzia la situazione periferica dell'intera Valcamonica i cui cittadini, in assenza del Presidio Ospedaliero di Valcamonica, sarebbero costretti a percorsi molto lunghi (la Vallecamonica ha uno sviluppo di circa 100 Km ed i cittadini più a sud impiegano circa 60 minuti per raggiungere gli Ospedali "hub" pubblici e privati di Brescia e Bergamo). Si sottolinea che la sede di Edolo è organizzata come un Ospedale di base in area montana con un'area funzionale omogenea (AFO) medica, una chirurgica e con Pronto Soccorso e servizi diagnostici direttamente gestiti dalla sede centrale.

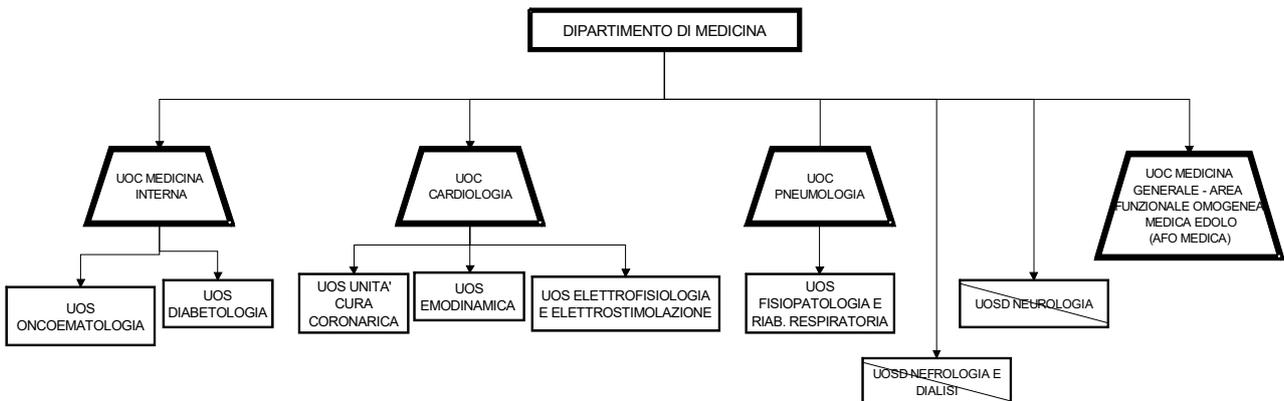
Nel corso del 2018 è stata formulata istanza a Regione Lombardia di modifica del POAS, limitatamente alla conversione dell'UOS "Endoscopia chirurgica" nell'UOS "Urologia". Detta istanza ha trovato formale parere favorevole da parte dell'ATS della Montagna. Allo stato Regione Lombardia non ha manifestato i suoi orientamenti sul punto.

Nel corso del 2019 è stata effettuata, grazie alla Direzione medica di Presidio (struttura in staff alla Direzione sanitaria) e all'Ufficio Qualità (in staff alla Direzione generale), un'opera di riallineamento, di concerto con l'ATS della Montagna e sotto la guida di Regione Lombardia, tra gli assetti accreditati e l'organizzazione del vigente POAS.

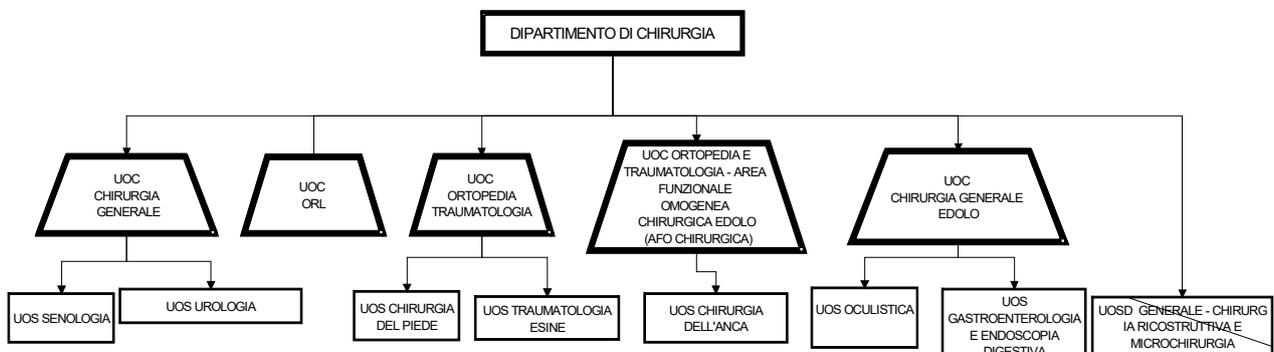
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE



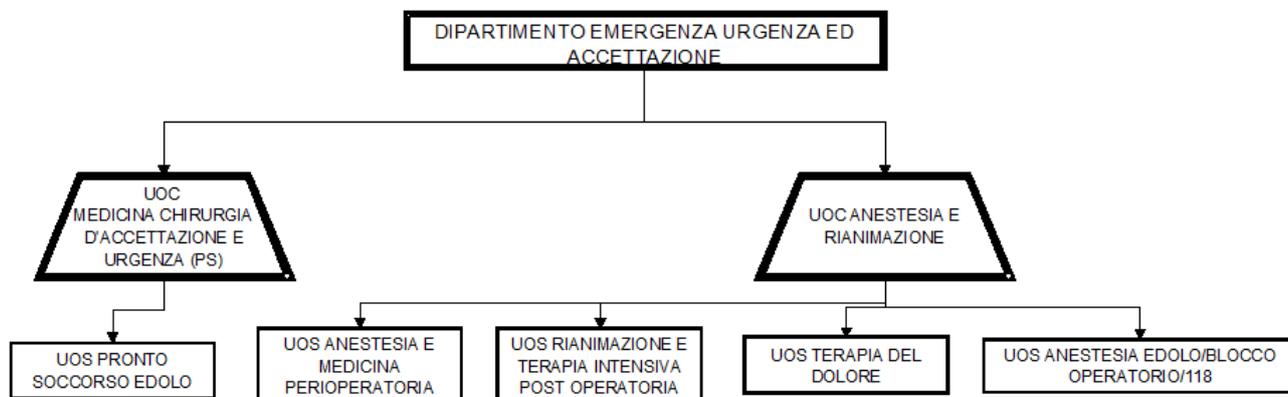
DIPARTIMENTO DI MEDICINA



DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA



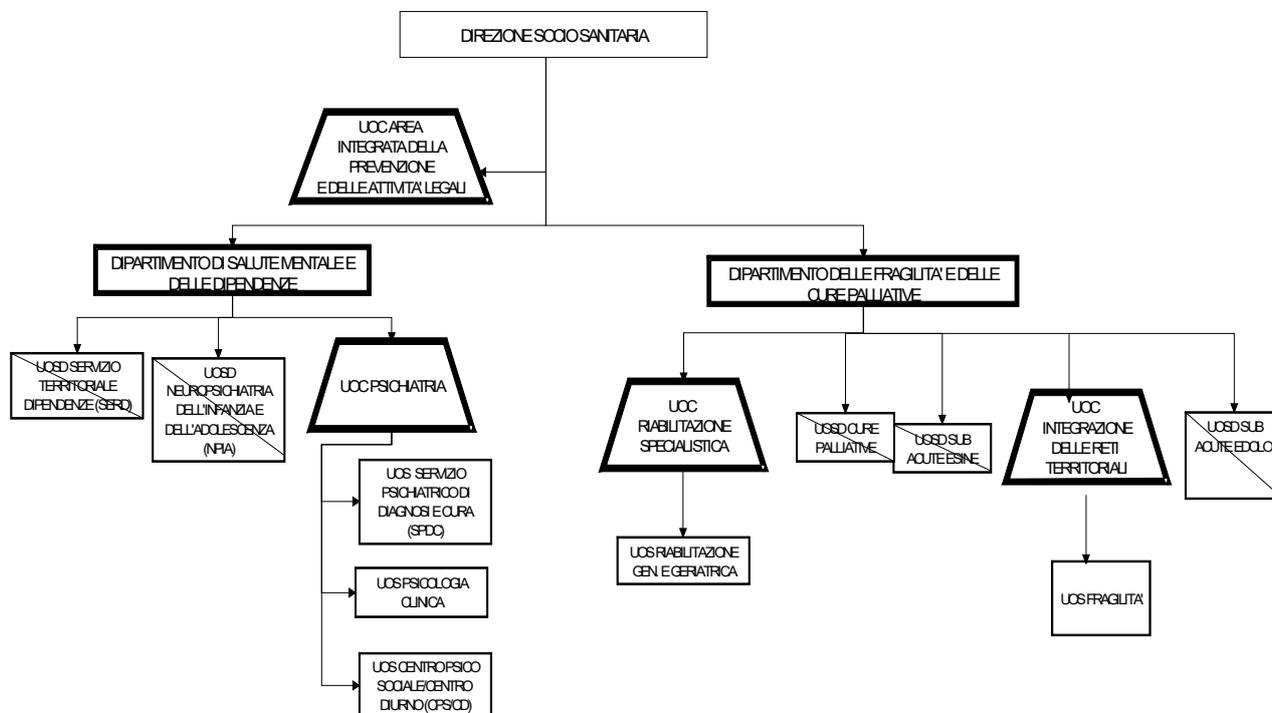
**DIPARTIMENTO EMERGENZA
URGENZA ED ACCETTAZIONE**



Direzione Socio Sanitaria

La Direzione Socio Sanitaria presiede alla conduzione delle strutture afferenti alla "rete territoriale" di cui alla LR n.23/2015 e dei percorsi di presa in carico dei pazienti, anche quando coinvolgono il polo ospedaliero. Il settore rete territoriale eroga le prestazioni distrettuali di cui al D.Lgs n.502/1992: prestazioni specialistiche, di prevenzione sanitaria, diagnosi, cura e riabilitazione a media e bassa complessità e le cure intermedie, oltre alle funzioni e prestazioni medico-legali. La sfida è la costruzione di percorsi trasversali Ospedale/Territorio, al fine di condividere le risorse produttive e superare la frammentazione degli interventi, nonché di garantire una continuità assistenziale in cui al centro è posto il paziente. La presa in carico dovrà avvenire pertanto attraverso la pianificazione del percorso di cura, in cui non vi sarà una separazione nell'erogazione delle differenti prestazioni, ma al contrario una ricomposizione di un ambito unitario di erogazione, più funzionale ai bisogni del paziente, attraverso processi orizzontali di raccordo della rete dei Servizi, sia interni alla ASST, sia esterni, in grado di garantire il pieno rispetto della volontà del paziente e la sua libertà di scelta. Per il perseguimento di detti obiettivi la Direzione Socio Sanitaria si avvale di una struttura complessa in staff ("Integrazione delle reti territoriali") con l'obiettivo di dare stabile strutturata attuazione alle previsioni regionali in materia di rete integrata di continuità clinico assistenziale (RICCA) e finalizzata ad assicurare un'effettiva attività da parte dei process owners dei dipartimenti funzionali e delle reti integrate. Afferisce alla Direzione socio sanitaria il Dipartimento di salute mentale e delle dipendenze ed il Dipartimento delle fragilità e delle cure palliative.

**DIREZIONE SOCIO SANITARIA
 E ORGANI IN STAFF**



L'avvio degli assetti di detto POAS è stato previsto per il 1.7.2017, con l'effetto che, la nuova organizzazione può dirsi certamente di recente implementazione, anche con evidenti effetti per la materia di cui al presente Piano. Di più talune modifiche sono state postergate nella loro concreta attuazione, anche con riferimento agli incarichi apicali, nel corso del 2018 o nel 2019. Al fine di rendere più chiaro e lineare il passaggio organizzativo sono stati adottati provvedimenti attuativi del POAS relativi a ciascun dipartimento aziendale ed a ciascuna struttura in staff alle Direzioni, al fine di assicurare la prosecuzione delle funzioni già proprie della pregressa articolazione e di individuare i nuovi centri di funzioni. A detti provvedimenti, anche per gli effetti sui relativi incarichi dirigenziali, si rimanda per completezza.

Con nota del 15.12.2020, in esito ad approfondita analisi, ha formulato a Regione Lombardia una proposta di modifica al Piano di Organizzazione Aziendale al fine di consentire una, seppur marginale, riorganizzazione che consenta una migliore capacità di risposta ai bisogni assistenziali del territorio.

L'Azienda, nel limite nelle facoltà riconosciute dalla normativa e da Regione Lombardia (anche con riferimento alle risorse finanziarie), ha provveduto al conferimento degli incarichi di responsabilità dei dipartimenti aziendali e di talune strutture complesse, centro di rilievo anche per le responsabilità dei procedimenti a potenziale rischio corruttivo.

Si segnala, per l'evidente rilievo della tematica, che il modello organizzativo non prevede organi qualificabili, ai sensi del D.Lgs n.33/2013, "di indirizzo", dovendosi

ritenere le funzioni di generale fissazione delle linee in materia di politica sanitaria e socio sanitaria affidata a Regione Lombardia.

Sono organi amministrativi di vertice i soggetti nominati ai sensi del D.Lgs 502/1992 e della LR n.33/2009 il Direttore Generale, il Direttore Amministrativo, il Direttore Sanitario e il Direttore Socio Sanitario.

A partire dal 1.1.2019, in esecuzione della DGR n.XI/1085/2018 è, ad ogni effetto, formalmente insediato il Dr Maurizio Galavotti quale Direttore Generale. L'incarico di Direttore Generale è conferito per un quinquennio, salve le specifiche ipotesi previste dalla DGR di nomina.

Al termine delle procedure per la formazione dei nuovi elenchi, il Direttore Generale, dopo un periodo di provvisoria proroga dei direttori in carica (salve ipotesi di cessazione anticipata), ha nominato i componenti della direzione Strategica. Con decreto n.142/2019 è stato nominato Direttore Amministrativo il Dott. Guido Avaldi, con decreto n.143/2019 è stata designata quale Direttore Sanitario la Dr.ssa Roberta Chiesa e con decreto n.144/2019 è stato nominato l'Ing. Maurizio Morlotti quale Direttore Socio Sanitario. Tali mandati sono conferiti dal 15.02.2019 al 31.12.2023, fatte salve le eventuali cause di risoluzione anticipata del contratto nei casi previsti dalle norme vigenti o dal contratto di prestazione d'opera intellettuale.

Le risorse umane in forza presso l'ASST possono essere compendiate come dal prospetto di seguito presentato (rilevazione per teste al 31.12.2021).

	Dotazione Organica
Pers. Infermieristico	486
Pers. Tecnico Sanitario	81
Pers. Riabilitazione	48
Pers. Vigilanza/Ispezione	10
Ota/Oss	163
Assistenti Sociali	17
Pers. Tecnico non Sanitario	78
Pers. Amministrativo	121
Ausiliari	9
Totale Comparto	1.013
Dirigenti Medici	165
Dirigenti Sanitari	15
Dirigenti delle Professioni Sanitarie	1



Dirigenti Amministrativi	3
Dirigenti Prof.li/Tecnici	4
Totale Dirigenza	188
Totale	1021

La preponderante funzione erogativa svolta presso il Presidio ospedaliero, sede di Esine e sede di Edolo, è motivo sia della evidente predominanza numerica del personale infermieristico (tra il personale del comparto) e di quello della dirigenza medica (tra il personale delle aree dirigenziali) sia della circostanza che la sede operativa dell'assoluta maggioranza del personale dell'ASST non corrisponde con la sede legale dell'ente, ma coincide con i due nosocomi in cui è strutturato il Presidio.

Al contrario, con l'eccezione delle funzioni di diretto supporto ai compiti sanitari, l'apparato amministrativo ha consistenza strutturale in Breno, dove svolge i suoi compiti la Direzione strategica.

Si osserva dunque una presenza di risorse amministrative di supporto (quantificabili intorno al 10% dell'intera dotazione di personale) considerate dalla stessa Direzione strategica insufficienti a garantire con il necessario approfondimento le attività e i procedimenti amministrativi e/o tecnici e, più in generale, di supporto. Ne deriva, per quanto qui d'interesse, un sovraccarico amministrativo che fa sì che le attività preventive della corruzione (analisi dei rischi, adozione di misure preventive, reporting periodici, riesame etc.) ulteriormente impattino sul funzionamento dell'intera organizzazione. Al fine di rappresentare la dimensione dall'Azienda e la sua rilevanza a livello territoriale si illustrano di seguito i volumi di attività erogati e la dotazione di posti letto.

Si segnala che l'ASST, con successivo decreto del Direttore Generale n.386/2021, ha provveduto a prendere atto della DGR n.XI/4743 del 24.5.2021 concernente "Piani dei Fabbisogni di personale triennio 2020-2022 delle ATS, ASST, Fondazioni IRCCS di diritto pubblico e AREU, assumendo determinazioni conseguenti all'emergenza da COVID-19."

Produzione per ricoveri - anni 2020 e 2021

Produzione	2020	2021
Residenti	€22.852.853	€24.569.230
Mobilità attiva	€5.930.239	€6.223.210
Totale	€28.359.764	€30.792.440

Produzione specialistica - anni 2020 e 2021

Produzione	2020	2021
Residenti	€14.136.937	€18.910.703
Mobilità attiva	€2.218.335	€2.736.798
Totale	€16.358.886	€21.647.501

Posti letto accreditati ad oggi (ultima modifica 01.08.2019)

REPARTO	POSTI LETTO ORDINARI	POSTI LETTO DH	POSTI TECNICI
Cardiologia	19	1	0
Chirurgia Generale Edolo	13	1	1
Chirurgia Generale Esine	34	2	1
Cure Palliative	0	0	8
Cure Sub Acute Esine	0	0	9
Cure Sub Acute Edolo	0	0	5
Ginecologia e Ostetricia	21	2	2
Medicina Interna Edolo	22	0	1
Medicina Interna Esine	57	1	8
Neurologia	6	0	0
Nido	0	0	10
Oculistica	1	1	1



ORL	10	2	0
Ortopedia e Traumatologia Edolo	13	1	1
Ortopedia e Traumatologia Esine	30	1	2
Pediatria	17	1	1
Pneumologia	19	1	1
Psichiatria	10	0	0
Riabilitazione Generale e Geriatrica Edolo	13	1	0
Riabilitazione Specialistica Esine	27	0	0
Rianimazione	4	0	0
UCC	6	0	0
Urologia	6	2	0
Totale	328	17	51

Posti letto attivati

REPARTO	POSTI LETTO ORDINARI	POSTI LETTO DH	POSTI TECNICI
Cardiologia	19	1	0
Chirurgia Generale Edolo	0	1	1
Chirurgia Generale Esine	30	2	1
Cure Palliative	0	0	8
Cure Sub Acute Esine	0	0	9
Cure Sub Acute Edolo	0	0	5
Ginecologia e Ostetricia	21	2	2

Medicina Interna Edolo	22	0	1
Medicina Interna Esine	43	1	8
Neurologia	6	0	0
Nido	0	0	10
Oculistica	1	1	1
ORL	10	2	0
Ortopedia e Traumatologia Edolo	13	1	1
Ortopedia e Traumatologia Esine	30	1	2
Pediatria	17	1	1
Pneumologia	19	1	1
Psichiatria	10	0	0
Riabilitazione Generale e Geriatrica Edolo	13	1	0
Riabilitazione Specialistica Esine	27	0	0
Rianimazione	4	0	0
UCC	6	0	0
Urologia	6	2	0
Totale	297	17	51

Si rappresenta che al momento della redazione del presente documento è in corso con l'Agenda della Salute di riferimento la necessaria procedura finalizzata all'accreditamento di ulteriori posti letto a servizio della della UOSD di nuova costituzione "Chirurgia Generale - Chirurgia ricostruttiva e microchirurgia".

Riepilogo attività anno 2021

TOTALE	2021 (*)
--------	----------

posti letto ordinari + dh (attivati)	314**
gg degenza (ricoveri ordinari + dh)	76.116
peso medio ricoveri ordinari	1,063
numero interventi chirurgici	4488
di cui esterni	998
totale procedure chirurgiche	7469

(*) proiezione

(**) i posti letto sono considerati al netto delle conversioni per COVID

Appare evidente come i dati sopra riportati vadano letti anche alla luce del radicale mutamento organizzativo resosi necessario per fronteggiare l'infezione pandemica.

Infatti, la necessità di garantire una adeguata assistenza ai pazienti contagiati dal virus ha drenato e tutt'ora distoglie risorse dall'ordinaria attività di produzione con conseguenti ricadute in termini di produzione ordinariamente intesa.

Anche in tale ottica va quindi analizzato il dato della produzione e della mobilità attiva che hanno subito un calo fisiologicamente determinato dalla situazione di assoluta eccezionalità dovuta alla pandemia, così come, parimenti, la descrizione dei posti letto accreditati non tiene conto delle contingenti e temporanee assegnazioni ai provvisori "reparti covid" creati al fine di garantire una separazione dei pazienti positivi da quelli negativi.

Processo di adozione del Piano triennale di prevenzione della corruzione

Come si è già avuto modo di evidenziare, il presente Piano triennale costituisce l'aggiornamento del quinto atto programmatico previsto dalla L n.190/2012 per l'ASST della Valcamonica, nel primo testo adottato con decreto n.28/2016, poi aggiornamento annualmente con i provvedimenti di cui ai decreti n.62/2017, 83/2018, 72/2019, 33/2020 e 198/2021. La particolare genesi di tale ente (sorto in sostanziale continuità con la disciolta ASL di Vallecmonica-Sebino) e il principio di continuità delle misure in materia preventiva chiaramente espresso nella Deliberazione ANAC n.12/2015 non possono che porre il presente Piano, pur nelle peculiarità sue proprie, sulla scia delle iniziative già intraprese.

Il Piano triennale di prevenzione della corruzione (PTPC), con valenza per il periodo 2013-2015, è stato originariamente approvato con Decreto del Direttore Generale della disciolta ASL di Vallecmonica-Sebino n.385/2013, comprendendo:

- il Piano Triennale per la Trasparenza e l'Integrità della Pubblica Amministrazione (PTTI) previsto dall'art.10 del D.Lgs 14 marzo 2013, n.33;
- il Codice di comportamento per i dipendenti.

Con successivo Decreto del Direttore Generale n.69/2014 è stato adottato il PTPCT

2014-2016: tale aggiornamento ha inteso, in ottemperanza alle disposizioni nazionali, integrare ed aggiornare i contenuti già previsti con il PTPCT 2013-2015. Con tale provvedimento è stata confermata la congiunta programmazione delle misure in materia di prevenzione di rischi corruttivi e delle attività in materia di trasparenza e di accessibilità dei dati, ritenendo quest'ultimo profilo funzionale alla riduzione dei rischi corruttivi medesimi. Nel corso del 2014 sono state implementate le attività, anche al fine di costituire un'efficace programmazione per il successivo triennio.

Al fine dell'aggiornamento del PTPC, sempre inclusivo del PTTI, per il periodo 2015-2017, si è ritenuto, anche fuori da un espresso vincolo normativo in capo agli enti del SSN, di favorire un'ampia partecipazione attraverso forme di consultazione pubblica, volte a raccogliere segnalazioni e suggerimenti da parte degli operatori, degli utenti e di portatori di interessi connessi alle attività istituzionalmente svolte dall'ASL. L'intero documento, approvato con decreto del Direttore Generale n.58/2015, è stato sviluppato tenendo in considerazione la peculiarità dell'Azienda, operante nel settore sanitario. Infatti, da un lato, la disciplina delineata dal Legislatore nazionale deve tenere conto ed essere armonizzata con le attribuzioni costituzionali e le competenze delle Regioni; dall'altro, si deve considerare la necessità di interpretazione delle disposizioni della L n.190/2012 che risultano specifiche per gli enti statali e territoriali e di "rinvio" rispetto alle altre tipologie di enti pubblici. Il tema, pertanto, con riferimento all'ambito sanitario, è ulteriormente significativo ove si consideri la natura propria della mission aziendale, delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e socio-assistenziali e dei relativi procedimenti amministrativi.

Non è da trascurare l'impegno profuso in ragione di plurimi fattori: la significativa presenza di dati sensibili negli atti di competenza, la peculiarità delle specializzazioni e discipline sanitarie e loro rilevanza rispetto a percorsi di rotazione, la natura delle prestazioni rese ai cittadini. Sia l'intervento della Conferenza Unificata (con particolare riferimento alle determinazioni assunte nella seduta del 23.7.2013) che l'attività di interpretazione di cui alle deliberazioni CIVIT (ora ANAC) hanno contribuito a sciogliere alcuni nodi.

L'ultimo Piano vigente (2021 - 2023) è stato approvato, sempre a valenza triennale, con decreto n.198/2021..

I provvedimenti da ultimo citati hanno mirato, in particolare nel recente triennio, a:

- approfondire l'analisi del contesto (interno ed esterno);
- approfondire l'analisi dei rischi, anche con riferimento alle funzioni (territoriali) trasferite e con le criticità connesse al percorso di presa in carico del paziente cronico e/o fragile;
- adottare misure preventive specifiche, sulla scorta delle indicazioni di ANAC e ARAC.

Il PNA 2019 ha previsto, in fase di adozione, un doppio passaggio per l'adozione del PTPCT. Infatti è suggerito che un primo schema di PTPCT, condiviso con la Direzione in modo da illustrare i contenuti e le implicazioni attuative, venga adottato e messo a disposizione sul sito internet aziendale ai fini della consultazione e, solo successivamente, approvato entro i termini previsti (31 gennaio), tenuto conto delle eventuali osservazioni e proposte pervenute sul testo posto in consultazione.

Per l'anno 2020, trattandosi di prima applicazione di quanto disposto con il PNA 2019, è stato comunque diffuso, con nota registrata al prot.ASST il 17.12.2019 al n.23856/19, un avviso di consultazione pubblica con scadenza 10.01.2020. Successivamente, aderendo agli indirizzi del PNA 2019, con decreto n.986 del 30.12.2019 è stato adottato un primo schema del PTPCT 2020-2022, ai fini dell'attivazione di una più articolata consultazione come disposto dal PNA 2019.

Parimenti, per l'anno 2021 con nota registrata al prot.ASST il 30.11.2020 al n.25291/20, è stato pubblicato un avviso di consultazione pubblica con scadenza 18.12.2020 e con decreto n.150 del 4.3.2021 è stato adottato un primo schema del PTPCT 2021-2023, ai fini dell'attivazione di una più articolata consultazione come disposto dal PNA 2019.

Come stabilito da precisa indicazione, i PTPCT devono essere pubblicati non oltre un mese dall'adozione sul sito istituzionale dell'azienda e trasmessi all'ANAC. L'Autorità ha sviluppato una piattaforma per la rilevazione delle informazioni sulla predisposizione dei PTPCT e sulla loro attuazione. Tale piattaforma oltre a fornire supporti operativi, è utile per redigere la relazione annuale. Tale piattaforma permetterà all'Autorità di condurre analisi qualitative dei dati grazie alla sistemica e organizzata raccolta di informazioni e, dunque, poter rilevare le criticità dei Piani, nonché migliorare l'attività di supporto alle amministrazioni. Allo stato, l'Azienda, aderendo al comunicato del 12.6.2019, ha provveduto alla registrazione sulla piattaforma per di acquisizione dei Piani Triennali per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza del RPTC, con caricamento dei contenuti, seppur in forma semplificata, dei PTPCT 2019-2021, 2020-2022 e 2021-2023. Non ha ritenuto invece di avvalersi, per la redazione del presente piano, in via esclusiva di detta piattaforma.

Durata e iniziative già intraprese in materia di corruzione e trasparenza.

Nel corso dell'anno 2013 la disciolta ASL di Vallecamonica-Sebino ha intrapreso le seguenti iniziative, in attesa dell'emanazione di linee guida nazionali, contenute poi con la Delibera ANAC n.72/2013 di approvazione del PNA:

- Adozione di un primo Piano triennale di Prevenzione della Corruzione 2013-2015;
- Pubblicazione nel sito internet aziendale nella sezione "Trasparenza" dei dati obbligatori previsti dal D.Lgs n.33/2013;
- Formazione del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione;
- Partecipazione attiva a laboratori di studio e di lavoro organizzati da FIASO Lombardia sul tema della prevenzione della corruzione e sulla trasparenza;
- Organizzazione di una giornata di formazione (sul tema della trasparenza) il 18.12.2013.

Nel corso dell'anno 2014 ha proseguito nelle attività di competenza, nel rispetto del contenuto del Piano nazionale anticorruzione (adottato successivamente al PTPCT 2013-2015) e delle indicazioni operative formulate dalla CIVIT e, successivamente, da ANAC. In

particolare, si è provveduto:

- Adozione del Piano triennale di Prevenzione della Corruzione 2014-2016, comprensivo del PTTI;
- Pubblicazione nel sito internet aziendale nella sezione "Trasparenza" dei dati obbligatori previsti dal D.Lgs n.33/2013;
- Nomina del nuovo Responsabile della Prevenzione della corruzione e della trasparenza, con decreto n.192/2014, in ragione delle dimissioni rassegnate dai precedenti titolari dell'incarico e dalla valutazione di opportunità della Direzione generale d'individuare un unico referente per le attività in materia di corruzione e trasparenza;
- Formazione del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione, nonché del personale dirigenziale e del comparto, con particolare riferimento agli adempimenti applicativi finalizzati alla riduzione del rischio corruttivo;
- Partecipazione attiva del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza e dei collaboratori al tavolo di lavoro in materia appositamente costituito tra alcune ASL/AO ed altri enti del SSN di Regione Lombardia (ASL di Vallecmonica-Sebino, AO "Spedali Civili" di Brescia, ASL Mantova, ASL Cremona, AO di Desenzano del Garda, AO "Mellino Mellini" di Chiari, ASL Lodi, IZSLER) e formalizzato con nota del Direttore generale di quest'ASL prot. n.36564/2014;
- Attività connesse all'implementazione delle misure di analisi e prevenzione dei rischi.

Nel corso dell'anno 2015, si è provveduto:

- Adozione del Piano triennale di Prevenzione della Corruzione 2015-2017, comprensivo del PTTI;
- Pubblicazione nel sito internet aziendale nella sezione "Trasparenza" dei dati obbligatori previsti dal D.Lgs n.33/2013;
- Attività formativa in materia di prevenzione della corruzione, rivolta a circa 1/3 del personale in servizio presso la disciolta ASL di Vallecmonica-Sebino, comprendendo in particolare tutto il personale dirigente, i dipendenti titolari di incarico di posizione organizzativa o di coordinamento, nonché a tutti quelli del ruolo amministrativo;
- Partecipazione attiva del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza e dei collaboratori al tavolo di lavoro in materia appositamente costituito tra alcune ASL/AO ed altri enti del SSN di Regione Lombardia (ASL di Vallecmonica Sebino, AO "Spedali Civili" di Brescia, ASL Mantova, ASL Cremona, AO di Desenzano del Garda, AO "Mellino Mellini" di Chiari, ASL Lodi, IZSLER), in particolare per la definizione di prassi comuni anche in vista dell'attuazione della LR n.23/2015;
- Attività connesse all'implementazione delle misure di analisi e prevenzione dei rischi, in stretta connessione con le funzioni dell'Ufficio qualità aziendale.

L'ASST della Valcamonica ha provveduto, con decreto n.11/2016, alla nomina del proprio Responsabile della prevenzione e della corruzione con decorrenza dal 13.1.2016, e

prevedendo, secondo le indicazioni fornite da ANAC con determinazione n. 12/2015, l'affidamento allo stesso delle funzioni di Responsabile della trasparenza ai sensi del D.Lgs n.33/2013. Con decreto n.28/2016 è stato adottato il “Piano triennale per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza e integrità” dell'ASST della Valcamonica 2016-2018”.

Nel corso del 2016 si è provveduto a:

- Adozione del Piano triennale di Prevenzione della Corruzione 2016-2018, comprensivo del PTTI;
- Pubblicazione nel sito internet aziendale nella sezione “Trasparenza” dei dati obbligatori previsti dal D.Lgs. 33/2013;
- Attività formativa in materia di prevenzione della corruzione, rivolta a personale non già destinatario di formazione nel corso del 2015;
- Partecipazione attiva del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza e dei collaboratori al tavolo di lavoro in materia appositamente costituito tra alcune ASL/AO ed altri enti del SSN di Regione Lombardia (ASL di Vallecamonica Sebino, AO “Spedali Civili” di Brescia, ASL Mantova, ASL Cremona, AO di Desenzano del Garda, AO “Mellino Mellini” di Chiari, ASL Lodi, IZSLER), in particolare per la definizione di prassi comuni anche in vista dell'attuazione della LR n.23/2015;
- Partecipazione alle consultazioni ANAC relative all'adozione di linee guida in materie diverse;
- Attività connesse all'implementazione delle misure di analisi e prevenzione dei rischi, in stretta connessione con le funzioni dell'Ufficio qualità aziendale.

Nel corso del 2017 si è provveduto a:

- Adozione del Piano triennale di Prevenzione della Corruzione 2017-2019, comprensivo del PTTI;
- Pubblicazione nel sito internet aziendale nella sezione “Trasparenza” dei dati obbligatori previsti dal D.Lgs n.33/2013;
- Attività formativa in materia di prevenzione della corruzione, rivolta a personale non già destinatario di formazione;
- Partecipazione attiva del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza e dei collaboratori al tavolo di lavoro in materia appositamente costituito tra alcune ASL/AO ed altri enti del SSN di Regione Lombardia (ASL di Vallecamonica Sebino, AO “Spedali Civili” di Brescia, ASL Mantova, ASL Cremona, AO di Desenzano del Garda, AO “Mellino Mellini” di Chiari, ASL Lodi, IZSLER), in particolare per la definizione di prassi comuni anche in vista dell'attuazione della LR n.23/2015;
- Attività connesse all'implementazione delle misure di analisi e prevenzione dei rischi, in stretta connessione con le funzioni dell'Ufficio qualità aziendale;
- Individuazione del Gestore delle segnalazioni che riguardano ipotesi di riciclaggio o finanziamento del terrorismo (decreto n.354/2017) e adozione del “Regolamento per il contrasto ai fenomeni di riciclaggio e di finanziamento al terrorismo”, ai sensi del D.Lgs n.231/2007 (decreto n.836/2017), conformemente alle misure previste

dall'annuale aggiornamento al PTPC;

- Individuazione del Dirigente incaricato dei controlli sui verbali dei Collegi Sindacali, ai sensi della DGR n.X/5661/2016 (decreto n.932/2017), al fine di implementare un sistema di controllo sulla scorta delle indicazioni regionali;
- Approvazione del "Codice di comportamento dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale della Valcamonica" (decreto n.1048/2017), secondo le Linee guida ANAC;
- Adozione del regolamento per l'esercizio del diritto di accesso ai documenti amministrativi, del diritto di accesso civico ai documenti oggetto degli obblighi di pubblicazione e del diritto di accesso generalizzato (decreto n.1072/2017), in attuazione degli indirizzi resi da ANAC.

Anche nel corso del 2018 si è provveduto a:

- Adozione del Piano triennale di Prevenzione della Corruzione 2018-2020, comprensivo del PTTI;
- Pubblicazione nel sito internet aziendale nella sezione "Trasparenza" dei dati obbligatori previsti dal D.Lgs. 33/2013;
- Attività formativa in materia di prevenzione della corruzione, rivolta a personale non già destinatario di formazione;
- Partecipazione attiva del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza e dei collaboratori al tavolo di lavoro in materia appositamente costituito tra alcune ASL/AO ed altri enti del SSN di Regione Lombardia, in particolare per la definizione di prassi comuni in relazione a problemi comunemente presentatisi;
- Attività connesse all'implementazione delle misure di analisi e prevenzione dei rischi, in stretta connessione con le funzioni dell'Ufficio qualità aziendale;
- Miglioramento delle policy operative concernenti le funzioni attribuite Gestore delle segnalazioni che riguardano ipotesi di riciclaggio o finanziamento del terrorismo, conformemente alle misure previste dall'annuale aggiornamento al PTPC, anche attraverso l'aggiornamento criteri di analisi di eventi potenzialmente rilevanti in materia di anti riciclaggio.
- Anche alla luce di sollecitazioni di ARAC - Autorità Regionale Anticorruzione, si è provveduto a prestare particolare attenzione alla tematica del conflitto d'interesse nell'ambito del fenomeno delle sponsorizzazioni, anche attraverso una fattiva collaborazione con la funzione aziendale della Qualità. Sul punto è emersa l'opportunità, per una maggiore integrazione con la realtà aziendale, di ricomprendere le attività concernenti l'attuazione delle misure di prevenzione delle aree a rischio tra gli obiettivi annuali dei Dirigenti ai fini della valutazione degli stessi;
- Aggiornamento regolamentazione in materia di incarichi extra - istituzionali ex art. 53 D.Lgs n.165/2001 con provvisorie indicazioni anche sulla tematica del conflitto d'interesse nell'ambito dei contratti di sponsorizzazione.

Nel corso dell'anno 2019 si è provveduto a:

- Adozione del Piano triennale di Prevenzione della Corruzione 2019-2021, comprensivo del PTTI;

- Pubblicazione nel sito internet aziendale nella sezione “Trasparenza” dei dati obbligatori previsti dal D.Lgs n.33/2013;
 - Attività formativa in materia di prevenzione della corruzione, rivolta a personale non già destinatario di formazione;
 - Partecipazione attiva del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza e dei collaboratori al tavolo di lavoro in materia appositamente costituito tra alcune ASL/AO ed altri enti del SSN di Regione Lombardia, in particolare per la definizione di prassi comuni in relazione a problemi comunemente presentatisi;
 - Attività connesse all'implementazione delle misure di analisi e prevenzione dei rischi, in stretta connessione con le funzioni dell'Ufficio qualità aziendale;
 - Corso in materia di conflitto di interessi aperto ad una pluralità di operatori;
 - Formazione in merito all'antiriciclaggio per settori aziendali interni.
- Nel corso dell'anno 2020 si è provveduto a:
- Adozione del Piano triennale di Prevenzione della Corruzione 2020-2022, comprensivo del PTTI;
 - Pubblicazione nel sito internet aziendale nella sezione “Trasparenza” dei dati obbligatori previsti dal D.Lgs n.33/2013;
 - Attività formativa in materia di prevenzione della corruzione, rivolta a personale non già destinatario di formazione;
 - Partecipazione attiva del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza e dei collaboratori al tavolo di lavoro in materia appositamente costituito tra alcune ASL/AO ed altri enti del SSN di Regione Lombardia, in particolare per la definizione di prassi comuni in relazione a problemi comunemente presentatisi;
 - Attività connesse all'implementazione delle misure di analisi e prevenzione dei rischi, in stretta connessione con le funzioni dell'Ufficio qualità aziendale;
 - Redazione e conseguente approvazione di apposito regolamento per la disciplina delle modalità di partecipazione ad eventi esterni sponsorizzati;
 - Graduale attuazione del già approvato regolamento concernente l'attività libero professionale;
 - Presa d'atto ed applicazione di tutte le misure specificatamente dettate dai competenti enti al fine di garantire, anche durante la fase pandemica, il rispetto delle misure finalizzate alla prevenzione della corruzione.
- Nel corso dell'anno 2021 si è provveduto a:
- Adozione del Piano triennale di Prevenzione della Corruzione 2021-2023, comprensivo del PTTI;
 - Pubblicazione nel sito internet aziendale nella sezione “Trasparenza” dei dati obbligatori previsti dal D.Lgs n.33/2013;
 - Attività formativa in materia di prevenzione della corruzione, rivolta a personale non già destinatario di formazione;
 - Partecipazione attiva del Responsabile della prevenzione della corruzione e della

trasparenza e dei collaboratori a tavoli ristretti costituito tra alcune ASST ed altri enti del SSN di Regione Lombardia, in particolare per la definizione di prassi comuni in relazione a problemi comunemente presentatisi;

- Attività connesse all'implementazione delle misure di analisi e prevenzione dei rischi, in stretta connessione con le funzioni dell'Ufficio qualità aziendale, secondo le indicazioni del PNA 2019;
- Prima applicazione del regolamento appena recentemente adottato per la disciplina delle modalità di partecipazione ad eventi esterni sponsorizzati.

Processo di adozione del Piano e specifiche misure regionali, anche alla luce della LR n.23/2015.

Con riferimento alle Aziende Sanitarie Lombarde, il sistema normativo di prevenzione della corruzione introdotto dalla L n.190/2012 viene ad incidere sul modello organizzativo e sul Codice Etico Comportamentale - costruiti secondo gli istituti del D.Lgs n.231/2001 (codice, organismo di vigilanza, modello organizzativo) - introdotti, in via sperimentale dal 2006 e regolati dall'art.13 bis della LR n.33/2009.

Il citato articolo, rubricato "Codice etico-comportamentale" dispone che: "Al fine di elevare la qualità del sistema sanitario regionale, ciascuna azienda sanitaria adotta, secondo modalità definite con deliberazione della Giunta regionale, sentita la competente commissione consiliare, un codice etico-comportamentale costituito dal codice etico e dal modello organizzativo in cui sono riportate le procedure da seguire affinché le attività si svolgano in conformità ai principi enunciati nel codice stesso. Con la stessa deliberazione sono definite le modalità di costituzione e la durata dell'organismo di vigilanza preposto, all'interno di ciascuna azienda, a verificare l'efficacia e la corretta applicazione del codice etico-comportamentale."

In attuazione delle citate disposizioni, sono state emanate le relative determinazioni regionali (DGR 17864 dell'11 giugno 2004 relativa all'introduzione in via sperimentale del Codice Etico Comportamentale; DGR 3776 del 13 dicembre 2006 relativa alle linee guida per l'adozione del Codice Etico e dei modelli di organizzazione; DGR 5743 del 31 ottobre 2007 - allegato 2; DGR 8501 del 26 novembre 2008 - allegato 1; DGR 10804 del 16 dicembre 2009; Decreto del Direttore Generale Sanità (DDGS) n. 2298 dell'11 marzo 2010 relativo alle linee guida per l'aggiornamento del sistema).

Atteso che la L n.190/2012 di fatto è la trasposizione al settore pubblico di quanto previsto e normato con il D.Lgs n.231/2001 per le persone giuridiche di diritto privato, si è reso necessario un raccordo normativo fra la portata del citato art.13 bis della L.R n.33/2009 e l'applicazione della L n.190/2012.

Il patrimonio organizzativo ed informativo costruito negli anni dalle aziende sanitarie lombarde, grazie all'applicazione della Legge Regionale citata, costituisce la base per lo sviluppo della metodologia di costruzione del PTPCT.

In particolare, gli istituti dell'art.13 bis (e del D.Lgs n.231/2001) sono stati utilizzati:

- per l'analisi e il monitoraggio dei rischi (il Modello Organizzativo era già caratterizzato dall'individuazione dei processi significati e dalla valutazione dell'incidenza delle violazioni sia in termini di gravità che di ricorrenza);
- con riferimento al Codice Etico Comportamentale, al fine di predisporre principi e regole di rapporto con gli utenti, i fornitori, i propri collaboratori e dipendenti e specifiche clausole di adesione per i fornitori al medesimo;
- per la formazione;
- per l'individuazione - in capo all'Organismo di Vigilanza/ Nucleo di Valutazione - delle segnalazioni di violazione dei codici.

I PTPCT della disciolta ASL di Vallecamonica-Sebino hanno fatto riferimento al contenuto del "Codice Etico Aziendale" in considerazione della complessità dell'organizzazione aziendale e di quanto stabilito nella circolare n.1/2013 del Dipartimento della Funzione Pubblica e nel Piano Nazionale Anticorruzione.

L'identificazione delle aree a rischio di corruzione, attraverso i Processi del Codice Etico, è stato il primo passo per l'attuazione di azioni preventive e di contrasto al fenomeno della corruzione.

La reciproca influenza e sovrapposizione tra misure ex art.13 bis LR n.33/2009 e attività di prevenzione della corruzione cessa formalmente in ragione dell'abrogazione, ad opera della LR n.23/2015, del citato art.13 bis. Ne consegue che le descritte misure, adottate in via volontaria da Regione Lombardia attraverso un'estensione agli enti del SSR delle misure proprie del D.Lgs n.231/2001, sono ora da ricondursi a pieno nell'esclusivo alveo del presente Piano triennale.

Con nota della DG Welfare prot.G1.2015.0001604 Regione Lombardia ha puntualmente chiarito come le nuove ASST/ATS non debbano provvedere alla ricostituzione dei disciolti Organismi per il codice etico-comportamentale.

Soggetti con funzioni di controllo

I soggetti istituzionali preposti al controllo dell'adempimento delle disposizioni di legge all'interno dell'Azienda sono:

- il Dipartimento della Funzione Pubblica che è promotore delle strategie di prevenzione e coordinatore della loro attuazione;
- l'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) che svolge funzioni di raccordo con le altre autorità, esercitando la vigilanza e il controllo per la verifica dell'efficacia delle misure di prevenzione adottate dall'amministrazione. In ragione del trasferimento di competenze già affidate anche ad altri soggetti pubblici (es. AVCP) e della normativa sopravvenuta, le funzioni di indirizzo, controllo, anche ai fini interpretativi delle norme di settore, dell'ANAC sono state sensibilmente rafforzate. La chiave dell'attività della nuova ANAC, nella visione attualmente espressa, è quella di vigilare per prevenire la corruzione creando una rete di collaborazione nell'ambito delle Pubbliche Amministrazioni e al contempo aumentare l'efficienza nell'utilizzo delle risorse, riducendo i controlli formali, che comportano tra l'altro appesantimenti procedurali e di fatto aumentano i costi della Pubblica Amministrazione senza creare valore per i cittadini e per le imprese;
- la Corte dei Conti che partecipa alle attività di controllo, con finalità di garanzia della corretta destinazione delle risorse di finanza pubblica e di accertamento di responsabilità di natura erariale;
- ORAC - Organismo Regionale per le Attività di Controllo, con attività di verifica del corretto funzionamento delle strutture organizzative della Giunta regionale e degli enti del Sistema Regionale;
- il Responsabile della prevenzione e della corruzione che è colui che all'interno dell'Azienda pone in essere quanto previsto dalla legge sulla base del Piano per la Prevenzione della Corruzione, con i compiti, le funzioni e le responsabilità dettagliatamente specificate nell'Aggiornamento al PNA 2019 (con particolare riguardo all'allegato n.3), nonché nella delibera n.840/2018.

Definizione di corruzione

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

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

Poiché il PNA ed il presente PTPCT sono strumenti finalizzati alla prevenzione, il concetto di corruzione che viene preso a riferimento sia nel PNA sia nel Piano aziendale ha

un'accezione ampia. Esso è comprensivo delle varie situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si riscontri l'abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati di natura patrimoniale o non patrimoniale.

Le situazioni rilevanti sono più ampie della fattispecie penalistica, che è disciplinata negli artt. 318- 322bis, 346 bis c.p., e sono tali da comprendere anche le situazioni in cui - a prescindere dalla rilevanza penale - venga in evidenza un malfunzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni attribuite ovvero l'inquinamento dell'azione amministrativa ab externo, sia che tale azione abbia successo sia nel caso in cui rimanga a livello di tentativo.

Al fine di individuare i reati oggetto dell'attività preventiva, sono di seguito indicate, a titolo esemplificativo e non esaustivo, le fattispecie di reato in materia, ossia quelle contemplate dagli artt. 24 e 25 del D.Lgs. n.231/2001, in parte modificate dalla Legge n.190/2012:

a) Reato di concussione art.317 c.p. (concussione)

b) Reati di corruzione

art.318 c.p. (corruzione per l'esercizio della funzione)

art.319 c.p. (corruzione per un atto contrario ai doveri d'ufficio)

art.319-bis c.p. (aggravanti specifiche)

art.319-ter c.p. (corruzione in atti giudiziari)

art.319-quater c.p. (induzione indebita a dare o promettere utilità)

art.320 c.p. (corruzione di persona incaricata di pubblico servizio)

art.321c.p. (pene per il corruttore)

art.322 c.p. (istigazione alla corruzione)

art.322-bis c.p. (peculato, concussione, corruzione e istigazione alla corruzione di membri e funzionari C.E.)

c) Traffico di influenze illecite art.346-bis c.p.(Traffico d'influenze illecite)

d) Corruzione tra privati art.2635 c.c.

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

Finalità del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione

Il presente PTPCT 2020-2022 si pone quindi i seguenti obiettivi:

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

e rispetta i vincoli posti dalla norma ovvero:

- è stato redatto nei termini previsti dalla legge e secondo le indicazioni generali

contenute negli allegati al PNA;

- è conforme alle indicazioni fornite da CIVIT - ANAC;
- è stato redatto e verrà attuato a invarianza finanziaria e cioè senza generare costi aggiuntivi nell'Azienda (è stato redatto e verrà reso noto a coloro che operano all'interno dell'Azienda senza l'ausilio di consulenze esterne).

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

Il PTPCT, pur nella sua autonomia di atto programmatico generale, deve leggersi congiuntamente ad altri atti di rilievo aziendale, adottati o da adottarsi:

- il Codice di Comportamento;
- il Piano di Formazione Aziendale;
- il Piano della performance attualmente vigente;
- il Regolamento delle incompatibilità e delle autorizzazioni allo svolgimento di incarichi extra - istituzionali (come recentemente aggiornato);
- il Codice disciplinare per il personale del comparto e della dirigenza medico veterinaria e SPTA (come oggetto di nuova redazione).

Ai contenuti di questi documenti dovranno attenersi tutti coloro che operano all'interno dell'ASST della Valcamonica in qualità di dipendenti, collaboratori, fornitori e/o esecutori di lavori o pubblici servizi.

Altro strumento di monitoraggio in grado di evidenziare l'attuazione del PTPCT è la relazione annuale del RPCT, la quale deve essere redatta, secondo le indicazioni annualmente fornite da ANAC. Tale relazione costituisce uno strumento indispensabile per la valutazione da parte della Direzione dell'efficacia delle strategie di prevenzione perseguite nel Piano.

Il tutto a salvaguardia della trasparenza e dell'integrità nelle procedure e nei comportamenti e al fine di impedire che a comportamenti illeciti o poco trasparenti conseguano danni patrimoniali, all'immagine e al prestigio dell'Azienda, pregiudicandone la legittimazione stessa.

I SOGGETTI E I RUOLI DELLA STRATEGIA DI PREVENZIONE

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

Con decreto del Direttore Generale n.11/2016 si è provveduto alla nomina, con decorrenza dal 13.1.2016, del Responsabile della prevenzione della corruzione ai sensi della L n.190/2012 e della trasparenza ai sensi del D.Lgs n.33/2013 nella persona dell'Avv. Gabriele Ceresetti, Dirigente professionale avvocato.

Il Responsabile:

- cura che la propria nomina venga trasmessa dalla Direzione Generale ad ANAC ed a Regione Lombardia;

- ha elaborato il presente documento nel rispetto delle norme e delle linee guida emanate a livello nazionale, proponendolo all'adozione del Direttore Generale;
- provvede, in collaborazione con il Servizio di formazione aziendale, all'organizzazione di eventi formativi per i dipendenti che operano in settori particolarmente esposti alla corruzione;
- presenta, su richiesta, il presente Piano alla Conferenza dei Sindaci e ai collaboratori dell'Azienda;
- pone in essere tutte le iniziative formative per i dipendenti che, pur non operando in settori esposti alla corruzione, possano essere whistleblowers ovvero segnalatori di eventi contrari all'imparzialità e al buon andamento della P.A.;
- individua il personale da inserire in percorsi formativi mirati alla conoscenza dei temi dell'etica e della legalità;
- segnala ai Direttori/Dirigenti/Responsabili delle UU.OO eventuali comportamenti contrari alle norme vigenti, all'etica, al buon andamento, ai fini dell'applicazione di sanzioni disciplinari, proporzionali alla gravità della condotta tenuta dai dipendenti;
- propone modifiche al Piano in caso di accertamento di significative violazioni o di mutamenti nell'organizzazione;
- cura la diffusione della conoscenza dei codici di comportamento nell'Amministrazione e il monitoraggio annuale sulla loro attuazione (art.15 DPR n. 62/2013);
- si coordina con gli Uffici e gli altri organismi aziendali affinché le procedure di competenza di ciascuno e descritte nei documenti siano omogenee e non contrastanti;
- pubblica, nei termini previsti dalla normativa e da ANAC, una relazione aziendale sull'attività svolta in materia di prevenzione della corruzione, trasmettendola, per conoscenza, alla direzione strategica;
- può contestare ai dipendenti e ai collaboratori dell'ASST della Valcamonica l'esistenza o l'insorgere di situazioni di inconferibilità o di incompatibilità all'assunzione di incarichi. Non sarà tuttavia responsabile di incarichi conferiti in presenza di cause di incompatibilità o inconferibilità qualora il conferimento sia conseguito a erronee interpretazioni o false dichiarazioni dei soggetti destinatari dell'incarico;
- segnala all'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), all'Autorità Garante della Concorrenza e del mercato (ai fini dell'esercizio delle funzioni di cui alla L. 20.7.2004, n.215) e alla Corte dei Conti i casi di possibile violazione delle disposizioni previste dalla L. n.190/2012 e dei principi contenuti nel presente Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione;
- predispone e verifica il sistema di prevenzione della corruzione al fine di contenere fenomeni di cattiva amministrazione;
- ha l'obbligo di segnalare all'organo di indirizzo e al NVP le disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza;

- programma le attività necessarie per garantire l'attuazione corretta delle disposizioni in tema di trasparenza e verifica la qualità dei dati pubblicati in termini di completezza, chiarezza, aggiornamento e facile consultazione;
- riscontra le richieste ispettive, di sindacato, di controllo e di vigilanza dell'Autorità Regionale Anti Corruzione (ARAC), qualora non direttamente rivolte ad altri soggetti a livello aziendale;
- adempie alle funzioni sue proprie secondo i compiti, le funzioni e le responsabilità dettagliatamente specificate nell'Aggiornamento al PNA 2018 e nel PNA 2019.

Tali compiti non sono delegabili, se non in caso di straordinarie e motivate necessità. Il Responsabile non dispone di una struttura appositamente ed esclusivamente destinata alle funzioni in materia. Si avvale, nell'esercizio delle proprie funzioni, del supporto tecnico-giuridico ed operativo del personale afferente all'Area Gestione delle Risorse Umane (con particolare riguardo all'ufficio concorsi e relazioni sindacali) ed all'Area Gestione delle Relazioni/Affari Generali e legali. Su indicazioni del NVP, che ha analizzato preventivamente la bozza di PTPCT già adottata, viene individuata quale misura a garanzia delle funzioni del RPCT la formalizzazione della struttura di supporto.

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

Il nuovo POAS ha previsto, conformemente alle indicazioni regionali, l'istituzione in staff alla Direzione Generale di un ufficio del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della trasparenza. L'Ufficio cura le procedure anticorruzione - anche nel quadro delle recenti norme nazionali - e le misure in materia di trasparenza e legalità, definisce le procedure per la selezione e la formazione dei dipendenti destinati ad operare in settori a rischio corruzione, adotta le indicazioni e gli strumenti idonei per il monitoraggio degli adempimenti di legge finalizzati alla prevenzione della corruzione. Cura inoltre la gestione dell'istituto dell'“Accesso Civico” (il cui concreto adempimento è affidato al coordinamento dell'Ufficio Relazioni con il pubblico) e gli adempimenti relativi alla sezione “Amministrazione Trasparente” in raccordo con le strutture competenti per materia.

L'allegato 3 del PNA 2019 “Riferimenti normativi sul ruolo e sulle funzioni di Responsabile della prevenzione e della corruzione e della trasparenza (RPCT)” si focalizza su questa importante figura riprendendone l'istituzione e i criteri di scelta, disciplinati dalla Legge n.190/2012, si richiamano i compiti e i poteri, che sono in parte ripresi nella prima parte di questa sezione. L'approfondimento prosegue sottolineando l'importanza degli obblighi di informazione nei confronti del RPCT da parte del personale dirigente, con particolare riguardo alle attività e aree di rischio individuate nel PTPCT e alle misure di contrasto alla corruzione, nonché l'importanza dell'applicazione da parte di tutti i dipendenti dell'amministrazione delle prescrizioni contenute nel Piano. L'organo di indirizzo è strettamente connesso con quanto svolto dal RPCT, in quanto l'indirizzo e gli

obiettivi strategici del PTPCT sono posti dalla Direzione Strategica, alla quale il RPCT deve riferire in merito all'attività, attraverso la relazione annuale. Il RPCT deve segnalare i casi di violazione delle disposizioni in merito al D.Lgs n.39/2013 all'ANAC, nonché i risultati del monitoraggio annuale dell'attuazione dei codici di Comportamento. L'ANAC ha il compito inoltre, di vigilare sull'operato dei responsabili della trasparenza, a cui può chiedere un rendiconto sui risultati del controllo svolto.

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

Gli altri soggetti coinvolti nella Prevenzione della corruzione

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- svolgendo una attività informativa nei confronti del responsabile affinché questi abbia elementi e riscontri sull'intera organizzazione e attività dell'amministrazione;
- svolgendo una attività informativa nei confronti dell'Autorità Giudiziaria;
- partecipando al processo di gestione del rischio;
- proponendo misure di prevenzione;
- assicurando l'osservanza del Codice di comportamento e verificando le ipotesi di violazione;
- avviando procedimenti disciplinari, la sospensione e la rotazione del personale;
- osservando le misure contenute nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione, garantendo l'attuazione di tutte le misure, comprese quelle relative alla pubblicazione dei dati ed all'accesso civico.

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

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

- diffondere una cultura di prevenzione della corruzione attraverso l'assunzione di comportamenti etici, equi e trasparenti, favorendo l'informazione dei propri collaboratori sulle procedure e sui regolamenti aziendali, con particolare riguardo al personale di nuova assegnazione;
- individuare i processi di lavoro e il personale maggiormente a rischio nell'ambito della propria struttura;
- definire meccanismi operativi finalizzati alla prevenzione della corruzione;
- implementare sistemi di controllo e di monitoraggio che consentano di rilevare tempestivamente comportamenti inadeguati dei propri collaboratori;
- partecipare all'elaborazione del PTPCT fornendo attiva collaborazione al Responsabile aziendale nella valutazione del grado di rischio presente, nell'individuazione

ed eventuale correzione, integrazione, modifica degli interventi organizzativi e delle procedure volte a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione, nonché nella predisposizione di idonei strumenti di monitoraggio;

- fissare i termini di conclusione dei processi e/o procedimenti di competenza, laddove non già previsti da norme o regolamenti o altra disciplina e monitorare il loro effettivo rispetto con cadenza periodica, con l'obbligo di segnalare al RPCT eventuali scostamenti o anomalie riscontrate;
- monitorare i rapporti instaurati tra l'Azienda e soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi, economici e non, di qualunque genere, secondo regolamenti e procedure interne che verranno adottati e, se già presenti, aggiornati alla luce della normativa anticorruzione;
- garantire la massima trasparenza a tutte le iniziative aziendali volte a prevenire, impedire e contrastare il verificarsi di fenomeni di corruzione e ad assicurare l'osservanza della legalità e lo sviluppo della cultura dell'integrità, diffondendone la conoscenza fra il personale della propria struttura;
- individuare il personale da inserire in percorsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità, comunicandoli al Responsabile aziendale e pianificare modalità di condivisione delle conoscenze e competenze acquisite;
- verificare, d'intesa con il Responsabile aziendale, l'effettiva rotazione degli incarichi nelle aree di attività nel cui ambito è più elevato il rischio di corruzione.

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

- i Referenti sono tenuti a comunicare al RPCT i dati utili (aree critiche e azioni correttive) per la costruzione ed il costante aggiornamento dei singoli Processi inseriti nel Piano di prevenzione, nonché eventuali ulteriori fattispecie a rischio corruzione;
- il RPCT raccoglie e valuta le informazioni pervenute inserendole nel Piano, anche mediante aggiornamento infrannuale;
- il RPCT diffonde il PTPC tramite pubblicazione sul sito web e nella rete intranet aziendale.

Ruolo del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP) e del Collegio Sindacale

Il NVP e il Collegio Sindacale partecipano, nell'ambito delle rispettive competenze, al processo di gestione del rischio.

Con particolare riferimento al NVP, il Responsabile Prevenzione Corruzione si confronta con detto organo indipendente di valutazione sia per l'esame degli adempimenti connessi agli obblighi di pubblicazione sia per l'attività di mappatura dei processi e valutazione dei rischi, anche in considerazione che il monitoraggio del NVP nell'ambito del ciclo di gestione della performance, svolto in maniera sistematica e

costante, con la segnalazione tempestiva di eventuali criticità, ritardi e omissioni in sede di attuazione, può consentire, infatti di promuovere azioni correttive.

In sintesi il NVP:

- monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni; (art.14, c. 4, lett. a) D.Lgs n.150/2009);
- ha il compito di promuovere e attestare l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità (art.14, c. 4, lett. g) D.Lgs n.150/2009);
- partecipa al processo di gestione del rischio: considera i rischi e le azioni inerenti la prevenzione della corruzione nello svolgimento dei compiti ad esso attribuiti;
- esprime preventivo parere obbligatorio sul Codice di Comportamento adottato da ciascuna amministrazione;
- verifica la coerenza tra gli obiettivi del Programma anticorruzione, per la trasparenza e quelli del Piano delle Performance (L.190/2012)

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

Il NVP si occupa inoltre di verificare, ai sensi dell'art.14, co.4, lett.g) del D.Lgs n.150/ 2009 e della delibera ANAC n.1316/2016 e n.141/2019, la pubblicazione, completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione in base a quanto sottoposto a verifica ANAC. Inoltre contestualmente attesta l'individuazione, da parte dell'Amministrazione, di misure organizzative che assicurano il regolare funzionamento dei flussi formativi per la pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione Trasparente", l'individuazione dei Responsabili della trasmissione e pubblicazione dei documenti, informazioni e dei dati, nonché la veridicità e attendibilità. Si segnala che, in sede regionale, è in corso una riforma, la cui concretizzazione è prefigurabile nell'anno 2022, circa i compiti e le funzioni del NVP nei particolari ambiti della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Ruolo dell'Ufficio Procedimenti Disciplinari

L'Ufficio Procedimenti disciplinari (UPD):

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

Si segnala l'indirizzo fornito della Direzione per la costituzione di un ufficio procedimenti disciplinari dell'ASST in forma collegiale. La pluralità di soggetti che lo costituiscono rappresenta, come per ogni organo pluripersonale, misura preventiva rafforzata, stante la particolarità e delicatezza delle funzioni affidate. Con riguardo ai

componenti deve essere assicurato, accanto ad ogni requisito di professionalità previsto dalla legge, la piena terzietà rispetto alle funzioni esercitate e ai singoli illeciti sottoposti alla loro valutazione.

Ruolo dei dipendenti e dei collaboratori dell'Azienda

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

- partecipano al processo di gestione del rischio;
- osservano le misure contenute nel Piano triennale per la prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e l'Integrità;
- segnalano le situazioni di illecito.

Ruolo dell'Ufficio Qualità

Ancorché la funzione aziendale della qualità non sia soggetto a cui istituzionalmente competono compiti diretti in materia di prevenzione della corruzione, il percorso svolto dall'ASST nell'ambito dell'analisi dei rischi ha valorizzato l'apporto dell'Ufficio Qualità (in staff alla Direzione Generale). Come risulta anche dal proseguo del presente Piano, un'efficace analisi del rischio non può ritenersi scollegata da una più complessiva disamina dei processi. Proprio in ragione di questa trasversalità, il coordinamento con l'Ufficio Qualità, anche nei rapporti con le strutture sanitarie, pare fondamentale per un'efficace mappatura e per un effettivo impatto preventivo delle misure proposte.

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

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

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

Il Dirigente incaricato di detti controlli, che nel caso dell'ASST della Valcamonica corrisponde allo stato con il Responsabile della prevenzione della corruzione, svolge attività di impulso volte a favorire un diretto riscontro tra le attività di amministrazione attiva dell'ASST e le funzioni di controllo del Collegio Sindacale, anche nella direzione della minimizzazione del rischio.

Organismo Regionale per le attività di Controllo

La LR n.13 del 28 settembre 2018 ha istituito l'Organismo Regionale per le Attività di Controllo (ORAC), al fine di verificare il corretto funzionamento delle strutture

organizzative della Giunta regionale e degli enti del Sistema Regionale.

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

Stakeholders

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

GESTIONE DEL RISCHIO

Gestione del rischio: fondamento normativo e ruolo del PTPC

L'art.1, co.5 L. n.190/2012 prevede che: "Le pubbliche amministrazioni centrali definiscono e trasmettono al Dipartimento della funzione pubblica: a) un Piano di prevenzione della corruzione che fornisce una valutazione del diverso livello di esposizione degli uffici al rischio di corruzione e indica gli interventi organizzativi volti a prevenire il medesimo rischio."

Lo stesso adempimento è richiesto, a livello decentrato, per tutte le Pubbliche Amministrazioni.

Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione è lo strumento attraverso il quale l'Azienda ricostruisce e descrive i processi, articolati in fasi tra loro collegate, ponendo attenzione alle aree sensibili e alla struttura dei controlli con lo scopo di individuare i settori maggiormente esposti al rischio di corruzione.

L'individuazione delle aree di rischio ha come scopo quello di consentire l'analisi dei settori che nell'ambito dell'attività territoriale e ospedaliera debbono essere presidiate più di altre mediante l'implementazione di misure atte a prevenire il mancato perseguimento dell'interesse pubblico.

Mediante questa mappatura l'Azienda può porre in essere azioni ponderate e coerenti che consentano di ridurre significativamente il rischio di comportamenti corrotti.

Ciò comporta l'applicazione di un sistema di valutazione probabilistica del rischio e l'adozione di un sistema di gestione del rischio medesimo.

L'attività di valutazione e trattamento del rischio da parte di quest'ASST viene svolto tenendo in puntuale considerazione l'attività di elaborazione e sviluppo, intrapresa nel corso fin dall'anno 2014 dalla disciolta ASL di Vallecamonica-Sebino secondo le Linee guida di Regione Lombardia, del Piano integrato per il miglioramento dell'organizzazione delle strutture di ricovero e cura pubbliche e private accreditate a contratto con il SSR Lombardo (PIMO). Nel corso del 2016 si è intrapreso un percorso diretto a raggiungere un efficace coordinamento tra le attività di prevenzione della corruzione e le iniziative svolte in ambito aziendale concernenti il PIMO, oltre che implementare il sistema di valutazione e trattamento del rischio, con particolare riguardo agli ambiti evidenziati dall'allegato 2 alla determinazione ANAC n.12/2015.

Le peculiarità del PNA 2017, con particolare riferimento a misure specifiche per il settore sanitario, richiedono un sempre maggiore approfondimento da svolgersi nel presente Piano e nei suoi possibili aggiornamenti, anche in ragione dei nuovi assetti organizzativi conseguenti all'attuazione delle misure organizzative previste dal POAS e della L.R n.23/2015.

Fin dall'anno 2016 è stata adottata una procedura di mappatura del rischio più analitica rispetto a quella prevista dall'Allegato 5, attraverso l'utilizzo del Modello FMECA (acronimo dell'inglese "Failure Mode, Effects, and Criticality Analysis" - Analisi dei modi,

degli effetti e della criticità dei guasti). Tale modalità di gestione del rischio include un'analisi quantitativa per identificare la gravità delle conseguenze nel caso si verificasse una criticità, correlata ad una valutazione della probabilità del suo verificarsi.

Con riferimento alle problematiche connesse all'applicazione della L. n.190/2012, l'analisi mette in evidenza gli eventi corruttivi che hanno nello stesso tempo una probabilità di accadere relativamente alta unita ad un'alta gravità di conseguenze, mettendo in evidenza i punti di debolezza di un processo, sui quali occorre intervenire con adeguate modifiche.

Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi dopo il PNA 2019

Il PNA 2019 ha previsto come unico documento metodologico da seguire nella predisposizione dei PTPCT per la parte relativa alla gestione del rischio corruttivo l'allegato 1 "Indicazioni metodologiche per la gestione del rischio corruttivo". Poiché tale metodologia è articolata, l'ASST della Valcamonica ha inteso adeguarsi a quanto disposto in modo graduale.

Il processo di gestione del rischio corruttivo deve essere progettato ed attuato tenendo presente le sue principali finalità, ossia favorire, attraverso misure organizzative sostenibili, il buon andamento e l'imparzialità delle decisioni e dell'attività amministrativa e prevenire il verificarsi di eventi corruttivi. La mappatura dei processi, l'analisi e la valutazione del rischio, migliorando la conoscenza dell'amministrazione consentono di alimentare e migliorare il processo decisionale alla luce del costante aggiornamento delle informazioni disponibili. Il processo di gestione del rischio si sviluppa secondo una logica sequenziale e ciclica che ne favorisce il continuo miglioramento. Le fasi centrali del sistema sono l'analisi del contesto, la valutazione del rischio e il trattamento del rischio, a cui si affiancano due ulteriori fasi trasversali (la fase di consultazione e comunicazione e la fase di monitoraggio e riesame del sistema). Sviluppandosi in maniera "ciclica", in ogni sua ripartenza il ciclo deve tener conto, in un'ottica migliorativa, delle risultanze del ciclo precedente, utilizzando l'esperienza accumulata e adattandosi agli eventuali cambiamenti del contesto interno ed esterno.

La vigente disciplina in materia di prevenzione della corruzione assegna al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) un importante ruolo di coordinamento del processo di gestione del rischio, con particolare riferimento alla fase di predisposizione del PTPCT e al monitoraggio. Di seguito, si espongono sinteticamente i compiti dei principali ulteriori soggetti coinvolti nel sistema di gestione del rischio corruttivo, concentrandosi esclusivamente sugli aspetti essenziali a garantire una piena effettività dello stesso.

L'organo di indirizzo politico-amministrativo deve:

- valorizzare, in sede di formulazione degli indirizzi e delle strategie dell'amministrazione, lo sviluppo e la realizzazione di un efficace processo di gestione del rischio di corruzione;
- tenere conto, in sede di nomina del RPCT, delle competenze e della autorevolezza

necessarie al corretto svolgimento delle funzioni ad esso assegnate e ad operarsi affinché le stesse siano sviluppate nel tempo;

- assicurare al RPCT un supporto concreto, garantendo la disponibilità di risorse umane e digitali adeguate, al fine di favorire il corretto svolgimento delle sue funzioni;
- promuovere una cultura della valutazione del rischio all'interno dell'organizzazione, incentivando l'attuazione di percorsi formativi e di sensibilizzazione relativi all'etica pubblica che coinvolgano l'intero personale.

I dirigenti e i responsabili delle unità organizzative devono:

- valorizzare la realizzazione di un efficace processo di gestione del rischio di corruzione in sede di formulazione degli obiettivi delle proprie unità organizzative;
- partecipare attivamente al processo di gestione del rischio, coordinandosi opportunamente con il RPCT, e fornendo i dati e le informazioni necessarie per realizzare l'analisi del contesto, la valutazione, il trattamento del rischio e il monitoraggio delle misure;
- curare lo sviluppo delle proprie competenze in materia di gestione del rischio di corruzione e promuovere la formazione in materia dei dipendenti assegnati ai propri uffici, nonché la diffusione di una cultura organizzativa basata sull'integrità;
- assumersi la responsabilità dell'attuazione delle misure di propria competenza programmate nel PTPCT e operare in maniera tale da creare le condizioni che consentano l'efficace attuazione delle stesse da parte del loro personale;
- tener conto, in sede di valutazione delle performance, del reale contributo apportato dai dipendenti all'attuazione del processo di gestione del rischio e del loro grado di collaborazione con il RPCT.

Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP) e le strutture con funzioni assimilabili, devono:

- offrire, nell'ambito delle proprie competenze specifiche, un supporto metodologico al RPCT e agli altri attori, con riferimento alla corretta attuazione del processo di gestione del rischio corruttivo;
- fornire, qualora disponibili, dati e informazioni utili all'analisi del contesto (inclusa la rilevazione dei processi), alla valutazione e al trattamento dei rischi;
- favorire l'integrazione metodologica tra il ciclo di gestione della performance e il ciclo di gestione del rischio corruttivo.

Il RPCT può avvalersi delle strutture di vigilanza ed audit interno per:

- attuare il sistema di monitoraggio del PTPCT, richiedendo all'organo di indirizzo politico il supporto di queste strutture per realizzare le attività di verifica (audit) sull'attuazione e l'idoneità delle misure di trattamento del rischio;
- svolgere l'esame periodico della funzionalità del processo di gestione del rischio.

È opportuno che i dipendenti partecipino attivamente al processo di gestione del rischio e, in particolare, alla attuazione delle misure di prevenzione programmate nel PTPCT. Tutti i soggetti che dispongono di dati utili e rilevanti (es. uffici legali interni, uffici di statistica, uffici di controllo interno, ecc.) hanno l'obbligo di fornirli tempestivamente al RPCT ai fini della corretta attuazione del processo di gestione del rischio.

La prima fase del processo di gestione del rischio è relativa all'analisi del contesto esterno ed interno. In questa fase, l'amministrazione acquisisce le informazioni necessarie ad identificare il rischio corruttivo, in relazione sia alle caratteristiche dell'ambiente in cui opera (contesto esterno), sia alla propria organizzazione (contesto interno). Tale fase nel PTPCT dell'ASST della Valcamonica si ritrova nella sezione "Processo di adozione del Piano". Nell'analisi del contesto interno, oltre a dati generali relativi alla struttura e alla dimensione organizzativa, è di nuova introduzione la mappatura dei processi, consistente nella individuazione e analisi dei processi organizzativi. L'obiettivo è che l'intera attività svolta dall'amministrazione venga gradualmente esaminata al fine di identificare aree che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività stessa, risultino potenzialmente esposte a rischi corruttivi.

La mappatura dei processi è un modo efficace di individuare e rappresentare le attività dell'amministrazione, e comprende l'insieme delle tecniche utilizzate per identificare e rappresentare i processi organizzativi, nelle proprie attività componenti e nelle loro interazioni con altri processi. In questa sede, la mappatura assume carattere strumentale ai fini dell'identificazione, della valutazione e del trattamento dei rischi corruttivi.

Un processo può essere definito come una sequenza di attività interrelate ed interagenti che trasformano delle risorse in un output destinato ad un soggetto interno o esterno all'amministrazione (utente).

Si tratta di un concetto organizzativo che ha il vantaggio di essere più flessibile, gestibile, completo e concreto nella descrizione delle attività rispetto al procedimento amministrativo. In particolare, il processo è un concetto organizzativo:

- più flessibile, in quanto il livello di dettaglio dell'oggetto di analisi non è definito in maniera esogena (dalla normativa), ma è frutto di una scelta di chi imposta il sistema. Si può quindi definire l'analiticità della mappatura di un processo a seconda dello scopo, delle risorse e delle competenze di cui l'organizzazione dispone;

- più gestibile, in quanto può favorire la riduzione della numerosità degli oggetti di analisi, aggregando più procedimenti in un unico processo.

- più completo, in quanto se, da un lato, non tutta l'attività amministrativa è proceduralizzata, dall'altro, i processi possono abbracciare tutta l'attività svolta dall'amministrazione.

- più concreto, in quanto descrive il "chi", il "come" e il "quando" dell'effettivo svolgimento dell'attività e non "come dovrebbe essere fatta per norma".

La mappatura dei processi si articola nelle fasi riportate nella figura seguente.



L'identificazione dei processi è il primo passo da realizzare per uno svolgimento corretto della mappatura dei processi e consiste nello stabilire l'unità di analisi (il processo) e nell'identificazione dell'elenco completo dei processi svolti dall'organizzazione che, nelle fasi successive, dovranno essere accuratamente esaminati e descritti. In altre parole, in questa fase l'obiettivo è quello di definire la lista dei processi che dovranno essere oggetto di analisi e approfondimento nella successiva fase.

Dopo aver identificato i processi è opportuno comprenderne le modalità di svolgimento attraverso la loro descrizione (fase 2). Ai fini dell'attività di prevenzione della corruzione, la descrizione del processo è una fase particolarmente rilevante, in quanto consente di identificare più agevolmente le criticità del processo in funzione delle sue modalità di svolgimento al fine di inserire dei correttivi. Il risultato di questa fase è, dunque, una descrizione dettagliata del processo.

La gradualità di approfondimento, per tenere conto delle esigenze dell'amministrazione, può riguardare:

- a. gli elementi funzionali alla descrizione dei processi;
- b. gli ambiti di attività (aree di rischio) da destinare all'approfondimento.

Con riferimento al primo punto (a), l'ASST procederà gradualmente ad inserire elementi descrittivi del processo. Si ritiene di dover partire almeno dai seguenti elementi di base:

- breve descrizione del processo (che cos'è e che finalità ha);
- attività che scandiscono e compongono il processo;
- responsabilità complessiva del processo e soggetti che svolgono le attività del processo.

Per quanto riguarda il secondo punto (b), l'amministrazione programmerà nel tempo la descrizione dei processi, specificando le priorità di approfondimento delle aree di rischio, ed esplicitandone chiaramente le motivazioni. In altre parole, l'amministrazione realizzerà, nel tempo, la descrizione completa, partendo da quei processi che afferiscono ad aree di rischio ritenute maggiormente sensibili, motivando nel Piano tali decisioni e specificando i tempi di realizzazione della stessa.

L'ultima fase della mappatura dei processi (fase 3) concerne la rappresentazione degli elementi descrittivi del processo illustrati nella precedente fase. Gli elementi da includere nella rappresentazione dei processi possono essere più o meno numerosi a seconda del livello di analiticità con cui è stata svolta la fase di descrizione. In ogni caso, in una logica di semplificazione, si ritiene di includere solo gli elementi strettamente funzionali allo svolgimento delle fasi successive del processo di gestione del rischio (valutazione e trattamento).

La mappatura dei processi è un requisito indispensabile per la formulazione di adeguate misure di prevenzione e incide sulla qualità complessiva della gestione del rischio. Infatti, una compiuta analisi dei processi consente di identificare i punti più vulnerabili e, dunque, i rischi di corruzione che si generano attraverso le attività svolte dall'amministrazione. Per la mappatura è fondamentale il coinvolgimento dei responsabili delle strutture organizzative principali. Si valuterà se prevedere la costituzione di un gruppo di lavoro dedicato e procedere a interviste con gli addetti ai singoli processi onde individuare gli

elementi peculiari e i principali flussi.

L'allegato 1 del PNA 2019 ha poi indicato l'elenco delle principali aree di rischio suddivise tra amministrazioni ed enti interessati. Per quando concerne le aree a competenza di tutte le amministrazioni e quelle specifiche per le Aziende del SSN, l'ASST della Valcamonica aveva già provveduto, con le precedenti indicazioni ad analizzare talune aree di interesse, come indicato nei paragrafi seguenti.

Il PTPCT 2020 - 2023 già prevedeva che, nel corso del triennio, anche sulla scorta delle risorse umane disponibili, tale analisi del rischio, muovendo dapprima da specifici procedimenti (magari meno articolati e più facilmente intellegibili) per poi estendere l'ambito di applicazione ed efficacia.

L'emergenza epidemiologica da COVID - 19, manifestatasi poco dopo l'approvazione del Piano 2020 - 2022, ha comportato la completa destinazione di ogni risorsa umana e strumentale disponibile al contrasto alla pandemia. L'ASST della Valcamonica è stata infatti una delle strutture sanitarie che hanno subito il maggior impatto. La circostanza di essere unico erogatore pubblico di prestazioni di ricovero e cura nel territorio di competenza ha comportato una totale dedizione delle ordinarie attività al contrasto dell'emergenza sanitaria. Nel periodo marzo - giugno (periodo della cosiddetta "prima ondata") ogni articolazione aziendale è stata chiamata, secondo le proprie competenze ed in deroga alle specifiche attribuzioni, a tali incombenze. Nei mesi successivi, fermo restando il perdurare dello stato di emergenza, al percorso di presa in carico del paziente COVID, si è affiancata la pressante esigenza di un recupero delle prestazioni (preventive, ambulatoriali e di ricovero) non garantite nei mesi più acuti dell'epidemia. Come è altresì noto, Regione Lombardia è stata interessata, nell'ultimo trimestre 2020, da una recrudescenza nella diffusione dell'impatto della patologia virale, con nuova conversione delle attività ospedaliere e territoriali.

In detto contesto la programmata attività di aggiornamento del percorso di trattamento del rischio, secondo gli indirizzi formulati dal PNA 2019, non è stata materialmente possibile. Gli sforzi in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza si sono concentrati, nel corso del 2020, per un'applicazione delle misure già in essere e in una specifica attenzione, secondo gli indirizzi di ARAN e di ORAC, a questioni connesse all'emergenza, come per la tematica delle donazioni e per gli interventi in regime di emergenza.

Pertanto l'attuazione delle indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi, confidando in una "normalizzazione" della situazione, ha trovato declinazione nell'ambito del PTPCT 2021- 2023. Esso, per la tematica in questione, si è mosso secondo due direttrici:

1. analisi e valutazione del rischio proposti secondo le modalità già in essere nei

- precedenti Piani aziendali, onde assicurare, secondo un principio di continuità, la garanzia di un complessivo sistema di natura preventivo che, ancorché passibile di migliorie, può ritenersi caratterizzato da efficacia;
2. puntuale programmazione della declinazione, a livello aziendale, delle indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi di cui all'allegato 1 al PNA 2019, onde consentire, entro il termine dell'anno 2021, di disporre di ogni elemento utile per la nuova modalità di valutazione e trattamento del rischio.

Con decreto n.552/2021 sono state adottate specifiche determinazioni in ordine alle modalità di aggiornamento dell'analisi e del trattamento dei rischi di cui al Piano Triennale per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza (PTPCT), in attuazione dell'Allegato 1 "Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi" del Piano Nazionale Anticorruzione 2019 (Deliberazione ANAC n.1064/2021). Con detto atto sono stati formalizzati, anche a parziale innovazione di quanto statuito con decreto n.33/2021, gli strumenti operativi per consentire al RPCT e a tutte le articolazioni aziendali di provvedere agli adempimenti di competenza.

In particolare, ad esito di approfondimento con le diverse articolazioni aziendali, con particolare riferimento all'Ufficio qualità, e con la Direzione, è risultato opportuno che le attività di mappatura ed analisi dei rischi previsti dalle diverse norme vigenti siano, per quanto possibile, coordinate, al fine di una maggiore intelleggibilità delle iniziative intraprese e di una efficienza ed efficacia dell'azione amministrativa. Tale impostazione è coerente con le più recenti innovazioni normative di cui all'art.6 D.L n.80/2021 che prevede la redazione di un unico "Piano integrato di attività e organizzazione" ove ricomprendere anche "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, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia e in conformità agli indirizzi adottati dall'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC) con il Piano nazionale anticorruzione".

Pertanto l'Ufficio Qualità, congiuntamente con il RPCT, ha predisposto idoneo strumento operativo (M IA 003 - "Mappatura rischi anticorruzione") che compendia le iniziative da adottarsi nell'ambito dell'analisi del rischio di cui alle finalità di prevenzione della corruzione con taluni adempimenti in materia di internal auditing. Detto modello consente, anche muovendo da mappature già in essere a livello aziendale per altri scopi, di individuare, descrivere e rappresentare i processi, di rilevarne il connesso rischio (secondo i criteri di probabilità e impatto di cui al PNA 2019, con la precisazione che, nell'ottica di semplificazione, viene rappresentato per ciascun item il rischio di grado più elevato ferma restando la complessiva valutazione sul punto), di prevedere le misure di prevenzione / trattamento necessarie (con dettaglio della loro periodicità e delle modalità di monitoraggio), consentendo, anche in sede di successive verifiche, le attività di rivalutazione.

Conformemente a tale programmazione, nel corso dell'anno 2021, è stata svolta una complessiva rivisitazione dell'analisi del rischio e delle connesse misure di trattamento. Ancorchè essa non possa dirsi certamente esaustiva, ma passibile di ulteriori approfondimenti ed implementazioni, essa costituisce una organica e sistematica analisi dei processi aziendali sotto il profilo della prevenzione della corruzione, congiunta alla definizione delle modalità di trattamento e mitigazione del rischio. L'attività delle diverse articolazioni aziendali, a cui è rimessa responsabilità sul punto, si è sviluppata sotto il coordinamento del RPCT e con l'insostituibile supporto dell'Ufficio qualità.

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

Si segnala che, accanto alle misure preventive collegate a rischi specifici, il PTPCT conserva, nel proseguo della trattazione, misure ulteriori che gravano sulle diverse articolazioni aziendali, indipendentemente dall'analisi tabellare dei rischi effettuata.

Aree di rischio - introduzione

Con riferimento alle aree di rischio generali, il PNA individua quelle relative a:

- a) provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi/con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;
- b) contratti pubblici;
- c) acquisizione e gestione del personale;
- d) gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;
- e) controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni;
- f) incarichi e nomine;
- g) affari legali e contenzioso.

Esse formano oggetto di approfondimento nell'allegata analisi del rischio in formato tabellare. Si segnala che le funzioni tipicamente erogative affidate dalla LR n.23/2015 alle ASST (e dunque anche all'ASST della Valcamonica) tendono a escludere la rilevanza dell'area di cui alla lettera e), essendo le funzioni di controllo, verifica, ispezione e sanzione già svolte dalla disciolta ASL di Vallecamonica-Sebino istituzionalmente affidate all'ATS della Montagna.

Di seguito alcuni approfondimenti in ordine a talune delle aree sopra menzionate, integrative e/o esplicative dell'analisi del rischio in formato tabellare.

Aree di rischio generali di cui alla Deliberazione ANAC n.1064/2019 - affari legali e contenzioso

Tra le aree di rischio "generali" previste dell'Aggiornamento al PNA 2019, si fa riferimento a quella relativa agli affari legali e contenzioso. In particolare è di rilievo l'ambito del conferimento degli incarichi di difesa dell'Azienda a legali esterni. Il carattere fiduciario degli stessi può, in via teorica, consentire scelte discrezionali dirette a favorire taluni professionisti, indipendentemente dalla qualificazione professionale e dall'esperienza. Fermo restando la natura prettamente fiduciaria della rappresentanza di giudizio, si considera misura preventiva generale in materia la predisposizione di elenchi di idonei al conferimento di incarichi a cui attingere, settorialmente distinti in ragione della materia da trattare. E' altresì previsto un flusso informativo riepilogativo dei soggetti idonei e di quelli incaricati nel corso dell'anno, onde verificare il rispetto delle scelte nell'ambito dei soggetti idonei (o di eventuali motivate deroghe) e della frequenza di incarichi ai medesimi professionisti.

ANAC, con proprie Linee guida ("Linee guida n. 12 Affidamento dei servizi legali"), ha dato attuazione, con scelta dagli indiscussi effetti preventivi della corruzione, alle disposizioni del D.Lgs n.50/2016: riconducendo a fattispecie limitate le ipotesi in cui l'attività legale forma oggetto di incarico ex art.7 D.Lgs n.165/2001 e non di affidamento di servizio, ha sostanzialmente esteso in maniera significativa le garanzie procedurali delle procedure per la scelta del contraente anche al settore legale.

Aree di rischio generali di cui alla Deliberazione ANAC n.1064/2019 - I “contratti pubblici”

Si evidenzia che all'interno dell'ASST della Valcamonica l'Area Gestione Risorse Materiali non è l'unica struttura che si occupa di contratti pubblici; infatti, al fine di meglio ottimizzare la gestione delle attività di gare, le stesse sono eseguite anche dall'UOC Farmacia, dai Sistemi Informativi Aziendali, dall'Ufficio Tecnico e dal Servizio di Ingegneria Clinica, per le aree di competenza. Per quanto si cerchi di uniformare le metodologie per l'esperimento delle procedure, tale aspetto rappresenta ancora un ambito di miglioramento a cui si deve puntare. In virtù di ciò si sottolinea che tutti gli obblighi in capo all'AGRM devono essere adempiuti anche dalle altre strutture che svolgono le stesse attività, con particolare rilievo alla rendicontazione di quanto di seguito esposto al RPCT.

Si osserva che le procedure di scelta del contraente attivate da quest'ASST sono svolte, in un gran numero di casi, in forma aggregata con altre aziende del SSR o attraverso centrali di committenza (SINTEL o ARCA).

La parziale residualità che assume lo svolgimento di procedure di gara per lavori, servizi e forniture in forma autonoma spinge, in questa fase di redazione del PTPCT della neonata ASST, a riservare specifica attenzione alla fase esecutiva, in senso lato intesa, ricomprendendo in detto concetto i subprocedimenti (così come descritti nell'aggiornamento al PNA 2015) di “verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto”, di “esecuzione del contratto” e di “rendicontazione del contratto”. In tali fasi pare residuare maggior spazio di discrezionalità, anche per la pluralità dei soggetti chiamati a partecipare all'attuazione del rapporto contrattuale (Unità operative destinatarie di beni, servizi e lavori, subappaltatori, DEC, RUP etc.).

Nella direzione di un contenimento del rischio s'inserisce la vigenza a livello aziendale di uno specifico regolamento circa la disciplina e le competenze del RUP e del DEC nel contratto di fornitura di beni e servizi, già adottato dalla disciolta ASL di Vallecmonica Sebino con decreto n.807/2015.

Nel corso del 2018, anche in esito a fatti di cronaca di rilievo nazionale, è stata rafforzata l'attenzione alla tematica dell'acquisto di beni infungibili. Il Collegio Sindacale ha formulato il suggerimento di formalizzare, anche recependo le pratiche già in essere, specifiche procedure volte a regolamentare l'acquisto di tali tipologie di beni. L'RPCT ha sollecitato le strutture aziendali competenti a provvedere all'adempimento dell'indicazione pervenuta. Nel corso del 2019 Regione Lombardia ha predisposto ed emanato un apposito modulo da utilizzare in merito alle richieste di infungibilità da parte dei clinici per importi al di sopra dei € 40.000,00, mentre sotto tale soglia è stato predisposto un modello aziendale.

Si segnala che, nel corso del 2020, è stato adottato, all'esito di un significativo approfondimento, il regolamento relativo all'acquisto di beni e servizi di valore inferiore alla soglia comunitaria di cui all'art. 35 del D.Lgs 50/2016 (decreto n.347/2020).

Nell'ambito degli appalti in sanità, l'esigenza di affrontare in modo sistemico e

strategico le situazioni di conflitti di interesse appare maggiormente sentita a causa delle caratteristiche strutturali di potenziale intrinseca "prossimità" di interessi presenti nell'organizzazione sanitaria con specifico riferimento al settore degli acquisti, generata dal fatto che i soggetti proponenti l'acquisto sono spesso anche coloro che utilizzano i materiali acquistati. Nello specifico contesto dell'ASST l'esigenza è altresì rafforzata dalle limitate dimensioni della stessa nonché da fenomeni di potenziale "prossimità" (in un territorio di limitate dimensioni e dalla contenuta popolazione) tra i soggetti decisori e gli operatori economici. Si ritiene pertanto strategica la verifica dell'utilizzo di procedure dirette alla redazione, alla raccolta e all'aggiornamento delle dichiarazioni di assenza di conflitti d'interesse.

Il presente Piano formalizza altresì flussi informativi verso il RPCT e, eventualmente, verso il Collegio Sindacale relativi a situazioni potenzialmente idonee a costituire il presupposto per fenomeni di rilievo corruttivo, quali:

- proroghe / contratti ponte, con evidenza della ragione giustificativa;
- individuazione di appaltatori in soggetti già affidatari di precedente appalto;
- scostamenti tra gli importi contrattati e gli importi corrisposti all'appaltatore, con idonea motivazione.

Nella medesima direzione s'inserisce la scelta di pubblicare:

- l'aggiornamento della programmazione annuale dell'attività contrattuale in corso d'anno con cadenza periodica;
- acquisizioni realizzate in autonomia dalla stazione appaltante, a prescindere dagli importi.

Per i beni e servizi che non rientrano per categoria e per importo nell'ambito di applicazione del DPCM 24 dicembre 2015 (in attuazione dell'art. 9, co. 3, del DL 66/2014), è programmato l'inserimento nel provvedimento autorizzativo della espressa indicazione che il bene o servizio acquistato «non rientra tra le categorie merceologiche del settore sanitario come individuate dal DPCM di cui all'art. 9 co. 3 del DL 66/2014 e s.m.i. e relativi indirizzi applicativi».

Si ritiene costituisca iniziativa preventiva di natura generale la più ampia applicazione delle misure di trasparenza previste dalla vigente normativa, come interpretata da ANAC. La possibilità di un controllo generalizzato, attraverso i dati e le informazioni rese pubbliche attraverso l'ostensione nella sezione "Amministrazione trasparente" del sito internet aziendale, spinge ad assicurare, compatibilmente con le risorse tecnico - informative, la pubblicazione dei dati e degli atti di cui all'art.29 del D.Lgs n.50/2016 relative a tutte le procedure di scelta del contraente. Dal 2017 è stato implementato idoneo applicativo che consente ai singoli uffici di pubblicare i dati relativi ad ogni procedura.

In punto di trasparenza, si segnala che Regione Lombardia, con propria DGR n.IX/5408/2021, ha adottato specifiche linee guida in materia di adempimenti di trasparenza e di tracciabilità con riguardo alla fase esecutiva dei contratti. Allo stato risultano svolte le iniziali attività di presentazione alle Aziende del SSR da parte di Regione Lombardia delle misure programmate, ritenendo che l'applicazione delle

significative misure possa essere implementata nel corso dell'anno 2022.

Si conferma che l'Azienda ha provveduto, con decreto n.5/2016, alla nomina del Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA), individuato nell'Ing. Francesco Mazzoli.

Aree di rischio generali di cui alla Deliberazione ANAC n.1064/2019 - Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio

Le attività connesse ai pagamenti potrebbero presentare rischi di corruzione quale, ad esempio, quello di ritardare l'erogazione di compensi dovuti rispetto ai tempi contrattualmente previsti, liquidare fatture senza adeguata verifica della prestazione, sovrappagare o fatturare prestazioni non svolte, effettuare registrazioni di bilancio e rilevazioni non corrette/non veritiere, permettere pagamenti senza rispettare la cronologia nella presentazione delle fatture, provocando in tal modo favoritismi e disparità di trattamento tra i creditori dell'ente.

Al riguardo, la realizzazione del programma di lavoro previsto dal "Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC)" dei dati e dei bilanci delle aziende e degli enti del SSN rappresenta un fondamentale strumento di controllo e di riduzione del rischio di frode amministrativo-contabile in sanità. Pertanto è importante la sua completa implementazione, che passa attraverso un processo di "miglioramento" dell'organizzazione e dei sistemi amministrativo-contabili.

La disciolta ASL di Vallecamonica-Sebino ha, con proprio decreto ASL n.1049/2014, adottato specifica programmazione del percorso da adottare nelle aree prioritarie di intervento, secondo gli indirizzi di Regione Lombardia. Il percorso di certificabilità ha trovato rinnovato indirizzo con le previsioni regionali della DGR n.X/7009/2017. L'ASST ha provveduto, con decreto n.984/2017, al recepimento di dette indicazioni regionali adottando contestualmente la relativa programmazione aziendale.

Con decreto n.621/2018 sono state, in particolare, formalizzate alcune procedure relative all'area delle immobilizzazioni, aventi anche impatto di natura preventiva della corruzione.

Con decreto n.77/2019 sono state approvate le procedure aziendali relative all'area H) Patrimonio netto e con decreto n.508/2019 si è poi provveduto all'approvazione delle procedure minime relative all'Area E) Rimanenze.

L'adozione delle procedure inerenti l'area F) Crediti e ricavi e area G) disponibilità liquide trova fondamento nel decreto n.794/2019, mentre si sono adottate le procedure inerenti l'area I) Debiti e Costi con decreto n.972/2019. Con quest'ultima procedura si sono affrontati importanti ambiti connessi ad aree di rischio, permettendo, attraverso la descrizione delle modalità, delle responsabilità e delle tempistiche, di evidenziarne un corretto e formalizzato percorso procedurale da seguire. Tra le procedure descritte si segnalano, per il rilevante impatto preventivo della corruzione: l'acquisto dei beni di consumo, il tratta-

mento economico del personale dipendente, il trattamento economico del personale con rapporto di lavoro assimilato a lavoro dipendente, il trattamento economico degli incarichi di lavoro autonomo professionale o occasionale, il contratto di somministrazione di lavoro e il trattamento economico.

Si rinvia ai provvedimenti attuativi del PAC approvati a livello aziendale.

Con DGR n.3014 del 30.3.2020 ad oggetto “Completamento percorso attuativo della certificabilità dei bilanci degli enti del SSR di cui alla LR n.23/2015, della gestione sanitaria accentrata e del consolidato regionale ai sensi del DM 1/03/2013 e della DGR n.7009/2017”, ha preso atto della conclusione entro il 31 dicembre 2019 del percorso attuativo della certificabilità dei bilanci e ha stabilito di avviare una fase di “consolidamento” del percorso attraverso la definizione degli strumenti e delle modalità in ordine all'affinamento delle procedure, nonché l'effettuazione delle necessarie attività di verifica sul livello di implementazione delle stesse”.

Il presente PTPCT intende dunque raccordarsi con quanto così programmato in tema di certificabilità dei bilanci, prevedendo contestualmente di dare evidenza, attraverso i rispettivi siti web istituzionali, di tale percorso, anche tramite l'indicazione della specifica fase del processo in corso di realizzazione per dare atto dello stato di avanzamento del percorso ai fini del suo completamento. Ciò anche avvalendosi dell'attività di internal auditing svolta a livello aziendale.

Aree di rischio generali di cui alla Deliberazione ANAC n.1064/2019 - Incarichi e nomine

Poiché il D.Lgs n.39/2013, come frutto dell'interpretazione resa da ANAC e dal Consiglio di Stato, prevede plurime ipotesi di inconferibilità e incompatibilità applicabili limitatamente agli organi di vertice degli enti del Servizio sanitario regionale, deve riservarsi particolare attenzione al tema del conferimento di "incarichi dirigenziali di livello intermedio", oggetto di una succinta disciplina normativa.

Con specifico riguardo agli incarichi a personale afferente alle diverse aree della dirigenza - ed in particolare agli incarichi di direzione delle strutture complesse - la disciolta ASL di Vallecamonica-Sebino si è dotata di apposito atto regolamentare interno ("Regolamento per il conferimento e la revoca degli incarichi dirigenziali" approvato con decreto n.1020/2013) volto a disciplinare, nel rispetto della legge e della normativa contrattuale, le procedure di conferimento di ogni incarico dirigenziale, dettagliando in particolare l'iter procedurale per l'individuazione delle posizioni discrezionali sia per garantire modalità di scelta trasparenti e oggettive. La regolamentazione potrà trovare aggiornamento in occasione dell'attuazione a livello aziendale della nuova contrattazione collettiva di cui ai competenti CCNL del personale dirigenziale.

Possono dunque considerarsi misure preventive in essere:

- preventiva indicazione nel Piano di organizzazione aziendale approvato da Regione Lombardia delle strutture aziendali oggetto di possibili incarichi di responsabilità/direzione;
- preventiva individuazione dei requisiti per il conferimento di incarichi dirigenziali, anche ulteriori rispetto a quelli previsti dalla legge o dai CCNL, debitamente motivati nell'atto di attivazione delle procedure di selezione;
- procedure selettive, anche per fattispecie in cui tale procedura non è prevista da norme di legge;
- costituzione delle commissioni di selezione per l'assunzione di personale dirigenziale con la presenza di commissari estratti casualmente da elenchi regionali o da nomine provenienti da terzi (Regione Lombardia).

Con riferimento agli incarichi di direzione di strutture complesse, si rinvia altresì alla dettagliata procedura prevista con DGR n.X/533/2014, attuativa della disciplina di cui al D.Lgs n.502/1992, le cui più significative misure attuative possono compendiarsi:

- preventiva autorizzazione regionale alla copertura del posto sulla base di motivata istanza aziendale;
- definizione da parte della direzione del fabbisogno, attraverso puntuale indicazione del profilo oggettivo e soggettivo del candidato da selezionare;
- preventiva scelta circa l'utilizzabilità della graduatoria;
- commissione costituita, oltre che dal Direttore sanitario aziendale, da membri estratti dagli elenchi nazionali dei Dirigenti della medesima disciplina;
- obblighi di pubblicazione dei candidati partecipanti e della scelta aziendale effettuata.

Per quanto riguarda gli incarichi conferiti a soggetti esterni (incarichi libero professionali, co.co.co o altri rapporti comunque denominati), la disciolta ASL di

Vallecamonica Sebino si è dotata di un regolamento aziendale che disciplina le procedure di conferimento (decreto ASL n.107/2011). Con riferimento agli incarichi a personale medico o sanitario laureato per le esigenze del polo ospedaliero e/o della rete territoriale, la valutazione avviene attraverso la tendenziale applicazione analogica dei criteri previsti dalla normativa concorsuale fissati per il personale dipendente, preventivamente definiti dalle Commissioni valutatrici.

L'ANAC ha approvato, con la Delibera n.1201 del 18.12.2019, le "Indicazioni per l'applicazione della disciplina delle inconferibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico in caso di condanna per reati contro la pubblica amministrazione - art.3 d.lgs. n.39/2013 e art.35 bis D.Lgs n.165/2001", in cui si vieta il conferimento delle specifiche mansioni dettagliate all'art.1, co. 46, L. n. 190/2012 ai soggetti condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i medesimi reati dell'art.3 D.Lgs n.39/2013, che abbiano un rapporto di impiego alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche. Tale disposizione vale sia per il personale con funzioni dirigenziali, sia per il personale a cui vengano affidati compiti di segreteria ovvero funzioni direttive e non dirigenziali. A tali soggetti è inoltre preclusa la partecipazione a commissioni di gara per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, o altre commissioni ad hoc per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché vantaggi economici di qualunque genere.

Nel corso del 2020 ANAC ha fornito specifici indirizzi in materia di nomine con le deliberazioni 1047 e numero 1054, approvate dal Consiglio in data 25 novembre 2020.

L'ASST, al fine verificare quanto disposto dalla norma, ritiene necessario, secondo una prassi già in essere, verificare a campione il casellario in esito al conferimento di incarichi che rientrino nella casistica di cui sopra.

Aree di rischio specifiche di cui alla Deliberazione ANAC n.1064/2019 “Aziende ed enti del Servizio sanitario nazionale”

Di seguito talune considerazioni in ordine alle aree di rischio specifiche per le Aziende ed enti del Servizio sanitario nazionale; risulta esclusa la casistica “Rapporti con soggetti erogatori” in quanto l'ASST si configura, svolgendo funzioni di produzione di servizi sanitari, come soggetto erogatore e non come soggetto programmatore o controllore (diversamente da quanto avviene per le ATS).

Esse possono essere così compendiate:

- a) attività libero professionale e liste di attesa;
- b) rapporti contrattuali con privati accreditati;
- c) farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni;
- d) attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero.

Area di rischio specifica di cui alla Deliberazione ANAC n.1064/2019 “Aziende ed enti del Servizio sanitario nazionale” - Attività libero professionale e Liste di attesa

L'attività libero professionale, specie con riferimento alle connessioni con il sistema di gestione delle liste di attesa e alla trasparenza delle procedure di gestione delle prenotazioni e di identificazione dei livelli di priorità delle prestazioni, può rappresentare un'area di rischio di comportamenti opportunistici che possono favorire posizioni di privilegio e/o di profitti indebiti, a svantaggio della qualità del servizio offerto alla cittadinanza e con evidenti ripercussioni anche dal punto di vista economico. Per queste ragioni è opportuno che il PTPCT consideri questo settore come ulteriore area specifica nella quale applicare il processo di gestione del rischio, con riferimento sia alla fase autorizzatoria sia a quella di svolgimento effettivo dell'attività, nonché rispetto alle relative interferenze con l'attività istituzionale.

Anche per tali motivazioni la Direzione dell'ASST ha ritenuto, nel corso del 2019 e in particolare con Decreto del Direttore Generale n.445 del 30.04.2019, di procedere ad un riforma della regolamentazione aziendale in merito all'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria, con lo specifico fine, tra gli altri, di predisporre idonei strumenti volti a prevenire fenomeni corruttivi come sopra dettagliati. La stessa materia, aveva già ricevuto interventi di aggiornamento nel corso dell'anno 2017 in ossequio alle indicazioni di Regione Lombardia, volte principalmente ad evitare fenomeni corruttivi ma ha potuto beneficiare, con il provvedimento del 2019 di una complessiva revisione orientata ad una migliore efficienza del sistema e contestuale ulteriore riduzione dei rischi.

All'interno della predetta regolamentazione, oltre all'attività libero professionale intramuraria, ha trovato disciplina anche l'attività di consulenza prestata dal personale Dirigente a favore di altre aziende del Servizio sanitario nazionale o da altre strutture sanitarie non accreditate. In particolare il testo si è preoccupato di disciplinare l'iter autorizzatorio prodromico alla stipula del rapporto convenzionale con il soggetto a favore

del quale viene svolta l'attività di consulenza, le modalità di svolgimento dell'attività, il corretto iter di rendicontazione dell'attività svolta, nonché infine la disciplina della corretta attività di retrocessione al Dirigente del compenso per l'attività.

Nel già citato regolamento ha ricevuto infine una particolare attenzione la tematica delle verifiche, da svolgersi sia preventivamente alla concessione dell'autorizzazione allo svolgimento dell'attività sia successivamente con finalità di controllo sul corretto espletamento della stessa.

Nel corso del 2021 si è provveduto all'adozione delle necessarie misure per assicurare la piena attuazione delle previsioni regolamentari, anche alla luce delle Linee Guida Regionali sul punto e sulla scorta del monitoraggio effettuato a livello regionale sullo stato di attuazione delle misure nel settore d'interesse.

L'Azienda ha altresì effettuato una revisione delle modalità di gestione delle agende delle prestazioni di natura ambulatoriale e dell'attività libero professionale di ricovero /interventistica, anche attraverso l'adozione di idonea modulistica.

Area di rischio specifica di cui alla Deliberazione ANAC n.1064/2019 “Aziende ed enti del Servizio sanitario nazionale” - Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni

Per quanto concerne l'attività farmaceutica in ambito ospedaliero (esulando dalle funzioni proprie dell'ASST quella relativa alla farmaceutica extraospedaliera) misura specifica adottata è la gestione informatizzata del magazzino ai fini della corretta movimentazione delle scorte. Plurime unità operative sono state oggetto di informatizzazione del ciclo di terapia fino alla somministrazione. Quest'ultima misura, oltre a rendere possibile la completa tracciabilità del prodotto e la puntuale ed effettiva associazione farmaco-paziente, consente la riduzione di eventuali sprechi e una corretta allocazione/utilizzo di risorse.

Relativamente al tema delle sponsorizzazioni, misure preventive vengono adottate al momento dell'autorizzazione al conferimento di incarichi extra - istituzionali (vedasi la relativa area di rischio) o al momento dell'autorizzazione alla partecipazione ad eventi formativi da parte delle direzioni competenti (cfr. decreto n.795/2020, recante Adozione del “Regolamento concernente le modalità di partecipazione ad eventi esterni sponsorizzati”).

Con decreto n.774/2021 si è provveduto all'adozione del regolamento aziendale concernente la disciplina della gestione di sperimentazioni cliniche e studi osservazionali, ciò anche al fine di disciplinare il procedimento di autorizzazione a dette attività, prevedendo verifiche preliminari in ordine anche alla sussistenza di ipotesi di conflitto di interesse.

Area di rischio specifica di cui alla Deliberazione ANAC n.1064/2019 “Aziende ed enti del

Servizio sanitario nazionale" - Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero

La particolarità della tematica, anche per la connessione con situazioni di specifico valore etico – sociale, esige un'attenzione che, da un lato, garantisca la piena prevenzione di fenomeni illeciti (corruttivi e non) e, dall'altro, non leda la sensibilità degli utenti nella particolare circostanza del decesso di un congiunto.

Per quanto concerne gli eventi rischiosi che possono verificarsi, si indicano, ad esempio, la comunicazione in anticipo di un decesso ad una determinata impresa di onoranze funebri in cambio di una quota sugli utili; la segnalazione ai parenti, da parte degli addetti alle camere mortuarie e/o dei reparti, di una specifica impresa di onoranze funebri, sempre in cambio di una quota sugli utili; la richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in relazione all'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti previsti (es. per la vestizione della salma da parte di un operatore sanitario).

Sono tutt'ora in vigore, presso il Presidio ospedaliero, specifiche misure atte a prevenire fenomeni corruttivi, compendiate in un protocollo adottato dalla Direzione sanitaria aziendale e concernente la più generale tematica della "Gestione dell'attività di medicina necroscopica".

Dette norme specificano in particolare che:

- all'atto di ogni decesso il personale, nel porgere le condoglianze consegnerà ai familiari, una nota contenente le informazioni essenziali sulle formalità più immediate da svolgere, sulle procedure interne adottate a seguito di decesso, con l'indicazione dell'incaricato/Ufficio presso cui è possibile rivolgersi per eventuali necessità o esposti/lamentele, invitando a segnalare contatti non richiesti da parte di imprese funebri;
- l'affidamento dell'incarico del servizio di onoranze funebri è una libera scelta del cittadino che può rivolgersi a qualsiasi impresa esercente tale attività nell'ambito del territorio nazionale, purché in possesso di copia dell'autorizzazione al commercio in articoli funebri e copia dell'autorizzazione di agenzia di affari per il disbrigo pratiche. Verrà consegnato un modello di autocertificazione relativo alla libera scelta dell'impresa di onoranze funebri che dovrà essere riconsegnato prima possibile, compilato in ogni sua parte al personale della Direzione medica di Presidio (DMP);
- l'Azienda, al solo scopo di venire incontro alle esigenze dei congiunti nel momento delicato del decesso e di offrire ai cittadini un'informazione trasparente sui servizi di onoranze funebri, presso la sala mortuaria, rende disponibili gli elenchi telefonici della provincia di Brescia, Bergamo e Sondrio;
- al personale dipendente dell'Azienda è vietato fornire, a qualunque titolo, indicazioni ai fini della scelta dell'impresa. L'informazione rivolta ai congiunti, qualora richiesta, dovrà limitarsi unicamente all'indicazione dei luoghi dove è possibile consultare i già citati elenchi telefonici. Ogni infrazione sarà sottoposta a provvedimento disciplinare;
- le imprese depositano annualmente presso l'ASST l'elenco degli addetti incaricati per gli interventi nelle camere mortuarie, con le eventuali variazioni nel corso dell'anno, e del rapporto con l'impresa (dipendenza, collaborazione, ecc.);
- il personale delle imprese, o che opera per conto delle imprese, quando interviene

all'interno delle camere mortuarie nell'espletamento del servizio dovrà essere identificabile tramite cartellino di riconoscimento indicante il nome dell'operatore e dell'impresa;

- è fatto assoluto divieto a tutte le imprese di onoranze funebri lo svolgimento di qualsiasi attività commerciale e di propaganda all'interno della struttura ospedaliera, e la permanenza oltre il tempo strettamente necessario allo svolgimento del servizio affidato; Con regolamento i regolamenti RDMP 004A e RDMP 004B è stata disciplinata la modalità di accesso alla camera mortuaria rispettivamente del presidio ospedaliero sede di Esine ed Edolo.

Nell'anno 2021, in occasione del pensionamento di taluni operatori, si è assicurata una rotazione del personale assegnato a dette funzioni.

Altre misure preventive generali

Si rinvia, per quanto concerne l'attivazione di procedure di automatizzazione, alle misure adottate per gli acquisiti di beni, servizi e forniture nel rispetto della vigente normativa nazionale e regionale: tali disposizioni, attraverso l'utilizzo di centrali di committenza o attraverso l'istituzione di appositi canali per l'individuazione del contraente, si caratterizzano per la loro idoneità a limitare la discrezionalità amministrativa e i conseguenti potenziali spazi di rischi corruttivi.

Sono state attivate procedure automatizzate anche per quanto concerne la gestione del personale, in particolare per quanto concerne le attestazioni delle attività svolte (cd "rilevazione presenze causalizzate") dalla dirigenza medica, veterinaria e sanitaria non medica oltre il normale orario di lavoro. Ancorché non si tratti di intervento direttamente connesso ad ambiti a rischio corruttivo, dette procedure automatiche, mirando a limitare interventi di plurimi operatori, vanno nella direzione di contenere rischi, anche di ingente impatto economico.

Il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione, supportato dai Direttori/Dirigenti/Responsabili, solleciterà l'individuazione, secondo modalità di maggior dettaglio, degli ulteriori processi che ricadono nelle aree previste dall'art.1, c.16 della L. n.190/2012 e ne solleciterà altresì la valutazione al fine dell'adozione delle relative misure correttive, come più sopra meglio dettagliato.

FORMAZIONE IN TEMA DI ANTICORRUZIONE

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

Nell'ambito del triennio 2022-2024 s'intende, come similmente per le annualità pregresse, proporre una formazione strutturata su diversi livelli:

- livello generale, anche con modalità FAD: riguarda le tematiche dell'etica e della legalità (approccio valoriale) che debbono coinvolgere tutti i dipendenti ed i collaboratori a vario titolo dell'amministrazione, debbono riguardare il contenuto del Codice di Comportamento e del Codice Disciplinare e devono ricomprendere anche l'esame di casi concreti;
- livello specifico per settori di attività o per profili a maggior rischio: è possibile, sussistendone la necessità, l'organizzazione di appositi focus group, composti da un numero ristretto di dipendenti e guidati da un Dirigente o un operatore esperto con funzione di animatore, nell'ambito dei quali vengono esaminate ed affrontate problematiche concrete di prevenzione della corruzione, calate nel contesto dell'attività di settore, al fine di far emergere il principio comportamentale eticamente adeguato nelle diverse situazioni.

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

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

In occasione dell'inserimento dei dipendenti in nuovi settori lavorativi, saranno programmate ed attuate forme di affiancamento e "tutoraggio" con il personale più esperto.

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

CODICI DI COMPORTAMENTO

In seguito all'adozione del nuovo Codice di Comportamento di cui al DPR n. 62/2013, si è ampliata la casistica delle fattispecie disciplinari per tutto il personale c.d. contrattualizzato dal momento che, a differenza dei precedenti (quelli di cui ai DD.MM. del 31.3.1994 e del 28.11.2000), l'attuale Codice di comportamento non contiene soltanto norme di principio ma introduce vere e proprie disposizioni che si aggiungono a quelle contenute nei codici disciplinari (art.13 del C.C.N.L. del 19.4.2004 per il personale del comparto e artt. 8 dei CC.CC.NN.LL. del 6.5.2010 per le due aree dirigenziali del S.S.N.) la cui violazione determina responsabilità disciplinare (fino all'estrema conseguenza del licenziamento in caso di violazioni gravi o reiterate) e rileva "ai fini della responsabilità civile, amministrativa e contabile ogniqualvolta le stesse responsabilità siano collegate alla violazione di doveri, obblighi, leggi o regolamenti." (art.54, comma 3, del D.Lgs. n. 165/2001).

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

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

Nel corso del 2017 sono state formalizzate le "Linee Guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale" quale sito del Tavolo tecnico congiunto ANAC - Ministero della Salute - Agenas sul tema "Conflitto d'interesse e Codici di comportamento", costituito in data 16.12.2015 a seguito del Protocollo d'intesa stipulato in data 5.11.2014 fra ANAC e Agenas.

Con decreto n.1048/2017 è stato approvato, secondo detti indirizzi, il "Codice di comportamento dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale della Valcamonica. Nel corso del 2018 si è favorita, attraverso l'attività di formazione, una maggiore conoscenza da parte dei destinatari del Codice. Si è altresì provveduto all'adozione di nuovi Codici disciplinari e di Regolamenti di funzionamento degli Uffici procedimenti disciplinari del personale del comparto e delle aree dirigenziali, in attuazione alla cd. Riforma Madia.

Coerentemente con le previsioni da ultimo citate, in sede di sottoscrizione dei contratti individuali di lavoro e di lavoro autonomo, comunque denominati, viene attestata la consegna di copia / la possibilità di reperire copia del Codice al lavoratore/collaboratore del DPR n.62/2013 e del Codice aziendale. Si provvederà, secondo le indicazioni Regionali, a tale adempimento anche nell'ambito delle attività

contrattuali dell'ASST della Valcamonica.

Quanto infine all'adozione di specifici Codici Disciplinare occorre dare atto che con due successivi provvedimenti del Direttore Generale ed in particolare i decreti n.128 e 129 del 19.2.2020 l'Azienda ha inteso aggiornare la propria regolamentazione rispettivamente della Dirigenza e del personale del Comparto anche a seguito della sottoscrizione a livello nazionale e per tutti i comparti di nuovi contratti collettivi che disciplinano talvolta anche specificatamente la responsabilità disciplinare.

ALTRE INIZIATIVE

Rotazione del personale

Nel corso del 2021 è stata effettuata, come anche risulta dalla Relazione annuale del RPCT, una parziale rotazione di personale, tenendo conto del particolare ambito di operatività dell'Azienda e delle sue limitate dimensioni.

Nel corso del triennio 2022-2024 si provvederà ad implementare i meccanismi di rotazione nella consapevolezza che detta misura, applicata ai Dirigenti e al personale dei ruoli non dirigenziali, presenta non indifferenti profili di delicatezza e complessità, dal momento che si pone in contrasto con l'importante principio di continuità dell'azione amministrativa, che impone la valorizzazione della professionalità acquisita dai dipendenti in certi ambiti e settori di attività.

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

Inoltre la rotazione dei Dirigenti è di fatto difficile, se non impossibile, per le figure infungibili, per quelle il cui spostamento provocherebbe problemi oggettivi di continuità e di buon funzionamento dei servizi, nonché per il personale della dirigenza PTA per l'esiguo numero di dipendenti con tale qualifica.

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

Area/processo a rischio	Misure di prevenzione	Destinatari	Iniziativa
Tutti	Rotazione del personale (responsabilità procedimenti)	Responsabili UO/Strutture aziendali comunque denominate	Rotazione nell'affidamento dell'incarico di responsabilità nei procedimenti di competenza. Relazione al RPCT entro il 30.11
Tutti	Rotazione del personale (condivisione nella responsabilità dei	Responsabili UO/Strutture aziendali comunque denominate	Affidamento congiunto delle funzioni istruttorie / di responsabilità dei

	procedimenti)		procedimenti a più soggetti. Relazione al RPCT entro il 30.11 dei casi di rilievo.
--	---------------	--	--

Rotazione Straordinaria

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

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

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

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

Gestione del conflitto d'interesse

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nel corso del 2022, come per gli anni precedenti, i titolari di incarichi di vertice conferiti dell'ASST e il personale dirigenziale saranno interessati dalla raccolta dell'autodichiarazione circa l'assenza di situazioni di inconferibilità e incompatibilità.

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

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

situazioni di conflitto di interesse:

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

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

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

Anche corso dell'anno 2022 dovrà essere programmata un'attività di controllo delle autodichiarazioni rese dal personale dirigenziale, oltre alle verifiche rese necessarie in esito a segnalazioni. Al fine di assicurare un effettivo monitoraggio, pur nella consapevolezza della complessità procedurale e sostanziale dei relativi controlli, al personale dirigenziale dovrà essere richiesta la produzione dell'ultima documentazione reddituale prodotta all'amministrazione finanziaria al momento dell'assunzione o del conferimento/ rinnovo di un incarico dirigenziale.

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

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

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

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

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

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

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

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

Area/processo rischio	a	Misure prevenzione	di	Destinatari	Iniziativa
-----------------------	---	--------------------	----	-------------	------------

Tutti	Inconferibilità, incompatibilità e conflitto di interesse	Tutti	Report, entro il 30.11, delle misure descritte nella parte discorsiva di cui al cap. "gestione del conflitto di interesse"
Tutti	Gestione del conflitto d'interesse	AGRU	Raccolta dichiarazione annuale dei redditi del personale dirigente in servizio

Conferimento e autorizzazione incarichi extra-istituzionali

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

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

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

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

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

Flussi informativi verso il Responsabile della prevenzione della corruzione

I flussi informativi volti ad assicurare il pieno adempimento delle disposizioni

normative vengono garantiti attraverso contatti periodici tra i Direttori/Dirigenti interessati dalle Aree oggetto di potenziale rischio, trasmissione di dati e notizie ai fini della pubblicazione.

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

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

- ✓ stato di avanzamento delle misure di prevenzione e/o modifica delle aree di rischio/controlli (da parte dei Referenti);
- ✓ segnalazioni indirizzate alla Direzione da parte di soggetti interni o esterni inerenti ipotesi di reato: il RPCT accerta che chi segnala al superiore gerarchico o ai soggetti apicali dell'Azienda condotte illecite, o loro prodromi, di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto che intrattiene, non subisca ingiuste ripercussioni o misure discriminatorie, dirette o indirette. Sono fatte salve le perseguibilità a fronte delle responsabilità penali per calunnia o diffamazione e di quelle civili per risarcimento del danno ingiustamente cagionato;
- ✓ informazioni su procedimenti disciplinari e segnalazione di violazioni del Codice di Comportamento (da parte dell' UPD);
- ✓ indicatori di Rischio, quali gare deserte, assegnazioni a fornitore unico e/o in emergenza (da parte del RUP);
- ✓ numero di incarichi e aree oggetto di rotazione degli incarichi dirigenziali (da parte di AGRU);
- ✓ esiti di Informazioni sull'effettiva applicazione degli obblighi di rotazione del personale che opera nelle aree a rischio di corruzione (da parte dei Dirigenti delle strutture);
- ✓ verifiche e controlli su cause di inconfiribilità e incompatibilità degli incarichi (da parte di AGRU);
- ✓ esiti di verifiche del rispetto dei termini dei procedimenti (da parte del Responsabile Qualità aziendale e dei Referenti);
- ✓ report di sintesi elaborati da NVP e altri Organismi di Controllo Interno;
- ✓ informazioni sulla gestione del personale con riferimento al conflitto di interesse potenziale o effettivo nei rapporti con soggetti esterni che hanno relazioni con l'Azienda (da parte dei Dirigenti delle strutture);
- ✓ ogni comunicazione prevista dal presente PTPC
- ✓ ogni altra informazione utile allo svolgimento della funzione;

Area/processo rischio	a	Misure prevenzione	di	Destinatari	Iniziativa
Tutti		Flussi informativi		Direttori/ Dirigenti/ Responsabili UO	Relazione a RPCT entro il 30.11, oltre a altri obblighi comunicativi previsti dalla normativa o dal PTPC

Gestione del conferimento di incarichi dirigenziali in caso di particolari attività o incarichi precedenti (revolving doors - pantouflage)

Il D.Lgs. n. 39/2013 ha disciplinato:

- ipotesi di inconferibilità di incarichi dirigenziali o assimilati per i soggetti che siano stati destinatari di sentenze di condanna per delitti contro la Pubblica Amministrazione;
- particolari ipotesi di inconferibilità di incarichi dirigenziali o assimilati in relazione all'attività svolta dall'interessato in precedenza;
- situazioni di incompatibilità specifiche per i titolari di incarichi dirigenziali e assimilati.

Il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e dell'Integrità vigilerà, sulla scorta delle segnalazioni provenienti dai Dirigenti/Responsabili di UO, sulle situazioni che non consentono di conferire incarichi a determinati soggetti o sulle situazioni di incompatibilità esistenti o sopravvenute.

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

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

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

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

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

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

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

In caso di violazione del divieto la norma prevede specifiche sanzioni:

- 1) la nullità dei contratti di lavoro conclusi con gli ex dipendenti dell'ASST della Valcamonica;
- 2) il divieto per i soggetti privati che hanno assunto in qualità di dipendenti o di collaboratori a qualsiasi titolo ex dipendenti di contrattare con l'ASST della Valcamonica e l'obbligo di restituire eventuali compensi eventualmente percepiti e accertati in esecuzione dell'affidamento illegittimo.

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

Tutela dei dipendenti che segnalano illeciti (whistleblowing)

“Il dipendente che denuncia all'autorità giudiziaria o alla Corte dei conti o riferisce al proprio superiore gerarchico condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro, non può essere sanzionato, licenziato o sottoposto a misure discriminatorie, dirette o indirette, aventi effetti sulle condizioni di lavoro o per motivi collegati direttamente o indirettamente alla denuncia” (art.1, co.51 L. n.190/2012).

Il soggetto che testimonia un illecito o un'irregolarità sul luogo di lavoro durante lo svolgimento delle proprie mansioni e lo segnala a una persona o a un'autorità che possa agire efficacemente a riguardo è definito whistleblower.

Pur rischiando personalmente atti di ritorsione a causa della segnalazione tale soggetto svolge un ruolo di interesse pubblico, dando conoscenza, se possibile, di problemi o pericoli all'ente di appartenenza o alla comunità.

Per evitare la “fuoriuscita” incontrollata di segnalazioni in grado di compromettere l'immagine dell'Azienda, le segnalazioni di illecito possono essere indirizzate direttamente, a mezzo posta elettronica, al Responsabile UPD il quale acquisirà il documento al protocollo aziendale conservando l'originale del medesimo e non richiedendone la scansione ai fini di tutela del segnalante.

Nel corso del 2014 è stata attivata una casella di posta elettronica dedicata (ora aggiornata anticorruzione@asst-valcamonica.it) attraverso la quale risulta possibile

formulare segnalazioni vagliate dal Responsabile per la prevenzione della corruzione con garanzia di riservatezza per le notizie e i dati trasmessi.

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

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

Si valuterà la necessità di adeguamento alla sopravvenuta normativa in materia di tutela del dipendente che effettua segnalazioni di cui alla L n.179/2017 ed alle successive disposizioni normative, anche alla luce dell'esito della consultazione pubblica in merito alle "Linee guida in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza in ragione di un rapporto di lavoro, ai sensi dell'art.54-bis, del D.Lgs 165/2001 (c.d. whistleblowing).

Area/processo rischio	Misure di prevenzione	Destinatari	Iniziativa
Tutti	Tutela dei dipendenti che segnalano illeciti	RPC	Diffusione entro il 31.5 attraverso la rete intranet aziendale, delle procedure di segnalazione e delle relative misure di tutela
Tutti	Tutela dei dipendenti che segnalano illeciti	RPC	Verifica esigenza adeguamento della procedura alla L n.179/2017 e smi.

Iniziative di comunicazione/partecipazione/sensibilizzazione

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

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

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

Area/processo rischio	Misure di prevenzione	Destinatari	Iniziativa
-----------------------	-----------------------	-------------	------------

Tutti	Diffusione/ partecipazione	RPC	Diffusione entro il 28.2 (o successiva data in caso di proroga dei termini) attraverso il sito internet aziendale, dell'adozione del presente PTPC.
-------	-------------------------------	-----	---

Monitoraggio dei tempi procedurali

Il monitoraggio dei tempi procedurali viene effettuato dai singoli Dirigenti responsabili di UO, sulla scorta dei termini di conclusione previsti dalla legge, dai regolamenti o dalla normativa comunque denominata. Anche in ragione della circostanza che il mancato rispetto dei termini procedurali costituisce ipotesi di danno risarcibile a carico dell'Amministrazione, i Dirigenti responsabili assicurano al RPCT e alla Direzione strategica i necessari flussi informativi circa il rispetto di detti tempi procedurali.

Area/processo rischio	a	Misure di prevenzione	Destinatari	Iniziativa
Tutti		Rispetto tempi procedurali	Direttori/Dirigente Responsabili/ Responsabili Uffici e servizi	Report entro il 30.11 circa il rispetto dei termini, violazioni e misure correttive

Patti di integrità negli affidamenti

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

Si tratta, in particolare, di un sistema di condizioni la cui accettazione è presupposto necessario e condizionante la partecipazione delle imprese alla specifica gara, finalizzato ad ampliare gli impegni cui si obbliga il concorrente, sia sotto il profilo temporale - nel senso che gli impegni assunti dalle imprese rilevano sin dalla fase precedente alla stipula del contratto di appalto - che sotto il profilo del contenuto - nel senso che si richiede all'impresa di impegnarsi, non tanto e non solo alla corretta esecuzione del contratto di

appalto, ma soprattutto ad un comportamento leale, corretto e trasparente, sottraendosi a qualsiasi tentativo di corruzione o condizionamento nell'aggiudicazione del contratto.

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

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

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

Area/processo rischio	a	Misure di prevenzione	di	Destinatari	Iniziativa
Attività contrattuale		Patti di integrità negli affidamenti		Direttore AGRM/ Direttori UO gestori di procedure di scelte del contraente	Report entro il 30.11 circa applicazione della misura e attività elusive

Attuazione del Decreto del Ministero dell'Interno 25.9.2015 in materia di riciclaggio

L'art.6, co.5 DM interno 25.9.2015 prevede specifici obblighi in materia di prevenzione di fenomeni di riciclaggio, a partire dall'affidamento dell'incarico di "gestore" delle segnalazioni sospette. Essendosi provveduto alla nomina di detto Gestore e all'adozione del relativo regolamento attuativo, si rende necessario assicurare flussi informativi al RPC, semplificati dalla corrispondenza delle due figure.

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

Area/processo rischio	a	Misure di prevenzione	di	Destinatari	Iniziativa
Tutte		Prevenzione		Direzione strategica -	Report sulle

	fenomeni riciclaggio	di	Gestore segnalazioni	segnalazioni formulate al Gestore / da parte del Gestore
--	-------------------------	----	----------------------	--

Aggiornamenti del documento

Il presente documento potrà subire delle variazioni nel corso dell'esercizio in conseguenza di mutate situazioni organizzative, di cambiamenti nelle nomine dei Responsabili per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza e l'Integrità e di un approfondimento in ragione dell'attuazione della LR n.23/2015 con particolare riferimento al tema della presa in carico del paziente fragile, e del nuovo POAS.

Ulteriori misure preventive rese necessarie per fronteggiare l'emergenza epidemiologica

Un primo importante profilo d'attività in chiave preventiva della corruzione ha riguardato gli adempimenti connessi alle donazioni ricevute.

Come noto infatti, soprattutto durante la prima fase acuta dell'infezione si è verificato un sensibile incremento delle donazioni ricevute dall'Azienda, sia in denaro che in beni strumentali e di consumo.

Le predette liberalità, anche in considerazione del considerevole importo, richiedono l'attuazione, da parte degli uffici interessati, di tutte le misure richieste dall'attuale quadro normativo in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza. In particolare, incombe su ciascun ufficio interessato l'obbligo di pubblicare le sommeercolte e la connessa destinazione (secondo la modulistica di ANAC, definita di concerto con il MEF).

L'Azienda sul punto si è riservata di procedere con apposita regolamentazione sul punto.

Area/processo rischio	a	Misure prevenzione	di	Destinatari	Iniziativa
Donazioni		Pubblicazione		AGRF/AGR/STP/ Ingegneria clinica/AGR	Verifiche al 31.5 e al 30.11 dell'adempimento degli obblighi di pubblicazione, secondo gli indirizzi ANAC/MEF
Donazioni		Regolamentazione		AGRF/AGR/STP/ Ingegneria clinica/AGR	Valutazione della opportunità di implementazione della regolamentazione PAC in materia di donazioni, secondo le indicazioni di ORAC

Un secondo profilo ha invece riguardato gli obblighi connessi all'attuazione di interventi straordinari e urgenti.

Come noto, l'art. 42 del D.Lgs 14 marzo 2013, n. 33 e pubbliche amministrazioni che adottano provvedimenti contingibili e urgenti e in generale provvedimenti di carattere straordinario in caso di calamità naturali o di altre emergenze sono tenute a pubblicare i provvedimenti adottati, con la indicazione espressa delle norme di legge eventualmente derogate e dei motivi della deroga, nonché l'indicazione di eventuali atti amministrativi o

giurisdizionali intervenuti, i termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari nonché infine il costo previsto degli interventi e il costo effettivo sostenuto dall'amministrazione.

Per quanto concerne l'annualità 2022 l'Azienda valuterà l'opportunità di una procedura comune da applicare a tutte le articolazioni Aziendali in caso si interventi in deroga alla disciplina, anche secondo gli indirizzi di ORAC.

Area/processo rischio	a	Misure prevenzione	di	Destinatari	Iniziativa
Tutte		Trasparenza		Direzione strategica - Dirigenti con potere provvedimentale	Pubblicazione di tutto quanto specificatamente previsto dall'art. 42 del D.Lgs 14 marzo 2013, n. 33
Tutte		Regolamentazione		Direzione strategica - Dirigenti con potere provvedimentale	Proposta di procedura comune da applicare a tutte le articolazioni Aziendali in caso si interventi in deroga alla Disciplina ORAC.

Un ultimo profilo infine ha riguardato l'implementazione di misure di prestazione dell'attività lavorativa in modalità agile.

Detta diversa modalità di svolgimento dell'attività lavorativa si è resa necessaria, soprattutto nelle fasi più acute dell'epidemia, al fine di evitare (ulteriori) occasioni di esposizione al rischio di contagio al personale che poteva comunque prestare la propria attività anche in un luogo diverso dalla sede di lavoro (classicamente la propria abitazione). In materia, recenti interventi normativi hanno imposto alle Pubbliche Amministrazioni l'adozione di specifici atti volti alla regolamentazione dell'istituto anche in un'ottica estensiva della sua applicabilità.

In particolare, ai sensi dell'art. 263 del Decreto Legge n. 34 del 2020, convertito con modificazioni dalla legge n. 77 del 2020, entro il 31 gennaio di ciascun anno (a partire dal 2021), ciascuna Pubblica Amministrazione è tenuta a redigere il Piano organizzativo del lavoro agile (POLA), quale sezione del Piano della performance.

Lo stesso deve essere redatto nel rispetto delle "Linee guida sul Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) e indicatori di performance" redatte dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica e approvate con il DM 9 dicembre 2020 nonché seguendo gli appositi template reperibili sul portale della performance e rilasciati dal Dipartimento della Funzione Pubblica - Ufficio

Valutazione della performance.

In estrema sintesi l'elaborato si prefigge l'obiettivo di individuare le modalità attuative del lavoro agile prevedendo nell'arco della sua progettualità triennale che, per le attività che possono essere svolte da remoto, almeno il 60 per cento dei dipendenti possa avvalersene senza penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e di progressione di carriera.

Lo svolgimento dell'attività lavorativa in modalità agile, seppur evidentemente rappresenta una forma di prestazione dell'attività lavorativa che consenta una minore mobilità sul territorio e pertanto un minor rischio di contagio, oltre ad una migliore conciliazione tra il tempo libero e il tempo dedicato all'attività lavorativa è innegabile come si connota quale attività lavorativa svolta lontano da forme stringenti di controllo quantitativo ancor prima che qualitativo della prestazione. E' innegabile infatti che, eccezion fatta per la Dirigenza PTA, il cui recentemente rinnovato CCNL ha di fatto svincolato la prestazione lavorativa da un debito orario, il rapporto sinallagmatico della prestazione lavorativa delle altre qualifiche non può che essere rappresentato dalla prestazione di un debito orario verso una retribuzione commisurata.

In questa ottica, e quantomeno fino ad una rivoluzione culturale che correli la retribuzione alla performance e non all'orario contrattuale, resta centrale, soprattutto in tema di prevenzione della corruzione nella sua accezione più ampia legata al buon andamento di fonte costituzione, il tema dei controlli.

L'attuale regolamentazione Aziendale, seppur dettata sommariamente in ragione della sua genesi nel pieno dello stato di emergenza, demanda ai singoli Dirigenti la verifica delle attività svolte dal personale in smart working e la congruità delle stesse con l'orario contrattuale dovuto.

In esito a detti controlli, ed in particolare con cadenza mensile, ciascuno di essi deve raccogliere e vagliare la congruità delle dichiarazioni sottoscritte dai dipendenti che hanno beneficiato dello svolgimento dell'attività in modalità agile, conservando la documentazione prodotta

Area/processo a rischio	Misure di prevenzione	Destinatari	Iniziativa
Tutte	Prevenzione di fenomeni di corruzione	Strutture con personale esercente attività lavorativa in Smart Working	Verifica della congruità della prestazione lavorativa mediante compilazione e tenuta dell'apposita modulistica

SEZIONE DEDICATA A TRASPARENZA E INTEGRITA'

Il Decreto Legislativo n.97/2016 ha abolito l'obbligo dell'adozione di un programma triennale per la trasparenza e l'integrità, stabilendo che ogni amministrazione indichi, in apposita sezione del PTPC, il responsabile della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, dell'informazione e dei dati ai sensi dello stesso Decreto 97/2016. La promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce obiettivo strategico di ogni amministrazione che si concretizza nella definizione di obiettivi / progetti specifici. E' infatti evidente la natura trasversale della trasparenza quale misura strumentale alla prevenzione di eventi e fenomeni di natura corruttiva.

Gli adempimenti di trasparenza tengono conto delle prescrizioni contenute nella Legge n.190/2012, nel D.Lgs. n.33 del 2013 come novellato dal D.Lgs. n.97/2016, nel PNA 2016, nella Delibera ANAC n.1310 del 28.12.2016 e nelle altre fonti normative vigenti.

Il pieno rispetto degli obblighi di trasparenza, oltre che costituire livello essenziale delle prestazioni erogate, rappresenta un valido strumento di diffusione e affermazione della cultura della legalità, nonché di prevenzione e di lotta a fenomeni corruttivi. Attraverso la pubblicazione on line dei dati e delle informative previste dalla normativa vigente, l'Azienda offre inoltre a tutti i cittadini un'effettiva opportunità di partecipazione e coinvolgimento. In quest'ottica, la disciplina della trasparenza costituisce una forma di garanzia del cittadino, in qualità sia di destinatario delle attività delle Pubbliche Amministrazioni, sia di utente dei servizi pubblici.

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

L'elencazione allegata al presente PTPCT potrà essere aggiornata a seguito delle preannunciate emanande specifiche linee guida ANAC sulle modalità di applicazione dell'art.14, "Schema di Linee guida recanti indicazioni sull'attuazione dell'art. 14 del D.Lgs. n.33/2013 «Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo e i titolari di incarichi dirigenziali» come modificato dall'art. 13 del D.Lgs. n. 97/2016». La sezione potrà essere aggiornata anche in applicazione delle indicazioni che saranno emanate con riferimento all'art. 9 bis D.Lgs n.33/2013.

L'ASST pubblica all'interno del proprio sito internet nella sezione "Amministrazione Trasparente", una serie di dati ed informazioni concernenti

l'organizzazione, il personale, consulenti e collaboratori, bandi di concorso, bilanci, beni immobili e gestione del patrimonio, servizi erogati, pagamenti, opere pubbliche, ecc.

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

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

Responsabile per la Trasparenza e l'Integrità

Il Responsabile per la Trasparenza e l'Integrità dell'ASST è stato nominato con decreto n.11/2016, nella persona dell'Avv. Gabriele Ceresetti, Dirigente professionale Avvocato.

Il Responsabile della trasparenza:

- propone il Programma per la trasparenza e l'integrità e provvede al suo aggiornamento periodico e attiva iniziative di promozione della trasparenza in connessione con il Piano di prevenzione della corruzione;
- svolge attività di controllo sull'adempimento da parte dell'Azienda Sanitaria degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate;
- segnala all'Organismo Indipendente di Valutazione, rappresentato in Regione Lombardia dal Nucleo di Valutazione, all'Autorità Nazionale Anticorruzione e alla Direzione strategica i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione;
- segnala, nei casi più gravi, all'UPD i casi di inadempimento o adempimento parziale degli obblighi in materia di pubblicazione ai fini dell'eventuale attivazione del procedimento disciplinare;
- controlla e assicura il regolare svolgimento dell'accesso civico in base a quanto stabilito dal D.Lgs. n. 33/2013;
- segnala al Direttore Generale e al Nucleo di Valutazione gli inadempimenti accertati ai fini della valutazione individuale e della valutazione in merito al futuro rinnovo dell'incarico dirigenziale conferito (art.21 D.Lgs. n. 165/2001).

Il Responsabile per la trasparenza informa il Nucleo di Valutazione dell'avvenuta adozione del Programma per la trasparenza e l'integrità e ne condivide i contenuti ai fini di eventuali interventi migliorativi.

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

del potere sostitutivo.

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

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

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

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

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

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

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

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

Ai fini del monitoraggio degli adempimenti il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione - Responsabile per la Trasparenza e l'Integrità convocherà i Direttori/Dirigenti/ Responsabili per le verifiche periodiche.

Accesso generalizzato FOIA (Freedom of information Act)

Introdotta dal Decreto Legislativo 25 maggio 2016 n. 97 art. 5 co. 2 chiunque ha diritto ad accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle Pubbliche Amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione ai sensi del presente decreto, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e privati giuridicamente rilevanti, secondo quanto previsto dall'art.5-bis .

Si tratta di un diritto di accesso non condizionato dalla titolarità di situazioni

giuridicamente rilevanti ed avente ad oggetto tutti i dati, i documenti, le informazioni detenute dalla Pubblica Amministrazione ulteriori rispetto a quelli per i quali è stabilito l'obbligo di pubblicazione.

L'Amministrazione ha adottato specifico regolamento, secondo le indicazioni ANAC. Verranno fornite indicazioni operative per la compilazione e la pubblicazione del Registro dell'accesso.

Obblighi di pubblicazione per la dirigenza sanitaria

Il D.Lgs n. 33/2013, novellato dal D.Lgs n.97/2016, all'art.41 recante "Trasparenza del servizio sanitario nazionale", alla luce delle linee guida approvate da ANAC approvate da ANAC con delibera n.586 del 26.6.2019, adottate a seguito della sentenza della Corte Costituzionale n.20 del 23.1.2019, stabilisce che per ciascun dirigente titolare di posizione apicale, ovvero direttore generale, direttore sanitario, direttore amministrativo, responsabile di dipartimento e di strutture complesse, l'oggetto dei dati da pubblicare corrisponde a: l'atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo, il curriculum, i compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica, gli importi di viaggi di servizio e missioni paganti con fondi pubblici, i dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, ed i relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti, gli eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e l'indicazione dei compensi spettanti, le dichiarazioni di cui all'art.2 L n.441/1982 (consistenti in: 1.una dichiarazione concernente i diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri; le azioni di società le quote di partecipazione a società; l'esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società con l'apposizione della formula "sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero"; 2. copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche), nonché le attestazioni e dichiarazioni di cui agli artt.3 e 4 della medesima legge, come modificata dal presente decreto, limitatamente al soggetto, al coniuge non separato e ai parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano. Viene in ogni caso data evidenza al mancato consenso.

Regione Lombardia, con propria nota del 10.10.2019 si è espressa sul punto, considerando più prudente, in considerazione dell'irreversibilità della scelta di pubblicare i dati, attendere chiarimenti da parte delle autorità coinvolte, o dello stesso legislatore, prima di procedere alla pubblicazione, tenuto conto anche del fatto che secondo le indicazioni dell'ANAC, l'obbligo dovrebbe riguardare anche il periodo pregresso per le pubblicazioni che erano state sospese in attesa della definizione del contenzioso costituzionale.

Successivamente in data 29.11.2019 Regione Lombardia ha ritenuto estendere la sospensione non più solo alla pubblicazione dei dati, ma anche alla raccolta degli stessi, poiché si ritiene che la raccolta dei dati è strettamente propedeutica e finalizzata alla pubblicazione, la semplice richiesta, acquisizione e detenzione dei dati costituisce già di per sé un trattamento ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, trattamento che, in questo

caso, stante la sospensione della pubblicazione si troverebbe privo di reale giustificazione, ed infine la sospensione sia dell'attività di raccolta sia dell'attività di pubblicazione è scelta reversibile, a differenza della raccolta e/o pubblicazione, e pertanto, l'eventuale danno ai diritti soggettivi.

L'ANAC con delibera n.1126 del 4.12.2019 ha rinviato la propria attività di vigilanza sull'applicazione dell'art.14, co. 1, lett. f) d. lgs.33/2013 alla data dell'1.03.2020 in attesa dell'intervento legislativo nazionale chiarificatore.

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

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

Modalità di raccolta dei dati

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

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

Modalità di pubblicazione

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

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

I dati, le informazioni e i documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria, ai sensi dell'art.8, co.3 D.Lgs n.33/2013, sono pubblicati per un periodo di 5 anni, decorrenti dal 1

gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione, e comunque fino a che gli atti pubblicati producono i loro effetti, fatti salvi i diversi termini previsti dalla normativa in materia di trattamento dei dati personali e di quanto previsto da specifiche norme. Alla scadenza del termine di durata i dati saranno comunque conservati e resi disponibili all'interno di distinte sezioni del sito d'archivio.

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

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

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

Monitoraggio interno

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

Audit dell'OIV

La normativa e le indicazioni ANAC in merito ai controlli attribuiscono all'Organismo Indipendente di Valutazione, o analoga struttura, importanti compiti in materia di verifica sull'assolvimento degli adempimenti degli obblighi di trasparenza e di integrità attraverso un'attività di audit. In base alle indicazioni regionali, il NVP è stato individuato per la certificazione delle griglie di verifica dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione, oggetto di precise indicazioni da parte dell'ANAC. Il procedimento e le modalità seguite dal NVP per condurre il monitoraggio possono essere di diverso tipo, quali, a solo titolo di esempio, verifica dell'attività svolta dal Responsabile della Trasparenza per riscontrare l'adempimento degli obblighi di pubblicazione; esame della documentazione e delle banche dati relative ai dati oggetto di attestazione; colloqui con i Responsabili della pubblicazione dei dati; verifica sul sito istituzionale.

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

È intendimento dell'Azienda procedere, nel medio termine, al monitoraggio sistematico degli accessi alla sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web

aziendale e la predisposizione di un questionario finalizzato all'acquisizione di elementi informativi relativi all'effettivo utilizzo dei dati da parte dei visitatori della sezione "Amministrazione Trasparente".

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

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

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

Area/processo rischio	Misure di prevenzione	Destinatari	Iniziativa
Tutte	Trasparenza	Tutte le articolazioni aziendali	Report al 31.5 e al 30.11 sul rispetto degli obblighi di pubblicazione (tabella ANAC).
Tutte	Accesso civico	URP	Report al 31.5 e al 30.11 sull'applicazione delle disposizioni in materia di accesso civico (pubblicazione registro degli accessi; segnalazione anomalie etc

SEZIONE 3 ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

Sottosezione di programmazione: *struttura organizzativa*

Organigrama.

Il modello organizzativo dell'Ente è definito nel documento denominato POAS, Piano Organizzativo Aziendale Strategico. Il POAS attualmente in vigore prevede un organigramma che è stato riassunto nella sezione precedente relativa all'anticorruzione e trasparenza.

La sottosezione dedicata alla struttura organizzativa fotografa oltre all'organigramma, anche le caratteristiche relative alle posizioni apicali ed all'organico in servizio per ogni struttura organizzativa.

I livelli di responsabilità organizzativa sono: incarichi di direzione di Dipartimento, Unità Complessa, incarichi di Responsabilità di Unità Semplice Dipartimentale, Unità Semplice, incarichi di Alta Specialità, incarichi di Funzione.

Di seguito la tabella riassuntiva:

Livelli di responsabilità in cifre

Tipologia	Numero incarichi
Dipartimento	7
Unità Complessa	27
Unità Semplice a valenza Dipartimentale	7
Unità Semplice	27
Alta specialità	20
Incarichi di funzione	52

Fonte dati: Area Gestione Risorse umane, alla data 12/04/2022

Ogni staff di Direzione, Unità Complessa, Semplice a valenza Dipartimentale, hanno un organico di diretta afferenza

Ampiezza media delle Unità Operative

Fonte dati: Area Gestione Risorse umane

Sottosezione di programmazione: organizzazione del lavoro agile

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

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

Introduzione

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

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

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

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

Non vi è dubbio che così individuato trattasi di concetto articolato che si basa su un pensiero critico che restituisce al lavoratore l'autonomia in cambio di una responsabilizzazione sui risultati, anche superando il più restrittivo concetto di telelavoro che comportava vincoli più stringenti per il lavoratore.

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

Per quanto concerne specificamente l'attuazione del lavoro agile nel settore pubblico

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

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

Tale ultima previsione è stata successivamente integrata e parzialmente modificata dal D.L. 34/2020

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

Come specificato dalla Circolare della funzione pubblica n. 3 del 2020, il richiamato art. 263 consente quindi alle amministrazioni di prevedere il rientro in servizio anche del personale fino ad oggi non adibito ad attività indifferibili ed urgenti, ferma restando la necessità, per le stesse amministrazioni, di aggiornare ed implementare la mappatura di quelle attività che, in base alla dimensione organizzativa e funzionale di ciascun ente, possano essere svolte in modalità agile, con l'individuazione del personale da assegnare alle stesse, anche ai fini del raggiungimento dell'obiettivo segnato dalla norma, volto ad applicare il lavoro agile, pur sempre con le modalità semplificate previste per l'emergenza, al cinquanta per cento del personale impiegato nelle suddette attività.

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

Successivamente, in attuazione di quanto disposto dal richiamato art. 263 del decreto

Rilancio e dai DPCM del 13 e 18 ottobre 2020, il 19 ottobre 2020 è stato sottoscritto il decreto ministeriale che disciplina il lavoro agile nella PA durante il periodo di emergenza epidemiologica, prevedendo, in particolare:

- che ciascuna amministrazione assicura su base giornaliera, settimanale o plurisettimanale lo svolgimento del lavoro agile almeno al 50% del personale impegnato in attività che possono essere svolte secondo questa modalità. Può farlo in modalità semplificata, ossia prescindendo dagli accordi individuali richiesti dalla normativa generale in materia di lavoro agile, fino al 31 dicembre 2020;
- che gli enti assicurano in ogni caso le percentuali più elevate possibili di lavoro agile, compatibili con le loro potenzialità organizzative e con la qualità e l'effettività del servizio erogato;
- che il lavoratore agile alterna giornate lavorate in presenza e giornate lavorate da remoto, con una equilibrata flessibilità e comunque alla luce delle prescrizioni sanitarie vigenti e di quanto stabilito dai protocolli di sicurezza;
- che le amministrazioni adeguano i sistemi di valutazione della performance alle specificità del lavoro agile;
- che il lavoro agile si svolge di norma senza vincoli di orario e luogo di lavoro, ma può essere organizzato per specifiche fasce di contattabilità, senza maggiori carichi di lavoro. In ogni caso, al lavoratore sono garantiti i tempi di riposo e la disconnessione dalle strumentazioni tecnologiche di lavoro. Inoltre, i dipendenti in modalità agile non devono subire penalizzazioni professionali e di carriera;
- che le amministrazioni si adoperano per mettere a disposizione i dispositivi informatici e digitali ritenuti necessari, ma comunque rimane consentito l'utilizzo di strumentazione di proprietà del dipendente;
- che l'amministrazione favorisce il lavoro agile per i lavoratori disabili o fragili anche attraverso l'assegnazione di mansioni diverse e di uguale inquadramento. In ogni caso, promuove il loro impegno in attività di formazione;
- che nella rotazione del personale l'ente tenga conto anche delle condizioni di salute dei componenti del nucleo familiare del dipendente, della presenza di figli minori di quattordici anni, della distanza tra la zona di residenza o di domicilio e la sede di lavoro, ma anche del numero e della tipologia dei mezzi di trasporto utilizzati e dei relativi tempi di percorrenza.
- che l'amministrazione individui fasce temporali di flessibilità oraria in entrata e in uscita ulteriori rispetto a quelle adottate, nel rispetto del sistema di relazioni sindacali definito dai contratti collettivi nazionali.

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

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

In linea con quanto detto, da ultimo, il DPCM del 3 dicembre 2020, dispone che nelle

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

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

Una complessiva disciplina del suddetto istituto dovrà trovare pertanto la propria naturale sede nelle imminenti modifiche contenute nella Contrattazione Collettiva in discussione anche eventualmente meglio illustrata da specifiche linee guida di fonte Ministeriale.

Livello di attuazione e sviluppo

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

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

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

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

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

La materia successivamente regolata con successive note (n.589/21 del 12.01.2021 che

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

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

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

Condizionalità e fattori abilitanti

Al fine di poter promuovere un più diffuso ricorso al lavoro agile si rende necessario prioritariamente intervenire su due differenti aspetti. Uno, il primo, più eminentemente tecnologico, il secondo di matrice organizzativo-culturale.

Il primo aspetto deve necessariamente coinvolgere la UOS Sistemi Informativi Aziendali affinché possa garantire un ulteriore miglioramento dell'infrastruttura tecnologica aziendale così da consentire una maggiore quantità di VPN attivabili contemporaneamente garantendo al contempo una qualità elevata di connessione in termini di stabilità e velocità.

L'altro aspetto non può che riguardare il singolo Dirigente il quale, a seguito di una attenta analisi di tutti i processi, le attività e le risorse a disposizione dovrà procedere a individuare quali tra quelle siano esercitabili da remoto, senza pregiudizio per l'efficienza dell'azione amministrativa.

Successivamente sarà possibile anche inserire nel piano formativo Aziendale talune attività atte a garantire il più adeguato sostrato formativo a tutto il personale impiegato.

Pertanto, come già più sopra evidenziato un ruolo imprescindibile per lo sviluppo dell'attività di lavoro agile è svolto dai dirigenti delle singole unità operative con un ruolo di programmazione e monitoraggio mentre un altrettanto fondamentale ruolo è giocato dai Sistemi informativi che devono garantire un adeguato apporto tecnologico per il relativo sviluppo. Solo successivamente è poi previsto un intervento anche dell'Ufficio Formazione.

Oltre ai sopra citati soggetti un ruolo di fondamentale importanza è svolto dall'UOC Area Gestione Risorse Umane con specifici compiti di regolamentazione, monitoraggio e verifica del corretto svolgimento dell'attività.

Le normative infatti, come più sopra evidenziato, è soggetta a continui aggiornamenti i quali non possono che riverberarsi necessariamente sull'organizzazione dell'attività aziendale con la conseguenza che seppur il compito di conoscere la normativa specifica ricada necessariamente sui singoli dirigenti è altresì innegabile che sulla predetta UOC AGRU incomba il dovere di garantire una costante informazione degli uffici interessati se del caso provvedendo a modifiche o integrazioni delle prassi o dei regolamenti Aziendali vigenti.

Altra attività di fondamentale importanza affidata all'UOC AGRU è rappresentata dal costante monitoraggio che l'attività svolta sia rispettosa, nelle modalità e nei volumi, alla normativa pro tempore vigente informando, in caso di scostamenti gli uffici direttivi di competenza.

Esiste infine un obbligo di monitoraggio sempre in capo all'UOC AGRU dei volumi e delle modalità poste in essere dai singoli dirigenti finalizzato all'attività di reportistica che viene di volta in volta richiesta dalle diverse strutture regionali e nazionali preposte.

Un ruolo di supporto e stimolo dell'attività di sviluppo del lavoro agile quale modalità di svolgimento dell'attività lavorativa non può che essere riconosciuto anche al Comitato unico di Garanzia il quale, anche attraverso i propri piani triennali di azioni positive dovrà sviluppare politiche di conciliazione dei tempi di lavoro e vita privata funzionali al miglioramento del benessere organizzativo.

Ancora, un ruolo non certo marginale è da riconoscersi agli organi preposti alla valutazione della performance. L'Azienda, non essendo dotata dell'Organismo indipendente di valutazione (OIV) si giova dell'attività del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni. In riferimento al ruolo di detto Organo, come già evidenziato nelle Linee Guida n.2/2017, la definizione degli indicatori che l'amministrazione utilizza per programmare, misurare, valutare e rendicontare la performance è un'attività di importanza cruciale e ciò può essere ancora più rilevante quando si deve implementare il lavoro agile, superando il paradigma del controllo sulla prestazione in favore della valutazione dei risultati. Così come per gli indicatori definiti nel Piano della performance, anche per quanto riguarda prima il POLA ed oggi il PIAO, il ruolo dell'Organo è fondamentale non solo ai fini della valutazione della performance organizzativa, ma anche per verificare che la definizione degli indicatori sia il risultato di un confronto tra i decisori apicali e tutti i soggetti coinvolti nel processo e per fornire indicazioni sull'adeguatezza metodologica degli indicatori stessi.

Le Linee Guida n. 3/2020 che integrano le disposizioni riportate all'art. 17 del Codice dell'Amministrazione Digitale (CAD) delineano invece un ruolo anche per il Responsabile della Transazione Digitale nominato con decreto del Direttore Generale n.18 del 14.1.2020. In questo ambito la centralità del RTD è evidenziata anche nel Piano triennale per l'informatica per la PA 2020-2022 che affida alla rete dei RTD il compito di definire un maturity model per il lavoro agile nelle pubbliche amministrazioni. Tale modello

individua i cambiamenti organizzativi e gli adeguamenti tecnologici necessari.

In conclusione poi, occorre sottolineare il fondamentale ruolo di coordinamento e sprone che deve essere esercitato prima ancora che dai singoli dirigenti, dalla Direzione Strategica, senza il quale, appare evidente risulta difficilmente prevedibile un proficuo sviluppo dello strumento.

Obiettivi e monitoraggio

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

In questa primo step successivo al termine della fase emergenziale l'obiettivo non può che essere quello di dotarsi di una ricognizione delle funzioni che possano beneficiare del Lavoro Agile e in quale misura le stesse vadano a impattare sul complessivo svolgimento dell'attività a cui la struttura di afferenza risulta assegnata.

Preliminarmente è infatti fondamentale che i singoli Dirigenti definiscano l'elenco delle attività che possono essere svolte in modalità di lavoro agile nelle diverse funzioni, servizi e uffici, anche avuto riguardo al grado di digitalizzazione delle procedure in corso nei vari settori o processi, rilevando altresì le eventuali criticità incontrate e i modi con cui si intende superarle.

Solo in esito a detta attività potranno essere correttamente implementati degli indicatori in grado di monitorarne l'effettiva attuazione.

In tale contesto, per l'anno in corso pertanto sarà demandato a tutte le strutture coinvolte una prima mappatura dei processi smartabili a carico del singolo Dirigente e conseguente l'individuazione dei dipendenti e dei processi smartabili. Si tratta pertanto dell'avvio di una prima fase sperimentale di programmazione e monitoraggio dei progetti e degli obiettivi affidati/raggiunti.

Solo in esito a tale attività, negli anni a seguire, sarà possibile generare un esattivo atto organizzativo in materia di lavoro agile, recante la raccolta dei processi e delle figure che possono beneficiare dello Smart Working con conseguente implementazione di un sistema stabile di monitoraggio dei progetti e obiettivi affidati/raggiunti.

Sottosezione di programmazione: piano dei fabbisogni di personale

Di seguito vengono proposti la relazione e lo schema allegati il documento redatto e decretato, con decreto aziendale 191 del 18/03/2022, per il triennio 2021-2023.

PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE

TRIENNIO 2021-2022-2023

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

1) Premessa

Il Piano è stato predisposto nel rispetto delle indicazioni contenute nel Decreto emanato in data 8.5.2018 dal Ministero per la semplificazione e la pubblica amministrazione, quale raccolta delle linee di indirizzo secondo le previsioni degli articoli 6 e 6-ter del Decreto Legislativo n.165/2001, come novellati dall'art.4 del Decreto Legislativo n. 75 del 25.05.2017, in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e delle performance e nel rispetto dei vincoli finanziari di natura regionale e nazionale, nonché tenuto conto della previsione della DGR 5658 del 30/11/2021.

2) Modalità di compilazione del Piano Triennale dei Fabbisogni 2021/2022/2023

Il piano triennale in argomento si compone di tre tabelle relativamente agli anni 2021/2022/2023 per le cui modalità di compilazione, si ha avuto riguardo alle indicazioni operative previste nella DGR n°XI/5658 del 30/11/2021.

Ogni tabella, in riferimento al singolo anno, chiede l'indicazione, in Full Time Equivalent (FTE), dei macro-profili riportati.

Gli stessi trovano collocazione nelle tre aree, Ordinario, Covid e Ricerca, con l'indicazione del relativo costo; inoltre per ogni anno, nella tabella di riferimento, viene indicata la Dotazione Organica (espressa in teste) relativamente a personale strutturato e convenzionato universitario. Nel totale complessivo della Dotazione Organica vanno identificate le seguenti figure oggetto di specifici finanziamenti: gli INFERMIERI DI FAMIGLIA (DL n.34/2020 art.1), il personale assegnato all'ADI (DL 34/2020 art.1), il personale assegnato alle TERAPIE INTENSIVE (DL n.34/2020 art.2) e il personale che è impegnato per attività di RICERCA.

Sezione Ordinario - Personale Dipendente – Tabella anno 2021

I dati relativi all'anno 2021 costituiscono una fotografia della dotazione di personale al 31/12/2021 e dell'entità di risorse economiche assorbite.

Per la relativa determinazione del personale FTE anno 2021 si è proceduto come di seguito specificato:

- per il personale dipendente si è considerato il personale assunto a tempo indeterminato e a tempo determinato per incarico sino al 31.12.2021, rapportando ogni valore al periodo di assunzione (peso “Giorni lavorati”) e alla percentuale di part-time (peso “Tempo”);
- per il personale convenzionato universitario si è calcolato il FTE seguendo le stesse indicazioni fornite per il rapporto di lavoro dipendente, con la sola eccezione del peso “tempo” che convenzionalmente è sempre pari a 0,50, secondo le indicazioni regionali operative prot. G1. [2019.003795-11.11.2019](#) ;
- per il personale non strutturato il FTE è calcolato rapportando le ore annue previste dall’accordo individuale alle ore lavorate teoriche annue, così come specificato in sede di nota regionale [sopra richiamata](#) (ns.prot. aziendale n. [21111-12.11.2019](#)), ossia:
 - dirigenti: 1488;
 - personale infermieristico:1530
 - personale OSS-OTA: 1570
 - altre tipologie di personale: 1560

sempre considerando il peso “Giorni lavorati” per i rapporti di lavoro con decorrenza successiva all’1.01.2021 e cessazione antecedente al 31.12.2021. A quest’ultima tipologia appartiene:

- personale afferente ad agenzie di somministrazione lavoro ex interinale;
- personale autonomo con rapporto libero-professionale, co.co.co.;
- personale convenzionato ACN Specialisti Ambulatoriali.

La “Dotazione Organica” anno 2021, sempre distinta nelle due macro-aree “Dirigenza” e “Comparto” (ognuna con i macro-profilo di afferenza), esprime per teste la consistenza del personale presente (a tempo indeterminato, determinato per incarico e universitario) al 31.12.2021.

Essendo una rappresentazione per teste, la stessa non risulta sottoposta ad alcun fattore di correzione in sede di computo dei valori.

La Tabella “Piano Triennale dei fabbisogni di personale” prevede, accanto alla consistenza numerica di personale FTE, la quantificazione economica scaturente dalla copertura dei posti ivi previsti.

La valorizzazione economica è avvenuta distintamente per il personale dipendente e per le unità appartenenti alle altre categorie di personale considerato ed è stata determinata “riparametrando” sui macroprofili le risorse assegnate con DGR n. XI/4232 del 29.01.2021 e DGR n. XI/5339 del 04.10.2021.

I costi riportati in tabella per l’anno 2021 ascrivibili al personale dipendente con riferimento alla gestione ordinaria sono risultati inferiori rispetto all’ammontare complessivo dell’assegnazione, riconosciuta con Decreti n. 1720/2021 e n. 12545/2021, per un valore pari ad € 1.029.831: l’economia registrata non ha carattere strutturale, in quanto trova motivazione non solo nella difficoltà di espletamento delle procedure concorsuali nei periodi di picco emergenziale da Covid-19, ma anche nella difficoltà di reclutamento di taluni specifici profili professionali, soprattutto nell’area dirigenziale nelle discipline dell’emergenza-urgenza, di pneumologia, di cardiologia e di psichiatria.

A tal proposito, al fine di garantire la continuità assistenziale nelle aree citate, si è provveduto a stipulare alcuni contratti per l'affidamento del servizio di copertura di turni presso il Pronto Soccorso e Anestesia e Rianimazione, Pneumologia e SPDC, per un valore complessivo di € 659.711,00 ad integrazione delle prestazioni assicurate dal personale dipendente e a contratto libero-professionale.

Con nota prot. AREU n. 2020/14538 del 10.12.2020 (ns. prot.n.[26098-10.12.2020](#)) e [successiva integrazione pervenuta con nota prot. AREU n. 2021/1807 del 08.02.2021 \(ns. prot. n. 2835-08.02.2021\)](#), AREU formalizzava la richiesta per l'assunzione di n.9 Autisti Soccorritori, cat. Bs, al fine di garantire la copertura dei turni per la guida dei mezzi AREU per le postazioni di Esine e Lovere. Nel corso dell'anno, espletate le procedure concorsuali, si è provveduto all'assunzione delle n.9 unità richieste, anche in ragione di quanto espressamente dichiarato con la nota del 10.12.2020 sopracitata, meritatamente al sostenimento dei relativi oneri, così come dichiarato nella successiva nota AREU prot. ASST n.[5863-15.03.2021](#).

Si precisa che tale personale non era stato conteggiato nel PTFP 2020-2022 in quanto nel 2021 erano in corso le procedure concorsuali e la definizione dei tempi di assunzione, nonché le relative unità di personale.

Per il dettaglio si fa espressamente rinvio alla tabella relativa all'anno 2021.

Sezione Ordinario - Personale dipendente – Tabella anno 2022

La "Tabella anno 2022" del PTFP 2021-2023 è stata compilata nel rispetto delle prescrizioni fissate dalle istruzioni regionali accluse alla DGR XI/5658 del 30/11/2021 e prevede il consolidamento di:

- n.16 unità di Infermieri di Famiglia come da assegnazione a questa ASST effettuata da Regione Lombardia;
- n. 2 medici e n. 6 unità infermieristiche per Terapie Intensive.

La "Tabella Dotazione Organica" riporta il dato numerico espressamente previsto: la tabella è aggiornata in relazione agli incrementi del fabbisogno sopra descritti.

Per il dettaglio si fa espressamente rinvio alla tabella relativa all'anno 2022.

Nella 'Tabella anno 2022' del PTFP 2021-2023, sono presenti n.9 unità ulteriori rispetto alla dotazione organica del 2021.

Tale incremento è da ricondursi al reclutamento richiesto da AREU, come da note precedentemente citate.

La relativa tabella economica riporta le integrazioni di finanziamento per le assunzioni aggiuntive previste ed è stata determinata nel rispetto di quanto contenuto nelle indicazioni operative dell'Allegato A della DGR n.5658/2021 del 30.11.2021.

In merito al fabbisogno e alla dotazione organica espressi nella “Tabella anno 2022” del presente Piano, come già anticipato compilata nel rispetto delle prescrizioni regionali, si evidenzia che essa si discosta significativamente dai dati rappresentati nella Tabella anno 2022” presente nel precedente PTFP (PTFP 2020-2021-2022) approvato con DGR n.4743/2021, tabella che si riporta qui di seguito.

PTFP 2022		ruolo	ORDINARIO
			1 - Dipendente
FTE			
1	DIRIGENZA MEDICA	S	189,7
	DIRIGENZA VETERINARIA	S	-
	DIRIGENZA SANITARIA	S	18,8
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	S	1,0
2	DIRIGENZA PROFESSIONALE	P	3,0
	DIRIGENZA TECNICA	T	2,0
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	A	4,0
TOT DIRIGENZA			218,5
3	PERSONALE INFERMIERISTICO	S	474,0
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	S	76,9
	PERSONALE VIGIL.ISPEZIONE	S	10,7
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	S	46,3
	ASSISTENTI SOCIALI	T	16,2
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	T	78,4
	PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	T	138,9
	AUSILIARI	T	8,3
	ASSISTENTE RELIGIOSO	P	-
	PERSONALE AMMINISTRATIVO	A	124,7
4	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	P	-
	RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	R	-
TOTALE COMPARTO			974,4
TOTALE COMPLESSIVO			1.192,9

DOTAZIONE ORGANICA 2022		ruolo	DIPENDENTI
			TOTALE
TESTE			
1	DIRIGENZA MEDICA	S	194
	DIRIGENZA VETERINARIA	S	-
	DIRIGENZA SANITARIA	S	19
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	S	1
2	DIRIGENZA PROFESSIONALE	P	3
	DIRIGENZA TECNICA	T	2
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	A	4
TOT DIRIGENZA			223
3	PERSONALE INFERMIERISTICO	S	505
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	S	81
	PERSONALE VIGIL.ISPEZIONE	S	11
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	S	49
	ASSISTENTI SOCIALI	T	17
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	T	82
	PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	T	178
	AUSILIARI	T	10
	ASSISTENTE RELIGIOSO	P	-
	PERSONALE AMMINISTRATIVO	A	132
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	P	-
4	RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	R	-
TOTALE COMPARTO			1.065
TOTALE COMPLESSIVO			1.288

La tabella sopra riportata considerava:

- il recupero parziale turn-over anni precedenti, attraverso il finanziamento previsto dal cd "Decreto Calabria" sia per la dirigenza sia per il personale del comparto
- il reclutamento di personale assistenziale per la creazione di Stroke Unit, dotata di 6 posti letti di terapia semi-intensiva (di cui è conclusa la fase di progettazione e la cui realizzazione è prevista nel corso dell'anno 2022).

Tale tabella rappresenta il reale fabbisogno aziendale che si conferma (pur non potendolo esporre nella tabella del PTFP 2021-2022-2023), al netto di eventuali ulteriori necessità derivanti dall'attuazione delle modifiche introdotte dalla Legge di Riforma (L.R. 14 dicembre 2021 n.22).

Sezione Ordinario - Personale dipendente – Tabella anno 2023

Si confermano i dati inseriti per l'anno 2022 come da indicazioni dell'allegato A delle DGR n.5658/21. La tabella Dotazione Organica riporta il dato numerico aggiornato in funzione delle previsioni su riportate.

Sezione Ordinario - Personale interinale – Tabelle 2021/2022/2023

Nell'anno 2021 è da rimarcare il ricorso a personale in somministrazione lavoro, sia per

svolgimento di attività ordinaria per la carenza di personale in taluni profili, sia per attività connesse all'emergenza.

La previsione per il 2022 e per il 2023, preso atto del reclutamento effettuato nel 2021, dovrebbe riguardare esclusivamente attività afferente la situazione epidemiologica. Ad oggi è possibile rilevare solo il personale amministrativo dedicato agli Hub vaccinali esistenti, pertanto il valore espresso potrà subire variazioni in base alle necessità che insorgeranno nei prossimi anni (2022/2023).

Sezione COVID - Personale dipendente - Tabelle 2021/2022/2023

La sezione COVID della tabella relativa all'anno 2021 espressa in FTE rappresenta la situazione delle assunzioni attuate nell'anno con relativa valorizzazione economica.

La sezione COVID della tabella relativa all'anno 2022, in considerazione delle attuali esigenze per fronteggiare l'emergenza (attività vaccinale, gestione casi, contact tracing, tamponi) ricomprende sia personale già reclutato, sia personale in corso di assunzione.

Si precisa che l'evolversi della situazione pandemica determinerà una necessaria revisione delle previsioni espresse nel PTFP 2022.

Sezione Ordinario - Personale titolare di rapporto di lavoro autonomo (2021 e 2022) e budget ordinario

Il computo del personale a vario titolo operante evidenzia la presenza di un novero significativo di professionisti legati all'Azienda con rapporto di lavoro autonomo.

In particolare, come più volte rappresentato a Regione Lombardia, la situazione di maggiore criticità attiene il personale libero professionista psicologo. Allo stato, infatti, accanto ad un esiguo numero di unità con rapporto di lavoro dipendente, l'erogazione delle prestazioni psicologiche, in ambito sia ospedaliero sia territoriale, è garantita da una pluralità di non dipendenti relativamente ai quali sono state attivate da Regione Lombardia le procedure prodromiche al percorso di stabilizzazione.

Il novero di tali rapporti suggerisce una loro diversa allocazione nell'ambito dei rapporti di lavoro dipendente. Pare che detta operazione potrebbe limitarsi al personale sanitario psicologo, stante la circostanza che le prestazioni di lavoro autonomo ora erogate da medici e altri sanitari non medici non sembrano con la medesima efficacia sostituibili con personale dipendente (in quanto trattasi di prestazioni assicurate tramite accessi / reperibilità / progetti etc.).

Rimane inteso che un percorso, anche intrapreso progressivamente, di ampliamento del personale dipendente psicologo esigerebbe l'incremento del budget del personale dipendente con maggiori oneri rispetto alla spesa sostenuta a gravare sui beni e servizi.

Sul punto è opportuno rammentare la peculiare genesi dell'ASST della Valcamonica, nata per trasformazione dall'ASL di Vallecmonica Sebino che - come noto - si caratterizzava per la titolarità, in capo ad un unico ente, sia delle funzioni proprie delle ASL sia di quelle di gestione del Presidio Ospedaliero in forma diretta.

Pertanto si rappresenta che gli oneri esposti a copertura di detti rapporti di lavoro autonomo non trovano univoca imputazione contabile, in ragione della circostanza che

talune attività hanno storicamente trovato finanziamento nell'ambito di progetti appositamente definiti dalla contrattazione Presidio Ospedaliero a gestione diretta / disciolta ASL (prima del 2016) e ora ASST / ATS e che altre prestazioni afferivano, antecedentemente alla riforma regionale, a funzioni proprie dell'Attività Socio Sanitaria Integrata (ASSI) della disciolta ASL (che ora risultano in carico all'ASST a norma della RL n.23/2015) e trovavano, stante l'incapienza del budget per il personale per dette esigenze territoriali, altra forma giuridica e copertura finanziaria.

Nell'ambito delle risorse da budget ordinario non risultano stipulati contratti di collaborazione coordinata e continuativa, ma esclusivamente contratti di prestazione d'opera intellettuale ex art.2222 c.c.

Si segnala, per l'annualità 2021, un maggior costo rispetto al PTFP 2020/2022 in ragione dell'utilizzo di detta fattispecie contrattuale a fronte della difficoltà di reclutamento ordinario.

Personale titolare di rapporto di lavoro autonomo (2021 e 2022) - budget covid

L'emergenza epidemiologica da COVID-19 ha reso necessaria, nel corso dell'anno 2021, l'integrazione dell'organico di personale (dipendente e non) attraverso la stipula di rapporti di lavoro autonomo (libero professionale e co.co.co.) ai sensi del D.L n.14/2020 e del D.L n.18/2020, come confermati nella loro applicazione della normativa di settore (art.1, co.423 L n.178/2020).

Per l'esercizio 2022, la possibilità, non ancora puntualmente definita, della stipula di detti rapporti di lavoro per il perdurare delle esigenze assistenziali (anche di natura vaccinale) non consente allo stato previsioni stabili e durature in quanto passibili di modifiche in ragione dell'evolvere della situazione. I dati esposti devono pertanto ritenersi meramente indicativi e suscettibili di aggiornamento.

Personale convenzionato universitario (budget ordinario)

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

Rapporti convenzionali con altri enti del Servizio Sanitario Regionale

Ai fini di un'integrazione dei dati esposti nell'ambito del Piano Triennale dei Fabbisogni per il triennio 2021/2023, si segnala altresì che l'ASST della Valcamonica garantisce l'erogazione di talune prestazioni sanitarie attraverso specifici rapporti convenzionali con altri enti del Servizio Sanitario Regionale.

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

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

Relativamente al Piano aziendale per la formazione ed aggiornamento del personale, adottato con decreto 100 del 17/02/2022, si allega prospetto.

SEZIONE 4 MONITORAGGIO

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

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

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

5. I PRINCIPALI RIFERIMENTI NORMATIVI

Il presente Piano viene elaborato con riferimento alla seguente normativa:

- DL n. 80 del 9 giugno 2021, art. 6, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113;
- D.Lgs n.150/2009 “Attuazione della legge 4.3.2009, n.15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle Pubbliche Amministrazioni”;
- LR n.33/2009 “Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità”;
- LR n.23/2015 “Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n.33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità);
- LR n.15 del 28.11.2018 “Modifiche al Titolo I, al Titolo III e all’ Allegato 1 della l.r. 33/2009 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità);
- L.R. 14 dicembre 2021 n. 22 “Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al titolo I ed al titolo VII della Legge Regionale 30.12.2009 n. 33”;
- DGR 5832 del 29.12.2021 “Determinazioni in ordine agli obiettivi delle agenzie di tutela della salute (A.T.S.), delle aziende socio sanitarie territoriali (A.S.S.T.) e dell’azienda regionale emergenza urgenza (A.R.E.U.) - anno 2022;
- DGR n.IX/351 del 28.7.2010 “Prime indicazioni per la valutazione periodica delle performance delle strutture di ricovero e cura”;
- DCR n.88 del 17.11.2010 “Piano Socio Sanitario Regionale 2010-2014”;
- DGS n.349 del 23.1.2012 “Approvazione del metodo per l'individuazione dell'indice sintetico di performance per le strutture di ricovero”;
- Legge 190/2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";
- D.Lgs 33/2013 “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”;
- DGR 5832 del 29.12.2021 “Determinazioni in ordine agli obiettivi delle agenzie di tutela della salute (A.T.S.), delle aziende socio sanitarie territoriali (A.S.S.T.) e dell’azienda regionale emergenza urgenza (A.R.E.U.) - anno 2022;
- Piano delle Performance triennio 2022-2024 decreto n.30 del 27.01.2022
- Piano per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza di cui alla L. n.190/2012, al D.Lgs n.33/2013 e al D.P.R. n.62/2013, che la Direzione ha approvato con decreto n. 58 del 28.1.2015, successivamente integrato ed implementato con decreti n. 28 del 27.01.2016, n. 83 del 31.01.2018, n. 72 del 30.01.2019, n. 33 del 30.01.2020, n. 198 del 25.03.2021 e 24 del 27.01.2022;
- decreto 145/2017 di riapprovazione del Piano di organizzazione Aziendale strategico e smi; Piano Organizzativo del Lavoro Agile (art. 14, comma 1, L. 7/08/2015, n. 124, come modificato dall’ert. 263, comma 4-bis, del DL 19/05/2020, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla L. 17/07/2020, n. 77).

- Piano dei fabbisogni triennali triennio 2021-2023
- Piano aziendale per la formazione ed aggiornamento del personale, adottato con decreto 100 del 17/02/2022

DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE	PROGETTO - OBIETTIVO	INDICATORE	RISULTATO ATTESO 2022	RISULTATO ATTESO 2023	RISULTATO ATTESO 2024
Contrasto al COVID OBIETTIVO AZIENDALE	Realizzazione dei livelli di offerta per la campagna vaccinale per il contrasto alla pandemia da COVID-19	Garanzia di almeno l'8% del personale medico e infermieristico dedicato; Rispetto dei target numerici e temporali previsti	rispetto indicazioni DGW		
	Realizzazione dei livelli di offerta per la sorveglianza e monitoraggio tramite esecuzione di tamponi	Garanzia di almeno l'8% del personale medico e infermieristico dedicato; Rispetto dei target numerici e temporali previsti	rispetto indicazioni DGW		
Attuazione LR. 22 OBIETTIVO AZIENDALE	Potenziamento rete territoriale: Ospedali di Comunità	circolari attuative regionali secondo indicazioni della DG Welfare	rispetto cronoprogramma	rispetto cronoprogramma	rispetto cronoprogramma
	Potenziamento rete territoriale: Case di Comunità	circolari attuative regionali secondo indicazioni della DG Welfare	rispetto cronoprogramma	rispetto cronoprogramma	rispetto cronoprogramma
	Potenziamento rete territoriale: Centrali Operative Territoriali	circolari attuative regionali secondo indicazioni della DG Welfare	rispetto cronoprogramma	rispetto cronoprogramma	rispetto cronoprogramma
	Istituzione dei Distretti e nomina direttori	decreti attuativi	rispetto cronoprogramma		
	Approvazione POAS	decreti attuativi	rispetto cronoprogramma		
Efficienza OBIETTIVO AZIENDALE	Piano di ripresa anno 2022: volume prestazioni di ricovero	raggiungimento del valore economico previsto nel contratto con ATS	>= 2019	mantenimento	mantenimento
	Piano di ripresa anno 2022: volume prestazioni di specialistica ambulatoriale	raggiungimento del valore economico previsto nel contratto con ATS	>= 2019	mantenimento	mantenimento
	Piano di ripresa anno 2022: volume prestazioni di screening	raggiungimento del valore economico previsto nel contratto con ATS	>= 2019	mantenimento	mantenimento
Accessibilità e soddisfazione utenza OBIETTIVO AZIENDALE	Liste d'attesa. Rispetto del tempo massimo	Rispetto del tempo massimo per ricoveri chirurgici programmati oncologici classe A	'1 trimestre: 80% 2 trimestre: 85% 3 trimestre: 85% 4 trimestre: 90%	mantenimento	mantenimento
	Liste d'attesa. Rispetto del tempo massimo	Rispetto del tempo massimo per ricoveri chirurgici programmati non oncologici	2 trimestre: 75% 3 trimestre: 80% 4 trimestre: 85%		
	Liste d'attesa. Rispetto del tempo massimo	Specialistica ambulatoriale diagnostica	3 trimestre: 80% 4 trimestre: 90%		
	Liste d'attesa. Rispetto del tempo massimo	Specialistica ambulatoriale prime visite	2 trimestre: 80% 3 trimestre: 85% 4 trimestre: 90%		
Trapianti OBIETTIVO AZIENDALE	Donazione cornee	n. donatori/n. decessi	target 10%	target 10%	target 10%
	Donazione tessuti ossei da vivente	n. donatori/n. protesi impiantate in elezione	target 10%	target 10%	target 10%

DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE	PROGETTO - OBIETTIVO	INDICATORE	RISULTATO ATTESO 2022	RISULTATO ATTESO 2023	RISULTATO ATTESO 2024
Opere ed investimenti OBIETTIVO AZIENDALE	declinazione degli investimenti previsti negli obiettivi	Rispetto dei cronoprogrammi triennali a cadenza annuale	cronoprogramma annuale	cronoprogramma annuale	cronoprogramma annuale
Efficienza OBIETTIVO AZIENDALE	Tempi di pagamento	Rispetto delle tempistiche previste dalla normativa vigente	'30/60 giorni	'30/60 giorni	'30/60 giorni
Trasparenza e Anticorruzione OBIETTIVO AZIENDALE	Adozione/aggiornamento del PTPC e del PTTI	Deliberazione di adozione del PTPC e PTTI	entro i termini di legge	entro i termini di legge	entro i termini di legge
	Attuare i Piani e le misure di prevenzione pianificate nel P.T.P.C. sulla base del cronoprogramma, al fine di: a) Ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione b) Aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione c) Creare un contesto	(N. di azioni riportate nel PTPC e PTTI chiuse /N. totale di azioni previste dal PTPC e PTTI) *100 nel periodo di riferimento considerato	Trasmissione relazione che quantifichi, secondo i parametri dell'indicatore, l'attuazione del piano a livello aziendale	Trasmissione relazione che quantifichi, secondo i parametri dell'indicatore, l'attuazione del piano a livello aziendale	Trasmissione relazione che quantifichi, secondo i parametri dell'indicatore, l'attuazione del piano a livello aziendale
	Monitorare l'attuazione del PTPC e del PTTI	- Attestazioni OIV sull'assolvimento di specifiche categorie di obblighi di pubblicazione - Relazione annuale in merito all'attuazione del PTPC e del PTTI pubblicata sul sito	evidenza documentale (pubblicazione relazione annuale circa l'attuazione del PTPC secondo il modello ANAC e pubblicazione attestazione OIV)	evidenza documentale (pubblicazione relazione annuale circa l'attuazione del PTPC secondo il modello ANAC e pubblicazione attestazione OIV)	evidenza documentale (pubblicazione relazione annuale circa l'attuazione del PTPC secondo il modello ANAC e pubblicazione attestazione OIV)
Efficienza	Spesa per Beni e Servizi	Rispetto della assegnazione preventiva	<= BPE 2022	mantenimento	mantenimento
	Razionalizzazione delle risorse	Spesa effettiva beni e servizi effettuati attraverso procedure centralizzate/aggregate.	(contratti aggregati)/(contratti Totali) >=65% Riferimento: rendiconto acquisti	mantenimento	mantenimento
Appropriatezza delle prestazioni	Rete di patologia STEMI	Indicatori IMA	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno precedente	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno precedente	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno precedente
	Rete di patologia STROKE	Indicatori ICTUS	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno precedente	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno precedente	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno precedente
	Rete di patologia ONCOLOGICA	Indicatori tumore mammella	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno precedente	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno precedente	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno precedente
	Rete di patologia ONCOLOGICA	Indicatori tumore colon-retto	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno precedente	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno precedente	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno precedente

DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE	PROGETTO - OBIETTIVO	INDICATORE	RISULTATO ATTESO 2022	RISULTATO ATTESO 2023	RISULTATO ATTESO 2024
Efficacia	Indicatori di OUTCOME	'-Dimissioni volontarie	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente
	Indicatori di OUTCOME	-Trasferimenti tra strutture	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente
	Indicatori di OUTCOME	-Mortalità totale	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente
	Indicatori di OUTCOME	-Percentuale ricoveri ripetuti entro 30 gg con stesso MDC	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente
	Indicatori di OUTCOME	-Percentuale fratture del femore operate entro 48 ore da ammissione	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente
	Indicatori di OUTCOME	-Percentuale fratture del femore operate entro 48 ore da ammissione (assistiti >=65 anni)	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente
	Indicatori di OUTCOME	-Ricoveri ripetuti	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente
	Indicatori di OUTCOME	-Ritorni in sala operatoria	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente
	indicatori PNE	Area cardiologica	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente
	indicatori PNE	Area chirurgica	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente
	indicatori PNE	Area ostetrica/ginecologica	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente
	indicatori PNE	Area neurologica	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente
	indicatori PNE	Area oncologica	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente
	indicatori PNE	Area ortopedica	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente
indicatori PNE	Area pneumologica	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	

DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE	PROGETTO - OBIETTIVO	INDICATORE	RISULTATO ATTESO 2022	RISULTATO ATTESO 2023	RISULTATO ATTESO 2024
Appropriatezza e qualità dell'assistenza	indicatori Network regioni	Area oncologica	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente
	indicatori Network regioni	Area oncologica	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente
	indicatori Network regioni	Area oncologica	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente
	indicatori Network regioni	Area oncologica	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente
	indicatori Network regioni	Percentuale di ricoveri medici oltresoglia per pazienti >= 65 anni	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente
	indicatori Network regioni	Percentuale accessi in PS con codice giallo visitati entro 30 minuti	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente
	indicatori Network regioni	Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG chirurgico	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente
	indicatori Network regioni	Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG medico	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente
	indicatori Network regioni	% colecistomie laparoscopiche in Day-Surgery e RO 0-1 gg	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente
	indicatori Network regioni	Percentuale di frattura del collo del femore operate entro 2 giorni	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente
	indicatori Network regioni	Percentuale di prostatectomie transuretrali	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente
	indicatori Network regioni	% episiotomie depurate (NTSV)	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente

DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE	PROGETTO - OBIETTIVO	INDICATORE	RISULTATO ATTESO 2022	RISULTATO ATTESO 2023	RISULTATO ATTESO 2024
	indicatori Network regioni	% di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente
	indicatori Network regioni	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente
	indicatori Network regioni	Abbandoni da Pronto Soccorso	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente
	108 DRG ad elevato rischio di inappropriatelyzza	Attuazione di protocolli diagnostico-terapeutici al fine di ridurre la degenza media dei ricoveri riferiti all'obiettivo	1) (indicatori patologia) fascia verde (4/5) 2) ATS <=21%	1) (indicatori patologia) fascia verde (4/5) 2) ATS <=21%	1) (indicatori patologia) fascia verde (4/5) 2) ATS <=21%
Accessibilità e soddisfazione utenza	-Customer satisfaction	% dei giudizi positivi nelle rilevazioni di customer ambulatoriali	>= 90%	>= 90%	>= 90%
	-Customer satisfaction	% dei giudizi positivi nelle rilevazioni di customer degenza	>= 90%	>= 90%	>= 90%
	Tempo di attesa di accesso alla visita per accertamento invalidità civile (commissione di prima istanza)	Tempo medio di giorni intercorrente dalla data di ricevimento della domanda e la visita di accertamento	<=60	<=60	<=60
Benessere del personale	Piano ferie: rilevazione dati aziendali	Trasmissione report di smaltimento ferie delle diverse articolazioni aziendali	Piano redatto entro il 31/05/2020; Report: invio dati a CDG entro il 30/04/2021	Piano redatto entro il 31/05/2021; Report: invio dati a CDG entro il 30/04/2022	
	Budget straordinari	Attuazione e rilevazione ore straordinarie e reperibilità	Rilevazione ore straordinarie liquidate ed effettuate nel corso dell'anno. Budget entro 30/04/2022; Invio report entro il 30/04/2023	Rilevazione ore straordinarie liquidate ed effettuate nel corso dell'anno. Budget entro 30/04/2023; Invio report entro il 30/04/2024	Rilevazione ore straordinarie liquidate ed effettuate nel corso dell'anno. Budget entro 30/04/2024; Invio report entro il 30/04/2025
	Regolare attestazione della presenza dei dipendenti	N. verifiche a campione sulla presenza in servizio	Almeno n.3 verifiche a campione svolte tra i reparti ospedalieri o del territorio	Almeno n.3 verifiche a campione svolte tra i reparti ospedalieri o del territorio	Almeno n.3 verifiche a campione svolte tra i reparti ospedalieri o del territorio
	Copertura fabbisogni del personale	Organico in servizio / organico da fabbisogno nell'anno di rilevazione	Rilevazione personale in ciascun trimestre	Rilevazione personale in ciascun trimestre	Rilevazione personale in ciascun trimestre

DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE	PROGETTO - OBIETTIVO	INDICATORE	RISULTATO ATTESO 2022	RISULTATO ATTESO 2023	RISULTATO ATTESO 2024
	Avanzamento e sviluppo di progetti innovativi nell'area della semplificazione e dematerializzazione	Attività svolte/ Attività previste	Implementazione alla dematerializzazione di documenti attraverso l'utilizzo del protocollo informatico, al software di gestionale "angolo del dipendente".	Implementazione alla dematerializzazione di documenti attraverso l'utilizzo del protocollo informatico, al software di gestionale "angolo del dipendente".	
	Incidenza ore di formazione	N. ore di formazione sul campo/totale ore di formazione x 100	>= 20%	>= 20%	>= 20%
Qualità e Risk Management	Percentuale di implementazione delle raccomandazioni ministeriali	Num. requisiti applicabili soddisfatti/ Num. totale di requisiti applicabili	Implementazione delle raccomandazioni ministeriali.	Implementazione delle raccomandazioni ministeriali.	Implementazione delle raccomandazioni ministeriali.
Acquisti e gare	Indice di soddisfazione del servizio dato in outsourcing: ristorazione, lavanolo, pulizie	Num. di questionari che raggiungono una valutazione media soddisfacente nel periodo di riferimento/ Num. totale dei questionari compilati	Effettuazione rilevazione della customer satisfaction: con specificata frequenza; numero minimo di questionari compilati >2019 se insufficiente; risultato atteso	Effettuazione rilevazione della customer satisfaction: con specificata frequenza; numero minimo di questionari compilati >2020 se insufficiente; risultato atteso	Effettuazione rilevazione della customer satisfaction: con specificata frequenza; numero minimo di questionari compilati >2020 se insufficiente; risultato atteso
	Interventi Strutturali	Case di Comunità; Ospedali di Comunità	avvio progettazione esecutiva		
	Interventi Strutturali	rifacimento impianto climatizzazione PO Edolo	progettazione/ approvazione entro il 31/12/2022		
	Interventi Strutturali	Adeguamento strutturale a seguito verifica di vulnerabilità sismica (Edificio D e Edificio I) Ospedale di Esine: affidamento incarico	progettazione entro il 31/12/2022		
	Interventi Strutturali	Adeguamento normativo in materia di prevenzione incendi degli ambulatori di Darfo Boario Terme	approvazione del progetto entro il 31/12/2022		
	Interventi Strutturali	Utilizzo delle economie derivanti dalla conclusione dall'intervento "Manutenzione straordinaria e nuovo ingresso raccordo con S.S. n.42 presso il Presidio ospedaliero di Esine.".	aggiudicazione e inizio lavoro entro il 31/12/2022		
	Finanziamenti struttura commissariale	Stroke unit	progetto esecutivo entro il 31/12/2022		

DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE	PROGETTO - OBIETTIVO	INDICATORE	RISULTATO ATTESO 2022	RISULTATO ATTESO 2023	RISULTATO ATTESO 2024
Opere ed investimenti	Finanziamenti struttura commissariale	Pronto Soccorso area OBI	inizio lavori entro il 31/12/2022		
	Finanziamenti struttura commissariale	Pronto Soccorso ampliamento	progetto esecutivo entro il 31/12/2022		
	Finanziamenti per messa a norma antincendio	Sede territoriale di Darfo	fine lavori entro il 31/12/2022		
	Finanziamenti per messa a norma antincendio	Sede territoriale di Breno	progetto esecutivo entro il 31/12/2022		
	Pianificazione triennale	Risparmio energetico PO Esine			
	Pianificazione triennale piastra emergenza/urgenza	ricollocazione CUP, punto prelievi, ambulatori			
	Pianificazione triennale piastra emergenza/urgenza	ulteriore ampliamento attività ambulatoriale			
	Tecnologie	DGR_XII_2468_2019 – Mammografo, TAC e angiografo: nel corso del triennio 2020-2022 verranno installate le apparecchiature finanziate da Regione Lombardia. Per l'anno 2021 si prevede l'installazione della TAC	installazione TAC entro il 31/12/2022		
	Sistemi informativi	progetto accoglienza: prenotazione, accessi, code, pagamenti			
Sistemi informativi	sale operatorie: nuovo applicativo gestionale				

1 FORMAZIONE OBBLIGATORIA (per disposizioni normative nazionali o regionali)

1.1 Area di riferimento: SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO E /O PATOLOGIE CORRELATE – LA SICUREZZA DEL PAZIENTE

Codice	Tipologia Formativa	Titolo evento	Arco temporale	Sede	Destinatari	Rif. normativo
1SPP22	Corso di 8 ore - 6 ed.	Antincendio aggiornamento	1° - 2° semestre	Esine	120 operatori Squadra antincendio	D.Lgs 81/2008 e successive integrazioni
2SPP22	Corso FAD 4 ore	Decreto Lgs.81 Formazione Generale	1° e 2° semestre	FAD	60 Neoassunti	D.Lgs 81/2008 e successive integrazioni
3SPP22	Corso FAD 4 ore	D.Lgs81/08: Formazione Specifica basso rischio.	1° e 2° semestre	FAD	20 Neoassunti	D.Lgs 81/2008 e successive integrazioni
4SPP22	Corso 16 ore	Corso antincendio base 16 ore	1 semestre	Esine	20 neoassunti	D.Lgs 81/2008 e successive integrazioni
5SPP22	Corso FAD 12 ore	D.Lgs81/08: Formazione Specifica alto rischio	1° e 2° semestre	FAD	40 Neoassunti	D.Lgs 81/2008 e successive integrazioni
6SPP22	Corso FAD 3 ore	D.Lgs81/08:rischio biologico	1° e 2° semestre	FAD	200 operatori delle diverse UUOO (medici, OSS, infermieri, tecnici coordinatori)	D.Lgs 81/2008 e successive integrazioni
7SPP22	Corso FAD 6 ore	D.Lgs. 81/08: aggiornamento formazione specifica.	1° e 2° semestre	FAD	240 operatori delle diverse UUOO	D.Lgs 81/2008 e successive integrazioni
8SPP22	Corso FAD 16 ore	Accordo Stato-Regioni di cui al D.Lgs81/08:versione dirigenti	1° e 2° semestre	FAD	10 dirigenti	D.Lgs 81/2008 e successive integrazioni
9SPP22	Corso FAD 5 ore	Accordo Stato-Regioni di cui al D.Lgs81/08: versione preposti	1° e 2° semestre	FAD	10 preposti	D.Lgs 81/2008 e successive integrazioni
10SPP22	Corso FAD 6 ore	Accordo Stato-Regioni di cui al D.Lgs81/08:versione aggiornamento	1° e 2° semestre	FAD	10 dirigenti	D.Lgs 81/2008 e successive integrazioni

		dirigenti				
11SPP22	Corso FAD 6 ore	Accordo Stato-Regioni di cui al D.Lgs81/08: versione aggiornamento preposti	1° e 2° semestre	FAD	10 preposti	D.Lgs 81/2008 e successive integrazioni
12DA22	Corso 2 ore	Legge 190 Anticorruzione	1° e 2° semestre	Esine	30 operatori	Legge 190/2012
13SPP22	Corso 8 ore - 2 edizioni	Le dinamiche di aggressione agli operatori, prevenzione e tecniche di gestione comunicativa	1° e 2° semestre	Esine	100 operatori identificati con rischio aggressione	D.Lgs 81/2008 e successive integrazioni
14SPP22	Corso 10 ore	Radioprotezione -versione lavoratori e pazienti	1° e 2° semestre	Esine	30 operatori	Decreto Lgs 101/2020
15SPP22	Corso fad 2 ore	Rischio gas anestetici /alogenati	1° e 2° semestre	FAD	30 operatori	D.Lgs 81/2008 e successive integrazioni

2 FORMAZIONE STRATEGICA

2.1 Area di riferimento: MANAGEMENT SANITARIO - INNOVAZIONE GESTIONALE E SPERIMENTAZIONE DI MODELLI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI

Codice	Tipologia Formativa	Titolo evento	Arco temporale	Sede	Destinatari	Obiettivi/indicatori di impatto organizzativo
16AGRU22	corso 18 ore	Dal processo di lavoro al raggiungimento dei risultati: progetto 27hr – fase 2	1° semestre	Esine	30 Personale AGRU	Migliorare il clima organizzativo ed il lavoro di squadra
17FARM22	Corso 12 ore	Lavoro di squadra	2° semestre	Esine	30 Infermieri, farmacisti, tecnici amministrativi	Rinforzo delle competenze acquisite durante il corso del 2021 circa gli aspetti relazionali nel gruppo e con l'esterno
18SITRA22	Corso 8 ore	Time management in sanità	1° semestre	Esine	9 coordinatori	Migliorare la competenza nella

Mod./ASST

AZIENDA SOCIO-SANITARIA TERRITORIALE DELLA VALCAMONICA

Sede legale: Breno (Bs) - Via Nissolina, 2 - tel. 0364.3291 - fax 0364.329310 - CF/P.IVA n.03775830981
 www.asst-valcamonica.it PEC: protocollo@pec.asst-valcamonica.it

						gestione del tempo quale fattore determinante nell'organizzazione del lavoro.
19SITRA22	Corso 8 ore – 2 edizioni	Cambiamento organizzativo	2° semestre	Esine	30 coordinatori	Acquisire competenza nel modificare l'organizzazione dell'assistenza e nella gestione delle criticità
20SITRA22	Corso 8 ore – 2 edizioni	Il sistema di valutazione del personale: seconda parte	1° semestre	Esine	30 coordinatori	Approfondimento delle competenze per la valutazione delle prestazioni: strumenti e processi
21SITRA22	Corso 4 ore	Riedizione corso base e implementazione corso avanzato SIGMA PLANNER	1° semestre	Esine	30 coordinatori sitra	Superare la persistenza di alcune difformità di inserimento turnistica, anche per il personale neo inserito per incarico di funzione
22SITRA22	Corso 8 ore	La conduzione dei gruppi di lavoro	2° semestre	Esine	9 coordinatori sitra	Carente capacità di conduzione dei lavori di gruppo, difficoltà nella gestione organizzazione dei tempi di lavoro
23DG22	Corso 16 ore	I progetti di ricerca ed innovazione sanitaria: formazione alla metodologia	1° semestre	Esine	30 Personale ASST Valcamonica	Acquisire competenze metodologiche per costruire i progetti di ricerca
24DG22	Corso 20 ore	Formazione manageriale orientata al lavoro di Squadra	1° e 2° semestre	Esine	30 Direttori di UO	Migliorare il clima organizzativo e le relazioni interaziendali

25DG22	Convegno 3 ore	La giornata della ricerca	2 semestre	Esine	(30) Tutto il personale	Presentare i progetti di ricerca
--------	----------------	---------------------------	------------	-------	-------------------------	----------------------------------

3 FORMAZIONE APERTA AGLI ESTERNI

3.1 Area di riferimento: INTEGRAZIONE TRA ASSISTENZA TERRITORIALE ED OSPEDALIERA

Codice	Tipologia Formativa	Titolo evento	Arco temporale	Sede	Destinatari	Obiettivi/indicatori di impatto organizzativo
26IRT22	FSC -Gruppo di miglioramento 8 ore	Integrazione sociosanitaria e sociale: il dialogo tra Enti, ADI, RSA Aperta e SAD	2° semestre	Esine	105 (medici, infermieri, psicologi, MMG e vari operatori)	Integrazione sociosanitaria e sociale che comprenda anche il dialogo tra Enti ADI RSA Aperta e SAD
27AGR22	Corso webinar 4 ore	Giornata della Trasparenza Interaziendale	1° semestre	Esine	50 operatori per azienda in presenza e 100 online	Aumentare la crescita della consapevolezza in materia di trasparenza e anticorruzione
28ORL22	Corso 5 ore	Non la vertigine ma le vertigini: opinioni a confronto	1° semestre	Esine	30 Medici, infermieri, audiometristi, fisioterapisti	La vertigine, semplificare la diagnosi, possibile approccio ragionato multidisciplinare.
29CHI22	Convegno 5 ore	Up date sulla gestione dei tumori dello stomaco e della giunzione esofago-gastrica	30 aprile	Esine	30 Medici, infermieri Medicina e chirurgia - MMG	Aumento delle conoscenze in ambito diagnostico e terapeutico del paziente con tumore dello stomaco e della giunzione esofago-gastrica
30RIAB22	FSC 8 ore	Integrazione ASST/territorio, aspetti legati all'intervento riabilitativo	1° e 2° semestre	Esine	32 (fisioterapisti, logopedisti)	Continuare l'integrazione delle competenze ASST/territorio iniziata dall'IRT, specifica per il personale della riabilitazione.

4 FORMAZIONE TRASVERSALE

4.1 Area di riferimento: CONTENUTI TECNICO PROFESSIONALI (CONOSCENZE E COMPETENZE) SPECIFICI DI CIASCUNA PROFESSIONE/SPECIALIZZAZIONE ED ATTIVITÀ' ULTRA SPECIALISTICA

Codice	Tipologia Formativa	Titolo evento	Arco temporale	Sede	Destinatari	Obiettivi/indicatori di impatto organizzativo
31RIAB22	Corso 8 ore – 2 edizioni	Il paziente con il Morbo di Parkinson: eziopatologia e gestione clinica riabilitativa	2° semestre	Esine	30 Infermieri, medici e FT riab spec. Palestre	Acquisire nuove competenze circa la gestione assistenziale e riabilitativa del paziente affetto da Morbo di Parkinson
32DM22	Corso 4 ore	La lettura del monitor ECG e le principali aritmie	1° e 2° semestre	Esine	90 (infermieri cardiologia, medicina dialisi, pneumologia)	Formare il personale di recente assunzione sul tema e aumentare l'attenzione per le situazioni critiche e prevenire le urgenze
33DMP22	Corso FAD online	Le certificazioni in sanità: i mille dubbi	1° e 2° semestre	FAD	30 Tutti i Dirigenti Medici UUOO Degenza/Ambulatori, tutti gli Amministrativi UUOO degenza, tutti i coordinatori UUOO Degenza/servizi	Fornire conoscenze per saper gestire la compilazione dei certificati di sanità e conoscere le implicazioni medico legali
34DMP22	Corso 4 ore	Aggiornamenti sul sistema dei DRG: dalla teoria alla pratica	1° e 2° semestre	Esine	85 (Dirigenti medici UUOO Degenza/Ambulatori, Amministrativi UUOO Degenza, Coordinatori UUOO Degenza/servizi)	Fornire informazioni sull'importanza della corretta compilazione della SDO, le linee guida per la codifica della SDO in ambito medico e chirurgico
35DMP22	Corso 3 ore	Inserimento personale neoassunto	1° e 2° semestre	Esine	30 Tutto il personale sanitario e amministrativo neoassunto	Fornire informazioni sull'utilizzo dei principali applicativi e strumenti digitali aziendali
36DEA22	Corso 8 ore	Gestione dello shock in pronto soccorso; chi deve fare e che cosa	1° semestre	Esine	150 (medici, infermieri ed OSS di RIA, PS, PSE, BO, BOE)	Fornire strumenti idonei a garantire uniformità di interventi nei confronti dello shock in Pronto Soccorso, focus sulla gestione della sepsi e l'utilizzo dei liquidi in emergenza
37AGRM22	Corso 16 ore	Ruolo e funzioni del DEC nei	1° semestre	Esine	25/30 partecipanti	Gestione più efficiente e più efficace

		rapporti con il RUP e con gli uffici di supporto anche alla luce del nuovo Regolamento per la corresponsione del fondo incentivante per funzioni tecniche				dei contratti d'appalto con particolare riguardo ai contratti di "servizi"
38AGR22	Corso 4 ore	Libera professione in ambito ospedaliero	1° e 2° semestre	Esine	14 (Direttori UO AGRF- AGR-AGRU- DMP, AGR Presidio, AGRF, AGRU)	Aggiornamento, alla luce delle diverse esperienze extra-aziendali, in materia di libera professione con formazione sotto il profilo economico, giuridico e organizzativo
39FORM22	Corso 16 ore	Formare i formatori	1° semestre	Esine	25 (tutte le professioni sanitarie e altre qualifiche professionali)	Percorso specifico di formazione per gli istruttori, i tutor e i docenti dei corsi, richiesto anche dagli standard di qualità della commissione regionale ECM
40FORM22	Corso 16 ore	Confronto e condivisione dei processi e dell'organizzazione del lavoro	1° e 2° semestre	Esine	5 (tutte le professioni sanitarie e altre qualifiche professionali)	Incontri periodici di formazione e gestione amministrativa del team di lavoro, con la possibilità di avere consulenti su tematiche specifiche

4.2 Area di riferimento: ASPETTI RELAZIONALI (COMUNICAZIONE INTERNA ED ESTERNA CON IL PAZIENTE E UMANIZZAZIONE DELLE CURE)

Codice	Tipologia Formativa	Titolo evento	Arco temporale	Sede	Destinatari	Obiettivi/indicatori di impatto organizzativo
41UCP22	FSC 14 ore	Gestione psicologica del paziente in Hospice	1° e 2° semestre	Esine	26 (medici, infermieri, oss, psicologo, assistente sociale, amministrativo)	Incontri in equipe con la psicologa per definire le modalità di approccio con i familiari
42CH22	Corso 12 ore – 2 edizioni	Ascoltare è Prendersi cura	1° e 2° semestre	Esine	30 Personale infermieristico e OSS della Chirurgia	Migliorare la consapevolezza delle competenze nelle relazioni con il paziente.

43DIA22	Corso 8 ore – 2 edizioni	Le tecniche e le strategie per gestire la comunicazione con il pz cronico	2° semestre	Esine	24 (infermieri e medici)	Formare sulla comunicazione con il paziente cronico e tra i colleghi
---------	--------------------------	---	-------------	-------	--------------------------	--

4.3 Area di riferimento: LINEE GUIDA - PROTOCOLLI - PROCEDURE - DOCUMENTAZIONE CLINICA

Codice	Tipologia Formativa	Titolo evento	Arco temporale	Sede	Destinatari	Obiettivi/indicatori di impatto organizzativo
44UQ22	FSC 6 ore	Semplificazione del Sistema di gestione per le Qualità attraverso l'implementazione di un Software di gestione	1° e 2° semestre	Esine	110 tutte le qualifiche	Fornire gli strumenti necessari per l'utilizzo del Software di gestione e acquisire le nozioni di base
45DEA22	FSC 14 ore – 2 edizioni	Implementazione del SGQ, aspetti organizzativi e acquisizione di competenze tecnico professionali nelle UUOO afferenti al Dipartimento Emergenza Accettazione	1° e 2° semestre	Esine	150 (medici, infermieri ed OSS di RIA, PS, PSE, BO, BOE)	Fornire strumenti idonei a garantire uniformità di interventi, approfondire e condividere tematiche cliniche ed organizzative
46CIO22	FSC 10 ore	Prevenzione e sorveglianza delle IOS: approccio multidisciplinare	1° e 2° semestre	Esine	22 (infermieri, assistenti, sanitari, Dirigenti Medici)	Formazione continua ICI
47SITRA22	FSC 30 ore	Progetto di addestramento e affiancamento individualizzato	1° e 2° semestre	Esine	10 Neo-inseriti	Acquisire conoscenze tecnico-professionali e cliniche, implementare il SGQ, analizzare i casi clinici, migliorare le capacità di lavorare in équipe e l'organizzazione dell'U.O.
48CIO22	FAD	Gestione della sepsi	1° e 2° semestre	FAD	30 Tutti gli operatori UO Inf e Dirigenti Medici	Migliorare l'aderenza alle procedure

49CIO22	Convegno	Prevenzione delle IOS	2° semestre	Esine	30 Inf Dirigenti Medici	Fornire conoscenze circa le recenti linee guida
50DM22	FSC 14 ore	Implementazione SGQ e aspetti organizzativi del dipartimento medico	1° semestre	Esine	150 (medicina 1,2 Edolo, pneumologia, cardiologia, dialisi)	Approfondire e condividere tematiche cliniche ed organizzative
51DSERV22	FSC 7 incontri	Implementazione del SGQ e aspetti organizzativi del Dipartimento dei Servizi	1° e 2° semestre	Esine	100 Tutte le figure professionali	Acquisire conoscenze tecnico-professionali e cliniche, implementare il SGQ, analizzare i casi clinici, migliorare le capacità di lavorare in équipe e l'organizzazione dell'Unità Operativa
52DMP22	FSC 7 incontri	Implementazione del SGQ e aspetti organizzativi nelle UUOO aziendali	1° e 2° semestre	Esine	60 Tutte le figure professionali (spp-sitra-dmp-cdl-aipal ,poliamb)	Acquisire conoscenze tecnico-professionali e cliniche, implementare il SGQ, analizzare i casi clinici, migliorare le capacità di lavorare in équipe e l'organizzazione dell'Unità Operativa
53DCH22	FSC 7 incontri	Implementazione del SGQ e aspetti organizzativi del Dipartimento Chirurgico	1° e 2° semestre	Esine	100 Tutte le figure professionali	Acquisire conoscenze tecnico-professionali e cliniche, implementare il SGQ, analizzare i casi clinici, migliorare le capacità di lavorare in équipe e l'organizzazione dell'Unità Operativa
54DMI22	FSC 7 incontri	Implementazione del SGQ e aspetti organizzativi del Dipartimento Materno Infantile	1° e 2° semestre	Esine	80 Tutte le figure professionali	Acquisire conoscenze tecnico-professionali e cliniche, implementare il SGQ, analizzare i casi clinici, migliorare le capacità di lavorare in équipe e l'organizzazione dell'Unità Operativa
55DFCP22	FSC 14 ore	Implementazione del SGQ e aspetti organizzativi nelle UUOO afferenti al dipartimento delle fragilità e cure palliative	1° e 2° semestre	Esine	111 (medici, infermieri, oss, fisioterapisti, logopedisti, psicologi, amministrativo)	Acquisire competenze tecniche e assistenziali per migliorare l'integrazione delle UUOO afferenti al Dipartimento delle Fragilità e delle Cure Palliative

56SIMT22	FSC 7 incontri	Analisi FMCA nei processi della sala prelievi	1° e 2° semestre	Esine	15 Medici e tecnici	Consolidare il processo di accreditamento
57LAB22	FSC 7 incontri	Il processo di miglioramento nella gestione delle attività di laboratorio	2° semestre		35 medici e biologi, tecnici di laboratorio	Consolidare il processo di accreditamento e favorire un miglioramento nell'uso delle apparecchiature

4.4 Area di riferimento: FRAGILITA' (MINORI/ ANZIANI/ TOSSICODIPENDENTI/ SALUTE MENTALE): TUTELA DEGLI ASPETTI ASSISTENZIALI E SOCIO-ASSISTENZIALI

Codice	Tipologia Formativa	Titolo evento	Arco temporale	Sede	Destinatari	Obiettivi/indicatori di impatto organizzativo
58DSM22	FSC 7 incontri	Implementazione del SGQ e aspetti organizzativi nel Dipartimento Salute Mentale	1° e 2° semestre	Esine	100 Tutte le figure professionali	Acquisire conoscenze tecnico-professionali e cliniche, implementare il SGQ, analizzare i casi clinici, migliorare le capacità di lavorare in équipe e l'organizzazione dell'Unità Operativa
59DSS22	FSC 6 incontri - 14 ore	Assistenti sociali a confronto	1° e 2° semestre	Esine	20 assistenti sociali	Si lavora sulla stesura della procedura professionale partendo Family Group Conference e da una conoscenza del lavoro che svolgono gli assistenti sociali
60DSS22	Corso 8 ore	Family Group Conference	1° semestre	Esine	26 (assistenti sociali, psicologi)	Formazione sull'uso dello strumento della Family Group Conference quale valido modello per favorire la partecipazione diretta della famiglia alla soluzione dei problemi che si trova ad affrontare
61DSM22	Corso 6 ore per edizione	La comunità che cura. Risorse territoriali per favorire l'inclusione sociale di persone con problemi di	1° semestre	Esine	30 Tutte le figure del DSM	Dare una risposta alle problematiche relative alla salute mentale strutturando percorsi volti a favorire

		salute mentale: area lavoro, abitare e socialità				l'integrazione delle politiche e delle pratiche del sistema sanitario con quello del lavoro, della casa e della socialità
62DSM22	FSC 20 ore	Supervisione di casi	1° e 2° semestre	Esine	30 Psicologi, assistenti sociali, medici specialisti, ostetriche	Supervisione circa le situazioni che necessitano di una presa in carico dei servizi sempre più complesse e che coinvolgono operatori di diversi servizi
63DSM22	FSC 12 ore	Comunità di pratica degli psicologi	1° e 2° semestre	Esine	30 Psicologi, tirocinanti psicologi	Condivisione di strumenti professionali e analisi di casi clinici
64DS22	Corso 12 ore	Percorso di presa in carico della donna vittima di violenza	1° semestre	Esine	30 Personale sanitario varie UUOO	Migliorare la conoscenza e la competenza per gestire la donna vittima di violenza in Ospedale

4.5 Area di riferimento: LA SICUREZZA DEL PAZIENTE. RISK MANAGEMENT

Codice	Tipologia Formativa	Titolo evento	Arco temporale	Sede	Destinatari	Obiettivi/indicatori di impatto organizzativo
65GRC22	Corso 6 ore- 3 edizioni	La gestione del rischio clinico	1° e 2° semestre	Esine	50 Personale sanitario UUOO di degenza e ambulatoriale	Aumentare la sicurezza del paziente, ridurre il contenzioso legale, monitorare le attività a più elevato rischio
66PED22	Corso 9 ore- due edizioni	Corso teorico pratico di Rianimazione Neonatale	1° semestre	Esine	69 (ostetriche, ginecologi, infermieri dell'UO di pediatria, pediatri, anestesisti)	Fornire le basi per la valutazione del neonato nell'immediato post partum e avere le competenze per la Rianimazione Neonatale in sala parto
67DS22	Corso 5 ore - 25 ediz.	BLSD Blended	1° e 2° semestre	Esine	500 operatori	Mantenere le competenze per attuare le manovre di rianimazione cardiopolmonare (RCP) di base e con Defibrillatore Automatico Esterno (DAE), secondo linee guida comunemente riconosciute e validate a livello internazionale

68DS22	Corso 4 ore- 2 edizione	PBLSD Retraining	1° e 2° semestre	Esine	40 operatori: pediatri, infermieri, ostetriche, assistenti sanitari, personale della NPIA	Mantenere la competenza acquisita con il corso base sulla rianimazione pediatrica
--------	-------------------------	------------------	------------------	-------	---	---

5 .FORMAZIONE SPECIFICA DI UO

5.1 Area di riferimento: CONTENUTI TECNICO PROFESSIONALI (CONOSCENZE E COMPETENZE) SPECIFICI DI CIASCUNA PROFESSIONE/SPECIALIZZAZIONE ED ATTIVITA' ULTRASPECIALISTICA

Codice	Tipologia Formativa	Titolo evento	Arco temporale	Sede	Destinatari	Obiettivi/indicatori di impatto organizzativo
69OST22	Corso 8 ore – 2 edizioni	Valutazione e rieducazione pelvi perineale nel post partum e in puerperio	1° semestre	Esine	50 (ostetriche, ginecologi, infermieri)	Aumentare le competenze degli operatori di UO di Ost/Gin in merito alla valutazione del rischio di sviluppare incontinenza pelvi perineale nel post partum e nel puerperio e per il percorso di riabilitazione pelvi perineale
70RIAB22	Corso 8 ore – 2 edizioni	Il diaframma: valutazione e proposta riabilitativa con la terapia manuale	2° semestre	Esine	30 interni 2 NPIA (fisioterapisti)	Aggiornamento circa la valutazione e l'intervento riabilitativo del diaframma attraverso la terapia manuale
71DEA22	Corso 8 ore	Formazione Triage in Pronto Soccorso: introduzione della nuova codifica AREU	1° e 2° semestre	Esine	60 (medici, infermieri, OSS, di PS, PSE)	Fornire strumenti idonei a garantire uniformità in merito all'assegnazione del codice in triage in base alle nuove indicazioni AREU
72AGR22	Corso 8 ore	La gestione documentale tra conferme e novità	1° e 2° semestre	Esine	30 (AGR Breno, operatori amm.vi)	Uniformare i processi di classificazione, conservazione e digitalizzazione della documentazione e degli atti
73RIA22	Corso 4 ore	Corso teorico pratico sulle tracheostomie	2° semestre	Esine	25 Medici rianimatori	Formare i medici sulle tecniche chirurgiche
74RIA22	Corso 4 ore	TIVA e TCI come anestesia moderna	1° semestre	Esine	20 Anestesisti e nurse di sala	Acquisire competenza relativa ad un

					operatoria	tipo di anestesia endovenosa (TCi) senza utilizzo sevorane
75RIA22	Corso 4 ore	Implementazione della tecnica di misurazione della pressione transpolmonare mediante palloncino esofageo nutritivo	1° semestre	Esine	20 Anestesisti	Aumentare la conoscenza della tecnica al fine di determinare con precisione il lavoro respiratorio e dello stress polmonare.
76RIA22	Corso 4 ore	Corso nutrizione. La visione copernicana dopo quella tolemaica	2° semestre	Esine	20 Anestesisti Esine	Miglioramento del percorso clinico e ottimizzazione del percorso nutrizionale

5.2 Area di riferimento: TRATTAMENTO DEL DOLORE ACUTO E CRONICO. PALLIAZIONE

Codice	Tipologia Formativa	Titolo evento	Arco temporale	Sede	Destinatari	Obiettivi/indicatori di impatto organizzativo
77UCP22	Corso 8 ore	La gestione del paziente in Hospice	1° semestre	Esine	26 (medici, infermieri, oss, psicologo, assistente sociale, amministrativo)	Aggiornamento riguardo la presa in carico, assistenza e gestione del paziente ricoverato in Hospice

5.3 Area di riferimento: FRAGILITA' (MINORI/ ANZIANI/ TOSSICODIPENDENTI/ SALUTE MENTALE): TUTELA DEGLI ASPETTI ASSISTENZIALI E SOCIO-ASSISTENZIALI

Codice	Tipologia Formativa	Titolo evento	Arco temporale	Sede	Destinatari	Obiettivi/indicatori di impatto organizzativo
78NPIA22	Corso 3 incontri da 3 ore	Parent training: genitori e autismo	2° semestre	Esine	20 (operatori NPIA, medici, psicologi, assistenti sociali, terapeuti)	Intervento rivolto ai genitori di bambini con disturbi del neurosviluppo da utilizzare sia in forma individuale che in gruppo

5.4 Area di riferimento: LINEE GUIDA - PROTOCOLLI - PROCEDURE - DOCUMENTAZIONE CLINICA

Codice	Tipologia Formativa	Titolo evento	Arco temporale	Sede	Destinatari	Obiettivi/indicatori di impatto organizzativo
79DS22	Corso 5 ORE	Piano Pandemico aziendale	1° e 2° semestre	Esine	Tutto il personale identificato	Ottemperare alla richiesta di Regione Lombardia

Data 1/02/2022

Firma RUO: Elena Fanetti

MISURE DI PREVENZIONE – TRATTAMENTO						
TIPOLOGIA DI MISURA (Generale – Specifica)	DESCRIZIONE MISURA	DESTINATARI - RESPONSABILI	INDICATORE	PERIODICITA'	SCADENZE – MODALITÀ DI REPORT MONITORAGGIO	MONITORAGGIO ATTUAZIONE MISURE DI PREVENZIONE
Formazione	Formazione di tutto il personale dipendente in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza	Personale dipendente	Corso di formazione fad/presenza, organizzato da FORM, per popolazione da definire congiuntamente a FORM (non inferiore < 200)	Semestrale	Report al 31.5 ed al 30.11 concernente l'indicatore	
Formazione	Organizzazione giornata della trasparenza	RPCT – Altri operatori definiti	Organizzazioni, anche congiuntamente con altri enti del SSR, della giornata della trasparenza entro il 31.12.2022	Annuale	Report al 30.11 concernente l'indicatore	
Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento	Codice di comportamento	RPCT – AGR – AGRU	Valutazione, entro il 30.5, della necessità di aggiornamento del Codice di Comportamento vigente; entro il 30.11 aggiornamento, se necessario secondo Linee Guida ANAC	Annuale	Report al 30.11 concernente l'indicatore	
Rotazione	Rotazione nell'affidamento dell'incarico di responsabilità dei procedimenti di competenza	Tutte le articolazioni aziendali	Assenza di tipologie di procedimento con unico responsabile del procedimento (salva motivazione dettagliata)	Annuale	Report al 30.11 concernente l'indicatore	
Rotazione	Rotazione nell'affidamento dell'incarico di responsabilità dei procedimenti di competenza	Tutte le articolazioni aziendali	Affidamento congiunto delle funzioni istruttorie / di responsabilità dei procedimenti a più soggetti per procedimenti > 30%	Annuale	Report al 30.11 concernente l'indicatore	
Rotazione	Rotazione straordinaria	AGRU	Comunicazione in ordine a misure di rotazione straordinaria effettuata in applicazione della vigente normativa e regolamentazione	Puntuale	Report al verificarsi dell'evento di rotazione straordinaria	
Disciplina del conflitto di interessi	Attuazione Codice di comportamento	Tutte le articolazioni aziendali	Report circa violazioni delle disposizioni del Codice di Comportamento da parte di ogni articolazione aziendale, avente o non avente rilievo disciplinare / penale	Annuale	Report al 30.11 concernente l'indicatore	
Segnalazione e protezione	Tutela del dipendente che segnala illeciti	RPCT	Diffusione entro il 31.5 attraverso la rete internet aziendale delle procedure di segnalazione e delle relative misure di tutela; Comunicazione, nei termini stabiliti da Regione Lombardia, delle segnalazioni raccolte e del trattamento effettuato	Semestrale	Report al 31.5 ed al 30.11 concernente l'indicatore	
Segnalazione e protezione	Tutela del dipendente che segnala illeciti	RPCT	Verifica, entro il 31.5, dell'adeguatezza della procedura esistente alla L. n.179/2019; Proposta, entro il 30.11, di eventuali misure emendative	Semestrale	Report al 31.5 ed al 30.11 concernente l'indicatore	
Sensibilizzazione e partecipazione	Diffusione consapevolezza misure aziendali in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	RPCT	Diffusione, entro il 28.2 (o diverso termine in caso di proroga del termine di adozione del PTPCT), del testo del PTPCT attraverso la rete intranet/sito internet	Puntuale	Report al verificarsi dell'evento di rotazione straordinaria	
Controllo	Rispetto dei termini procedurali	Tutte le articolazioni aziendali	Casi di violazione dei termini procedurali < 0 (in caso di valore diverso, giustificazione e dettaglio misure correttive)	Semestrale	Report al 31.5 ed al 30.11 concernente l'indicatore	
Regolazione dei rapporti con i "rappresentanti di interessi particolari" (lobbies).	Patti di integrità	Tutte le articolazioni aziendali che provvedono all'affidamento di lavori, servizi e forniture	Piena applicazione DGR n.IX/1299/2014	Semestrale	Report al 31.5 ed al 30.11 concernente l'indicatore	
Controllo	Prevenzione fenomeni di riciclaggio	Gestore delle segnalazioni – tutte le articolazioni aziendali	Piena applicazione regolamentazione aziendale (decreti n.836/2017 e 1126/2018)	Semestrale	Report al 31.5 ed al 30.11 concernente l'indicatore	
Regolamentazione	Specifica regolamentazione in materia di donazioni	AGRF (con supporto AGR/STP/SI/AGRM)	Recepimento, entro il 30.11, delle indicazioni ORAC di cui alle deliberazioni n.13/2020 e 24/2021	Annuale	Report al 30.11 concernente l'indicatore	
Trasparenza	Pubblicazione donazioni connesse al contrasto all'emergenza epidemiologica	AGRF	Adempimento degli obblighi di pubblicazione secondo gli indirizzi MEF/ANAC	Semestrale	Report al 31.5 ed al 30.11 concernente l'indicatore	
Trasparenza	Pubblicazione interventi straordinari ed urgenti	Tutte le articolazioni aziendali	Pubblicazioni nel rispetto delle previsioni dell'art.42 D.Lgs n.33/2013	Semestrale	Report al 31.5 ed al 30.11 concernente l'indicatore	
Regolamentazione	Interventi straordinari ed urgenti – procedura aziendale	AGRM/SIC/SI/STB	Proposta, entro il 30.11, di una procedura aziendale omogenea per le diverse articolazioni aziendali in materia di interventi straordinari e di urgenza	Annuale	Report al 30.11 concernente l'indicatore	
Controllo	Smart working (e similari)	AGRU	Verifica della congruità della prestazioni lavorativa, anche tramite apposita procedura / modulistica	Semestrale	Report al 31.5 ed al 30.11 concernente l'indicatore	

Area di Rischio	Rischio Specifico
PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI PRIVI/CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO	ABUSO NELL'ADOZIONE DI PROVVEDIMENTI AVENTI AD OGGETTO CONDIZIONI DI ACCESSO A SERVIZI PUBBLICI AL FINE DI AGEVOLARE PARTICOLARI SOGGETTI (ES. INSERIMENTO IN CIMA A UNA LISTA DI ATTESA).
PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI PRIVI/CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO	RICONOSCIMENTO INDEBITO DELL'ESENZIONE DAL PAGAMENTO DI TICKET SANITARI AL FINE DI AGEVOLARE DETERMINATI SOGGETTI.
CONTRATTI PUBBLICI	ACCORDI COLLUSIVI TRA LE IMPRESE PARTECIPANTI A UNA GARA VOLTI A MANIPOLARNE GLI ESITI, UTILIZZANDO IL MECCANISMO DEL SUBAPPALTO COME MODALITÀ PER DISTRIBUIRE I VANTAGGI DELL'ACCORDO A TUTTI I PARTECIPANTI ALLO STESSO;
CONTRATTI PUBBLICI	DEFINIZIONE DEI REQUISITI DI ACCESSO ALLA GARA E, IN PARTICOLARE, DEI REQUISITI TECNICO - ECONOMICI DEI CONCORRENTI AL FINE DI FAVORIRE UN'IMPRESA (ES.: CLAUSOLE DEI BANDI CHE STABILISCONO REQUISITI DI QUALIFICAZIONE);
CONTRATTI PUBBLICI	USO DISTORTO DEL CRITERIO DELL'OFFERTA ECONOMICAMENTE PIÙ VANTAGGIOSA, FINALIZZATO A FAVORIRE UN'IMPRESA;
CONTRATTI PUBBLICI	UTILIZZO DELLA PROCEDURA NEGOZIATA E ABUSO DELL'AFFIDAMENTO DIRETTO AL DI FUORI DEI CASI PREVISTI DALLA LEGGE AL FINE DI FAVORIRE UN'IMPRESA;
CONTRATTI PUBBLICI	AMMISSIONE DI VARIANTI IN CORSO DI ESECUZIONE DEL CONTRATTO PER CONSENTIRE ALL'APPALTATORE DI RECUPERARE LO SCONTO EFFETTUATO IN SEDE DI GARA O DI CONSEGUIRE EXTRA GUADAGNI;
CONTRATTI PUBBLICI	ABUSO DEL PROVVEDIMENTO DI RECESSO DAL CONTRATTO D'APPALTO AL FINE DI BLOCCARE UNA GARA IL CUI RISULTATO SI SIA RIVELATO DIVERSO DA QUELLO ATTESO O DI CONCEDERE UN INDENNIZZO ALL'AGGIUDICATARIO;
CONTRATTI PUBBLICI	ELUSIONE DELLE REGOLE DI AFFIDAMENTO DEGLI APPALTI, MEDIANTE IMPROPRIO UTILIZZO DEL MODELLO PROCEDURALE DELL'AFFIDAMENTO DELLE CONVENZIONI AL FINE DI AGEVOLARE UN PARTICOLARE SOGGETTO.
CONTRATTI PUBBLICI	CONTROLLO DA PARTE DI RUP/DEC SENZA CHE VI SIA DATA MOLTA EVIDENZA SULLE ATTIVITÀ SVOLTE - RISCHIO DI UNA MANCATA ESECUZIONE COMPLETA DI QUANTO PREVISTO ALL'INTERNO DEI CONTRATTI
ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE	PREVISIONE DI REQUISITI DI ACCESSO "PERSONALIZZATI" E INSUFFICIENZA DI MECCANISMI OGGETTIVI E TRASPARENTI IDONEI A VERIFICARE IL POSSESSO DEI REQUISITI ATTITUDINALI E PROFESSIONALI RICHIESTI IN RELAZIONE ALLA POSIZIONE DA RICOPRIRE ALLO SCOPO DI RECLUTARE CANDIDATI PARTICOLARI;
ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE	ABUSO DEI PROCESSI DI STABILIZZAZIONE FINALIZZATO AL RECLUTAMENTO DI CANDIDATI PARTICOLARI;
ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE	IRREGOLARE COMPOSIZIONE DELLA COMMISSIONE DI CONCORSO FINALIZZATA AL RECLUTAMENTO DI CANDIDATI PARTICOLARI;
ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE	INOSSERVANZA DELLE REGOLE PROCEDURALI A GARANZIA DELLA TRASPARENZA E DELL'IMPARZIALITÀ DELLA SELEZIONE, QUALI, A TITOLO ESEMPLIFICATIVO, LA COGENZA DELLA REGOLA DELL'ANONIMATO NEL CASO DI PROVA SCRITTA E LA PREDETERMINAZIONE DEI CRITERI DI VALUTAZIONE DELLE PROVE ALLO SCOPO DI RECLUTARE CANDIDATI PARTICOLARI;

TITOLO

ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE	PROGRESSIONI ECONOMICHE O DI CARRIERA ACCORDATE ILLEGITTIMAMENTE ALLO SCOPO DI AGEVOLARE DIPENDENTI O CANDIDATI PARTICOLARI;
ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE	MOTIVAZIONE GENERICA E TAUTOLOGICA CIRCA LA SUSSISTENZA DEI PRESUPPOSTI DI LEGGE PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI PROFESSIONALI ALLO SCOPO DI AGEVOLARE SOGGETTI PARTICOLARI.
GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO	UTILIZZO DI QUANTO DONATO PER FINALITA' DIVERSE DA QUELLE INDICATE DAL DONATE
CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI	ATTIVITA' DI AUDIT NON TRASPARENTE E NON INDIPENDENTE
INCARICHI E NOMINE	
AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO	
ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE	MANCATO RISPETTO DEL CCNL E NORMATIVA NAZIONALE SU ALPI, CODICE DI COMPORTAMENTO
ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE	VIOLAZIONE AL PRINCIPIO DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SANITARIE
ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE	VIOLAZIONE DEGLI OBBLIGHI DI UFFICIO
ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE	VIOLAZIONE DEL PRINCIPIO DI ACCESSO DEL DIRIGENTE ALL'ALPI
LISTE DI ATTESA	
RAPPORTI CON SOGGETTI EROGATORI	
FARMACEUTICA, DISPOSITIVI E ALTRE TECNOLOGIE: RICERCA, SPERIMENTAZIONI E SPONSORIZZAZIONI	
ATTIVITÀ CONSEGUENTI AL DECESSO IN AMBITO INTRAOSPEDALIERO.	

Tipologie di misure (Generali e specifiche)
Controllo
Trasparenza
Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento
Regolamentazione
Semplificazione
Formazione
Sensibilizzazione e partecipazione
Rotazione
Segnalazione e protezione
Disciplina del conflitto di interessi
Regolazione dei rapporti con i "rappresentanti di interessi particolari" (lobbies).
Altro

Area di Rischio	Misure di prevenzione	Destinatari
AFFARI LEGALI CONTENZIOSO	E Procedimentalizzazione	Avvocatura – Ufficio attività giuridiche ispettive e contrattuali
AFFARI LEGALI CONTENZIOSO	E Procedimentalizzazione	Avvocatura – Ufficio attività giuridiche ispettive e contrattuali
AFFARI LEGALI CONTENZIOSO	E Procedimentalizzazione	Avvocatura – Ufficio attività giuridiche ispettive e contrattuali
AFFARI LEGALI CONTENZIOSO	E Trasparenza	Avvocatura – Ufficio attività giuridiche ispettive e contrattuali
CONTRATTI PUBBLICI	Gestione dei conflitti d'interesse nei processi di procurement in sanità	AGRM/SIC/SIA/ Ufficio Tecnico
CONTRATTI PUBBLICI	Controllo (tramite flussi Informativi)	AGRM/SIC/SIA/ Ufficio Tecnico
CONTRATTI PUBBLICI	Controllo (tramite flussi Informativi)	AGRM/SIC/SIA/ Ufficio Tecnico
CONTRATTI PUBBLICI	Controllo (tramite flussi Informativi)	AGRM
CONTRATTI PUBBLICI	Controllo	AGRM/SIC/SIA/ Ufficio Tecnico
CONTRATTI PUBBLICI	Programmazione	AGRM
CONTRATTI PUBBLICI	Controllo su esecuzione / Rendicontazione	AGRM/SIC/SIA/ Ufficio Tecnico
CONTRATTI PUBBLICI	Regolamentazione	AGRM
CONTRATTI PUBBLICI	Formazione	AGRM
CONTRATTI PUBBLICI	Gestione dei conflitti d'interesse nei processi di procurement in sanità	AGRM

CONTRATTI PUBBLICI	Gestione dei conflitti d'interesse nei processi di procurement in sanità	AGRM
CONTRATTI PUBBLICI	Regolamentazione	AGRM e altri Uffici che attivano procedure di scelta del contraente
GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO	Certificabilità	Direzione amministrativa/ AGRF
INCARICHI E NOMINE	Procedimentalizzazione	Direttori/Responsabili UO
INCARICHI E NOMINE	Procedimentalizzazione	AGRU
INCARICHI E NOMINE	Procedimentalizzazione	AGRU
INCARICHI E NOMINE	Procedimentalizzazione	AGRU /AGR – Presidio
INCARICHI E NOMINE	Procedimentalizzazione	AGRU /AGR – Presidio/ AGRM
ATTIVITÀ PROFESSIONALE LIBERO	Procedimentalizzazione	Direzione strategica/ AGR - Presidio / UOC Controlli, sistemi e supporto strategico
ATTIVITÀ PROFESSIONALE LIBERO	Procedimentalizzazione	Direzione strategica/ AGR - Presidio / UOC Controlli, sistemi e supporto strategico
ATTIVITÀ PROFESSIONALE LIBERO	Flussi informativi	Direzione strategica/ AGR - Presidio / CdG/ UOC Controlli, sistemi e supporto strategico
ATTIVITÀ PROFESSIONALE LIBERO	Attività di auditing	AGR - Presidio / Ufficio controlli interni/ UOC Controlli, sistemi e supporto strategico
ATTIVITÀ PROFESSIONALE LIBERO	Procedimentalizzazione	Direzione medica di Presidio
ATTIVITÀ PROFESSIONALE LIBERO	Procedimentalizzazione	AGR - Presidio / AGRU
ATTIVITÀ PROFESSIONALE LIBERO	Procedimentalizzazione	Direzione strategica/ AGR – Presidio
ATTIVITÀ PROFESSIONALE LIBERO	Procedimentalizzazione	Direzione strategica/AGR - Presidio / UOC Controlli, sistemi e supporto strategico
FARMACEUTICA, DISPOSITIVI E ALTRE TECNOLOGIE: RICERCA, SPERIMENTAZIONI E SPONSORIZZAZIONI	Meccanismi di automatizzazione delle Procedure	Farmacia ospedaliera
FARMACEUTICA, DISPOSITIVI E ALTRE TECNOLOGIE: RICERCA, SPERIMENTAZIONI E SPONSORIZZAZIONI	Procedimentalizzazione	Direzione amministrativa/ AGR – Presidio/ FORM

Iniziativa
Report al 30.6. ed al 30.11 dell'attuazione delle previsioni delle Linee guida n.12 adottate da ANAC in attuazione al D.Lgs n.50/2016.
Conferimento incarico legale tra i soggetti idonei a seguito di procedura selettiva (elenco idonei) e motivazione della scelta oppure giustificazione nei casi in cui tale opzione sia disattesa
Report al 30.6 ed al 30.11 dei soggetti incaricati nel periodo di riferimento, con evidenza di reiterazione di incarichi al medesimo professionista, con specifica Motivazione
Pubblicazione in forma riassuntiva e tabellare, entro il 31.3, degli incarichi legali conferiti nell'esercizio precedente nella sezione "Altri contenuti - dati ulteriori
Report al 30.11 dell'utilizzo di modulistica per le dichiarazioni di assenza di conflitti d'interesse e procedure per raccolta, tenuta ed aggiornamento delle stesse
Flussi informativi semestrali (entro 31.7 e 31.1 per il semestre precedente) verso il RPCT e, eventualmente, verso il Collegio Sindacale dei casi di individuazione di appaltatori in soggetti già affidatari di precedente appalto
Report, semestrale (entro 31.7 e 31.1 per il semestre precedente), delle misure adottate per assicurare flussi relativi a scostamenti tra gli importi contrattuali e gli importi corrisposti all'appaltatore, con idonea motivazione
Flussi informativi semestrali (entro 31.7 e 31.1 per il semestre precedente) verso il RPCT e, eventualmente, verso il Collegio Sindacale delle proroghe / contratti ponte, con evidenza della ragione giustificativa
Per i beni ed i servizi che non rientrano nei casi del DPCM 11.7.2018, espressa menzione nei provvedimenti autorizzativi della sussistenza di causa di esclusione, secondo la formulazione ANAC. Segnalazione casi di mancata applicazione di tale misure.
Programmazione annuale e aggiornamento con evidenza del ricorso a strumenti di centrali di committenza e con specificazione delle categorie riservate a soggetti aggregatori (secondo modalità previste da Regione Lombardia)
Pubblicazione semestrale (entro 31.7 e 31.1 per il semestre precedente) delle acquisizioni realizzate in autonomia dalla stazione appaltante, a prescindere dagli importi (tramite applicativo)
Segnalazione, al 31.7 e 31.11, di eventuali anomalie nell'applicazione del regolamento approvato con decreto n.347/2020
Partecipazione a consorzio/ unione formale d'acquisto di aziende per condivisione best practices
Aggiornamento modulistica in materia di acquisiti di beni infungibili con recepimento modulo di Regione Lombardia. Report su applicazione di tale modulistica al 30.11.

Valutazione del controllo	Descrizione della Valutazione
Sottodimensionato	I controlli previsti non consentono un'efficace riduzione del rischio oppure i controlli previsti non sono effettivamente eseguiti.
Adeguito	I controlli previsti consentono un'efficace riduzione del rischio e sono effettivamente eseguiti.
Sovradimensionato	I controlli previsti sono eseguiti e consentono una riduzione del rischio oltre il livello accettabile in rapporto al loro costo.
Non valutato	Le evidenze disponibili non consentono di valutare l'efficacia e l'effettività dei controlli.

Implementazione, secondo gli indirizzi della Direzione strategica, delle misure previste da ANAC in punto di albo nazionale dei commissari di gara. Report delle misure adottate in caso di adozione dell'albo prima del 31.12.
Report al 30.4 e al 30.11 dell'attuazione delle linee guida ANAC attuative del D.Lgs n.50/2016 o di eventuali ragioni di scostamento.
Attuazione per "percorso attuativo di certificabilità (PAC)" dei dati e del bilancio, secondo le modalità programmate con decreto n.984/2017. Comunicazione al 1.7 e al 30.11 delle misure adottate nell'ambito della fase di "consolidamento" del percorso di certificabilità come previsto con decreto n.484/2020.
Comunicazione di eventuali anomalie nelle procedure di conferimento di incarichi (dirigenziali, libero professionali etc.)
Report al 30.11 delle procedure per il conferimento degli incarichi di direttore di dipartimento e di sostituzione, con dettaglio delle modalità selettive Adottate.
Report al 30.11 che dia evidenza dell'attività, anche di natura pluriennale, di programmazione per la dotazione di personale
Report al 30.11 che dia evidenza dell'utilizzo di procedure selettive con criteri predefiniti (anche per incarichi libero professionali).
Report situazioni riconducibili alle fattispecie di cui all'art.1, co. 46, L. n. 190/2012
Aggiornamento (se necessario) della regolamentazione in materia di attività libero professionale ai sopraggiunti indirizzi regionali e alle indicazioni ORAC di cui alla deliberazione n.18 del 21.12.2020
Applicazione, entro il 30.11, di tutte le disposizioni di cui alla nuova regolamentazione approvata con decreto n.445/2019
Adempimento debiti informativi verso Regione Lombardia in materia di prestazioni LP
Verifiche sul rispetto delle disposizioni legislative e regolamentari in materia libero professionale – almeno 4 verifiche
Verifica in fase autorizzativa dell'assenza di condizioni di potenziale conflitto con i prioritari obblighi istituzionali dell'équipe, anche attraverso revisione Modulista.
Conferma automatizzazione dei sistemi di rilevazione presenza in servizio per svolgimento attività libero professionale intramuraria
Adozione formali provvedimenti di liquidazione delle competenze da riconoscere al personale Interessato
Ricognizione entro il 30.4 delle prestazioni la cui prenotazione non avviene tramite CUP. Entro il 30.11 misure organizzative per favorire accentramento e/o giustificazione organizzativa decentramento con misure preventive.
Gestione informatizzata del magazzino. Relazione su eventuali anomalie al RPCT (anche con riferimento al conto deposito Informatizzato).
Attuazione entro il 31.10.2021 del regolamento concernente le modalità di partecipazione ad eventi Formativi

VALUTAZIONE DELLE PROBABILITÀ – INDICI	
INDICE	LIVELLO
DISCREZIONALITÀ: Focalizza il grado di discrezionalità delle attività svolte o negli atti prodotti; esprime l'entità del rischio in conseguenza delle responsabilità attribuite e della necessità di dare risposta immediata all'emergenza.	ALTO
DISCREZIONALITÀ: Focalizza il grado di discrezionalità delle attività svolte o negli atti prodotti; esprime l'entità del rischio in conseguenza delle responsabilità attribuite e della necessità di dare risposta immediata all'emergenza.	MEDIO
DISCREZIONALITÀ: Focalizza il grado di discrezionalità delle attività svolte o negli atti prodotti; esprime l'entità del rischio in conseguenza delle responsabilità attribuite e della necessità di dare risposta immediata all'emergenza.	BASSO
COERENZA OPERATIVA: Coerenza tra le prassi operative sviluppate dalle unità organizzative che svolgono il processo e gli strumenti normativi e di regolamentazione che disciplinano lo stesso	ALTO
COERENZA OPERATIVA: Coerenza tra le prassi operative sviluppate dalle unità organizzative che svolgono il processo e gli strumenti normativi e di regolamentazione che disciplinano lo stesso	MEDIO
COERENZA OPERATIVA: Coerenza tra le prassi operative sviluppate dalle unità organizzative che svolgono il processo e gli strumenti normativi e di regolamentazione che disciplinano lo stesso	BASSO
RILEVANZA DEGLI INTERESSI "ESTERNI": Quantificati in termini di entità del beneficio economico e non, ottenibile dai soggetti destinatari del processo.	ALTO
RILEVANZA DEGLI INTERESSI "ESTERNI": Quantificati in termini di entità del beneficio economico e non, ottenibile dai soggetti destinatari del processo.	MEDIO
RILEVANZA DEGLI INTERESSI "ESTERNI": Quantificati in termini di entità del beneficio economico e non, ottenibile dai soggetti destinatari del processo.	BASSO
LIVELLO DI OPACITA' DEL PROCESSO: Misurato attraverso solleciti scritti da parte del RPCT per la pubblicazione dei dati, le richieste di accesso civico "semplice" e/o "generalizzato", gli eventuali rilievi da parte dell'OIV in sede di attestazione annuale del rispetto degli obblighi di trasparenza.	ALTO
LIVELLO DI OPACITA' DEL PROCESSO: Misurato attraverso solleciti scritti da parte del RPCT per la pubblicazione dei dati, le richieste di accesso civico "semplice" e/o "generalizzato", gli eventuali rilievi da parte dell'OIV in sede di attestazione annuale del rispetto degli obblighi di trasparenza.	MEDIO
LIVELLO DI OPACITA' DEL PROCESSO: Misurato attraverso solleciti scritti da parte del RPCT per la pubblicazione dei dati, le richieste di accesso civico "semplice" e/o "generalizzato", gli eventuali rilievi da parte dell'OIV in sede di attestazione annuale del rispetto degli obblighi di trasparenza.	BASSO
PRESENZA DI "EVENTI SENTINELLA": avviati dall'autorità giudiziaria o contabile o ricorsi amministrativi nei confronti dell'Ente o procedimenti disciplinari avviati nei confronti dei dipendenti impiegati sul processo in esame.	ALTO
PRESENZA DI "EVENTI SENTINELLA": avviati dall'autorità giudiziaria o contabile o ricorsi amministrativi nei confronti dell'Ente o procedimenti disciplinari avviati nei confronti dei dipendenti impiegati sul processo in esame.	MEDIO

TITOLO

PRESENZA DI "EVENTI SENTINELLA" : avviati dall'autorità giudiziaria o contabile o ricorsi amministrativi nei confronti dell'Ente o procedimenti disciplinari avviati nei confronti dei dipendenti impiegati sul processo in esame.	BASSO
LIVELLO DI ATTUAZIONE DELLE MISURE DI PREVENZIONE SIA GENERALI CHE SPECIFICHE PREVISTE DAL PTPCT PER IL PROCESSO/ATTIVITÀ : desunte dai monitoraggi effettuati dai Responsabili.	ALTO
LIVELLO DI ATTUAZIONE DELLE MISURE DI PREVENZIONE SIA GENERALI CHE SPECIFICHE PREVISTE DAL PTPCT PER IL PROCESSO/ATTIVITÀ : desunte dai monitoraggi effettuati dai Responsabili.	MEDIO
LIVELLO DI ATTUAZIONE DELLE MISURE DI PREVENZIONE SIA GENERALI CHE SPECIFICHE PREVISTE DAL PTPCT PER IL PROCESSO/ATTIVITÀ : desunte dai monitoraggi effettuati dai Responsabili.	BASSO
SEGNALAZIONE, RECLAMI pervenuti con riferimento al processo in oggetto, intese come qualsiasi informazione pervenuta a mezzo email, telefono, ovvero reclami o risultati di indagini di customer satisfaction, avente ad oggetto episodi di abuso, illecito, mancato rispetto delle procedure, condotta non etica, corruzione vera e propria, cattiva gestione, scarsa qualità del servizio.	ALTO
SEGNALAZIONE, RECLAMI pervenuti con riferimento al processo in oggetto, intese come qualsiasi informazione pervenuta a mezzo email, telefono, ovvero reclami o risultati di indagini di customer satisfaction, avente ad oggetto episodi di abuso, illecito, mancato rispetto delle procedure, condotta non etica, corruzione vera e propria, cattiva gestione, scarsa qualità del servizio.	MEDIO
SEGNALAZIONE, RECLAMI pervenuti con riferimento al processo in oggetto, intese come qualsiasi informazione pervenuta a mezzo email, telefono, ovvero reclami o risultati di indagini di customer satisfaction, avente ad oggetto episodi di abuso, illecito, mancato rispetto delle procedure, condotta non etica, corruzione vera e propria, cattiva gestione, scarsa qualità del servizio.	BASSO
PRESENZA DI GRAVI RILIEVI A SEGUITO DEI CONTROLLI INTERNI DI REGOLARITÀ AMMINISTRATIVA (art. 147-bis, c. 2, TUEL), tali da richiedere annullamento in autotutela, revoca di provvedimenti adottati, ecc.	ALTO
PRESENZA DI GRAVI RILIEVI A SEGUITO DEI CONTROLLI INTERNI DI REGOLARITÀ AMMINISTRATIVA (art. 147-bis, c. 2, TUEL), tali da richiedere annullamento in autotutela, revoca di provvedimenti adottati, ecc.	MEDIO
PRESENZA DI GRAVI RILIEVI A SEGUITO DEI CONTROLLI INTERNI DI REGOLARITÀ AMMINISTRATIVA (art. 147-bis, c. 2, TUEL), tali da richiedere annullamento in autotutela, revoca di provvedimenti adottati, ecc.	BASSO
CAPACITÀ DELL'ENTE DI FAR FRONTE ALLE PROPRIE CARENZE ORGANIZZATIVE NEI RUOLI DI RESPONSABILITÀ (Dirigenti, PO) attraverso l'acquisizione delle corrispondenti figure apicali anziché l'affidamento di interim	ALTO
CAPACITÀ DELL'ENTE DI FAR FRONTE ALLE PROPRIE CARENZE ORGANIZZATIVE NEI RUOLI DI RESPONSABILITÀ (Dirigenti, PO) attraverso l'acquisizione delle corrispondenti figure apicali anziché l'affidamento di interim	MEDIO
CAPACITÀ DELL'ENTE DI FAR FRONTE ALLE PROPRIE CARENZE ORGANIZZATIVE NEI RUOLI DI RESPONSABILITÀ (Dirigenti, PO) attraverso l'acquisizione delle corrispondenti figure apicali anziché l'affidamento di interim	BASSO

DESCRIZIONE
Ampia discrezionalità relativa sia alla definizione di obiettivi operativi che alle soluzioni organizzative da adottare, necessità di dare risposta immediata all'emergenza
Apprezzabile discrezionalità relativa sia alla definizione di obiettivi operativi che alle soluzioni organizzative da adottare, necessità di dare risposta immediata all'emergenza
Modesta discrezionalità sia in termini di definizione degli obiettivi sia in termini di soluzioni organizzative da adottare ed assenza di situazioni di emergenza
Il processo è regolato da diverse norme sia di livello nazionale sia di livello regionale che disciplinano singoli aspetti, subisce ripetutamente interventi di riforma, modifica e/o integrazione da parte sia del legislatore nazionale sia di quello regionale, le pronunce del TAR e della Corte dei Conti in materia sono contrastanti. Il processo è svolto da una o più unità operative.
Il processo è regolato da diverse norme di livello nazionale che disciplinano singoli aspetti, subisce ripetutamente interventi di riforma, modifica e/o integrazione da parte sia del legislatore nazionale, le pronunce del TAR e della Corte dei Conti in materia sono contrastanti. Il processo è svolto da una o più unità operative.
La normativa che regola il processo è puntuale, è di livello nazionale, non subisce interventi di riforma, modifica e/o integrazione ripetuti da parte del legislatore, le pronunce del Tar e della Corte dei Conti in materia sono uniformi, il processo è svolto da un'unica unità operativa.
Il processo dà luogo a consistenti benefici economici o di altra natura per i destinatari.
Il processo dà luogo a modesti benefici economici o di altra natura per i destinatari.
Il processo dà luogo a benefici economici o di altra natura per i destinatari con impatto scarso o irrilevante.
Il processo è stato oggetto nell'ultimo anno di solleciti da parte del RPCT per la pubblicazione dei dati, richieste di accesso civico "semplice" e/o "generalizzato", e/o rilievi da parte dell'OIV in sede di attestazione annuale del rispetto degli obblighi di trasparenza.
Il processo è stato oggetto negli ultimi tre anni di solleciti da parte del RPCT per la pubblicazione dei dati, richieste di accesso civico "semplice" e/o "generalizzato", e/o rilievi da parte dell'OIV in sede di attestazione annuale del rispetto degli obblighi di trasparenza.
Il processo non è stato oggetto negli ultimi tre anni di solleciti da parte del RPCT per la pubblicazione dei dati, richieste di accesso civico "semplice" e/o "generalizzato", nei rilievi da parte dell'OIV in sede di attestazione annuale del rispetto degli obblighi di trasparenza.
Un procedimento avviato dall'autorità giudiziaria o contabile o amministrativa e/o un procedimento disciplinare avviato nei confronti di un dipendente impiegato sul processo in esame, concluso con una sanzione indipendentemente dalla conclusione dello stesso, nell'ultimo anno.
Un procedimento avviato dall'autorità giudiziaria o contabile o amministrativa e/o un procedimento disciplinare avviato nei confronti di un dipendente impiegato sul processo in esame, indipendentemente dalla conclusione dello stesso, negli ultimi tre anni

Nessun procedimento avviato dall'autorità giudiziaria o contabile o amministrativa nei confronti dell'Ente e nessun procedimento disciplinare nei confronti dei dipendenti impiegati sul processo in esame, negli ultimi tre anni
Il responsabile ha effettuato il monitoraggio con consistente ritardo, non fornendo elementi a supporto dello stato di attuazione delle misure dichiarato e trasmettendo in ritardo le integrazioni richieste.
Il responsabile ha effettuato il monitoraggio puntualmente o con lieve ritardo, non fornendo elementi a supporto dello stato di attuazione delle misure dichiarato ma trasmettendo nei termini le integrazioni richieste
Il responsabile ha effettuato il monitoraggio puntualmente, dimostrando in maniera esaustiva attraverso documenti e informazioni circostanziate l'attuazione delle misure
Segnalazioni in ordine a casi di abuso, mancato rispetto delle procedure, condotta non etica, pervenuti nel corso degli ultimi tre anni
Segnalazioni in ordine a casi di cattiva gestione e scarsa qualità del servizio, pervenuti nel corso degli ultimi tre anni
Nessuna segnalazione e/o reclamo
Presenza di gravi rilievi tali da richiedere annullamento in autotutela o revoca dei provvedimenti interessati negli ultimi tre anni
Presenza di rilievi tali da richiedere l'integrazione dei provvedimenti adottati
Nessun rilievo o rilievi di natura formale negli ultimi tre anni
Utilizzo frequente dell'interim per lunghi periodi di tempo, ritardato o mancato espletamento delle procedure per ricoprire i ruoli apicali rimasti vacanti.
Utilizzo dell'interim per lunghi periodi di tempo, ritardato espletamento delle procedure per ricoprire i ruoli apicali rimasti vacanti.
Nessun interim o utilizzo della fattispecie per il periodo strettamente necessario alla selezione del personale per ricoprire i ruoli apicali rimasti vacanti.

VALUTAZIONE DELL'IMPATTO		
INDICE	LIVELLO	DESCRIZIONE
IMPATTO SULL'IMMAGINE DELL'ENTE misurato attraverso il numero di articoli di giornale pubblicati sulla stampa locale o nazionale o dal numero di servizi radio-televisivi trasmessi, che hanno riguardato episodi di cattiva amministrazione, scarsa qualità dei servizi o Corruzione	ALTO	Un articolo e/o servizio negli ultimi tre anni riguardante episodi di cattiva amministrazione, scarsa qualità dei servizi o corruzione
IMPATTO SULL'IMMAGINE DELL'ENTE misurato attraverso il numero di articoli di giornale pubblicati sulla stampa locale o nazionale o dal numero di servizi radio-televisivi trasmessi, che hanno riguardato episodi di cattiva amministrazione, scarsa qualità dei servizi o Corruzione	MEDIO	Un articolo e/o servizio negli ultimi cinque anni riguardante episodi di cattiva amministrazione, scarsa qualità dei servizi o corruzione
IMPATTO SULL'IMMAGINE DELL'ENTE misurato attraverso il numero di articoli di giornale pubblicati sulla stampa locale o nazionale o dal numero di servizi radio-televisivi trasmessi, che hanno riguardato episodi di cattiva amministrazione, scarsa qualità dei servizi o Corruzione	BASSO	Nessun articolo e/o servizio negli ultimi cinque anni riguardante episodi di cattiva amministrazione, scarsa qualità dei servizi o corruzione
IMPATTO IN TERMINI DI CONTENZIOSO , inteso come i costi economici e/o organizzativi sostenuti per il trattamento del contenzioso dall'Amministrazione	ALTO	Il verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi potrebbe generare un contenzioso o molteplici contenziosi che impegnerebbero l'Ente in maniera consistente sia dal punto di vista economico sia organizzativo
IMPATTO IN TERMINI DI CONTENZIOSO , inteso come i costi economici e/o organizzativi sostenuti per il trattamento del contenzioso dall'Amministrazione	MEDIO	Il verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi potrebbe generare un contenzioso o molteplici contenziosi che impegnerebbero l'Ente sia dal punto di vista economico sia organizzativo
IMPATTO IN TERMINI DI CONTENZIOSO , inteso come i costi economici e/o organizzativi sostenuti per il trattamento del contenzioso dall'Amministrazione	BASSO	Il contenzioso generato a seguito del verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi è di poco conto o nullo
IMPATTO ORGANIZZATIVO E/O SULLA CONTINUITÀ DEL SERVIZIO , inteso come l'effetto che il verificarsi di uno o più eventi rischiosi inerenti il processo può comportare nel normale svolgimento delle attività dell'Ente	ALTO	Interruzione del servizio totale o parziale ovvero aggravio per gli altri dipendenti dell'Ente
IMPATTO ORGANIZZATIVO E/O SULLA CONTINUITÀ DEL SERVIZIO , inteso come l'effetto che il verificarsi di uno o più eventi rischiosi inerenti il processo può comportare nel normale svolgimento delle attività dell'Ente	MEDIO	Limitata funzionalità del servizio cui far fronte attraverso altri dipendenti dell'Ente o risorse esterne
IMPATTO ORGANIZZATIVO E/O SULLA CONTINUITÀ DEL SERVIZIO , inteso come l'effetto che il verificarsi di uno o più eventi rischiosi inerenti il processo può comportare nel normale svolgimento delle attività dell'Ente	BASSO	Nessuno o scarso impatto organizzativo e/o sulla continuità del Servizio
DANNO GENERATO : a seguito di irregolarità riscontrate da organismi interni di controllo (controlli interni, controllo di gestione, audit) o autorità esterne (Corte dei Conti, Autorità Giudiziaria, Autorità Amministrativa)	ALTO	Il verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi, comporta costi in termini di sanzioni che potrebbero essere addebitate all'Ente molto rilevanti
DANNO GENERATO : a seguito di irregolarità riscontrate da organismi interni di controllo (controlli interni, controllo di gestione, audit) o autorità esterne (Corte dei Conti, Autorità Giudiziaria, Autorità Amministrativa)	MEDIO	Il verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi, comporta costi in termini di sanzioni che potrebbero essere addebitate all'Ente sostenibili
DANNO GENERATO : a seguito di irregolarità riscontrate da organismi interni di controllo (controlli interni, controllo di gestione, audit) o autorità esterne (Corte dei Conti, Autorità Giudiziaria, Autorità Amministrativa)	BASSO	Il verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi, comporta costi in termini di sanzioni che potrebbero essere addebitate all'Ente trascurabili o nulli

TITOLO

Unità Operative	VALUTAZIONE P x I
AARO – Accettazione Amministrativa Ricoveri Ospedalieri Esine	RISCHIO MINIMO
AAROE – Accettazione Amministrativa Ricoveri Ospedalieri Edolo	RISCHIO BASSO
AGR - Area Gestione delle Relazioni e dei rapporti istituzionali / Affari Generali e Legali	RISCHIO MEDIO
AGRF – Area Gestione Risorse Finanziarie	RISCHIO CRITICO
AGRM – Area Gestione Risorse Materiali	RISCHIO ALTO
AGRU – Area Gestione Risorse Umane	
AIPAL – Area Integrata della Profilassi individuale e delle attività legali	
AMB – Ambulatori Specialistici Ospedalieri Esine	
AMB – Ambulatorio endoscopia digestiva Esine	
AMB – Ambulatorio piccoli interventi Esine	
AMP – Ambulatorio medicina preventiva	
BO - AMB - Piccoli interventi eseguiti in Blocco Operatorio Esine	
AMBE – Ambulatori Specialistici Ospedalieri Edolo	
AMBE – Ambulatorio Endoscopia Edolo	

TITOLO

AMBE – Ambulatorio chirurgia Edolo
AMBT – Ambulatori Specialistici Territoriali
AnP – Anatomia Patologica
BO – Blocco Operatorio Esine
BOE – Blocco operatorio Edolo
CARD – Cardiologia
CD - Centro Diurno
CDG – Controllo di gestione e controllo strategico
CDS - Corso di Studio in infermieristica
CH – Chirurgia Generale Esine
CHE – Chirurgia Generale Edolo
CIO – Comitato Infezioni Ospedaliera
CPS – Centro Psico Sociale
CSA - Cure Sub Acute EDOLO
CSA- Cure Sub Acute ESINE
CUP – Centro Unico di Prenotazione
DIA – Nefrologia e Dialisi
DMM – Diabetologia

DMP – Direzione Medica di Presidio Esine
DMPE – Direzione Medica di Presidio Edolo
FAM – Consultorio Ginecologico Breno
FAM – Consultorio Ginecologico Darfo
FAM – Consultorio Ginecologico Edolo
FAR – Servizio Farmacia Ospedaliera
FORM – Ufficio Formazione
FS – Fisica Sanitaria
HOSPICE
IRT – Integrazione delle Reti Territoriali
IRT – ADF
IRT – Centro servizi (CRON)
IRT – Ufficio Protesica (SUPI)
IRT – UPG
IRT – UV
LAB – Laboratorio Patologia Clinica Esine
LABE – Laboratorio Patologia Clinica Edolo
MAG – Magazzino Economale
MED1 - Medicina Interna Esine
MED2 - Medicina Interna Esine
MEDE – Medicina Interna Edolo
NEURO – Neurologia (Reparto)
NPIA – Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza
OCU – Oculistica
ONCOLOGIA (DH)
ORL - Otorinolaringoiatria
ORT – Ortopedia e Traumatologia Esine
ORTE – Ortopedia e Traumatologia Edolo
OST - Sala Parto
OST – Ambulatori Ostetricia e Ginecologia
OST – Ostetricia e Ginecologia
PED – Pediatria
PN – Pneumologia
PS – Pronto Soccorso Esine
PSE – Pronto Soccorso Edolo
PSIC – Psicologia Clinica
RAD – Radiologia Diagnostica Esine
RADE – Radiologia Edolo
RGGE – Riabilitazione Generale Geriatrica Edolo
RIA – Rianimazione
RIAB – Palestre di Riabilitazione Neuromotoria
RIABSP – Riabilitazione specialistica
RT – Radioterapia
SERD – Servizio Territoriale Dipendenze
SIA - Servizi Informativi aziendali
SIC – Servizio Ingegneria Clinica
SIMT - Servizio Immunoematologia e Medicina Trasfusionale
SITRA - Servizio Infermieristico, Tecnico e Riabilitativo Aziendale
SPDC - Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura
SPP – Servizio Prevenzione Protezione
SRP1 – Strutt. Res. Psichiatrica per tratt. terapeutico riabilitativi intensivo
STP – Servizio Tecnico Patrimoniale
UCPD – Unita di Cure Palliative Domiciliari
UL - Ufficio Attività giuridiche, ispettive e contrattuali – Avvocatura
UQ – Ufficio Qualità
URP – Ufficio Relazioni col Pubblico

TITOLO

TEMPI AZIONI CORRETTIVE PER PRIORITÀ	
AREA DI RISCHIO	TEMPISTICA DI INTERVENTO
RISCHIO ACCETTABILE	INTERVENTI DI MONITORAGGIO
RISCHIO ACCETTABILE	INTERVENTI DI MONITORAGGIO
RISCHIO MEDIO	INTERVENTI DI URGENZA – PROGRAMMAZIONE
RISCHIO RILEVANTE	INTERVENTI DA EFFETTUARE IN TEMPI BREVI / DA FARE SUBITO
RISCHIO RILEVANTE	INTERVENTI DA EFFETTUARE IN TEMPI BREVI / DA FARE SUBITO

NOTE:

TITOLO

- Per i menu a tendina concatenati si sono utilizzate le aree, visibili e modificabili al percorso Dati > Definisci area, una volta definita l'area per creare i menu si è passati in Dati > Validità
- Gli altri menu a tendina sono stati creati passando l'indirizzo in Dati > Validità
- Sono state bloccate solo le celle in cui sono state inserite le formule
- nel foglio di mappatura estese le formule e i menu fino alla riga 99
- menu a tendina tipologie di misure impostato fino alla cella Altro

AREA DI RISCHIO	RISCHIO SPECIFICO	PROCESSO	SOTTO-PROCESSO	UNITÀ OPERATIVA	ATTIVITÀ	RESPONSABILITÀ	CLASSIFICAZIONE RISCHIO	MODALITÀ DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE - TRATTAMENTO					
									TIPOLOGIA DI MISURA (Generale - Specifica)	DESCRIZIONE MISURA	DESTINATARI - RESPONSABILI	INDICATORE	PERIODICITÀ	SCADENZE - MODALITÀ DI REPORT MONITORAGGIO
PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI PRIVON CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO	Autorizzazione alla alta frequenza di strutture aziendali di studenti ed altri soggetti per scopi formativi e diversi (anche sulla base di progressi rapporti convenzionali)	Gestione presenza di personale diverso dagli operatori presso le strutture aziendali	Autorizzazione alla frequenza di soggetti diversi per scopi formativi etc	AGR - Presidio; SITRA; LU; OO	Adozione dei necessari provvedimenti autorizzatori per la frequenza di accessi alle strutture ospedaliere	AGR	RISCHIO ACCETTABILE	INTERVENTI DI MONITORAGGIO	Controllo	Verifica del rispetto delle procedure per l'autorizzazione alla frequenza di soggetti diversi per scopi formativi etc	AGR - Presidio	Verifica a campione del rispetto delle procedure per 5 unità di personale frequentante / ammesso alle strutture aziendali	Report contenente i controlli al 30.11. di ogni anno	
PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI PRIVON CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO	Stipula di accordi, convenzione e rapporti diversi con soggetti pubblici e privati, privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Gestione rapporti convenzionali non aventi rilievo economico	Definizione approvazione e stipula rapporto contrattuale non avente natura economica	DG - AGR	Adozione degli atti necessari per la conclusione di un rapporto contrattuale convenzionale non avente natura economica	AGR	RISCHIO ACCETTABILE	INTERVENTI DI MONITORAGGIO	Rotazione	Rotazione nell'affidamento della responsabilità dei procedimenti	AGR - Presidio	Rotazione, tra gli operatori dell'Area, nell'affidamento della responsabilità dei procedimenti amministrativi	Report contenente i controlli al 30.11. di ogni anno	
PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI PRIVON CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO	Stipula di accordi, convenzione e rapporti diversi con soggetti pubblici e privati, con effetto economico diretto per il destinatario	Gestione rapporti convenzionali aventi rilievo economico	Definizione approvazione e stipula rapporto contrattuale non avente natura economica	DG - AGR	Adozione degli atti necessari per la conclusione di un rapporto contrattuale convenzionale avente natura economica	AGR	RISCHIO ACCETTABILE	INTERVENTI DI MONITORAGGIO	Rotazione	Rotazione nell'affidamento della responsabilità dei procedimenti	AGR - Presidio	Rotazione, tra gli operatori dell'Area, nell'affidamento della responsabilità dei procedimenti amministrativi	Report contenente i controlli al 30.11. di ogni anno	
ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE	Affidamento di incarichi di collaborazione, libero professionisti e a personale diverso da quello dipendente (specialisti ambulatoriali, borse di studio etc.)	Gestione del processo di affidamento degli incarichi a personale dipendente	Procedure selettive per il conferimento di incarichi personale non dipendente	AGR	Adozione degli atti necessari alla selezione ed al conferimento di incarichi personale non dipendente	AGR	RISCHIO MEDIO	INTERVENTI DI URGENZA - PROGRAMMAZIONE	Regolamentazione	Applicazione nell'ambito delle procedure selettive, di criteri predeterminati, sul modello delle procedure selettive del personale dipendente	AGR - Presidio	Applicazione della regolamentazione aziendale e, se del caso, verifica del suo aggiornamento. Controllo sul n.5 incarichi dell'applicazione dei vincoli normativi	Report contenente l'applicazione delle norme di settore e della verifica al 30.5 e al 30.11 di ogni anno	
ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE	Affidamento di incarichi di collaborazione, libero professionisti e a personale diverso da quello dipendente (specialisti ambulatoriali, borse di studio etc.)	Gestione del processo di affidamento degli incarichi a personale dipendente	Procedure selettive per il conferimento di incarichi personale non dipendente	AGR	Adozione degli atti necessari alla selezione ed al conferimento di incarichi personale non dipendente	AGR	RISCHIO MEDIO	INTERVENTI DI URGENZA - PROGRAMMAZIONE	Controllo	Controllo sull'applicazione delle disposizioni di cui all'art.1, co.46 L. n.1902012	AGR - Presidio	Verifica circa l'assenza delle situazioni ostative di cui all'art.1, co.46 L. n.1902012	Report contenente i controlli al 30.11. di ogni anno	
ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE	Affidamento di incarichi di collaborazione, libero professionisti e a personale diverso da quello dipendente (specialisti ambulatoriali, borse di studio etc.)	Gestione del processo di affidamento degli incarichi a personale dipendente	Procedure selettive per il conferimento di incarichi personale non dipendente	AGR	Adozione degli atti necessari alla selezione ed al conferimento di incarichi personale non dipendente	AGR	RISCHIO MEDIO	INTERVENTI DI URGENZA - PROGRAMMAZIONE	Controllo	Segnalazione al RPCT di eventuali anomalie nelle procedure di conferimento degli incarichi	AGR - Presidio	Verifica circa la presenza di anomalie segnalate dalle articolazioni aziendali che provengono dal conferimento di incarichi	Report contenente le segnalazioni al RPCT al 30.11. di ogni anno	
ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE	Stipula rapporti convenzionali con strutture sanitarie e socio sanitarie non accreditate per lo svolgimento di attività di consulenza fuori dai casi previsti dalla normativa	Gestione del processo dell'attività libero professionale	Gestione del processo libero conferimento di incarichi di consulenza	AGR	Adozione degli atti necessari alla stipula dei rapporti convenzionali e dei provvedimenti mensili attuativi	AGR	RISCHIO MEDIO	INTERVENTI DI URGENZA - PROGRAMMAZIONE	Regolamentazione	Attuazione delle regolamentazioni di cui al decreto n.445/2019 (in del caso aggiornata alla luce della disposizioni del CCNL e della normativa contrattuale)	AGR - Presidio	Verifica in ordine all'applicazione delle disposizioni regolamentari - verifica preliminare circa la coerenza delle richieste con esigenze aziendali da parte del RUO - adozione specifici provvedimenti di approvazione dei rapporti convenzionali - verifica circa la corrispondenza tra le somme liquidate e le prestazioni erogate (almeno 4 controlli /anno) - segnalazione eventuali anomalie.	Report contenente le modalità attuative della regolamentazione aziendale al 30.5 e al 30.11 di ogni anno	
ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE	Autorizzazione allo svolgimento di attività di consulto fuori dai casi previsti dalla normativa	Gestione del processo dell'attività libero professionale	Gestione del processo libero professionale in materia di consulto	AGR	Adozione degli atti necessari alla stipula di attività di consulto ed alle conseguenti liquidazioni	AGR	RISCHIO MEDIO	INTERVENTI DI URGENZA - PROGRAMMAZIONE	Regolamentazione	Attuazione delle regolamentazioni di cui al decreto n.445/2019 (in del caso aggiornata alla luce della disposizioni del CCNL e della normativa contrattuale)	AGR - Presidio	Verifica in ordine all'applicazione delle disposizioni regolamentari - verifica preliminare circa la preventiva autorizzazione DMP/DSS - verifica circa la corrispondenza tra le somme liquidate e le prestazioni erogate - verifica in ordine alle motivazioni adottate per erogazione consulto	Report contenente le modalità attuative della regolamentazione aziendale al 30.5 e al 30.11 di ogni anno	
ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE	Liquidazione delle competenze connesse allo svolgimento dell'attività libero professionale intramuraria / in regime di consulenza e consulto in violazione delle disposizioni vigenti	Gestione del processo dell'attività libero professionale	Liquidazione delle competenze dell'attività intramuraria	AGR	Adozione degli atti di liquidazione delle competenze per le prestazioni svolte in regime libero professionale intramurario	AGR	RISCHIO RILEVANTE	INTERVENTI DA EFFETTUARE IN TEMPI BREVI / DA FARE SUBITO	Regolamentazione	Attuazione delle regolamentazioni di cui al decreto n.445/2019 (in del caso aggiornata alla luce della disposizioni del CCNL e della normativa contrattuale)	AGR - Presidio	Aggiornamento procedura tramite apposito atto Applicazione regolamento vigente	Report contenente le modalità attuative della regolamentazione aziendale al 30.5 e al 30.11 di ogni anno	
ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE	Liquidazione delle competenze connesse allo svolgimento dell'attività libero professionale intramuraria / in regime di consulenza e consulto in violazione delle disposizioni vigenti	Gestione del processo dell'attività libero professionale	Liquidazione delle competenze dell'attività intramuraria	AGR	Adozione degli atti di liquidazione delle competenze per le prestazioni svolte in regime libero professionale intramurario	AGR	RISCHIO RILEVANTE	INTERVENTI DA EFFETTUARE IN TEMPI BREVI / DA FARE SUBITO	Controllo	Attività di audit previste dal Piano aziendale	AGR - UQ	Realizzazione misure di controllo previste dai piani di audit / controllo interno: 100%	Report contenente i controlli al 30.11. di ogni anno	
ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE	Liquidazione delle competenze connesse allo svolgimento dell'attività libero professionale intramuraria / in regime di consulenza e consulto in violazione delle disposizioni vigenti	Gestione del processo dell'attività libero professionale	Liquidazione delle competenze dell'attività intramuraria	AGR	Adozione degli atti di liquidazione delle competenze per le prestazioni svolte in regime libero professionale intramurario	AGR	RISCHIO RILEVANTE	INTERVENTI DA EFFETTUARE IN TEMPI BREVI / DA FARE SUBITO	Controllo	Verifiche in ordine alla corretta applicazione della regolamentazione circa il rispetto della procedura	AGR	Verifica a campione del rispetto delle procedure per n.10 autorizzazioni allo svolgimento dell'attività libero professionale	Report contenente i controlli al 30.11. di ogni anno	
ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE	Liquidazione delle competenze connesse allo svolgimento dell'attività libero professionale intramuraria / in regime di consulenza e consulto in violazione delle disposizioni vigenti	Gestione del processo dell'attività libero professionale	Liquidazione delle competenze dell'attività intramuraria	AGR	Adozione degli atti di liquidazione delle competenze per le prestazioni svolte in regime libero professionale intramurario	AGR	RISCHIO RILEVANTE	INTERVENTI DA EFFETTUARE IN TEMPI BREVI / DA FARE SUBITO	Controllo	Verifiche in ordine all'applicazione di un sistema automatizzato di rilevazione delle presenze in servizio per lo svolgimento dell'attività libero professionale intramurario	AGR	Verifica a campione del rispetto delle procedure di rilevazione delle presenze in regime ALPI per n.10 unità di personale	Report contenente i controlli al 30.11. di ogni anno	
ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE	Liquidazione delle competenze connesse allo svolgimento dell'attività libero professionale intramuraria / in regime di consulenza e consulto in violazione delle disposizioni vigenti	Gestione del processo dell'attività libero professionale	Gestione del processo di ulteriori attività a pagamento (c.d. Area a pagamento)	AGR	Adozione degli atti di liquidazione delle competenze per le attività a pagamento (c.d. area a pagamento)	AGR	RISCHIO ACCETTABILE	INTERVENTI DI MONITORAGGIO	Controllo	Verifiche in ordine alla corretta applicazione della regolamentazione circa il rispetto della procedura	AGR	Verifica a campione del rispetto delle procedure di liquidazione per n.10 unità di personale	Report contenente le modalità attuative della regolamentazione aziendale al 30.5 e al 30.11 di ogni anno	
INCARICHI E NOMINE	Conferimento incarichi e/o nomine di soggetti in casi non consentiti o in difetto dei requisiti di legge	Nomine o incarichi non altrimenti qualificati	Nomine e incarichi non altrimenti affidati alla competenza di altri uffici	AGR	Adozione degli atti di nomina e di conferimento di incarichi diversi da quelli dirigenziali, di consulenza, di collaborazione e simili	AGR	RISCHIO MEDIO	INTERVENTI DI URGENZA - PROGRAMMAZIONE	Controllo	Verifica in ordine alla dilucidazione circa l'assenza di cause di incompatibilità, inconferibilità e conflitto di interesse	AGR	Verifica di tutte le nomine relative agli incarichi amministrativi di vertice	Report immediato nel caso di situazione di criticità	
INCARICHI E NOMINE	Conferimento incarichi e/o nomine di soggetti in casi non consentiti o in difetto dei requisiti di legge	Nomine o incarichi non altrimenti qualificati	Nomine e incarichi non altrimenti affidati alla competenza di altri uffici	AGR	Adozione degli atti di nomina e di conferimento di incarichi diversi da quelli dirigenziali, di consulenza, di collaborazione e simili	AGR	RISCHIO MEDIO	INTERVENTI DI URGENZA - PROGRAMMAZIONE	Trasparenza	Publicazione dei dati relativi agli incarichi amministrativi di vertice secondo la normativa vigente	AGR	Verifica di tutte le nomine relative agli incarichi amministrativi di vertice	Report immediato nel caso di situazione di criticità	
CONTRATTI PUBBLICI	DEFINIZIONE DEI REQUISITI DI ACCESSO ALLA GARA E, IN PARTICOLARE, DEI REQUISITI TECNICI - ECONOMICI DEI CONCORRENTI AL FINE DI FAVORIRE UN'IMPRESA (ES. CLAUSOLE DEI BANDI CHE STABILISCONO REQUISITI DI QUALIFICAZIONE);	Programmazione degli acquisti e dei lavori	Programmazione degli acquisti per le diverse categorie	AGRM, SIC, SIA, STP, FAR	Adozione dei piani o degli atti di programmazione previsti dalla normativa vigente per acquisti, lavori o servizi	RUO AGRM, RUO SIC, RUO SIA, RUO STP, RUO FAR	RISCHIO MEDIO	INTERVENTI DI URGENZA - PROGRAMMAZIONE	Trasparenza	Approvazione della programmazione con decreto aziendale, inserimento di specifica menzione nei provvedimenti autorizzatori successivi pubblicazione	AGRM, SIC, SIA, STP, FAR	Programmazione approvata nei tempi e con le modalità previste dalla normativa con coinvolgimento di tutte le articolazioni aziendali interessate e pubblicazione	Publicatione in amministrazione trasparente al 31.5 e al 30.11 di ogni anno del dettaglio della programmazione gare. Pubblicazione anche degli eventuali aggiornamenti annuali	
CONTRATTI PUBBLICI	DEFINIZIONE DEI REQUISITI DI ACCESSO ALLA GARA E, IN PARTICOLARE, DEI REQUISITI TECNICI - ECONOMICI DEI CONCORRENTI AL FINE DI FAVORIRE UN'IMPRESA (ES. CLAUSOLE DEI BANDI CHE STABILISCONO REQUISITI DI QUALIFICAZIONE);	Programmazione degli acquisti	Programmazione degli acquisti per le diverse categorie di beni e servizi	AGRM, SIC, SIA, STP, FAR	Predisposizione della programmazione gare aziendale secondo quanto previsto dalla normativa con indicazione per le categorie del DPCM del ricorso a soggetti aggregati	RUO AGRM, RUO SIC, RUO SIA, RUO STP, RUO FAR	RISCHIO MEDIO	INTERVENTI DI URGENZA - PROGRAMMAZIONE	Programmazione e controllo	Programmazione annuale e aggiornamento con evidenza del ricorso a strumenti di centralità di committenza e con specificazione delle categorie previste da Regione Lombardia) Per i beni ed i servizi che non rientrano nei casi del DPCM 117/2018, espressa menzione nei provvedimenti autorizzatori della sussistenza di causa di esclusione, secondo la formulazione ANAC. Per i beni di valore >40.000 specificazione di provvedimenti di aggiudicazione dell'investimento dell'acquisto della programmazione.	AGRM, SIC, SIA, STP, FAR	Evidenza del ricorso a strumenti di centralità di committenza e con specificazione delle categorie previste da Regione Lombardia) Per i beni ed i servizi che non rientrano nei casi del DPCM 117/2018, espressa menzione nei provvedimenti autorizzatori della sussistenza di causa di esclusione, secondo la formulazione ANAC. Per i beni di valore >40.000 specificazione di provvedimenti di aggiudicazione dell'investimento dell'acquisto della programmazione.	Report al 31.5 e al 30.11 degli adempimenti o di affidatore	
CONTRATTI PUBBLICI	UTILIZZO DELLA PROCEDURA NEGOZIATA E ABUSO DELL'AFFIDAMENTO DIRETTO AL DI FUORI DEI CASI PREVISTI DALLA LEGGE AL FINE DI FAVORIRE UN'IMPRESA.	Acquisizione di un bene e servizio o di un lavoro	Progettazione delle singole procedure di scelta del contraente	AGRM, SIC, SIA, STP, FAR	Individuazione della tipologia di procedimenti da porre in essere, verifica dell'esistenza di procedura centralizzata ed STP, RUO FAR e collaboratori analiti del mercato	RUO AGRM, RUO SIC, RUO SIA, RUO STP, RUO FAR e collaboratori	RISCHIO RILEVANTE	INTERVENTI DA EFFETTUARE IN TEMPI BREVI / DA FARE SUBITO	Controllo	Controllo tramite flussi informativi verso RPCT ed eventualmente verso il Collegio Sindacale	AGRM, SIC, SIA, STP, FAR	N. di gare affidate direttamente al medesimo operatore economico/Tot. delle gare aggiudicate nel semestre. Valore gare affidate direttamente al medesimo operatore economico / Totale delle gare aggiudicate nel semestre	Report al 31.5 e al 30.11 degli adempimenti o di affidatore	
CONTRATTI PUBBLICI	UTILIZZO DELLA PROCEDURA NEGOZIATA E ABUSO DELL'AFFIDAMENTO DIRETTO AL DI FUORI DEI CASI PREVISTI DALLA LEGGE AL FINE DI FAVORIRE UN'IMPRESA.	Acquisizione di un bene e servizio o di un lavoro	Progettazione delle singole procedure di scelta del contraente	AGRM, SIC, SIA, STP, FAR	Definizione dei documenti di gara e del fabbisogno necessario e dei requisiti di accesso alla procedura di scelta del contraente	RUO AGRM, RUO SIC, RUO SIA, RUO STP, RUO FAR, RUP/DEC	RISCHIO RILEVANTE	INTERVENTI DA EFFETTUARE IN TEMPI BREVI / DA FARE SUBITO	Controllo	Controllo tramite flussi informativi verso RPCT ed eventualmente verso il Collegio Sindacale	AGRM, SIC, SIA, STP, FAR	N. di gare a cui ha partecipato un unico operatore economico/Tot. delle gare aggiudicate nel semestre	Report al 31.5 e al 30.11 degli adempimenti o di affidatore	
CONTRATTI PUBBLICI	UTILIZZO DELLA PROCEDURA NEGOZIATA E ABUSO DELL'AFFIDAMENTO DIRETTO AL DI FUORI DEI CASI PREVISTI DALLA LEGGE AL FINE DI FAVORIRE UN'IMPRESA.	Acquisizione di un bene e servizio.	Progettazione delle singole procedure di scelta del contraente	AGRM, SIC, SIA, FAR	Analisi dei fabbisogni caratterizzati da infungibilità/essenzialità ed attivazione della relativa procedura	RUO AGRM, RUO SIC, RUO SIA, RUO FAR	RISCHIO MEDIO	INTERVENTI DI URGENZA - PROGRAMMAZIONE	Regolamentazione	Attualità applicazione della normativa sugli appalti, delle Regole di sistema e dei Regolamenti vigenti; puntuale motivazione dei provvedimenti; pubblicazione costante dei dati; uso di strumenti telematici; separazione dei flussi nelle diverse fasi delle procedure	AGRM, SIC, SIA, STP, FAR	N. di gare attivate a seguito di dichiarazioni di infungibilità / Utilizzo modulistica regionale in materia di infungibilità / Utilizzo clausola in compatibilità nelle procedure nella quali è stata introdotta clausola di compatibilità	Report al 31.5 e al 30.11 degli adempimenti o di affidatore, con indicazione anche del numero delle procedure nella quali è stata introdotta clausola di compatibilità	

Table with 17 columns: AREA DI RISCHIO, RISCHIO SPECIFICO, PROCESSO, SOTTO-PROCESSO, UNITA OPERATIVA, ATTIVITA, RESPONSABILITA, CLASSIFICAZIONE RISCHIO, MODALITA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO, TIPOLOGIA DI MISURA, DESCRIZIONE MISURA, DESTINATARI - RESPONSABILI, INDICATORE, PERIODICITA, SCADENZE - MODALITA DI REPORT MONITORAGGIO, MONITORAGGIO ATTUAZIONE MISURE DI PREVENZIONE. The table contains multiple rows detailing various risk areas like 'CONTRATTI PUBBLICI', 'GESTIONE DELLE ENTRATE', and 'AFFARI LEGALI'.

Main table with 16 columns: AREA DI RISCHIO, RISCHIO SPECIFICO, PROCESSO, SOTTO-PROCESSO, UNITÀ OPERATIVA, ATTIVITÀ, RESPONSABILITÀ, CLASSIFICAZIONE RISCHIO, MODALITÀ DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO, TIPOLOGIA DI MISURA, DESCRIZIONE MISURA, DESTINATARI - RESPONSABILI, INDICATORE, PERIODICITÀ, SCADENZE - MODALITÀ DI REPORT MONITORAGGIO, MONITORAGGIO ATTUAZIONE MISURE DI PREVENZIONE. Rows include categories like ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE, INCARICHI E NOMINE, PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI, LISTE DI ATTESA, and ATTIVITÀ CONSEQUENTI AL DECESSO IN AMBITO INTRAOSPEDALIERO.

Table with 16 columns: AREA DI RISCHIO, RISCHIO SPECIFICO, PROCESSO, SOTTO-PROCESSO, UNITA' OPERATIVA, ATTIVITA', RESPONSABILITA', CLASSIFICAZIONE RISCHIO, MODALITA' DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO, MISURE DI PREVENZIONE - TRATTAMENTO (TIPOLOGIA DI MISURA, DESCRIZIONE MISURA, DESTINATARI - RESPONSABILI, INDICATORE, PERIODICITA', SCADENZE - MODALITA' DI REPORT MONITORAGGIO, MONITORAGGIO ATTUAZIONE MISURE DI PREVENZIONE).

Area di Rischio	Rischio Specifico
PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI PRIVI/CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO	ABUSO NELL'ADOZIONE DI PROVVEDIMENTI AVENTI AD OGGETTO CONDIZIONI DI ACCESSO A SERVIZI PUBBLICI AL FINE DI AGEVOLARE PARTICOLARI SOGGETTI (ES. INSERIMENTO IN CIMA A UNA LISTA DI ATTESA).
PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI PRIVI/CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO	RICONOSCIMENTO INDEBITO DELL'ESENZIONE DAL PAGAMENTO DI TICKET SANITARI AL FINE DI AGEVOLARE DETERMINATI SOGGETTI.
CONTRATTI PUBBLICI	ACCORDI COLLUSIVI TRA LE IMPRESE PARTECIPANTI A UNA GARA VOLTI A MANIPOLARNE GLI ESITI, UTILIZZANDO IL MECCANISMO DEL SUBAPPALTO COME MODALITÀ PER DISTRIBUIRE I VANTAGGI DELL'ACCORDO A TUTTI I PARTECIPANTI ALLO STESSO;
CONTRATTI PUBBLICI	DEFINIZIONE DEI REQUISITI DI ACCESSO ALLA GARA E, IN PARTICOLARE, DEI REQUISITI TECNICO - ECONOMICI DEI CONCORRENTI AL FINE DI FAVORIRE UN'IMPRESA (ES.: CLAUSOLE DEI BANDI CHE STABILISCONO REQUISITI DI QUALIFICAZIONE);
CONTRATTI PUBBLICI	USO DISTORTO DEL CRITERIO DELL'OFFERTA ECONOMICAMENTE PIÙ VANTAGGIOSA, FINALIZZATO A FAVORIRE UN'IMPRESA;
CONTRATTI PUBBLICI	UTILIZZO DELLA PROCEDURA NEGOZIATA E ABUSO DELL'AFFIDAMENTO DIRETTO AL DI FUORI DEI CASI PREVISTI DALLA LEGGE AL FINE DI FAVORIRE UN'IMPRESA;
CONTRATTI PUBBLICI	AMMISSIONE DI VARIANTI IN CORSO DI ESECUZIONE DEL CONTRATTO PER CONSENTIRE ALL'APPALTATORE DI RECUPERARE LO SCONTO EFFETTUATO IN SEDE DI GARA O DI CONSEGUIRE EXTRA GUADAGNI;
CONTRATTI PUBBLICI	ABUSO DEL PROVVEDIMENTO DI RECESSO DAL CONTRATTO D'APPALTO AL FINE DI BLOCCARE UNA GARA IL CUI RISULTATO SI SIA RIVELATO DIVERSO DA QUELLO ATTESO O DI CONCEDERE UN INDENNIZZO ALL'AGGIUDICATARIO;
CONTRATTI PUBBLICI	ELUSIONE DELLE REGOLE DI AFFIDAMENTO DEGLI APPALTI, MEDIANTE IMPROPRIO UTILIZZO DEL MODELLO PROCEDURALE DELL'AFFIDAMENTO DELLE CONVENZIONI AL FINE DI AGEVOLARE UN PARTICOLARE SOGGETTO.
CONTRATTI PUBBLICI	CONTROLLO DA PARTE DI RUP/DEC SENZA CHE VI SIA DATA MOLTA EVIDENZA SULLE ATTIVITÀ SVOLTE - RISCHIO DI UNA MANCATA ESECUZIONE COMPLETA DI QUANTO PREVISTO ALL'INTERNO DEI CONTRATTI
ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE	PREVISIONE DI REQUISITI DI ACCESSO "PERSONALIZZATI" E INSUFFICIENZA DI MECCANISMI OGGETTIVI E TRASPARENTI IDONEI A VERIFICARE IL POSSESSO DEI REQUISITI ATTITUDINALI E PROFESSIONALI RICHIESTI IN RELAZIONE ALLA POSIZIONE DA RICOPRIRE ALLO SCOPO DI RECLUTARE CANDIDATI PARTICOLARI;
ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE	ABUSO DEI PROCESSI DI STABILIZZAZIONE FINALIZZATO AL RECLUTAMENTO DI CANDIDATI PARTICOLARI;
ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE	IRREGOLARE COMPOSIZIONE DELLA COMMISSIONE DI CONCORSO FINALIZZATA AL RECLUTAMENTO DI CANDIDATI PARTICOLARI;
ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE	INOSSERVANZA DELLE REGOLE PROCEDURALI A GARANZIA DELLA TRASPARENZA E DELL'IMPARZIALITÀ DELLA SELEZIONE, QUALI, A TITOLO ESEMPLIFICATIVO, LA COGENZA DELLA REGOLA DELL'ANONIMATO NEL CASO DI PROVA SCRITTA E LA PREDETERMINAZIONE DEI CRITERI DI VALUTAZIONE DELLE PROVE ALLO SCOPO DI RECLUTARE CANDIDATI PARTICOLARI;

TITOLO

ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE	PROGRESSIONI ECONOMICHE O DI CARRIERA ACCORDATE ILLEGITTIMAMENTE ALLO SCOPO DI AGEVOLARE DIPENDENTI O CANDIDATI PARTICOLARI;
ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE	MOTIVAZIONE GENERICA E TAUTOLOGICA CIRCA LA SUSSISTENZA DEI PRESUPPOSTI DI LEGGE PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI PROFESSIONALI ALLO SCOPO DI AGEVOLARE SOGGETTI PARTICOLARI.
GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO	UTILIZZO DI QUANTO DONATO PER FINALITA' DIVERSE DA QUELLE INDICATE DAL DONATE
CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI	ATTIVITA' DI AUDIT NON TRASPARENTE E NON INDIPENDENTE
INCARICHI E NOMINE	
AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO	
ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE	MANCATO RISPETTO DEL CCNL E NORMATIVA NAZIONALE SU ALPI, CODICE DI COMPORTAMENTO
ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE	VIOLAZIONE AL PRINCIPIO DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SANITARIE
ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE	VIOLAZIONE DEGLI OBBLIGHI DI UFFICIO
ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE	VIOLAZIONE DEL PRINCIPIO DI ACCESSO DEL DIRIGENTE ALL'ALPI
LISTE DI ATTESA	
RAPPORTI CON SOGGETTI EROGATORI	
FARMACEUTICA, DISPOSITIVI E ALTRE TECNOLOGIE: RICERCA, SPERIMENTAZIONI E SPONSORIZZAZIONI	
ATTIVITÀ CONSEGUENTI AL DECESSO IN AMBITO INTRAOSPEDALIERO.	

Tipologie di misure (Generali e specifiche)
Controllo
Trasparenza
Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento
Regolamentazione
Semplificazione
Formazione
Sensibilizzazione e partecipazione
Rotazione
Segnalazione e protezione
Disciplina del conflitto di interessi
Regolazione dei rapporti con i "rappresentanti di interessi particolari" (lobbies).
Altro

Area di Rischio	Misure di prevenzione	Destinatari
AFFARI LEGALI CONTENZIOSO	E Procedimentalizzazione	Avvocatura – Ufficio attività giuridiche ispettive e contrattuali
AFFARI LEGALI CONTENZIOSO	E Procedimentalizzazione	Avvocatura – Ufficio attività giuridiche ispettive e contrattuali
AFFARI LEGALI CONTENZIOSO	E Procedimentalizzazione	Avvocatura – Ufficio attività giuridiche ispettive e contrattuali
AFFARI LEGALI CONTENZIOSO	E Trasparenza	Avvocatura – Ufficio attività giuridiche ispettive e contrattuali
CONTRATTI PUBBLICI	Gestione dei conflitti d'interesse nei processi di procurement in sanità	AGRM/SIC/SIA/ Ufficio Tecnico
CONTRATTI PUBBLICI	Controllo (tramite flussi Informativi)	AGRM/SIC/SIA/ Ufficio Tecnico
CONTRATTI PUBBLICI	Controllo (tramite flussi Informativi)	AGRM/SIC/SIA/ Ufficio Tecnico
CONTRATTI PUBBLICI	Controllo (tramite flussi Informativi)	AGRM
CONTRATTI PUBBLICI	Controllo	AGRM/SIC/SIA/ Ufficio Tecnico
CONTRATTI PUBBLICI	Programmazione	AGRM
CONTRATTI PUBBLICI	Controllo su esecuzione / Rendicontazione	AGRM/SIC/SIA/ Ufficio Tecnico
CONTRATTI PUBBLICI	Regolamentazione	AGRM
CONTRATTI PUBBLICI	Formazione	AGRM
CONTRATTI PUBBLICI	Gestione dei conflitti d'interesse nei processi di procurement in sanità	AGRM

CONTRATTI PUBBLICI	Gestione dei conflitti d'interesse nei processi di procurement in sanità	AGRM
CONTRATTI PUBBLICI	Regolamentazione	AGRM e altri Uffici che attivano procedure di scelta del contraente
GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO	Certificabilità	Direzione amministrativa/ AGRF
INCARICHI E NOMINE	Procedimentalizzazione	Direttori/Responsabili UO
INCARICHI E NOMINE	Procedimentalizzazione	AGRU
INCARICHI E NOMINE	Procedimentalizzazione	AGRU
INCARICHI E NOMINE	Procedimentalizzazione	AGRU /AGR – Presidio
INCARICHI E NOMINE	Procedimentalizzazione	AGRU /AGR – Presidio/ AGRM
ATTIVITÀ PROFESSIONALE LIBERO	Procedimentalizzazione	Direzione strategica/ AGR - Presidio / UOC Controlli, sistemi e supporto strategico
ATTIVITÀ PROFESSIONALE LIBERO	Procedimentalizzazione	Direzione strategica/ AGR - Presidio / UOC Controlli, sistemi e supporto strategico
ATTIVITÀ PROFESSIONALE LIBERO	Flussi informativi	Direzione strategica/ AGR - Presidio / CdG/ UOC Controlli, sistemi e supporto strategico
ATTIVITÀ PROFESSIONALE LIBERO	Attività di auditing	AGR - Presidio / Ufficio controlli interni/ UOC Controlli, sistemi e supporto strategico
ATTIVITÀ PROFESSIONALE LIBERO	Procedimentalizzazione	Direzione medica di Presidio
ATTIVITÀ PROFESSIONALE LIBERO	Procedimentalizzazione	AGR - Presidio / AGRU
ATTIVITÀ PROFESSIONALE LIBERO	Procedimentalizzazione	Direzione strategica/ AGR – Presidio
ATTIVITÀ PROFESSIONALE LIBERO	Procedimentalizzazione	Direzione strategica/AGR - Presidio / UOC Controlli, sistemi e supporto strategico
FARMACEUTICA, DISPOSITIVI E ALTRE TECNOLOGIE: RICERCA, SPERIMENTAZIONI E SPONSORIZZAZIONI	Meccanismi di automatizzazione delle Procedure	Farmacia ospedaliera
FARMACEUTICA, DISPOSITIVI E ALTRE TECNOLOGIE: RICERCA, SPERIMENTAZIONI E SPONSORIZZAZIONI	Procedimentalizzazione	Direzione amministrativa/ AGR – Presidio/ FORM

Iniziativa
Report al 30.6. ed al 30.11 dell'attuazione delle previsioni delle Linee guida n.12 adottate da ANAC in attuazione al D.Lgs n.50/2016.
Conferimento incarico legale tra i soggetti idonei a seguito di procedura selettiva (elenco idonei) e motivazione della scelta oppure giustificazione nei casi in cui tale opzione sia disattesa
Report al 30.6 ed al 30.11 dei soggetti incaricati nel periodo di riferimento, con evidenza di reiterazione di incarichi al medesimo professionista, con specifica Motivazione
Pubblicazione in forma riassuntiva e tabellare, entro il 31.3, degli incarichi legali conferiti nell'esercizio precedente nella sezione "Altri contenuti - dati ulteriori
Report al 30.11 dell'utilizzo di modulistica per le dichiarazioni di assenza di conflitti d'interesse e procedure per raccolta, tenuta ed aggiornamento delle stesse
Flussi informativi semestrali (entro 31.7 e 31.1 per il semestre precedente) verso il RPCT e, eventualmente, verso il Collegio Sindacale dei casi di individuazione di appaltatori in soggetti già affidatari di precedente appalto
Report, semestrale (entro 31.7 e 31.1 per il semestre precedente), delle misure adottate per assicurare flussi relativi a scostamenti tra gli importi contrattuali e gli importi corrisposti all'appaltatore, con idonea motivazione
Flussi informativi semestrali (entro 31.7 e 31.1 per il semestre precedente) verso il RPCT e, eventualmente, verso il Collegio Sindacale delle proroghe / contratti ponte, con evidenza della ragione giustificativa
Per i beni ed i servizi che non rientrano nei casi del DPCM 11.7.2018, espressa menzione nei provvedimenti autorizzativi della sussistenza di causa di esclusione, secondo la formulazione ANAC. Segnalazione casi di mancata applicazione di tale misure.
Programmazione annuale e aggiornamento con evidenza del ricorso a strumenti di centrali di committenza e con specificazione delle categorie riservate a soggetti aggregatori (secondo modalità previste da Regione Lombardia)
Pubblicazione semestrale (entro 31.7 e 31.1 per il semestre precedente) delle acquisizioni realizzate in autonomia dalla stazione appaltante, a prescindere dagli importi (tramite applicativo)
Segnalazione, al 31.7 e 31.11, di eventuali anomalie nell'applicazione del regolamento approvato con decreto n.347/2020
Partecipazione a consorzio/ unione formale d'acquisto di aziende per condivisione best practices
Aggiornamento modulistica in materia di acquisiti di beni infungibili con recepimento modulo di Regione Lombardia. Report su applicazione di tale modulistica al 30.11.

Valutazione del controllo	Descrizione della Valutazione
Sottodimensionato	I controlli previsti non consentono un'efficace riduzione del rischio oppure i controlli previsti non sono effettivamente eseguiti.
Adeguito	I controlli previsti consentono un'efficace riduzione del rischio e sono effettivamente eseguiti.
Sovradimensionato	I controlli previsti sono eseguiti e consentono una riduzione del rischio oltre il livello accettabile in rapporto al loro costo.
Non valutato	Le evidenze disponibili non consentono di valutare l'efficacia e l'effettività dei controlli.

Implementazione, secondo gli indirizzi della Direzione strategica, delle misure previste da ANAC in punto di albo nazionale dei commissari di gara. Report delle misure adottate in caso di adozione dell'albo prima del 31.12.
Report al 30.4 e al 30.11 dell'attuazione delle linee guida ANAC attuative del D.Lgs n.50/2016 o di eventuali ragioni di scostamento.
Attuazione per "percorso attuativo di certificabilità (PAC)" dei dati e del bilancio, secondo le modalità programmate con decreto n.984/2017. Comunicazione al 1.7 e al 30.11 delle misure adottate nell'ambito della fase di "consolidamento" del percorso di certificabilità come previsto con decreto n.484/2020.
Comunicazione di eventuali anomalie nelle procedure di conferimento di incarichi (dirigenziali, libero professionali etc.)
Report al 30.11 delle procedure per il conferimento degli incarichi di direttore di dipartimento e di sostituzione, con dettaglio delle modalità selettive Adottate.
Report al 30.11 che dia evidenza dell'attività, anche di natura pluriennale, di programmazione per la dotazione di personale
Report al 30.11 che dia evidenza dell'utilizzo di procedure selettive con criteri predefiniti (anche per incarichi libero professionali).
Report situazioni riconducibili alle fattispecie di cui all'art.1, co. 46, L. n. 190/2012
Aggiornamento (se necessario) della regolamentazione in materia di attività libero professionale ai sopraggiunti indirizzi regionali e alle indicazioni ORAC di cui alla deliberazione n.18 del 21.12.2020
Applicazione, entro il 30.11, di tutte le disposizioni di cui alla nuova regolamentazione approvata con decreto n.445/2019
Adempimento debiti informativi verso Regione Lombardia in materia di prestazioni LP
Verifiche sul rispetto delle disposizioni legislative e regolamentari in materia libero professionale – almeno 4 verifiche
Verifica in fase autorizzativa dell'assenza di condizioni di potenziale conflitto con i prioritari obblighi istituzionali dell'équipe, anche attraverso revisione Modulista.
Conferma automatizzazione dei sistemi di rilevazione presenza in servizio per svolgimento attività libero professionale intramuraria
Adozione formali provvedimenti di liquidazione delle competenze da riconoscere al personale Interessato
Ricognizione entro il 30.4 delle prestazioni la cui prenotazione non avviene tramite CUP. Entro il 30.11 misure organizzative per favorire accentramento e/o giustificazione organizzativa decentramento con misure preventive.
Gestione informatizzata del magazzino. Relazione su eventuali anomalie al RPCT (anche con riferimento al conto deposito Informatizzato).
Attuazione entro il 31.10.2021 del regolamento concernente le modalità di partecipazione ad eventi Formativi

VALUTAZIONE DELLE PROBABILITÀ – INDICI	
INDICE	LIVELLO
DISCREZIONALITÀ: Focalizza il grado di discrezionalità delle attività svolte o negli atti prodotti; esprime l'entità del rischio in conseguenza delle responsabilità attribuite e della necessità di dare risposta immediata all'emergenza.	ALTO
DISCREZIONALITÀ: Focalizza il grado di discrezionalità delle attività svolte o negli atti prodotti; esprime l'entità del rischio in conseguenza delle responsabilità attribuite e della necessità di dare risposta immediata all'emergenza.	MEDIO
DISCREZIONALITÀ: Focalizza il grado di discrezionalità delle attività svolte o negli atti prodotti; esprime l'entità del rischio in conseguenza delle responsabilità attribuite e della necessità di dare risposta immediata all'emergenza.	BASSO
COERENZA OPERATIVA: Coerenza tra le prassi operative sviluppate dalle unità organizzative che svolgono il processo e gli strumenti normativi e di regolamentazione che disciplinano lo stesso	ALTO
COERENZA OPERATIVA: Coerenza tra le prassi operative sviluppate dalle unità organizzative che svolgono il processo e gli strumenti normativi e di regolamentazione che disciplinano lo stesso	MEDIO
COERENZA OPERATIVA: Coerenza tra le prassi operative sviluppate dalle unità organizzative che svolgono il processo e gli strumenti normativi e di regolamentazione che disciplinano lo stesso	BASSO
RILEVANZA DEGLI INTERESSI "ESTERNI": Quantificati in termini di entità del beneficio economico e non, ottenibile dai soggetti destinatari del processo.	ALTO
RILEVANZA DEGLI INTERESSI "ESTERNI": Quantificati in termini di entità del beneficio economico e non, ottenibile dai soggetti destinatari del processo.	MEDIO
RILEVANZA DEGLI INTERESSI "ESTERNI": Quantificati in termini di entità del beneficio economico e non, ottenibile dai soggetti destinatari del processo.	BASSO
LIVELLO DI OPACITA' DEL PROCESSO: Misurato attraverso solleciti scritti da parte del RPCT per la pubblicazione dei dati, le richieste di accesso civico "semplice" e/o "generalizzato", gli eventuali rilievi da parte dell'OIV in sede di attestazione annuale del rispetto degli obblighi di trasparenza.	ALTO
LIVELLO DI OPACITA' DEL PROCESSO: Misurato attraverso solleciti scritti da parte del RPCT per la pubblicazione dei dati, le richieste di accesso civico "semplice" e/o "generalizzato", gli eventuali rilievi da parte dell'OIV in sede di attestazione annuale del rispetto degli obblighi di trasparenza.	MEDIO
LIVELLO DI OPACITA' DEL PROCESSO: Misurato attraverso solleciti scritti da parte del RPCT per la pubblicazione dei dati, le richieste di accesso civico "semplice" e/o "generalizzato", gli eventuali rilievi da parte dell'OIV in sede di attestazione annuale del rispetto degli obblighi di trasparenza.	BASSO
PRESENZA DI "EVENTI SENTINELLA": avviati dall'autorità giudiziaria o contabile o ricorsi amministrativi nei confronti dell'Ente o procedimenti disciplinari avviati nei confronti dei dipendenti impiegati sul processo in esame.	ALTO
PRESENZA DI "EVENTI SENTINELLA": avviati dall'autorità giudiziaria o contabile o ricorsi amministrativi nei confronti dell'Ente o procedimenti disciplinari avviati nei confronti dei dipendenti impiegati sul processo in esame.	MEDIO

TITOLO

PRESENZA DI "EVENTI SENTINELLA" : avviati dall'autorità giudiziaria o contabile o ricorsi amministrativi nei confronti dell'Ente o procedimenti disciplinari avviati nei confronti dei dipendenti impiegati sul processo in esame.	BASSO
LIVELLO DI ATTUAZIONE DELLE MISURE DI PREVENZIONE SIA GENERALI CHE SPECIFICHE PREVISTE DAL PTPCT PER IL PROCESSO/ATTIVITÀ : desunte dai monitoraggi effettuati dai Responsabili.	ALTO
LIVELLO DI ATTUAZIONE DELLE MISURE DI PREVENZIONE SIA GENERALI CHE SPECIFICHE PREVISTE DAL PTPCT PER IL PROCESSO/ATTIVITÀ : desunte dai monitoraggi effettuati dai Responsabili.	MEDIO
LIVELLO DI ATTUAZIONE DELLE MISURE DI PREVENZIONE SIA GENERALI CHE SPECIFICHE PREVISTE DAL PTPCT PER IL PROCESSO/ATTIVITÀ : desunte dai monitoraggi effettuati dai Responsabili.	BASSO
SEGNALAZIONE, RECLAMI pervenuti con riferimento al processo in oggetto, intese come qualsiasi informazione pervenuta a mezzo email, telefono, ovvero reclami o risultati di indagini di customer satisfaction, avente ad oggetto episodi di abuso, illecito, mancato rispetto delle procedure, condotta non etica, corruzione vera e propria, cattiva gestione, scarsa qualità del servizio.	ALTO
SEGNALAZIONE, RECLAMI pervenuti con riferimento al processo in oggetto, intese come qualsiasi informazione pervenuta a mezzo email, telefono, ovvero reclami o risultati di indagini di customer satisfaction, avente ad oggetto episodi di abuso, illecito, mancato rispetto delle procedure, condotta non etica, corruzione vera e propria, cattiva gestione, scarsa qualità del servizio.	MEDIO
SEGNALAZIONE, RECLAMI pervenuti con riferimento al processo in oggetto, intese come qualsiasi informazione pervenuta a mezzo email, telefono, ovvero reclami o risultati di indagini di customer satisfaction, avente ad oggetto episodi di abuso, illecito, mancato rispetto delle procedure, condotta non etica, corruzione vera e propria, cattiva gestione, scarsa qualità del servizio.	BASSO
PRESENZA DI GRAVI RILIEVI A SEGUITO DEI CONTROLLI INTERNI DI REGOLARITÀ AMMINISTRATIVA (art. 147-bis, c. 2, TUEL), tali da richiedere annullamento in autotutela, revoca di provvedimenti adottati, ecc.	ALTO
PRESENZA DI GRAVI RILIEVI A SEGUITO DEI CONTROLLI INTERNI DI REGOLARITÀ AMMINISTRATIVA (art. 147-bis, c. 2, TUEL), tali da richiedere annullamento in autotutela, revoca di provvedimenti adottati, ecc.	MEDIO
PRESENZA DI GRAVI RILIEVI A SEGUITO DEI CONTROLLI INTERNI DI REGOLARITÀ AMMINISTRATIVA (art. 147-bis, c. 2, TUEL), tali da richiedere annullamento in autotutela, revoca di provvedimenti adottati, ecc.	BASSO
CAPACITÀ DELL'ENTE DI FAR FRONTE ALLE PROPRIE CARENZE ORGANIZZATIVE NEI RUOLI DI RESPONSABILITÀ (Dirigenti, PO) attraverso l'acquisizione delle corrispondenti figure apicali anziché l'affidamento di interim	ALTO
CAPACITÀ DELL'ENTE DI FAR FRONTE ALLE PROPRIE CARENZE ORGANIZZATIVE NEI RUOLI DI RESPONSABILITÀ (Dirigenti, PO) attraverso l'acquisizione delle corrispondenti figure apicali anziché l'affidamento di interim	MEDIO
CAPACITÀ DELL'ENTE DI FAR FRONTE ALLE PROPRIE CARENZE ORGANIZZATIVE NEI RUOLI DI RESPONSABILITÀ (Dirigenti, PO) attraverso l'acquisizione delle corrispondenti figure apicali anziché l'affidamento di interim	BASSO

DESCRIZIONE
Ampia discrezionalità relativa sia alla definizione di obiettivi operativi che alle soluzioni organizzative da adottare, necessità di dare risposta immediata all'emergenza
Apprezzabile discrezionalità relativa sia alla definizione di obiettivi operativi che alle soluzioni organizzative da adottare, necessità di dare risposta immediata all'emergenza
Modesta discrezionalità sia in termini di definizione degli obiettivi sia in termini di soluzioni organizzative da adottare ed assenza di situazioni di emergenza
Il processo è regolato da diverse norme sia di livello nazionale sia di livello regionale che disciplinano singoli aspetti, subisce ripetutamente interventi di riforma, modifica e/o integrazione da parte sia del legislatore nazionale sia di quello regionale, le pronunce del TAR e della Corte dei Conti in materia sono contrastanti. Il processo è svolto da una o più unità operative.
Il processo è regolato da diverse norme di livello nazionale che disciplinano singoli aspetti, subisce ripetutamente interventi di riforma, modifica e/o integrazione da parte sia del legislatore nazionale, le pronunce del TAR e della Corte dei Conti in materia sono contrastanti. Il processo è svolto da una o più unità operative.
La normativa che regola il processo è puntuale, è di livello nazionale, non subisce interventi di riforma, modifica e/o integrazione ripetuti da parte del legislatore, le pronunce del Tar e della Corte dei Conti in materia sono uniformi, Il processo è svolto da un'unica unità operativa.
Il processo dà luogo a consistenti benefici economici o di altra natura per i destinatari.
Il processo dà luogo a modesti benefici economici o di altra natura per i destinatari.
Il processo dà luogo a benefici economici o di altra natura per i destinatari con impatto scarso o irrilevante.
Il processo è stato oggetto nell'ultimo anno di solleciti da parte del RPCT per la pubblicazione dei dati, richieste di accesso civico "semplice" e/o "generalizzato", e/o rilievi da parte dell'OIV in sede di attestazione annuale del rispetto degli obblighi di trasparenza.
Il processo è stato oggetto negli ultimi tre anni di solleciti da parte del RPCT per la pubblicazione dei dati, richieste di accesso civico "semplice" e/o "generalizzato", e/o rilievi da parte dell'OIV in sede di attestazione annuale del rispetto degli obblighi di trasparenza.
Il processo non è stato oggetto negli ultimi tre anni di solleciti da parte del RPCT per la pubblicazione dei dati, richieste di accesso civico "semplice" e/o "generalizzato", nei rilievi da parte dell'OIV in sede di attestazione annuale del rispetto degli obblighi di trasparenza.
Un procedimento avviato dall'autorità giudiziaria o contabile o amministrativa e/o un procedimento disciplinare avviato nei confronti di un dipendente impiegato sul processo in esame, concluso con una sanzione indipendentemente dalla conclusione dello stesso, nell'ultimo anno.
Un procedimento avviato dall'autorità giudiziaria o contabile o amministrativa e/o un procedimento disciplinare avviato nei confronti di un dipendente impiegato sul processo in esame, indipendentemente dalla conclusione dello stesso, negli ultimi tre anni

Nessun procedimento avviato dall'autorità giudiziaria o contabile o amministrativa nei confronti dell'Ente e nessun procedimento disciplinare nei confronti dei dipendenti impiegati sul processo in esame, negli ultimi tre anni
Il responsabile ha effettuato il monitoraggio con consistente ritardo, non fornendo elementi a supporto dello stato di attuazione delle misure dichiarato e trasmettendo in ritardo le integrazioni richieste.
Il responsabile ha effettuato il monitoraggio puntualmente o con lieve ritardo, non fornendo elementi a supporto dello stato di attuazione delle misure dichiarato ma trasmettendo nei termini le integrazioni richieste
Il responsabile ha effettuato il monitoraggio puntualmente, dimostrando in maniera esaustiva attraverso documenti e informazioni circostanziate l'attuazione delle misure
Segnalazioni in ordine a casi di abuso, mancato rispetto delle procedure, condotta non etica, pervenuti nel corso degli ultimi tre anni
Segnalazioni in ordine a casi di cattiva gestione e scarsa qualità del servizio, pervenuti nel corso degli ultimi tre anni
Nessuna segnalazione e/o reclamo
Presenza di gravi rilievi tali da richiedere annullamento in autotutela o revoca dei provvedimenti interessati negli ultimi tre anni
Presenza di rilievi tali da richiedere l'integrazione dei provvedimenti adottati
Nessun rilievo o rilievi di natura formale negli ultimi tre anni
Utilizzo frequente dell'interim per lunghi periodi di tempo, ritardato o mancato espletamento delle procedure per ricoprire i ruoli apicali rimasti vacanti.
Utilizzo dell'interim per lunghi periodi di tempo, ritardato espletamento delle procedure per ricoprire i ruoli apicali rimasti vacanti.
Nessun interim o utilizzo della fattispecie per il periodo strettamente necessario alla selezione del personale per ricoprire i ruoli apicali rimasti vacanti.

VALUTAZIONE DELL'IMPATTO		
INDICE	LIVELLO	DESCRIZIONE
IMPATTO SULL'IMMAGINE DELL'ENTE misurato attraverso il numero di articoli di giornale pubblicati sulla stampa locale o nazionale o dal numero di servizi radio-televisivi trasmessi, che hanno riguardato episodi di cattiva amministrazione, scarsa qualità dei servizi o Corruzione	ALTO	Un articolo e/o servizio negli ultimi tre anni riguardante episodi di cattiva amministrazione, scarsa qualità dei servizi o corruzione
IMPATTO SULL'IMMAGINE DELL'ENTE misurato attraverso il numero di articoli di giornale pubblicati sulla stampa locale o nazionale o dal numero di servizi radio-televisivi trasmessi, che hanno riguardato episodi di cattiva amministrazione, scarsa qualità dei servizi o Corruzione	MEDIO	Un articolo e/o servizio negli ultimi cinque anni riguardante episodi di cattiva amministrazione, scarsa qualità dei servizi o corruzione
IMPATTO SULL'IMMAGINE DELL'ENTE misurato attraverso il numero di articoli di giornale pubblicati sulla stampa locale o nazionale o dal numero di servizi radio-televisivi trasmessi, che hanno riguardato episodi di cattiva amministrazione, scarsa qualità dei servizi o Corruzione	BASSO	Nessun articolo e/o servizio negli ultimi cinque anni riguardante episodi di cattiva amministrazione, scarsa qualità dei servizi o corruzione
IMPATTO IN TERMINI DI CONTENZIOSO , inteso come i costi economici e/o organizzativi sostenuti per il trattamento del contenzioso dall'Amministrazione	ALTO	Il verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi potrebbe generare un contenzioso o molteplici contenziosi che impegnerebbero l'Ente in maniera consistente sia dal punto di vista economico sia organizzativo
IMPATTO IN TERMINI DI CONTENZIOSO , inteso come i costi economici e/o organizzativi sostenuti per il trattamento del contenzioso dall'Amministrazione	MEDIO	Il verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi potrebbe generare un contenzioso o molteplici contenziosi che impegnerebbero l'Ente sia dal punto di vista economico sia organizzativo
IMPATTO IN TERMINI DI CONTENZIOSO , inteso come i costi economici e/o organizzativi sostenuti per il trattamento del contenzioso dall'Amministrazione	BASSO	Il contenzioso generato a seguito del verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi è di poco conto o nullo
IMPATTO ORGANIZZATIVO E/O SULLA CONTINUITÀ DEL SERVIZIO , inteso come l'effetto che il verificarsi di uno o più eventi rischiosi inerenti il processo può comportare nel normale svolgimento delle attività dell'Ente	ALTO	Interruzione del servizio totale o parziale ovvero aggravio per gli altri dipendenti dell'Ente
IMPATTO ORGANIZZATIVO E/O SULLA CONTINUITÀ DEL SERVIZIO , inteso come l'effetto che il verificarsi di uno o più eventi rischiosi inerenti il processo può comportare nel normale svolgimento delle attività dell'Ente	MEDIO	Limitata funzionalità del servizio cui far fronte attraverso altri dipendenti dell'Ente o risorse esterne
IMPATTO ORGANIZZATIVO E/O SULLA CONTINUITÀ DEL SERVIZIO , inteso come l'effetto che il verificarsi di uno o più eventi rischiosi inerenti il processo può comportare nel normale svolgimento delle attività dell'Ente	BASSO	Nessuno o scarso impatto organizzativo e/o sulla continuità del Servizio
DANNO GENERATO : a seguito di irregolarità riscontrate da organismi interni di controllo (controlli interni, controllo di gestione, audit) o autorità esterne (Corte dei Conti, Autorità Giudiziaria, Autorità Amministrativa)	ALTO	Il verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi, comporta costi in termini di sanzioni che potrebbero essere addebitate all'Ente molto rilevanti
DANNO GENERATO : a seguito di irregolarità riscontrate da organismi interni di controllo (controlli interni, controllo di gestione, audit) o autorità esterne (Corte dei Conti, Autorità Giudiziaria, Autorità Amministrativa)	MEDIO	Il verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi, comporta costi in termini di sanzioni che potrebbero essere addebitate all'Ente sostenibili
DANNO GENERATO : a seguito di irregolarità riscontrate da organismi interni di controllo (controlli interni, controllo di gestione, audit) o autorità esterne (Corte dei Conti, Autorità Giudiziaria, Autorità Amministrativa)	BASSO	Il verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi, comporta costi in termini di sanzioni che potrebbero essere addebitate all'Ente trascurabili o nulli

TITOLO

M
Rev.00
Pag. 18 di 30
10.2.2010

Unità Operative	VALUTAZIONE P x I
AARO – Accettazione Amministrativa Ricoveri Ospedalieri Esine	RISCHIO MINIMO
AAROE – Accettazione Amministrativa Ricoveri Ospedalieri Edolo	RISCHIO BASSO
AGR - Area Gestione delle Relazioni e dei rapporti istituzionali / Affari Generali e Legali	RISCHIO MEDIO
AGRF – Area Gestione Risorse Finanziarie	RISCHIO CRITICO
AGRM – Area Gestione Risorse Materiali	RISCHIO ALTO
AGRU – Area Gestione Risorse Umane	
AIPAL – Area Integrata della Profilassi individuale e delle attività legali	
AMB – Ambulatori Specialistici Ospedalieri Esine	
AMB – Ambulatorio endoscopia digestiva Esine	
AMB – Ambulatorio piccoli interventi Esine	
AMP – Ambulatorio medicina preventiva	
BO - AMB - Piccoli interventi eseguiti in Blocco Operatorio Esine	
AMBE – Ambulatori Specialistici Ospedalieri Edolo	
AMBE – Ambulatorio Endoscopia Edolo	

TITOLO

AMBE – Ambulatorio chirurgia Edolo
AMBT – Ambulatori Specialistici Territoriali
AnP – Anatomia Patologica
BO – Blocco Operatorio Esine
BOE – Blocco operatorio Edolo
CARD – Cardiologia
CD - Centro Diurno
CDG – Controllo di gestione e controllo strategico
CDS - Corso di Studio in infermieristica
CH – Chirurgia Generale Esine
CHE – Chirurgia Generale Edolo
CIO – Comitato Infezioni Ospedaliera
CPS – Centro Psico Sociale
CSA - Cure Sub Acute EDOLO
CSA- Cure Sub Acute ESINE
CUP – Centro Unico di Prenotazione
DIA – Nefrologia e Dialisi
DMM – Diabetologia

DMP – Direzione Medica di Presidio Esine
DMPE – Direzione Medica di Presidio Edolo
FAM – Consultorio Ginecologico Breno
FAM – Consultorio Ginecologico Darfo
FAM – Consultorio Ginecologico Edolo
FAR – Servizio Farmacia Ospedaliera
FORM – Ufficio Formazione
FS – Fisica Sanitaria
HOSPICE
IRT – Integrazione delle Reti Territoriali
IRT – ADF
IRT – Centro servizi (CRON)
IRT – Ufficio Protesica (SUPI)
IRT – UPG
IRT – UV
LAB – Laboratorio Patologia Clinica Esine
LABE – Laboratorio Patologia Clinica Edolo
MAG – Magazzino Economale
MED1 - Medicina Interna Esine
MED2 - Medicina Interna Esine
MEDE – Medicina Interna Edolo
NEURO – Neurologia (Reparto)
NPIA – Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza
OCU – Oculistica
ONCOLOGIA (DH)
ORL - Otorinolaringoiatria
ORT – Ortopedia e Traumatologia Esine
ORTE – Ortopedia e Traumatologia Edolo
OST - Sala Parto
OST – Ambulatori Ostetricia e Ginecologia
OST – Ostetricia e Ginecologia
PED – Pediatria
PN – Pneumologia
PS – Pronto Soccorso Esine
PSE – Pronto Soccorso Edolo
PSIC – Psicologia Clinica
RAD – Radiologia Diagnostica Esine
RADE – Radiologia Edolo
RGGE – Riabilitazione Generale Geriatrica Edolo
RIA – Rianimazione
RIAB – Palestre di Riabilitazione Neuromotoria
RIABSP – Riabilitazione specialistica
RT – Radioterapia
SERD – Servizio Territoriale Dipendenze
SIA - Servizi Informativi aziendali
SIC – Servizio Ingegneria Clinica
SIMT - Servizio Immunoematologia e Medicina Trasfusionale
SITRA - Servizio Infermieristico, Tecnico e Riabilitativo Aziendale
SPDC - Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura
SPP – Servizio Prevenzione Protezione
SRP1 – Strutt. Res. Psichiatrica per tratt. terapeutico riabilitativi intensivo
STP – Servizio Tecnico Patrimoniale
UCPD – Unità di Cure Palliative Domiciliari
UL - Ufficio Attività giuridiche, ispettive e contrattuali – Avvocatura
UQ – Ufficio Qualità
URP – Ufficio Relazioni col Pubblico

TITOLO

TEMPI AZIONI CORRETTIVE PER PRIORITÀ	
AREA DI RISCHIO	TEMPISTICA DI INTERVENTO
RISCHIO ACCETTABILE	INTERVENTI DI MONITORAGGIO
RISCHIO ACCETTABILE	INTERVENTI DI MONITORAGGIO
RISCHIO MEDIO	INTERVENTI DI URGENZA – PROGRAMMAZIONE
RISCHIO RILEVANTE	INTERVENTI DA EFFETTUARE IN TEMPI BREVI / DA FARE SUBITO
RISCHIO RILEVANTE	INTERVENTI DA EFFETTUARE IN TEMPI BREVI / DA FARE SUBITO

NOTE:

TITOLO

- Per i menu a tendina concatenati si sono utilizzate le aree, visibili e modificabili al percorso Dati > Definisci area, una volta definita l'area per creare i menu si è passati in Dati > Validità
- Gli altri menu a tendina sono stati creati passando l'indirizzo in Dati > Validità
- Sono state bloccate solo le celle in cui sono state inserite le formule
- nel foglio di mappatura estese le formule e i menu fino alla riga 99
- menu a tendina tipologie di misure impostato fino alla cella Altro